



OICH

Observatório Internacional
de Capacidades Humanas,
Desenvolvimento e Políticas Públicas

OBSERVATORIO INTERNACIONAL DE CAPACIDADES HUMANAS, DESARROLLO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

TENDENCIAS RECIENTES DE LAS
POLÍTICAS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA



Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Núcleo de Estudos de Saúde Pública

Fundação Oswaldo Cruz
Diretoria Regional de Brasília
Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde

OBSERVATORIO INTERNACIONAL DE CAPACIDADES HUMANAS, DESARROLLO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

TENDENCIAS RECIENTES DE LAS
POLÍTICAS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA

Brasília-DF, Brasil
2018

Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas

– vinculado al Núcleo de Estudios en Salud Pública, del Centro de Estudios Avanzados Multidisciplinarios, de la Universidad de Brasilia; y al Núcleo de Estudios sobre Bioética y Diplomacia en Salud de la FIOCRUZ/Brasilia, 2018.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción total o parcial de esta obra siempre y cuando se mencione la fuente y no para la venta o cualquier otro fin comercial.

Organización de la colección

José Paranaguá de Santana

Mônica Padilla

Roberto Passos Nogueira (Coordinador)

Valdemar de Almeida Rodrigues

Colaboración

Adriana Maria Parreiras Marques

Revisión y traducción (portugués, inglés, español)

Mariana Abreu Oliveira

Revisión y actualización de la página web

André Luiz Santiago Malta Martins Hellmann

Tatiane Hellmann Santiago

Edición

Ars Ventura Imagem e Comunicação

Cooperación técnica

Organização Pan-Americana da Saúde-Opas/OMS, Brasil

Esta colección también se puede acceder en el sitio web <http://www.capacidadeshumanas.org>, en las versiones en portugués, español e inglés.

Contribuciones y sugerencias se pueden enviar al: Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas.

E-mail: observatorioch@gmail.com.

Datos Internacionales de Catalogación en Publicación (CIP)

- 014 Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises 3 = International Observatory of Human Capabilities, Development and Public Policy: recent trends in social policy in Latin America: studies and analysis 3 = Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas : tendencias recientes de las políticas sociales en América Latina: estudos e análises 3 / Organização: Roberto Passos Nogueira ... [et al.]. – Brasília, DF: UnB; ObservaRH; Nesp; Nethis, 2018.
246 f.: il. - (Série Estudos e Análises)

Varios autores.

Edición trilingüe: portugués/español/inglés

ISBN 978-85-7967-130-2

1. Desigualdad social. 2. Mercado de Trabajo. 3. Educación. 4. Sistemas de Salud. 5. Seguridad Social. 6. Transferencia Monetaria. I. Nogueira, Roberto Passos. II. Título. III. Serie.

CDU 614

Organización Panamericana de la Salud

Brasília, DF, Brasil

2018

Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Núcleo de Estudos de Saúde Pública

Fundação Oswaldo Cruz
Diretoria Regional de Brasília
Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde

OBSERVATORIO INTERNACIONAL DE CAPACIDADES HUMANAS, DESARROLLO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

TENDENCIAS RECIENTES DE LAS
POLÍTICAS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA

Organización de la colección

José Paranaguá de Santana
Mônica Padilla
Roberto Passos Nogueira (Coordinador)
Valdemar de Almeida Rodrigues

Brasília-DF, Brasil
2018

SUMARIO

PRESENTACIÓN.....	7
ROBERTO PASSOS NOGUEIRA	
CONDICIONES DE SALUD EN SOCIEDADES DESIGUALES DE AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA ACCIÓN PÚBLICA	9
GUILHERME COSTA DELGADO	
TENDENCIAS DEL MERCADO DE TRABAJO EN AMÉRICA LATINA: DEL ALIENTO DESARROLLISTA AL FRACASO LIBERAL	29
JOSÉ CELSO CARDOSO JR. JOSÉ CARLOS DOS SANTOS	
EVOLUCIÓN DEL ACCESO Y DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN BÁSICA EN AMÉRICA LATINA EN LA DÉCADA DE 2010	63
PAULO ROBERTO CORBUCCI REGINA CÉLIA CORBUCCI	
SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI	97
EDUARDO LEVCOVITZ MARIA HELENA COSTA COUTO	
EL MALESTAR SUDAMERICANO: SISTEMAS DE SALUD UNIVERSALES EN SOCIEDADES DESIGUALES	119
FÉLIX HÉCTOR RÍGOLI	
SEGURIDAD HUMANA: INTELIGENCIA EN SALUD INFORMADA POR EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECURSOS HUMANOS	147
ULYSSES DE BARROS PANISSET	
TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA	181
LEONARDO ALVES RANGEL MATHEUS STIVALI	

TENDENCIAS ACTUALES DE LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS MONETARIAS CONDICIONADAS EN AMÉRICA LATINA	219
TATIANA LEMOS SANDIM	

PRESENTACIÓN

La tercera edición del Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas (OICH) tiene como foco la evolución reciente de las políticas públicas en América Latina, con énfasis en áreas temáticas específicas tales como trabajo, educación y seguridad social. Este enfoque se justifica a partir de la preocupación en identificar incrementos de las desigualdades sociales en los distintos países y sus repercusiones negativas sobre las condiciones de salud de la población.

Los estudios de Piketty y otros autores vienen acumulando evidencias de que la desigualdad de ingresos ha aumentado en numerosos países a partir de las repercusiones de la crisis económica mundial de 2008, aunque a ritmo distinto en cada país. La concentración de la renta nacional surge como un serio agravante de la vulnerabilidad de las condiciones sociales de vida. En el Brasil y en otros países de la región, el 10% más rico de la población del país concentró nada menos que el 55% de la renta personal nacional. En ese contexto, el papel ejercido por los estados nacionales para contrarrestar los efectos sociales negativos de la crisis pasa a ser una prioridad para todos los que se preocupan por políticas públicas en América Latina.

En la medida en que el concepto de capacidades humanas de Amartya Sen se refiere a la totalidad de las personas de un país y no sólo a los trabajadores de la economía formal o de las industrias de tecnología punta, la discusión de los resultados de los estudios no puede estar limitada a mostrar que las condiciones materiales de vida de los ciudadanos han mejorado y que la economía se ha vuelto, por ejemplo, más productiva, diversificada o rica. La perspectiva de justicia implicada en la teoría de las capacidades humanas es atendida debidamente sólo cuando se constatan indicios de que el desarrollo económico y social está ocurriendo con la creación de una pluralidad de estilos de vida libremente escogidos por las personas.

En este contexto, hay que preguntar, de modo muy pertinente, si el desarrollo capitalista, tal como viene ocurriendo en América Latina y en otros continentes, no impone inevitablemente ciertos estilos estandarizados, controlados y “socialmente rebajados” de vivir en sociedad, dónde el descortino del horizonte de libertad prometido por la teoría de Sen se vuelve extremadamente restringido. Parece que muchas veces ese horizonte es, en muchos países, definitivamente inviabilizado por el estilo de desarrollo impuesto de forma unilateral por el Estado, fenómeno que puede ocurrir tanto en contextos de regímenes autoritarios como democráticos.

Diversos estudiosos de la economía mundial han emitido la evaluación de que la crisis que se inició en 2008 es mucho más grave y profunda de lo que se piensa. No es una mera inflexión cíclica y temporal del capitalismo a escala planetaria, pero tiene un carácter decisivo, que puede dar origen a un orden económico mundial mucho más cruel para un gran número de pueblos.

El llamado crecimiento inclusivo en América Latina aún no se constató como un hecho que pueda ser comprobado como una importante y definitiva conquista de la democracia. Más que nunca, es necesario evaluar si no hubo simultáneamente una derrota debido al avance de los grupos de mayor renta, o sea, de las desigualdades en la cima.

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

GUILHERME C. DELGADO

CONDICIONES DE SALUD EN
SOCIEDADES DESIGUALES DE A.L.:
EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA
ACCIÓN PÚBLICA

Doctor en Economía por la UNICAMP (1984), investigador del IPEA de 1976 a 2007 y actualmente de la dirección de la Asociación Brasileña de la Reforma Agraria (ABRA).

CONDICIONES DE SALUD EN SOCIEDADES DESIGUALES DE A.L.: EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA ACCIÓN PÚBLICA

GUILHERME C. DELGADO

1. INTRODUCCIÓN

El título de este texto es preliminarmente una propuesta de fusión temática de siete textos, elaborados explícitamente para la presente colección, conforme un Término de Referencia común, que declara como objetivo general: “[...] la elaboración de estudios específicos sobre la situación política y socioeconómica de América Latina a partir de 2010 y sus repercusiones reales y potenciales sobre las condiciones de salud de la población de esa región”.

En posesión de esa referencia general, los autores seleccionaron enfoques muy diversos, que, a efectos didácticos, distinguiría en tres los abordajes de las condiciones de vida de las poblaciones, según los distintos focos – del desarrollo y de la acción pública en política social.

Un primer grupo de trabajo se acerca al enfoque histórico estructural del desarrollo y de la acción pública en los respectivos sistemas de salud y de las relaciones de trabajo de la población, mostrando diferentes líneas de adherencia al cambio en las condiciones de desigualdad y pobreza. Este análisis, con diferentes grados de profundidad, tiene por supuesto las determinaciones sociales de las condiciones de salud como factores causales de las condiciones de salud de las poblaciones nacionales, genéricamente afectadas por la desigualdad social.

Hay un segundo grupo de trabajo que elige el enfoque del acceso y desempeño a dos sistemas de gran repercusión demográfica – el sistema de educación fundamental y el sistema de previsión social, evaluando las condiciones del acceso proporcional de la población a esos sistemas y la

eficacia de sus respectivas funcionalidades como criterios de reducción de las desigualdades sociales.

Un tercer enfoque está centrado en concepciones distintas de acción del gobierno, de cierta forma autónomas de los sistemas de política social mencionados anteriormente, pero ancladas: a) en los programas de transferencia de renta, sujetos a la condicionalidad, focalizados en la línea de pobreza; b) en acciones estratégicas de inteligencia en salud o “para la salud”.

Esta preclasificación de los tres grupos es puramente didáctica, ya que en los tres grupos los autores son conscientes de las limitaciones de las acciones públicas aisladas, bajo cualquiera de los tres enfoques. En particular, en el tercer grupo, los autores son conscientes de que las acciones aisladas de los programas de transferencia de renta no son capaces de revertir situaciones estructurales de pobreza y desigualdad; como también en el texto específico *Seguridad humana e inteligencia en salud* no se vislumbra, a mi juicio, la dilución del sistema de salud pública en el interior del sistema de inteligencia, pero, al parecer, una nueva estructuración de la planificación en salud, teniendo en vista enfrentarse a peculiares y multiformes situaciones de graves riesgos químicos, biológicos, radiológicos y nucleares (QBRN) a la salud pública.

2. EXPOSICIÓN SINTÉTICA SOBRE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

2.1 Enfoque histórico estructural

El primer grupo de trabajo contiene los siguientes textos:

- i) *Tendencias recientes de las políticas sociales en América Latina*, de autoría del Dr. Félix Rígoli, de la USP;
- ii) *Sistemas de salud en América Latina en el siglo XXI*, de autoría de los investigadores del Instituto de Medicina Social de la UERJ Dr. Eduardo Levcovitz y Dra. Maria Helena Costa Couto;
- iii) *Tendencias del mercado de trabajo en América Latina: del aliento desarrollista al fracaso liberal*, de autoría de los investigadores Dr. José Celso Cardoso, del IPEA, y José Carlos dos Santos, de la Universidad Federal de São Carlos.

A pesar de las diferencias de enfoque de estos tres trabajos, el factor común a todos es el diagnóstico de la desigualdad estructural de las condiciones socioeconómicas latinoamericanas como determinante negativo de las condiciones de salud y bienestar general de la población.

El primer trabajo asume esto explícitamente desde la introducción – la desigualdad socioeconómica como causa eficaz de las condiciones de salud. De esa constatación, infiere que sólo sistemas públicos universales, fundamentados en derechos y provisionados en los presupuestos públicos con recursos que se aproximen a un estándar internacional del 6% del PIB, podrían efectivamente revertir algunas condiciones estructurales y algunos factores causales responsables por los agravios sociales a la salud humana.

El autor hace las debidas diferenciaciones conceptuales de los *sistemas universales* fundamentados en derechos sociales, distinguiéndolos de la *cobertura universal*, basada en múltiples avances público-privados de la atención, y del *acceso universal* (100%) a algunas atenciones específicas en salud pública.

Lo que se concluye del texto, para prácticamente todos los países analizados, incluso para el caso específico de Brasil, con su sistema público universal desde los años 90 del siglo pasado, es que persisten las desigualdades estructurales – si bien mitigadas por el SUS en el caso brasileño, aunque de manera insuficiente, hasta por visibles señales de subfinanciación del sistema, para revertir las desigualdades sociales a partir de las acciones de salud. La propia subfinanciación del sistema, que en última instancia desfigura el sistema de sus pretensiones universales, es consecuencia de la propia desigualdad económica, que se estaría intentando revertir.

El segundo trabajo mencionado de este primer grupo – *Sistemas de salud en América Latina en el siglo XXI* – parte de un análisis histórico del montaje de los sistemas de seguridad social y de salud pública en América Latina desde los años 20 hasta los años 80/90, del siglo pasado, para caracterizarlos bajo tres aspectos de desigualdad: 1) segregación y estratificación poblacional (clase, renta, condición profesional), asociados o no a los sistemas previsionales estatales; 2) segmentación de la población en grupos con diferentes condiciones de acceso a servicios; 3) fragmentación operativa, con superposición de ofertas de servicios y/o descoordinación de establecimientos asistenciales.

El movimiento contrario a esa tendencia histórica se produjo en los años 80 y 90 del siglo pasado, con las reformas sanitarias de la época o anteriores,

de inspiración universalista en Brasil y Costa Rica y/o socialista en Cuba y Nicaragua, beneficiadas posteriormente por una “marea rosa” de gobiernos de centroizquierda en el período 2000/2015. Pero tal movimiento ya estaba siendo constreñido por las iniciativas, por los programas de focalización en la línea de pobreza y de subfinanciación institucional y por claros signos de retorno a los patrones de desigualdad y pobreza, anteriores a la llamada “marea rosa” latinoamericana. Como consecuencia se tiene el empeoramiento de los indicadores, a partir de 2015/18, de pobreza y desigualdad, que, si bien implícitos en la argumentación del autor, no están explícitos en el referido trabajo.

El tercer trabajo, de autoría de José Celso Cardoso y José Carlos dos Santos, *Tendencias del mercado de trabajo en América Latina: del aliento desarrollista al fracaso liberal*, cambia el foco relativamente hacia los sistemas de salud, porque trata de los mercados de trabajo. Pero el enfoque histórico estructural y el diagnóstico de la heterogeneidad estructural del mercado de trabajo y de la dependencia externa de los sistemas económicos latinoamericanos son cruciales para la tipología que establece, muy útil a la percepción de los diferentes estilos de política pública:

- a) países de desarrollo capitalista dependiente y regulado, con heterogeneidad estructural moderada;
- b) países de desarrollo capitalista dependiente y naturalizado, con heterogeneidad estructural intermedia;
- c) países de desarrollo capitalista dependiente y contestado, con heterogeneidad estructural severa.

Hay una dialéctica implícita en esa tipología, demarcada, por un lado, por los grados de dependencia externa y heterogeneidad estructural del mundo del trabajo, y, por otro, por las formas de autoafirmación nacionales tendentes a contradecir las formas de la dependencia y de la desigualdad.

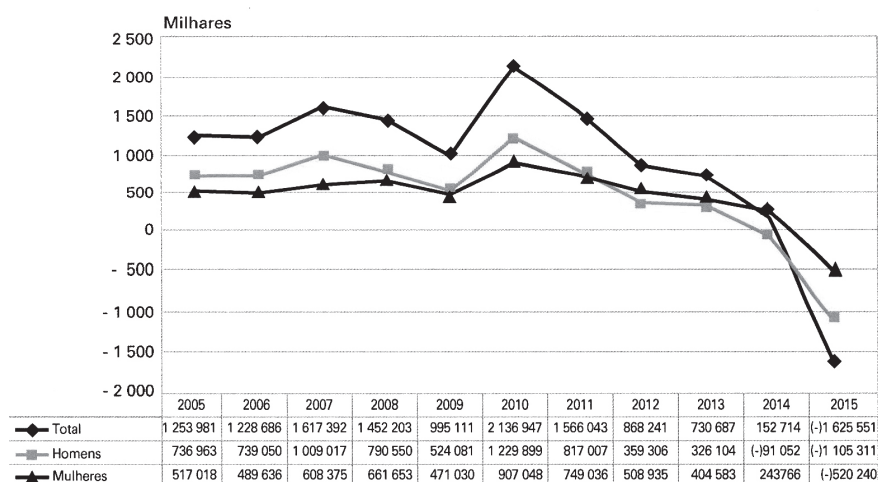
Se utiliza esta tipología para caracterizar los mercados de trabajo regionales, todos ellos demarcados por diferentes formas de heterogeneidad estructural, sea bajo el enfoque de las reformas neoliberales de las relaciones de trabajo (Brasil y Argentina actuales), sea bajo el peso del bloqueo externo a que son sometidas a las experiencias de contestación externa (Venezuela). Aparentemente el tipo “a” – de desarrollo dependiente y regulado, que experimentó

un ciclo favorable en los años 2000/2014 –, estaría agotado, provocando en el presente indicadores exacerbados de desempleo y desprotección social.

Del análisis de la tipología sobre dependencia y heterogeneidad en el mundo del trabajo, cuyo indicador mayor es el de la formalización de las relaciones de trabajo como indicador de la protección social por el Estado, si bien no se presentan las estadísticas internacionales comparables, hay indicaciones visibles e indirectas del empeoramiento de la situación en todos los países.

El caso de Brasil es típico para la región. Después de alcanzar un ápice de formalización de las relaciones de trabajo hasta 2013, con cerca de 2/3 de la población económicamente activa (PEA) regulada por relaciones de trabajo protegidas, el sistema retrocedió rápidamente en el período 2015/2018 para altas tasas de desempleo abierto, de 12 a 13% de la PEA y/o altas tasas de informalidad, regresando en pocos años a los niveles del inicio de los años 2000, cuando sólo el 43% de la PEA estaba formalizada (ver Tabla 2, anexa, según IBGE, 2016). Esta situación es marcada en el período más reciente por el intenso proceso de desformalización de la mano de obra, revelada en Brasil por el Catastro General de Empleados y Desempleados (CAGED) hasta 2017 (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Saldo del movimiento de empleados en el mercado de trabajo formal, según el sexo – Brasil – 2005-2015



Fuente: Ministerio del Trabajo, Catastro General de Empleados y Desempleados – CAGED.

2.2 Enfoque del acceso y del desempeño a sistemas de políticas sociales

El segundo bloque de trabajos analizados adopta el criterio del acceso a sistemas de política social, como la previsión social, y el acceso (y desempeño) a la educación básica como criterios implícitos o explícitos de mejora de la igualdad social. Los textos son respectivamente: 1) *Tendencias de la seguridad social en América Latina*, de los investigadores del IPEA Leonardo Alves Rangel y Matheus Stivali; 2) *Evolución del acceso y de la calidad de la educación básica en América Latina en la década de 2010*, también de investigadores del IPEA – Paulo Roberto Corbucci y Regina Célia Corbucci.

El primer texto busca utilizar las nociones de cobertura de los trabajadores activos en los sistemas de seguridad, por un lado, y, por otro, la cobertura de los inactivos (ancianos) amparados por sistemas previsionales o asistenciales, como indicadores de seguro contra riesgos incapacitantes al trabajo. La primera categoría los autores la denominan “seguro contra contingencias y suavización del consumo”. El enfoque empírico de esta cobertura, activa entre 2000/2015, para tres años específicos – 2000, 2006 y 2015 –, para asalariados y no asalariados, revela expresiva elevación de la filiación previsional en todos los 16 países de la región presentados, según la fuente citada (Banco Interamericano de Desarrollo). Pero la evidencia de un ciclo de desafiliación previsional a partir de 2015 no se capta ni se analiza, teniendo en cuenta la adherencia empírica/analítica predominante del texto hasta 2015.

Por su parte, los datos de cobertura en la vejez, que se apoyan fuertemente en acciones asistenciales, son también crecientes en la mayoría de los países, básicamente por el acceso a beneficios similares al Beneficio de Prestación Continuada en Brasil, sin vínculo con la previsión social, pero con alguna vinculación a las condiciones de la pobreza.

Por último, la no distinción conceptual de los tres sistemas de seguridad social – Previsión Social, Previsión de Servicio Público y Previsión Complementaria Privada – y su correlata configuración empírica dificulta el entendimiento del propio significado del acceso y de su potencial caracterización en el sentido de la mejora de igualdad y/o de la seguridad social, explícita en el título del trabajo. Volveremos a esta cuestión en la sección III.

El segundo trabajo, a su vez, hace el análisis del acceso y de la calidad de la educación básica como criterios de mejora de la igualdad social y, en general, se utiliza de datos para 2015, excepcionalmente hasta 2016.

Por su parte, los indicadores de acceso a la educación básica revelan, de manera general, clara ampliación de la cobertura entre 2000/2013, tendencia que se mantiene hasta 2016 para todas las franjas etarias, todos los niveles socioeconómicos de los establecimientos, la escuela pública y privada, con pocas excepciones puntuales – sólo en el último grupo de edad (14-17 años), en algunos países.

Además, los niveles de acceso escolar y la frecuencia escolar alcanzada con relación a la población objetivo, en el rango del 90% o más, en los países más populosos – Brasil, México, Argentina y Colombia –, evidencian valores próximos a la universalización.

Por su parte, los indicadores de desempeño y de calidad de la enseñanza, según respectivos índices escolares de evaluación, si bien indican resultados menos firmes, en comparación con el movimiento del acceso escolar, no apuntan a un empeoramiento de la calidad en los índices estandarizados de desempeño en matemáticas y lengua nacional.

No hay información empírica de los dos últimos años – 2017 y 2018 –, ni de los efectos de la crisis económica sobre el sistema educativo.

La evaluación empírica es claramente corroborativa de mejora en la igualdad social. La ampliación del sistema educativo se asocia al movimiento del crecimiento económico, impulsado por el boom de los commodities, pero los efectos de la reversión de ese ciclo o no aparecen en los datos o no se revelan negativamente asociados.

2.3 Formas autónomas de política social – focalizadas en la línea de pobreza y en la inteligencia en salud

Los dos trabajos de este tercer bloque están elaborados de cierta forma autónoma con relación a los sistemas de política social analizados en los bloques anteriores – salud, educación, previsión social, asistencia social y relaciones de trabajo. Las acciones políticas se presentan autónomas, pero son complementarias a las políticas sociales organizadas en sistemas de atención, y están objetivadas en focalizaciones, ora en la línea de la pobreza, ora en la inteligencia en salud:

1 *Tendencias actuales de los programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina*, de autoría de la doctora en Administración Pública y Gobierno por la FGV-EAESP Tatiana Lemos Sandim;

2 *Seguridad humana: inteligencia en salud informada por evidencias científicas y recursos humanos*, de autoría de Ulysses de Barros Panisset, profesor de Medicina Preventiva de la UFMG.

El primer trabajo realiza una especie de identificación general de una categoría de programas –llamada Transferencias Monetarias Condicionadas –, enfocada hacia la línea de pobreza, muy fomentada y recomendada por el Banco Mundial a los países latinoamericanos, por más de dos décadas.

Los objetivos, finalidades declaradas, variabilidades de estos Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) desde los años 90 están debidamente registrados.

La información probablemente más significativa y comparativa para una lista de 16 PTMC en 16 países de región aparece en un gráfico síntesis (en el caso, el Gráfico 1, intitulado Inversión anual en porcentaje del PIB por PTMC/País).

La proporción de los recursos involucrados varía en el período considerado (2003/2016) del 0,2% al 0,5% del PIB, excepto en Brasil, que, con su Bolsa Familia, gastó por encima del 0,5% del PIB entre 2007/2016, aunque esta proporción nunca alcanzó un punto porcentual.

La cobertura de la población afectada varía fuertemente, de un máximo de 25 a 30% de la población, en el caso de países como Brasil, México y República Dominicana, para promedios fuertemente concentrados en el rango del 5 al 10% de la población, en el caso de la mayoría de los países de la región.

La conclusión de la autora destaca al mismo tiempo la necesidad de mantener esta categoría de programas y la insuficiencia de estos programas aislados para mejorar la distribución de la renta y la propia reducción sostenida de la pobreza.

Considerando esto, recupera la idea de los sistemas de política social como condición para la propia eficacia de los PTMC, cuyas condicionalidades para el acceso educativo y/o para la salud pública presuponen la funcionalidad y eficacia de esos sistemas.

La autora tiene conciencia – y valoriza claramente en su texto – de la integración de esos PTMC en el ámbito de los sistemas integrados de protección social.

Un segundo enfoque de este bloque, el de la inteligencia en salud como respuesta a graves desafíos a la seguridad humana, es el texto final de este bloque.

El texto no se presenta como los demás, con subdivisiones formales que nos permitan identificar didácticamente problemas, conceptos y métodos utilizados en el análisis y en las conclusiones finales del texto.

En cualquier caso, haciendo una interpretación del texto, diría que hay una introducción implícita (página 1 hasta el párrafo 1 de la página 2), en la que el autor identifica macroproblemas en salud pública procedentes de nuevos riesgos químicos, biológicos, radiológicos y nucleares, denominados QBRN. Estos riesgos tienen implicaciones multiformes sobre el concepto de seguridad humana, que aparecerá en una especie de enfoque conceptual (p. 2).

La naturaleza de estos riesgos y del agravio multiforme, que afectan a la salud humana de forma masiva, denominados de riesgos QBRN, justificaría el formato y el control de acciones estratégicas de la inteligencia en salud (p. 4 y 5).

Estas acciones estratégicas, a ejemplo de operaciones preventivas o correctivas en eventos, tales como las Olimpiadas y la Copa del Mundo, o las acciones preventivas – epidemiológicas, accidentarias o incluso de contaminaciones químicas producidas en la rutina de los sistemas económicos – dependerían de una cierta planificación estratégica de inteligencia en la salud.

El texto no es claro sobre el alcance de esta planificación, pero aparentemente no se aplicaría a la rutina de planificación del sistema de salud pública – tal vez a algunas acciones con implicaciones en la seguridad humana, bajo el enfoque de los riesgos QBRN. Esta planificación estaría bajo la dirección política de la autoridad central. Es para actuar en todas las dimensiones detectadas, en todo territorio bajo amenaza. No hay ejemplificación más concreta de esa interacción inteligencia-salud en el sentido funcional administrativo ni del contexto explícito de los riesgos específicos a que se refiere el autor.

Probablemente, la exposición verbal y la interacción con el público complementarán el texto presentado. Volveremos al trabajo específico en la sección III.

3. INTERPRETACIÓN DEL CONJUNTO DE LOS ABORDAJES CON COMPLEMENTACIONES DEL AUTOR DE ESTA SÍNTESIS

Las principales tesis lanzadas en los tres diferentes enfoques en que dividimos los trabajos presentados contienen, como no podría dejar de ser, factores de complementariedad, como también de contradicción, para enfrentar la cuestión implícita en el título del trabajo: el sentido de la acción pública en las sociedades desiguales de América Latina para hacer frente a las condiciones de salud de sus poblaciones.

Bajo el prisma del enfoque histórico estructural, los sistemas universales de salud pública, si bien más eficaces para atender a la mayoría de la población excluida de los circuitos de la medicina privada, dependen de una base de financiamiento público permanentemente bajo ataque de los intereses dominantes de la economía política desigual.

Así que no sólo el sistema de política social, como el mercado de trabajo y las propias concepciones de desarrollo y equidad, son permanentemente amenazados por “reformas” contradictorias a la idea fuerza de la equidad. Esto implica una especie de rotación permanente de los estilos de desarrollo para la tipología de la naturalización de la desigualdad.

Pero lo que de cierta forma queda implícito en el análisis de los sistemas de carácter universal en salud es el supuesto de la vigencia de un orden democrático, condición de posibilidad al mantenimiento de esos sistemas y a la garantía de sus formas de gestión y financiamiento, atendiendo las necesidades básicas, con aportes de financiamiento público, que necesitan crecer y nunca congelar o decrecer en toda la región. Esta cuestión, que afecta mucho más una verdadera sanidad de las finanzas públicas, está claramente invertida en el debate de política económica del llamado ajuste fiscal. De ahí el permanente riesgo de que las políticas sociales fundadas en principios del desarrollo humano o en la teoría de las necesidades básicas de la población se conviertan en motivo de ataque o descrédito en el debate político.

A su vez, las tesis del acceso y del desempeño de los otros sistemas públicos de protección social – educación básica y previsión social – están también bajo doble ataque: de la subfinanciación de esos sistemas de derechos sociales y de las “reformas” tendientes a la “mercaderización” o mitigación de los derechos de ciudadanía.

En el caso de la educación básica, parece haber un mayor consenso sobre las mejoras de equidad, asociadas al acceso y desempeño. Y aquí el vínculo de esta tesis con la mejora de las condiciones de vida y salud de la población es indirecta, pero indiscutible.

Por su parte, en el caso de la previsión social, cuya función principal es la de atender situaciones de riesgos incapacitantes al trabajo, la conexión con las condiciones de salud y bienestar general de la población es directa.

Pero como la base de financiamiento público para atender a escala universal una previsión social fundada en principios de protección social requiere aportes de presupuestos públicos nunca inferiores a los necesarios a la salud universal, se entra en el juego nada sano del conflicto distributivo de las finanzas públicas. Los discursos y prácticas de los ajustes fiscales son aquí, en primer lugar, mucho más de restricción administrativa para el ejercicio del derecho en la rutina del sistema y, en segundo lugar, alineados con las reformas de carácter privatizante o ultrarrestrictivas a la seguridad social universal.

En este punto, hay que aclarar al lector que hay tres subsistemas de seguridad social, y no sólo una previsión genérica, de los cuales sólo la previsión social, que en Brasil tiene el nombre de Régimen General de la Seguridad Social, tiene una función explícita de promoción de la promoción equidad social, en la línea de los conceptos de la OIT de Seguridad Social (Convenio 102/1952).

Los demás sistemas – Regímenes Propios de los Funcionarios públicos (RPPS) y Régimen de Previsión Complementaria privada, nombres propios de Brasil, pero encontrados en los demás países de América Latina – no se encuadran en el concepto de previsión social según concepto amplio de la OIT:

Protección que la sociedad provee a sus miembros mediante una serie de medidas públicas para compensar la ausencia o sustancial pérdida de ingresos del trabajo resultante de varias contingencias, especialmente enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, desempleo, invalidez y edad avanzada y muerte del cónyuge, para proveer a las familias con asistencia a la salud y beneficios para familias con hijos (2000, p. 29, traducción libre).

Los demás sistemas citados (RPPS) están ligados a las formas peculiares que cada Estado tiene de tratar sus burocracias en los conceptos propios de

los denominados estamentos burocráticos. Y, a su vez, la previsión privada, en el concepto y en las formas existentes en América Latina, nada tiene que ver con la previsión social, funcionando como sistema de ahorro financiero complementario, de contribución definida para los entes públicos y privados, pero sin beneficios definidos en general.

Considerando esto, para conectar la idea del acceso al sistema y/o de la eficacia de sus beneficios a la igualdad social y a las condiciones generales en salud, esa conexión necesitaría hacerse a partir de la previsión social, y no de la genérica noción de previsión, que carga factores de desigualdad endógenas, merecedores de análisis específico, pero que ya huyen a los objetivos de este trabajo.

Por último, una interpretación y complementación del último bloque, que denominamos *Formas autónomas de política social*.

Los llamados PTMC se conciben en su origen – la focalización de los gastos sociales en la línea de pobreza, empíricamente definida por el Banco Mundial – como competitivos con relación a los sistemas de política social, considerados fiscalmente muy onerosos.

Aquí tenemos lo que es el núcleo de la disputa distributiva en lo que se refiere a las causas efectivas en juego, para lo que hay que recurrir a algún elemento empírico esclarecedor.

Si utilizamos el concepto que el IBGE utiliza para los beneficios monetarios de las políticas sociales, más los beneficios en especie, según las nociones estadísticas definidas en las Tablas 1 y 2, veremos que, entre 2000/2013, esos beneficios variaron del 22% del PIB al 24,8% del PIB. Incluso cuando se retira el aporte neto de recursos tributarios para financiar los RPPS, incluidos en esa estadística del IBGE, tenemos que admitir que los sistemas de la política social – educación, salud, asistencia y previsión social (incluyendo el seguro desempleo) –, ofreciendo beneficios monetarios y beneficios en especie, complementados por los PTMC, ofreciendo beneficios monetarios, corresponden como mínimo a 1/5 del PIB, siendo el aporte del Bolsa Familia brasileño en promedio un 0,5% del PIB. De ahí que la opción conservadora es sustituir la política social fundada en derechos por programas enfocados en la línea de pobreza. Y eso está en el centro de la disputa por recursos fiscales

Por otro lado, si hacemos la lectura opuesta, de que los PTMC cumplen papel complementario en el abordaje directo de los más pobres, probablemente no abarcados por el enfoque clásico de seguridad social, como lo hace la autora del texto analizado, tenemos completa concordancia con el carácter complementario de esos programas. Pero el enfoque conservador es claramente otro – alineado con la sustitución de los sistemas universales por acciones focales minimalistas o sistemas privados de prestación de servicio en lugar de sistemas públicos de derechos sociales.

Finalmente, el abordaje de los nuevos riesgos sociales, expresado por las amenazas químicas, biológicas, radiológicas y nucleares (QBRN), y su asociación con dos enfoques distintos – inteligencia en salud y planificación estratégica centralizada para la prevención, corrección y mitigación de esos riesgos – constituye un enfoque muy relevante, pero al mismo tiempo aún preambular a los no afectos con la complejidad del tema en cuestión, como el autor de esta síntesis.

En el abordaje del texto en consideración, sobre los riesgos QBRN, a diferencia del análisis de los textos iniciales del enfoque histórico estructural, desaparecen completamente los problemas de economía política. Sin embargo, el abordaje de las contaminaciones químicas por pesticidas o por residuos minerales pasa necesariamente por un proceso político, que tiene por delante intereses organizados de los complejos del agronegocio y de la minería. Y, en tales condiciones, para realizar la planificación estratégica en salud para prevenir, corregir o cohibir graves contaminaciones químicas en ese campo es necesario considerar el peso político e ideológico de los diversos actores involucrados en esos sistemas de agronegocio y de la minería.

De cualquier forma, el tema es relevante y las amenazas son reales y crecientes, pero las cuestiones de formación de la conciencia pública son necesarias e imprescindibles para una eficaz planificación estratégica para la prevención y corrección de los riesgos QBRN.

4. CONSIDERACIONES FINALES

Las condiciones de salud, así como las condiciones de vida en general, en lo que dependen positivamente de la acción pública, entraron en América Latina, y en Brasil en particular, en fase adversa. Aunque el empirismo de

algunos indicadores estilizados aún no revela, otros tantos ya alertan sobre las reales condiciones de vida de la población, de manera a no dejarnos dudas sobre el peso degradante del desempleo y de las condiciones de trabajo en general.

De los estudios específicos sobre condiciones de salud, favorecidas por el conjunto de la política social de Estado, lo que se puede constatar y también inferir es el creciente desmontaje de esos aparatos, particularmente en Brasil, bajo la tutela de la Enmienda Constitucional 95/2016. En este contexto, la acción pública en favor de la mejora de la igualdad cede espacio a otros entes sociales clásicos, como a la familia, a la sociedad civil organizada o explícitamente al mercado.

Hay claramente configurada una tendencia política de recuperación de los ingresos neoliberales en las políticas sociales, y ahí el discurso de retorno a las reformas con ese perfil es claro, teniendo por objeto explícito el desmontaje de las institucionalidades de las finanzas sociales de la Constitución federal brasileña, que completa tres décadas.

Pero no nos engañemos: las sombras que se acumulan en perspectiva revelan el bloqueo de la luz, pero no su ausencia.

Las nuevas formas de autoprotección social, resiliencia social, reconstrucción e innovación de estructuras que venían siendo demolidas desde hace años ciertamente van a cobrar nuevas formas de hacer política social.

Por otro lado, la experiencia histórica revelada por el conjunto de trabajos examinados sobre los sistemas de política universales y sobre acciones específicas de gobierno están, por fidelidades metodológicas fuertemente vinculadas a fenómenos observados, vinculadas al pasado reciente, cuando la emergencia de un giro cíclico aún no apareció claramente configurado. Pero es en esta situación y sobre ella que se plantean la mayoría de los agravios a las condiciones de salud de la población de ahora en adelante.

El ejercicio de la previsión y actuación para el futuro, frente a un ciclo de economía política muy adverso a la sociedad de los derechos de ciudadanía, clama por el ejercicio de una racionalidad dialéctica, más allá del enfoque racional instrumental que es típico de la modernidad.

Vivimos probablemente el declive de un ciclo histórico, dentro del cual formas de autoprotección de la sociedad humana y de las fuerzas de la naturaleza necesitan ocurrir para prevenir los tentáculos de la barbarie social. Aplicar tal reflexión a las condiciones de salud asume colores dramáticos y

hasta trágicos, porque la antinomia de la vida y de la muerte, o las pulsiones clásicas del movimiento de las fuerzas constitutivas de la vida sana y de su contrario –la degradación y la muerte –, asumen claras señales de idolatría en la vida social, de culto a una cierta necrofilia, también expresa en términos teológicos y políticos como cultura de la muerte o idolatría de los dioses de la muerte.

La vida sana en toda la dimensión de una verdadera antropología unitaria e integral – física, psíquica y espiritual – es ciertamente un desafío que escapa al abordaje estrictamente científico de los sistemas de actuación de la acción pública sobre las condiciones de salud, que es el tema de esta colección y que, por tanto, no nos corresponde aquí abordar. Pero no olvidemos la unidad fundamental antropológica del ser humano, incluso para entender los movimientos aparentemente inexplicables de la historia.

REFERENCIAS

DELGADO, G. C. **Terra, Trabalho e Dinheiro**: regulação e desregulação em três décadas da CF de 1988. São Paulo: Ed. Loyola, 2018. no prelo.

IBGE. **Censo Demográfico 2000** – Mão de Obra. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. **Censo Demográfico 2010** – Trabalho e Rendimentos. Resultados da Amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais** – Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

OIT. **Social Security and Food Security** – Successful Policy Experiences in Brazil. ESS Paper n. 30, Working Paper. Geneva: Social Security Department, 2012. (de autoria de DELGADO, G. C.).

ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 1. Beneficios sociales monetarios a las familias y beneficios en especie conforme % del PIB del conjunto de la política social, Brasil – 2000/2009

Beneficios	Años							
	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Renta interna bruta	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1. Beneficios sociales monetarios (%)	13,59	15,09	14,59	14,98	15,46	15,28	14,91	15,65
2. Beneficios en especie (%)	8,44	8,38	8,22	7,94	8,39	8,41	8,53	9,12
Total (1 + 2) %	22,13	23,47	22,81	22,92	23,85	23,69	23,44	24,77

Fuente: IBGE – Sistemas de Cuentas Nacionales – 2005/2009.

Tabla 2. Beneficios sociales monetarios a las familias y beneficios en especie conforme % del PIB del conjunto de la política social, Brasil – 2010/2013

Beneficios	Años			
	2010	2011	2012	2013
PIB	100,00	100,00	100,00	100,00
1. Beneficios monetarios (%)	14,64	14,74	15,01	15,23
2. Beneficios en especie (%)	9,10	9,19	9,08	9,54
Total (1 + 2)	23,74	23,93	24,09	24,77

Fuente: IBGE – Sistemas de Cuentas Nacionales – 2014/2013.

Tabla 3. Sectores formal e informal de mercado de trabajo, en los censos demográficos de 2000 a 2010 (% de la PEA)

Beneficios	Años	2000	2010	Pnad/Caged 2015/17
	1. Sector formal (trabajo filiado a la previsión pública)		43,1	
2. Sector informal		54,4	40,9	Aumenta
Total (1 + 2)				

Fonte: IBGE, 2004, 2012.

Nota: Los conceptos formal e informal aquí utilizados tienen conexión con relación de trabajo y previsión pública (DELGADO, 2018).

JOSÉ CELSO CARDOSO JR.

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS

TENDENCIAS DEL MERCADO DE
TRABAJO EN AMÉRICA LATINA:
DEL ALIENTO DESARROLLISTA
AL FRACASO LIBERAL

Doctor en Desarrollo por el Instituto de Economía de la UNICAMP, PhD en Gobierno y Políticas Públicas por el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas de la Universitat Autònoma de Barcelona, España. Desde 1997, es técnico de Planificación e Investigación del IPEA.

Licenciatura en Ciencias Sociales (PUC-SP, 2008), especialista en Estado, Gobierno y Políticas Públicas (UnB, 2012), está cursando máster en Ciencia Política (Programa de Postgrado en Ciencia Política, Universidad Federal de São Carlos, 2018).

TENDENCIAS DEL MERCADO DE TRABAJO EN AMÉRICA LATINA: DEL ALIENTO DESARROLLISTA AL FRACASO LIBERAL

JOSÉ CELSO CARDOSO JR.
JOSÉ CARLOS DOS SANTOS

1. INTRODUCCIÓN: DEPENDENCIA ESTRUCTURAL X AUTOAFIRMACIÓN NACIONAL

La historia de América Latina ha sido marcada, en general, por la disyuntiva crítica dependencia con heterogeneidad estructural x autoafirmación nacional. Por un lado, se reiteran, a lo largo del tiempo, rasgos estructurales de: i) dependencia económica, sobre todo de orden financiero y tecnológico, que repercuten en patrones de producción y consumo derivados de los patrones dominantes a nivel internacional, pero difícilmente extensivos a la totalidad de las respectivas estructuras productivas domésticas y de sus poblaciones; y ii) dependencia política, que oscilan entre una mayor o menor sensación de independencia relativa frente a Estados Unidos, país que efectivamente controla el tablero geopolítico latinoamericano.

Por otro lado, a su vez, actores sociales y voces nacionales de diversos matices vienen alternándose en el tiempo, con mayor o menor presencia y altivez (en términos de peso político local y ocupación de espacios simbólicos), en busca de apoyo popular y razones (económicas, sociales, políticas y culturales) para contrarrestar las notorias tendencias de subordinación y dependencia externa, haciendo justicia a los llamamientos por mayor libertad política y autonomía económica para reivindicar y construir modelos alternativos de desarrollo, más bien alineados a proyectos emancipatorios y de autoafirmación nacional.

Todo ello sumado, por supuesto el péndulo de esa disyuntiva crítica ha históricamente pendido hacia el lado de la dependencia estructural

latinoamericana, frente a la universalización del capitalismo liberal-conservador como modo de producción y consumo dominante en la región, al mismo tiempo que frente a la tutela (y, a veces, imposición) de los sucesivos gobiernos estadounidenses respecto a los modelos políticos (autoritarios o comedidamente democráticos) tenidos como aceptables desde el punto de vista del imperio.

Esto significa que el desempeño social latinoamericano ha sido el resultado de una combinación variable, país a país, entre una dinámica capitalista más o menos dependiente, por un lado, y, por otro, una dominación ideológica igualmente variable en términos políticos y culturales. Por lo tanto, es bajo ese arreglo institucional más general que se pueden observar los casos nacionales específicos y sus variaciones endógenas.

En estos años 2000, por ejemplo, es posible constatar la existencia de al menos tres variantes regionales, como muestra el Cuadro 1 a seguir: a) países como Brasil, Uruguay y Argentina presentaron, sobre todo hasta la crisis internacional iniciada en 2008, trayectorias de desarrollo capitalista dependiente, pero mínimamente regulado por los respectivos Estados nacionales; ii) países como Colombia, México y Chile, a su vez, habrían compartido un tipo de desarrollo capitalista dependiente y naturalizado por la supremacía explícita del mercado; y iii) países como Venezuela, Bolivia y Ecuador habrían compartido un tipo de desarrollo capitalista dependiente, pero contestado por intentos nacionales específicos de enfrentamiento y construcción de alternativas propias a la dependencia estructural y a la dominación ideológica en curso (GARCIA; CALVETE, 2015).

Cuadro 1. América Latina – grupos de países según el tipo de dependencia capitalista, años 2000

Desarrollo capitalista dependiente y regulado	Desarrollo capitalista dependiente y naturalizado	Desarrollo capitalista dependiente y contestado
Brasil, Uruguay, Argentina	Colombia, México, Chile	Venezuela, Bolivia y Ecuador

Fuente: Elaboración y adaptación libre de los autores, a partir de García y Calvete (2015).

En la clasificación anterior, es posible reagrupar las diversas realidades latinoamericanas, considerando la posición relativa de cada país de acuerdo con el grado de heterogeneidad estructural de sus economías, medida según metodología y tipología de clasificación propuesta en estudios de la CEPAL (INFANTE, 2011; CEPAL, 2012b), de donde sacamos el Cuadro 2.

Cuadro 2. América Latina – grupos de países según el grado de heterogeneidad estructural, años 2000

Heterogeneidad estructural moderada	Heterogeneidad estructural intermedia	Heterogeneidad estructural severa
Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguay	Brasil, Colombia, Panamá, Venezuela	Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana

Fuente: Elaboración y adaptación libre de los autores, a partir de Infante (2011).

De acuerdo con esa clasificación, se ve que en los países latinoamericanos la incorporación y difusión interna de progreso técnico no se han dado de forma generalizada u homogénea. Esto significa que el grado de heterogeneidad estructural – es decir, las diferencias entre los diversos estratos productivos en términos de productividad total de los factores de producción, así como la importancia de las actividades que realizan y la cantidad de empleos que generan – es más elevado justamente en los países con baja capacidad de producción y difusión tecnológica, como consecuencia de la precariedad de los vínculos y encadenamientos productivos entre los sectores económicos existentes.

Por supuesto, el grado de heterogeneidad estructural de las economías está relacionado con el desempeño económico y social de los países. De esta forma, la heterogeneidad de un país será tanto más elevada cuanto mayor sea la proporción de trabajadores ocupados en actividades de baja productividad agregada y viceversa. La consecuencia de estas dinámicas productivas diferenciadas es que tanto el PIB per cápita como el PIB por trabajador ocupado tienden a ser estructuralmente menores y más inestables en países más heterogéneos.

Considerando ambas formas de mirar y clasificar los países latinoamericanos sugeridas anteriormente, se ve entonces que tanto la dinámica económica capitalista como la actitud político-institucional de cada uno importan para explicar sus trayectorias históricas y su desempeño agregado en el péndulo entre la dependencia estructural y la autoafirmación nacional, tal como sugiere el Cuadro 3 a continuación.

Cuadro 3. América Latina – grupos de países según la relación dependencia x heterogeneidad

	Heterogeneidad estructural moderada	Heterogeneidad estructural intermedia	Heterogeneidad estructural severa
Desarrollo capitalista dependiente regulado	Argentina, Uruguay	Brasil	-
Desarrollo capitalista dependiente naturalizado	México, Chile, Costa Rica	Colombia, Panamá	El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana
Desarrollo capitalista dependiente contestado	-	Venezuela,	Bolivia, Ecuador

Fuente: Elaboración y adaptación libre de los autores, a partir de Infante (2011) y García y Calvete (2015).

Con base en esta disyuntiva es que el resto de este artículo se organiza. Después de esta breve introducción, la sección 2 fundamenta la hipótesis central del estudio, la sección 3 describe el comportamiento reciente de algunas de las principales variables del mercado de trabajo para América Latina, la sección 4 lo hace en términos de las reformas laborales llevadas a cabo desde la década de 1990 y las secciones 5, 6 y 7 detallan la situación latinoamericana a partir de cuestiones suscitadas por los vectores de la (in) formalización, (des)protección social y concentración versus distribución de renta en las fases desarrollista y liberal ya vivenciadas en este siglo XXI.

Por último, en las consideraciones finales, se señalan caminos para una posible mitigación de la crisis actual en medio de la disyuntiva dependencia estructural x autoafirmación nacional de los pueblos latinoamericanos.

2. TRAZOS DE DEPENDENCIA Y HETEROGENEIDAD EN EL MUNDO DEL TRABAJO LATINOAMERICANO

Tiene razón Leite (2012, p. 118) cuando afirma que “a diferencia de las predicciones más optimistas profesadas especialmente por los defensores de los principios neoliberales y los seguidores del pensamiento único, la globalización no fue la solución a todos los problemas. Al contrario, ella aportó una infinidad de nuevos problemas, incluso a los países desarrollados” (traducción libre). Esto significa que tanto la dependencia capitalista como la heterogeneidad estructural han aumentado en los países latinoamericanos en los últimos años, “dificultando análisis dirigidos a su conjunto” (Ibíd., p. 119, traducción libre).

De un lado,

la realidad de los países del MERCOSUR contrasta fuertemente en términos sociales con la de países que siguen trillando el modelo neoliberal, como Chile (donde la concentración de renta viene aumentando significativamente), Colombia (que vive un proceso continuo de precarización social y del trabajo) y, sobre todo, México, que en virtud de su dependencia hacia los Estados Unidos, vive un intenso proceso de desestructuración del mercado de trabajo. (Ibíd., p. 119, traducción libre).

De otro lado,

a diferencia de lo que siempre pregonó el ideario neoliberal, esas reflexiones apuntan a la centralidad del papel de los Estados nacionales en la elaboración e implementación de políticas que pueden ser fundamentales para el destino de los países de América Latina. En efecto, fue la intervención deliberada del Estado, al buscar políticas alternativas a las propugnadas por el

Consenso de Washington, que permitió la inflexión del modelo de desarrollo y del cuadro de desestructuración del mercado de trabajo vivido por los países del MERCOSUR a lo largo de los años 90. (Ibíd., p. 119, traducción libre).

En concordancia con la autora citada, Cardoso Jr. y Campos (2013, p. 115) también ya habían afirmado que,

después de por lo menos dos décadas (1980 y 1990) de gran inestabilidad política, fuertes fluctuaciones económicas y notable deterioro social en casi todos los países de América Latina, la primera década del 2000 trajo nueva vida a la región en las dimensiones política, económica y social. Quizá no fue coincidencia el hecho de que, tras la gran ola neoliberal con su paquete uniforme de reformas liberalizadoras haber generado resultados pobres desde el punto de vista económico, cierto cambio de orientación político-institucional hacia la izquierda del espectro electoral ha logrado conciliar, en medio a un ambiente externo extremadamente favorable para la región, el mantenimiento de la estabilidad de precios con la reanudación de tasas de crecimiento económico algo más altas que el promedio para el período 1980-2000.

Esta conjugación de factores, que en el texto citado llamamos democratización con cierta izquierdización de posiciones político-institucionales, aliada a la compatibilización entre reanudación de cierto crecimiento económico con mantenimiento de la estabilidad inflacionaria, prácticamente por toda la primera década del 2000, es lo que habría permitido la reducción o incluso la reversión de tendencias sociales deletéreas a las poblaciones de esos países. En especial, cabe destacar el movimiento algo pujante de reestructuración del mercado laboral en prácticamente toda América Latina, movimiento que estuvo asociado a fenómenos ligados a la recuperación de la ocupación en general de la fuerza de trabajo, a la formalización de los vínculos de trabajo y al aumento más que proporcional de las remuneraciones de la base de la pirámide social, con la consiguiente mejora distributiva en el interior de la clase que vive del trabajo (Ibíd.).

Desde el aliento desarrollista practicado en la primera década del 2000 a la reiteración del fracaso liberal ya evidente durante la década de 1990 y progresivamente en boga en el continente desde, sobre todo, la crisis internacional (financiera y productiva) de 2008, los países de América Latina están viendo sus economías oscilar una vez más de la autoafirmación nacional a la dependencia y heterogeneidad estructural.

Con el fin de fundamentar empíricamente la asertiva anterior, el resto del texto recorrerá estudios técnicos de autores y organizaciones internacionales, tales como OIT y CEPAL, para contextualizar y problematizar el momento actual de las sociedades latinoamericanas, sin descuidar las especificidades nacionales más evidente.

3. PANORAMA DEL COMPORTAMIENTO LABORAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En términos coyunturales, de acuerdo con el Panorama Laboral de la OIT para el año 2017 (OIT, 2017), la tasa de desocupación regional media continuó creciendo, por tercer año seguido, pasando ahora al 8,4%, sobre todo por el deterioro económico y laboral de Brasil.

Mientras que en 2016 la desocupación aumentó en 13 de los 19 países estudiados, en 2017 eso sucedió “sólo” en 9 de los 19 países. Fruto de la dinámica económica dependiente y de la elevada heterogeneidad estructural dentro de los países y entre ellos, es claro que la tasa de desocupación presenta niveles y desempeños bastante dispares en función de las subregiones que se estudia. Por lo tanto, las tasas más elevadas se observaron en el Cono Sur, donde la tasa subregional media saltó del 10,7% en 2016 a 11,9% en 2017. Eliminando el peso negativo que Brasil viene ejerciendo sobre la región, se tiene en realidad una pequeña reducción del 8,5% al 8,2% en el Cono Sur.

También se observó una reducción ínfima en los países andinos, de sólo el 0,1%. Para los países de Centroamérica y para México, la reducción fue un poco más alta, del 4,5% en 2016 al 4% en 2017. En el Caribe, la desocupación se redujo del 7,8% al 7,4% en el mismo bienio, pero su nivel está más cerca del Cono Sur que de Centroamérica y México.

Con respecto a las estadísticas de género, el Panorama Laboral informa que la desocupación ha aumentado tanto entre las mujeres como entre los

hombres, manteniéndose, además, las distancias entre ambos. Entre 2016 y 2017, la tasa de desocupación de las mujeres aumentó del 9,9% al 10,4%, mientras que en el caso de los hombres la desocupación pasó del 7,2% al 7,6%. Pero más significativo y preocupante es el hecho de que, por primera vez en esta década, la tasa de desocupación femenina superó la casa de los dos dígitos, manteniéndose por encima de la tasa verificada para los hombres en cerca de 1,4 vez.

En términos de edad, se observa que la desocupación juvenil sigue creciendo en la media regional: del 18,9% en 2016 a 19,5% en 2017. En términos prácticos, eso significa que uno de cada cinco jóvenes busca y no encuentra trabajo, lo que equivale a un contingente aproximado de 10,2 millones de jóvenes sin ocupación actualmente en el continente. También en relación a ese punto, cabe notar que Brasil viene contribuyendo negativamente con los resultados generales agregados.

Como consecuencia de este conjunto de fenómenos listados arriba, son claras las tendencias que sugieren un empeoramiento cualitativo en los empleos generados, pues ha habido una menor generación de empleos en los sectores formales asalariados y protegidos (que bajó del 65,3% en 2013 a 63,4 % en 2016), cuya contrapartida ha sido una mayor creación de empleos por cuenta propia (que pasaron del 21,6% al 23,6% en el mismo período). De nuevo, cabe notar que esta situación es peor en los países de América del Sur (afectada negativamente por la situación de Brasil) que en los de Centroamérica y México.

Como se sabe, esta heterogeneidad productiva se manifiesta en el hecho de que la industria, que genera empleos de mejor calidad en términos de estabilidad, remuneración y protección social, es el sector que más sufre efectos negativos de la crisis internacional y de la dinámica económica altamente dependiente y volátil presente en la mayoría de los países latinoamericanos. Por otro lado, los sectores de comercio y servicios de baja productividad son justamente aquellos que más emplean fuerza de trabajo menos calificada y justamente los sectores que más vienen creciendo en participación en la composición del empleo regional.

Por último, en términos remuneratorios, analizando datos en un horizonte temporal más amplio, es posible entender por qué la primera década de 2000 venía siendo identificada como de cierto aliento desarrollista.

Entre 2005 y 2015, hubo una evolución positiva de las remuneraciones en general para prácticamente todos los países de la región, que duró hasta aproximadamente 2012, cuando comienza, sobre todo por la influencia de la crisis internacional en vigor desde 2008 y de los ajustes nacionales internos debido a la crisis, un período de retroceso remuneratorio y empeoramiento distributivo (OIT, 2017).

A pesar de la tendencia regional de crecimiento de los salarios, se observaron diferencias significativas en su evolución a nivel subregional. Los mayores incrementos de los salarios reales se observaron en el Cono Sur, seguido por los países andinos, que tuvieron aumentos cercanos al promedio regional, mientras que en Centroamérica y México los incrementos salariales estuvieron por debajo de la media entre 2005 y 2015. En esa subregión, México, El Salvador y Honduras experimentaron contracciones en sus salarios reales medios. Mientras que el desempeño superior de los países del Cono Sur está relacionado con los efectos positivos del ciclo de precios altos por las commodities, en par con políticas activas de aumentos reales de salarios practicados por los gobiernos de la región, tales como la política nacional de valorización real del salario mínimo practicada por Brasil entre 2007 y el golpe de 2016.

El hecho de que mientras en los países del Cono Sur y en los países andinos los salarios reales del sector privado han acompañado los cambios en los salarios del sector público, en Centroamérica y México los salarios reales del sector público aumentaron proporcionalmente más que los salarios del sector privado también ayuda a explicar la diferencia entre las subregiones. Además, aunque los salarios de las trabajadoras domésticas han crecido en todas las subregiones, siguen siendo los más bajos en la escala salarial de todos los países.

Pero tal vez no sea exagerado afirmar que la mejora remuneratoria general observada hasta la adopción de orientaciones nuevamente liberal-conservadoras en la mayor parte de los países, desde la difusión de la crisis internacional que se arrastra desde 2008 por el continente, ha sido tributaria de las mejoras significativas y generalizadas en las políticas dirigidas a los salarios mínimos reales.

Como es de conocimiento general, el objetivo de las legislaciones y políticas de salarios mínimos es proteger a los trabajadores y las trabajadoras

contra pagos indebidamente bajos. Su aplicación efectiva contribuye, por lo tanto, a que trabajadores de bajos salarios participen de forma más equitativa de los frutos del progreso técnico, razón por la cual las políticas de salarios mínimos son piezas importantes para trayectorias económicas de crecimiento inclusivo y reducción de la pobreza y de las desigualdades de remuneración.

En este sentido, hubo entre 2005 y 2015 mejoras significativas y generalizadas de los salarios mínimos reales en el continente latinoamericano, que aumentaron en promedio un 42% en el período, algo como un 3,6% en términos reales al año. El aumento fue mayor en los países andinos (4% por año), seguidos de los países del Cono Sur (3,8% por año) y de Centroamérica y México (3% por año). Internamente a las subregiones, se ve que las mayores variaciones positivas ocurrieron en Honduras, Uruguay y Bolivia; mientras que las menores se dieron en Paraguay, México, República Dominicana y Colombia.

Adicionalmente, cuando se analizan los efectos del salario mínimo sobre las condiciones de pobreza, se verifica que, a pesar de las mejoras identificadas, ese piso oficial de remuneración todavía es insuficiente para retirar de la pobreza la mayor parte de los hogares compuestos por cuatro personas en promedio y que pertenecen al contingente del 50% de hogares más pobres en cada país. En parte, esto se debe al incumplimiento de la legislación por parte de los empresarios del sector privado; y, en parte, esto está relacionado al nivel oficial aún muy bajo de esas remuneraciones.

De todos modos, no es de menor importancia el efecto positivo que los salarios mínimos desempeñaron en las trayectorias nacionales de disminución de las bandas remuneratorias, o sea, en la mejora distributiva observada sobre todo en el interior de la clase trabajadora. Durante el período 2005-2015, hubo una importante reducción de la brecha salarial en todas las subregiones del continente. En el sector privado, hubo caídas relativamente menores de la brecha salarial en los países del Cono Sur y de América Central y México y un ligero aumento en los países andinos. Concomitante a ello, hubo aumento de la masa salarial y mejora en los indicadores distributivos. El mayor incremento de la masa salarial total se dio en el Cono Sur (9,8%) y en los Andes (4,2%), mientras que en Centroamérica y México la masa salarial se mantuvo constante en términos relativos. En términos distributivos, a su vez, hubo reducción de la desigualdad de renta del trabajo

en todas las subregiones del continente. Esta tendencia, sin embargo, fue persistente hasta 2013, lo que confirma la hipótesis de desaliento y fracaso del modelo liberal en su (in)capacidad de mantener el ímpetu y el aliento desarrollista de los años inmediatamente anteriores (OIT, 2017).

4. REFORMA DE LAS RELACIONES LABORALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El alcance de las reformas laborales en América Latina ha sido uno de los temas centrales del debate regional en los últimos 30 años, al menos. Los índices de flexibilidad laboral, su alcance, su magnitud y su importancia, en términos de potencial generador de empleos, han sido objeto de discusión controvertida para determinar el peso y el papel de la legislación laboral sobre el desempeño económico y social de los países de la región.

Como muestran los datos y los análisis disponibles (RUÍZ, 2005), han sido numerosas y amplias las modificaciones legales introducidas en la mayoría de los países latinoamericanos, en general de carácter flexibilizador, aunque en algunos casos y momentos específicos han garantizado e intentado fortalecer la protección social. En varios países, las modificaciones se limitaron a rediseñar o especificar las normas anteriores vigentes. En Argentina y Perú, por ejemplo, las reformas vienen siendo más profundas y flexibilizadoras. En Brasil, Colombia, Ecuador y Panamá, a su vez, se introdujeron reformas, que, aunque menos extensas, también estuvieron orientadas por la perspectiva flexibilizadora. En Chile, Guatemala y Nicaragua, las reformas de corte flexibilizador fueron aparentemente menos extensas aún, pero también por el hecho de que esos países ya partían (por ocasión de ese estudio de Ruíz, de 2005) de una base más flexible en términos de asignación y remuneratorios en el mercado de trabajo. Por último, en Bolivia, Honduras, México y Uruguay no se puede hablar de reforma laboral *stricto sensu*, dado el tenor sólo puntual de algunas medidas.

Con respecto a los contenidos de esas reformas, aunque la mayor parte de ellas – implementadas a lo largo de la década de 1990 por toda América Latina – intentase activar mecanismos de flexibilización de las relaciones laborales individuales, lo cierto es que la mayor parte de las iniciativas más recientes ya en la primera década de 2000 se centró en las relaciones laborales

colectivas, inspirándose con frecuencia en las normas emanadas de la OIT (RUÍZ, 2005). En este sentido, gran parte de las reformas laborales más recientes en la región reflejan algunos de los más importantes avances de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT. Entre las recomendaciones, una de las situaciones más interesantes era el progresivo desarrollo y la legitimación social de acuerdos colectivos como fuente reguladora más adecuada para normar las relaciones laborales formalizadas. No obstante, en términos de resolución de conflictos, el escaso desarrollo de contenidos reales en negociaciones colectivas hace todavía poco creíble las regulaciones más progresistas.

Con base en las consideraciones anteriores, podemos aquí reafirmar la idea general de este artículo, según la cual hay una fuerte correlación entre el desempeño insignificante de los mercados laborales de América Latina durante la década liberal de 1990 y el conjunto de reformas liberalizantes llevadas a cabo en esos países mientras que, por otra parte, precisamente en el período de aliento desarrollista de la primera década de 2000, cuando la orientación general de las reformas fue menos liberalizante y más centrada en las recomendaciones de la OIT, hubo un mejor desempeño mejor y más prometedor de los mercados de trabajo en términos de generación de empleos, formalización, remuneración, representación sindical, protección social, acceso a la justicia del trabajo y mejora distributiva.

En el marco de esta constatación, cabe señalar mejor estos resultados para los temas de la formalización, protección social y redistribución de la renta como rasgos positivos del corto período desarrollista, vis-à-vis las tendencias coyunturales y progresivamente negativas por cuenta de la nueva (pero peor!) ola liberalizadora en curso en el continente.

5. FORMALIZACIÓN LABORAL: DEL ALIENTO DESARROLLISTA AL FRACASO LIBERAL

Según Weller,

a partir de la seguidilla de crisis que comenzaron a afectar a la región a partir de 1998 se reforzó el cuestionamiento a muchas

de las políticas aplicadas, y en el ámbito laboral, las propuestas de amplias desregulaciones, aunque no desaparecieron de las discusiones, sin duda perdieron peso político. En consecuencia, las reformas se centraron más en el fortalecimiento de las políticas activas del mercado de trabajo que en la modificación de las relaciones laborales individuales o colectivas¹⁴. El alto crecimiento económico que benefició a la región a partir de 2003-2004 abrió paso a un contexto favorable para la generación de empleo y la mejora de su calidad. Y en varios países – sobre todo bajo gobiernos de una orientación más hacia la izquierda que la que prevaleció durante los años 90 – se intentó re-regular el mercado laboral, fortaleciendo la organización sindical, el diálogo social, la capacitación y la formalización del empleo. (2012b, p. 38).

Esta citación corrobora las afirmaciones hechas en las secciones anteriores, en el sentido de comprobar que, durante el período dicho desarrollista, en que se combinan una postura político-institucional más activa y activa de algunos países frente a la dependencia capitalista, con dinámica económica y social más pujante y nacionalmente decidida en términos de generación de empleos y renta, hay un desempeño agregado mejor y más sostenible tanto desde el punto de vista económico como político. En las palabras del mismo autor,

a partir de 2003-2004, en el contexto de un crecimiento económico relativamente alto y prolongado para el contexto latinoamericano, los sectores de productividad media y alta empezaron a generar puestos de trabajo en cantidad significativa, con lo cual aumentaron su participación en la estructura ocupacional urbana, de 48,8% en 2002-2003 a 52% en 2008-2009. Al mismo tiempo, se frenó la ampliación de las brechas de productividad. [...] Aun así, es evidente que la estructura económica productiva e institucional de América Latina no ha sido capaz de generar los empleos de calidad requeridos para bajar de manera sustantiva la pobreza. En efecto, hacia fines de la década pasada, en el promedio simple de 18 países, 23% de los ocupados urbanos latinoamericanos eran pobres y un 7%, incluso indigentes. En el caso de los ocupados rurales (en 16 países), esta proporción sube

a 41% y 22% respectivamente. Por lo tanto, si bien estar ocupado reduce la probabilidad de ser pobre, está lejos de garantizar un ingreso familiar digno. Entre los ocupados, la pobreza afecta, sobre todo, a los trabajadores por cuenta propia y a los trabajadores familiares no remunerados y, en un grado algo menor, a los asalariados privados. Otra categoría de ocupación que suele registrar malos indicadores de calidad es el servicio doméstico, tanto en términos de ingresos como respecto a la posibilidad de contar con un contrato de trabajo y protección social (Ibíd., p. 43).

Ante ello, Tokman (2009) sugiere cinco pilares para combatir e incorporar la economía informal a una dinámica económicamente más estructurada y socialmente más justa¹, a saber:

- I) desarrollo productivo y regulatorio de las actividades informales: se trata de reconocer a los microempresarios y trabajadores autónomos el derecho a desarrollar actividades productivas que les permitan generar ingresos y al mismo tiempo disminuir la vulnerabilidad derivada de su condición de informalidad;
- II) derechos laborales en empresas informales con capacidad de pago limitada: en las empresas informales se encuentra más de un tercio de los trabajadores asalariados del sector privado de América Latina y el 68% de ellos no tienen contratos de trabajo escritos. Esto significa que, para la mayoría, la protección laboral y social no constituye un derecho, ya que carece de una relación laboral reconocida. Por su parte, las unidades productivas informales tienen escasa capacidad de pago para enfrentar las obligaciones inherentes a la relación de trabajo;
- III) medidas contra la inseguridad y la desprotección de los trabajadores informales en empresas formales: la inseguridad y la desprotección se asocian a la inexistencia de relaciones laborales reconocidas legal y explícitamente, pero también a la existencia de relaciones que se rigen por contratos diferentes del contrato de trabajo por tiempo indefinido. Ambas situaciones se presentan tanto en microempresas como en empresas formales. No obstante, las

1 Ver también Tokman (2010), Durán (2011) y Amarante y Arin (2015).

- primeras predominan en las empresas informales, mientras que las segundas lo hacen en las empresas formales, por lo que sus trabajadores se consideran integrantes de la economía informal;
- IV) la regulación de las relaciones laborales difusas: un cuarto ámbito de regulación es el de las relaciones de trabajo dichas difusas, porque son difíciles de reconocer, están encubiertas o quedan desamparadas debido a omisiones de la legislación laboral o de la fiscalización legal. En muchos casos, las obligaciones y los derechos de las partes no están claros, lo que puede traducirse en una pérdida de protección de los trabajadores. Además, estas relaciones difusas son cada vez más importantes en el contexto de la globalización y de la descentralización de la producción, por lo que es necesario establecer derechos de los trabajadores y designar responsabilidades con respecto al cumplimiento de las obligaciones entre diferentes empresas implicadas;
- V) protección social para los trabajadores informales: dotar de cobertura de protección social a los ocupados en el sector informal requiere una estrategia que pueda incluir desde la expansión de la cobertura de los sistemas existentes hasta el desarrollo de nuevos instrumentos de protección, como los seguros y la consolidación de recursos aportados por los propios trabajadores informales. Esta cobertura debería incluir servicios de salud, pensiones y, dado el predominio de mujeres trabajadoras en ese contingente, cobertura maternidad. También se extendería tanto a los trabajadores de microempresas como a los independientes. En el caso de los trabajadores informales de empresas formales, la responsabilidad por la protección debería vincularse al perfeccionamiento del contrato de trabajo y a la contribución compartida con el empleador.

Es evidente que tal conjunto de recomendaciones, por cuanto correctas en sí mismas, sólo podrá tener curso efectivo en contextos desarrollistas de mayor autonomización nacional, en contraste con las tendencias actuales de liberalización de los mercados y, por lo tanto, incremento de la dependencia y de la heterogeneidad estructural en las sociedades latinoamericanas.

6. PROTECCIÓN SOCIAL: DEL ALIENTO DESARROLLISTA AL FRACASO LIBERAL

La protección social es un fenómeno aquí entendido a partir de la capacidad de cobertura social propiciada por un conjunto predefinido de políticas sociales – políticas que transfieren renta monetaria en el ámbito de la seguridad social, de la asistencia social y de políticas de empleo, trabajo y renta, según lo más ampliamente discutido en Castel (2010) o Cardoso Jr. (2013), de donde retiramos y adaptamos los cuadros 4 y 5 a continuación.

Cuadro 4. Los mundos de la protección y de la desprotección social según la condición de actividad de la población en edad activa e inactiva en los modelos de protección laboral y social dominantes en América Latina

	MUNDO DEL TRABAJO	MUNDO DE LA INACTIVIDAD
PROTECCIÓN SOCIAL	1. ocupación protegida contributiva: regímenes generales de previsión urbanos y regímenes propios para servidores del Estado; 2. autoocupación protegida contributiva; 3. asegurados especiales: regímenes de cobertura rural parcialmente contributivos; 4. protección temporal: seguro de desempleo.	5. cobertura previsional: regímenes generales urbanos y rurales y regímenes propios de funcionarios públicos; 6. cobertura asistencial estatal + filantrópica; 7. cobertura de la seguridad social.
DESPROTECCIÓN SOCIAL	1. ocupación desprotegida: asalariado sin contrato de trabajo; 2. autoocupación desprotegida: autónomos no contribuyentes; 3. desempleo involuntario.	4. ausencia de cobertura previsional (estatal o privada); 5. ausencia de cobertura asistencial (estatal o filantrópica).

Fuente: Cardoso Jr., 2013. Elaboración de los autores.

El sustrato teórico-metodológico para entender la definición de protección restringida abarcada por el Cuadro 4 es la constatación de que toda sociedad, en cada momento del tiempo, acciona y combina de forma diferenciada (sea voluntaria o involuntariamente) cuatro grandes

segmentos sociales, claramente discernibles, en la tarea indispensable de generar protección social a su cuerpo poblacional o, más modernamente, a su comunidad de familias y ciudadanos (ESPING-ANDERSEN, 2000).

Los cuatro grandes segmentos sociales son: el Estado, el mercado, las familias y las comunidades civiles de actuación en cada espacio nacional, que incluyen no sólo la actuación de las comunidades difusas y poco institucionalizadas, sino también la actuación del llamado sector público no-estatal o tercer sector. En el caso latinoamericano, habría cierta división de responsabilidades o atribuciones para estos cuatro grandes segmentos sociales, conforme nos aclara el Cuadro 5 a seguir.

Cuadro 5. Grado de protección social, por clases sociales y entes proveedores en situaciones típicas de América Latina

Obtención de protección social, por clases sociales y entes proveedores – Brasil			
	Clases altas	Clases medias	Clases bajas
Estado	Medio	Alto	Alto
Mercado	Alto	Medio	Bajo
Familias	Medio	Alto	Alto
Sociedad civil	Bajo	Bajo	Medio

Fuente: Cardoso Jr., 2013. Elaboración de los autores.

En líneas generales, podríamos decir que la protección social, para las clases superiores en la pirámide distributiva, dependería fuertemente de su acceso a los mercados privados de educación (sobre todo en la educación primaria y secundaria), a la salud y a la previsión complementaria, aunque el Estado comparezca en alguna medida, como proveedor de determinados bienes y servicios, sobre todo en la educación superior, ciertas especialidades de la salud, techo de remuneración de la previsión pública, etc. Los estratos medios de la pirámide social estarían ampliamente cubiertos por las políticas públicas del Estado, sobre todo en educación, salud, previsión y seguridad pública, con alta participación también de las propias redes familiares en la provisión de parte no despreciable de bienes y servicios en esas mismas áreas. Para estos estratos, el mercado aparecería de modo mediano en la provisión de bienes y servicios. Por último, las clases sociales inferiores de la pirámide distributiva dependerían,

mayoritariamente, del Estado y de las familias, siendo baja la participación del mercado y mediana la de la sociedad civil organizada en la provisión de bienes y servicios de protección social a esos segmentos.

En este sentido y enfocando en el vínculo entre empleo y protección social, vemos que históricamente este vínculo está en la centralidad del trabajo como mecanismo de inclusión, acceso al bienestar y también en la dialéctica de aportes y reconocimientos de las personas (CEPAL, 2012b). Esta articulación supone la capacidad de modernización de la estructura productiva y el dinamismo económico necesario para viabilizar el pleno empleo, mayoritariamente formalizado y contributivo a la seguridad social, con aportes de distintas fuentes, incluido el gasto público social. El vínculo entre empleo y protección social implica también que los actores tienen funciones definidas en el marco institucional de negociación y equilibrio de poderes, en que el Estado cumple papel fundamental para garantizar dicho equilibrio, de tal modo que el proceso productivo se traduzca en beneficios compartidos entre los actores (Ibíd.).

Ocurre que las dinámicas estructurales de dependencia y heterogeneidad que dominan a América Latina imponen desigualdades regionales, sectoriales, laborales y sociales de varias órdenes, tanto que, por un lado, prevalecen restricciones a sectores expresivos de la población para integrarse a las redes de seguridad social existentes. Hay un gran ejército de excluidos del empleo formal protegido, con inserciones precarias, alta rotación, remuneraciones bajas y oscilantes, casi ausencia de patrimonios o cualquier stock de activos y de capacidades humanas, situaciones que se convierten en ausencia o precariedad de vínculos y aportes contributivos para grandes contingentes de población. Por otro lado, la dinámica de informalidad, flexibilización y nuevas formas de organización y contratación laboral ha solapado la estabilidad de los empleos, debilitando a los actores sindicales y el propio estatuto protector del trabajo, por lo tanto, la capacidad de apropiación y transmisión de las ganancias de productividad producidas por el sistema (CEPAL, 2012b).

En la mayoría de los países latinoamericanos, la combinación entre restricción fiscal y desregulación económica dejó poco margen a los Estados para cubrir las necesidades de bienestar de sus poblaciones. Esto reforzó el desarrollo de políticas públicas asistenciales y focalizadas, muy distantes de un universalismo básico de bienestar social. Con ello, aparecen con más nitidez que nunca los vínculos entre heterogeneidad estructural, (des)empleo y (des)

protección social en la mayor parte de los países de la región. De ahí la correcta insistencia de la CEPAL, en varios de sus documentos oficiales (CEPAL, 2010; CEPAL, 2012a; CEPAL, 2012b; CEPAL, 2014; CEPAL, 2016; CEPAL, 2017; CEPAL, 2018) y de otros autores (BIELSCHOWSKY; TORRES, 2018; INFANTE, 2011; SOJO, 2017; TOKMAN, 2010; WELLER, 2012a; etc.) en el sentido de afirmar que

sin convergencia productiva las desigualdades estructurales seguirán traduciéndose en exclusiones y desigualdades persistentes en el mercado de trabajo. Sin el empleo, difícilmente se puede avanzar hacia la igualdad de oportunidades y a una ciudadanía activa, en tanto este constituye el ‘mecanismo consagrado de la sociedad para ordenar aportes y retribuciones, pasar de lo privado a lo público, e imprimir sentido a la vida personal en la contribución al progreso colectivo’ (Hopenhayn, 2006a, pág. 11). Sin protección social, importantes sectores de la población seguirán teniendo dificultades para ingresar al mundo del trabajo y, aun si ingresan, seguirán siendo víctimas recurrentes de las desigualdades que reproduce el mercado laboral. (CEPAL, 2012b, p. 27).

A pesar de este panorama ser el patrón histórico de América Latina en términos de la relación entre el mundo del trabajo y la protección social, típico de los contextos de dependencia y heterogeneidad aguzados en los momentos de predominio liberal-conservador de los modelos de crecimiento pregonados por la ideología del mercado, la región vivenció, en un corto intervalo de tiempo, a principios de los años 2000, un conjunto de situaciones que suscitaba cierto aliento desarrollista.

En primer lugar, hubo cierta dinámica económica favorable al crecimiento inclusivo, con mejoría general de los indicadores de mercado de trabajo (mayor y mejor ocupación, formalización de los vínculos, remuneración, protección social, desconcentración del ingreso laboral en 11 de los 18 países estudiados), reducción de la pobreza y de la indigencia y aumento consistente de la participación del gasto social en la renta nacional concomitante al incremento de la recaudación tributaria sin presión inflacionaria generalizada (Ibíd.).

En segundo lugar, la región como un todo demostraba tener capacidad para aprovechar el bono demográfico generado por una menor tasa de

dependencia, es decir, aumento de la proporción de la población ocupada en edad activa sobre la población inactiva dependiente (Ibíd.).

En tercer lugar, aunque en el campo económico persistían orientaciones predominantemente excluyentes e incluso regresivas, en el campo de las políticas sociales la ortodoxia de los años ochenta y noventa parecía ir cediendo espacio frente a nuevas formas de pensar el papel del Estado en la garantía de protección social, combate a la pobreza y a la desigualdad. La evidencia para ello es que en la primera década de 2000 se pusieron en movimiento en varios países latinoamericanos políticas públicas destinadas a fortalecer el pilar no contributivo de la protección social, y, en una lógica más universalista, se realizaron esfuerzos para ampliar derechos y servicios sociales en salud, educación, previsión pública y asistencia social, principalmente en el ámbito de los programas de transferencias monetarias a segmentos pobres y vulnerables en cada país (Ibíd.).

Por último, incluso ante la crisis económica internacional desencadenada en 2008, hubo reacciones no convencionales (o sea, no liberal-conservadoras) por parte de los gobiernos latinoamericanos que en la ocasión intentaban practicar orientaciones algo más autónomas o contestadoras al patrón dominante de políticas sugeridas por los organismos internacionales. En tales casos, como en Brasil, Argentina, Uruguay, Bolivia, Ecuador y Venezuela, políticas contracíclicas de mantenimiento de la demanda agregada (vía inversiones públicas y gasto social) se implementaron con éxito variable en cada caso concreto (Ibíd.).

Tal como lo demuestra la experiencia brasileña del período 2003-2013,

no sólo fue posible compatibilizar cierta retomada de crecimiento económico con reestructuración general del mercado de trabajo y mantenimiento de la estabilidad monetaria, como esto se dio sin que hubiera habido una reforma profunda – mantra liberal – del patrón de regulación del trabajo o de la protección social en el país. (CARDOSO JR.; HAMASAKI, 2014, p. 28, traducción libre).

Con ello, se demostró la incompatibilidad intrínseca entre los modelos de estructuración de los mercados de trabajo con protección social históricamente constituidos en América Latina y los modelos de desarrollo de cuño

liberal. Tal incompatibilidad se da, fundamentalmente, por la inadecuación que se establece entre la dinámica económica de tipo liberal y la naturaleza heterogénea y desigual del mercado de trabajo latinoamericano. Los modelos de tipo liberal son, por lo tanto, inadecuados a las economías de tipo periférico tardías, como las de América Latina, y contraproducentes a los mercados de trabajo derivados de esas economías (CARDOSO JR., 2013).

7. REDISTRIBUCIÓN X RECONCENTRACIÓN DE RENTA: DEL ALIENTO DESARROLLISTA AL FRACASO LIBERAL

Durante el corto período de aliento desarrollista en América Latina, básicamente la primera década de los años 2000, hubo una combinación virtuosa de tendencias presentes en los mercados de trabajo nacionales, que acopladas a los respectivos modelos de protección social (laboral, previsional y asistencial) permitieron la convivencia entre una dinámica de crecimiento económico favorable a la reducción de la heterogeneidad estructural en cada país, con indicadores de reducción de la concentración del ingreso del trabajo en la mayoría de los casos.

Este fenómeno, por un lado, raro en la historia de larga duración de América Latina, y, por otro, dependiente de una combinación y sustentación de políticas públicas simultáneas de crecimiento y redistribución, produjo efectos positivos sobre la dinámica productiva y también sobre variables críticas del mercado de trabajo, que ayudaron a recolocar el tema de la igualdad en el centro del debate latinoamericano sobre desarrollo durante ese período.

La CEPAL, por ejemplo, argumenta que esto se dio por dos razones:

Primero, porque provee a las políticas de un fundamento último centrado en un enfoque de derechos y una vocación humanista que recoge la herencia más preciada de la modernidad. Segundo, porque la igualdad es también una condición para avanzar hacia un modelo de desarrollo centrado en la innovación y el aprendizaje, con sus efectos positivos sobre la productividad, la sostenibilidad económica y ambiental, la difusión de la sociedad del conocimiento y el fortalecimiento de la democracia y la ciudadanía plena. (CEPAL, 2018, p. 5).

El mensaje central, por lo tanto, consistía en afirmar que la desigualdad implica grandes costos de eficiencia micro y macroeconómica, de lo que redonda la idea fuerza de que su superación sea una condición necesaria para el desarrollo inclusivo y sostenible.

Según este enfoque,

La igualdad es una condición necesaria para la eficiencia dinámica del sistema al crear un ambiente institucional, de políticas y de esfuerzos que prioriza la innovación y la construcción de capacidades. Desde esta perspectiva, la igualdad es más relevante en la actualidad que en el pasado, debido al impacto de la revolución tecnológica, que torna a la construcción de capacidades y el cierre de brechas en una tarea más urgente y necesaria. Esa premura se acentúa por la insostenibilidad del actual patrón de crecimiento, que obliga a aprovechar la revolución tecnológica en favor de la transformación de la matriz energética y dirigir los procesos productivos hacia sendas bajas en carbono, preservando el medio ambiente y sus servicios productivos para las próximas generaciones. Los mecanismos a través de los cuales opera la relación entre causalidad y eficiencia son la difusión mucho más amplia en la sociedad de la educación y las capacidades; la eliminación de las barreras a la creatividad y el esfuerzo que representan las discriminaciones de cualquier tipo; el seguro social que provee el estado de bienestar y que permite a los agentes aceptar, en mayor grado, los riesgos inherentes a la innovación, y la superación de la cultura del privilegio y de la economía política que cierran el camino a nuevos agentes, sectores e ideas que transforman la economía y desafían comportamientos rentistas basados en ventajas comparativas estáticas o privilegios políticos. (CEPAL, 2018, p. 7).

Ante esta posición, que viene siendo corroborada tanto desde el punto de vista teórico como empírico, Weller (2012a) argumenta que la generación de empleos productivos es una primera condición necesaria para reducir las elevadas heterogeneidades y desigualdades aún presentes en América

Latina. Sin esta inserción productiva y sostenible a lo largo del tiempo en la estructura de producción y consumo de la población latinoamericana, las desigualdades regionales tienen pocas posibilidades de ser enfrentadas y reducidas sólo con base en programas asistenciales o de transferencias monetarias. Por lo tanto, la generación de empleos productivos debe ser el punto de partida de estrategias nacionales para reducir las desigualdades en la estructura productiva y en los mercados laborales, obviamente sin descuidar la importancia de las políticas salariales y asistenciales como herramientas complementarias.

Entre ellas, se destacan las políticas de acceso a la educación y a la salud, que, al incrementar las capacidades individuales y las oportunidades colectivas, impulsan la innovación y los aumentos de productividad sistémica. Cuando una persona abandona sus estudios antes de concluir la educación primaria o secundaria, su potencial productivo se resiente por el resto de su vida activa. El menor salario que recibirá, *ceteris paribus*, en relación a trabajadores con más años de educación formal, es un indicador de la pérdida de productividad y bienestar que ese abandono implica. La magnitud de esta pérdida es muy elevada a lo largo del tiempo. El costo para la sociedad no se agota en la pérdida futura de renta de la persona que no continúa sus estudios, ya que hay externalidades positivas asociadas a la interacción entre personas con alto nivel de educación; en otras palabras, el beneficio social de la inversión en educación va más allá del beneficio privado. Cuando la desigualdad impide el acceso a la educación, sus efectos no se localizan, sino que se difunden, afectando todo el sistema económico. En América Latina, una proporción muy significativa de la población de más de 18 años no alcanza un nivel equivalente al primer ciclo de educación secundaria completo, a lo que se suman notables diferencias entre el primer y el último quintil de ingreso. Por otro lado, la situación de los países es heterogénea. En un extremo, se encuentra Guatemala, donde sólo el 50% de la población con más de 18 años alcanza un nivel equivalente a la conclusión del primer ciclo de educación secundaria. En el otro extremo está Chile, donde esa cifra supera el 80% (Ibíd.).

Hay otras dimensiones de la desigualdad que se relacionan estrechamente con las más tradicionales. Una de ellas es su expresión territorial, ya que la pobreza o los bajos niveles de desarrollo se concentran en ciertas áreas.

Las ciudades son parte de esa dinámica territorial que tiende a concentrar espacialmente el desarrollo y a generar polarizaciones, tanto en las propias ciudades como en su relación con el mundo rural. Otras desigualdades están relacionadas con el deterioro ambiental: los sectores de menores recursos son los que sufren en mayor medida las consecuencias negativas de la contaminación en zonas urbanas, y los campesinos pobres son los que trabajan en los ecosistemas rurales más degradados. Por otro lado, la infraestructura existente y los patrones de inversión en esa infraestructura consolidan y reproducen las desigualdades territoriales y ambientales (Ibíd.).

En cuanto a estas dimensiones de la desigualdad, el índice de desarrollo regional (IDR) latinoamericano de 2015, elaborado por la CEPAL, ofrece una perspectiva amplia de las desigualdades territoriales. A diferencia de los análisis tradicionales de disparidades territoriales que toman como patrón de referencia los promedios de cada país, el IDR compara el nivel de desarrollo relativo de 175 entidades territoriales de ocho países de América Latina con los promedios de la región. Este enfoque incorpora dimensiones adicionales al PIB por habitante, como la salud, la educación y el acceso a los servicios públicos. El IDR de 2015 permite identificar las macrorregiones con mayores desfases relativos en materia de desarrollo económico y social, entre las que se encuentran el noreste de Brasil, el suroeste de México y las zonas andinas y amazónicas de Bolivia, Colombia y Perú (Ibíd.).

Otra dimensión importante destacada por la CEPAL es la relación entre desigualdad e instituciones. La transmisión intergeneracional de la pobreza refleja y refuerza la transmisión intergeneracional de instituciones excluyentes. Un factor explicativo de esa persistencia es que la desigualdad se incorpora a la cultura de la sociedad, que percibe como natural que ciertos grupos disfruten de los derechos negados a otros. Se crea así una cultura del privilegio que es implícitamente aceptada tanto por los grupos privilegiados como por los excluidos. En suma, al efecto directo de la desigualdad sobre el aprendizaje y las capacidades se suma un efecto tal vez menos visible, pero no menos importante: el debilitamiento de las capacidades del Estado y de la eficacia de las políticas públicas. La economía política de la desigualdad y su estrecha relación con las instituciones y la cultura que gobiernan las relaciones sociales son una barrera al aumento de la productividad y al crecimiento, pues limitan la oferta de bienes públicos imprescindibles para

la existencia de mercados competitivos y agentes innovadores. Ya en una sociedad democrática, los bienes públicos son una materialización de la igualdad y del sentido de pertenencia (Ibíd.).

Así, por ejemplo, la población afrodescendiente, cuyos antepasados fueron esclavizados y sometidos a trabajos forzados, sigue sufriendo mayores niveles de pobreza, menores niveles de educación, mayor exposición a los efectos negativos de la segregación territorial y una inserción ocupacional en los nichos más precarios del mercado de trabajo. Las tasas de pobreza de las poblaciones indígenas y afrodescendientes son mayores que las del resto de la población, al mismo tiempo que la mala distribución de la renta ilustra la asociación entre etnia y desigualdad social, siendo mucho mayor el porcentaje de afrodescendientes e indígenas situados en el quintil más pobre (Ibíd.).

Bajo la perspectiva del desarrollo con igualdad, la cultura del privilegio es preocupante, porque naturaliza la relación entre el lugar que se ocupa en la escala social y el mayor o menor acceso a la educación, la salud, el trabajo, la seguridad y la habitabilidad del lugar en que se vive. Esta dinámica se disemina en múltiples ámbitos, en los cuales factores estructurales e institucionales concurren para perpetuar o recrear un orden de desiguales. El sistema tributario de la región expresa esa cultura del privilegio.

En América Latina y el Caribe persisten privilegios tributarios que se concretan en exenciones, evasión, elisión y bajo impuesto sobre la renta. Gran parte de la carga tributaria es indirecta y recae sobre el consumo, mientras que el impuesto sobre la renta es inferior al que existe, en promedio, en los países de la OCDE. La carga tributaria media de la región es la mitad de la media de un conjunto de 15 países de la Unión Europea, y esta diferencia se concentra en el impuesto sobre la renta de las personas físicas. En la región, la mayor parte de la carga tributaria proviene de impuestos sobre el consumo y tiene un efecto regresivo. La gran diferencia entre el poder redistributivo de la política fiscal de los países latinoamericanos y caribeños y el de las economías desarrolladas se encuentra en las transferencias monetarias y en los impuestos directos, ya que la caída del coeficiente de Gini provocada por la distribución del gasto en educación y salud es similar en ambos grupos. En promedio, el coeficiente de Gini de la región cae sólo tres puntos porcentuales después de la acción fiscal directa, mientras que la

provisión pública de servicios de educación y salud lo reduce en seis puntos adicionales (CEPAL, 2018).

En los países europeos y en otras economías de la OCDE, el efecto redistributivo conjunto de las transferencias monetarias y del impuesto sobre la renta personal es de 19 y 17 puntos porcentuales en promedio, respectivamente, mientras que la redistribución efectuada vía gasto público se sitúa entre 6 y 7 puntos porcentuales. El débil efecto redistributivo de la tributación, sea por la composición y carga tributaria, por la falta de fiscalización efectiva o por las regalías vigentes, forma parte de un sistema de privilegios en que quien tiene más no percibe el compromiso social de contribuir al bien común por la vía fiscal. Sin embargo, un claro efecto redistributivo obtenido mediante la tributación, que puede ser percibido como norma de la sociedad, no sólo es indispensable para promover más igualdad, sino que también constituye un signo comunicativo y de concientización sobre la igualdad de derechos.

8. CONSIDERACIONES FINALES

Tiene razón la CEPAL (2016, p. 29) cuando afirma que

el estilo de desarrollo dominante ha generado enormes desequilibrios y su transformación es una tarea compleja. La dificultad radica en la economía política, el conjunto de intereses y alianzas que predominan y que definen las reglas del juego, tanto en el plano internacional como en el interno. Hay un claro conflicto. Diversos actores, tanto públicos como privados, tienen interés en proteger sus inversiones y la distribución presente de rentabilidades; otros, en cambio, tendrían mucho que ganar con una transición a un patrón de crecimiento más inclusivo y sostenible ambientalmente. El problema es que los costos de la conversión a un nuevo patrón son inmediatos y están concentrados, mientras que los beneficios se percibirán en el futuro y son difusos. En particular, la distribución de costos y beneficios está en correlación inversa con la distribución de poder en el estilo vigente, lo que dificulta la construcción de alianzas para avanzar.

Por los motivos expuestos, la CEPAL (Ibíd.) llama la atención sobre mecanismos de gobernanza necesarios en cuatro ámbitos: i) una coordinación internacional de las economías que favorezca la expansión sostenida de la inversión, basada en políticas fiscales que prioricen proyectos de bajo carbono y de mayor eficiencia energética; ii) una nueva arquitectura financiera internacional que reduzca la volatilidad real y de precios y avance en la reforma del sistema monetario internacional; iii) una gobernanza del comercio y de la tecnología sobre bases multilaterales que facilite y amplíe el acceso a la tecnología y la financiación para el desacoplamiento entre el crecimiento y el impacto ambiental, propiciando la corrección de las asimetrías entre países y regiones; y iv) una gobernanza compartida de los componentes esenciales de la economía digital a nivel global y regional. Estas tareas demandan, de forma paralela, a nivel nacional en cada país, una apuesta en la universalización de la protección social y en la provisión de servicios de educación y salud para generar respuestas proactivas ante la incertidumbre propia de la globalización y de la revolución tecnológica.

En lo que se refiere a la macroeconomía, se reafirma la necesidad de una política orientada al desarrollo, que, además de controlar la inflación, fortalezca los instrumentos anticíclicos, articulando los objetivos de la estabilidad financiera con los de la transformación productiva y la mejora de la distribución de la renta (CEPAL, 2010). Con respecto a las políticas sociales, el enfoque de derechos y la búsqueda de la igualdad sustantiva se sitúan como ejes de los nuevos regímenes de bienestar, para posibilitar el aprovechamiento de las sinergias entre igualdad y eficiencia del sistema económico. En materia de medio ambiente, la atención se centra en tres pilares de la descarbonización, que incluyen la digitalización de la sociedad y la producción (particularmente de las microempresas y de las pequeñas y medianas empresas, debido a su peso en la generación de empleos y salarios), el desarrollo de ciudades sostenibles y el énfasis en las energías renovables (CEPAL, 2018).

En lo que se refiere al mundo del trabajo, Weller (2012b) señala directrices para mejorar las condiciones de trabajo en América Latina: i) afrontar la elevada inestabilidad como característica del mercado de trabajo; ii) perfeccionar la institucionalidad del trabajo existente; y iii) enfrentar la desigualdad vinculada con las condiciones de trabajo. Sin embargo, sostiene el autor, previamente hay que subrayar la importancia de políticas que fomenten un crecimiento económico

elevado y sustentable, estimulen aumentos continuos de la productividad del trabajo y reduzcan las importantes brechas de productividad entre segmentos de la estructura productiva, como también subrayan Toledo y Neffa (2010), al analizar los modelos productivos dominantes en Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela.

En la misma línea de argumentación, en trabajo realizado en el marco de la OIT, Infante (2017) señala que, cuando el cambio estructural redundaba en reducción de brechas de productividad, diversificación de la estructura productiva e incremento agregado de la productividad, el mundo del trabajo se beneficia en términos de igualdad, porque se reducen las brechas salariales y se amplía el empleo de calidad. Para ello, el trabajo necesita ser libremente escogido, productivo, adecuadamente remunerado y respaldado por una protección social apropiada – en suma, el trabajo decente, en los términos de la OIT. Pues precisamente esta combinación de factores estuvo presente en América Latina en ese interregno desarrollista reciente (años 2000), cuando se comprobó en varios países la viabilidad de políticas simultáneas y no contradictorias de crecimiento económico y generación de empleos, además de políticas laborales y de protección social diseñadas para ratificar – al mismo tiempo que retroalimentar – el propio crecimiento de la economía.

En este contexto, las políticas de formalización deben contemplar dos objetivos simultáneos: i) por un lado, facilitar el camino de la clase trabajadora a la economía formal y promover eficazmente el empleo productivo en la economía ya formalizada; ii) de otro, mejorar las condiciones de trabajo y de vida de los que se encuentran en la economía informal, de modo que la orientación general sea de más y mejor inclusión social que de castigo o segregación (TOKMAN, 2009; 2010).

Por último, todo sumado, Cardoso Jr. y Hamasaki (2014), al estudiar la experiencia brasileña entre las décadas liberal (1990) y desarrollista (2000) en lo que se refiere a las relaciones entre patrones de desarrollo, mercado de trabajo y protección social, ya habían señalado la necesidad de una agenda más explícita, orgánica y sistémica de desarrollo, basada en los siguientes vectores de transformación positiva:

- I) recuperación y sostenimiento del crecimiento económico en bases más sólidas y niveles más elevados que los actuales. Es

decir, la inducción deliberada del Estado hacia una revolución de base científico-técnica-productiva, que sea capaz de combinar estímulos a la llamada economía verde y educación ambiental, con encadenamientos innovadores, en las esferas productiva e institucional, en procesos y productos;

- II) reestructuración institucional del patrón de financiación pública en general y de las políticas sociales en particular. Es decir, una reforma tanto tributaria como fiscal, que sea capaz de combinar progresividad en la recaudación con redistribución en los gastos;
- III) consolidación de mínimos civilizatorios para la regulación (estructura y regulación) del mundo del trabajo. Es decir, la profundización de una cultura de derechos, referenciada al conjunto de derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales (la llamada Plataforma DHESCA);
- IV) promoción políticamente deliberada de la distribución funcional y del personal de la renta;
- V) construcción de nuevas institucionalidades en la relación Estado-sociedad para la promoción de la ciudadanía amplia y para la consolidación democrática. Es decir, una reforma ética y política en los sistemas de representación, participación y deliberación, con valorización de la esfera pública y de la ciudadanía en todos los niveles.

Este conjunto de directrices estratégicas se perfila claramente al lado del debate político y académico defendido por sectores del campo progresista de la sociedad latinoamericana, dentro y fuera de las estructuras de gobierno. Como corolario, se cree que no hay solución positiva dentro del camino liberal-conservador. Defendida por sectores atávicos de la sociedad, comunidades de la política (partidos, sindicatos y otras agremiaciones) y de la propia burocracia, además de los medios y de sectores del empresariado, esta alternativa política, orientada al vaciamiento del papel del Estado, viene nuevamente trayendo consecuencias nefastas para América Latina y otros lugares del mundo.

En el caso latinoamericano, la vía liberal ya experimentada a lo largo de la década de 1990 provocó, entre otras, desarticulación productiva, financiarización de la riqueza, precarización del mercado de trabajo y desmonte

del sistema de protección social, entonces en formación. La vía liberal, por lo tanto, inviabiliza trayectorias sostenidas de homogeneización económica y social a los países que a ella adhieren, no pudiendo constituirse en alternativa creíble a los desafíos de la contemporaneidad colocados para la región ya en esta segunda década del siglo XXI. Ante la barbarie de la dependencia estructural que de nuevo se avecina en el continente, queda a los países y pueblos latinoamericanos la búsqueda sin tregua por reafirmación nacional como camino hacia nuevas conquistas civilizatorias.

REFERENCIAS

AMARANTE, V.; ARIM, R. (Eds.). **Desigualdad e Informalidad**: un análisis de cinco experiencias latinoamericanas. Santiago: CEPAL, 2015.

BIELSCHOWSKY, R.; TORRES, M. (Comps.). **Desarrollo e Igualdad**: el pensamiento de la CEPAL en su séptimo decenio: textos seleccionados del período 2008-2018. Santiago: CEPAL, 2018.

CARDOSO JR., J. C. **Mundo do Trabalho e (Des)proteção Social no Brasil**: ensaios de interpretação da história recente. 2013. Tese (Doutorado em Desenvolvimento) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

CARDOSO JR., J. C.; CAMPOS, A. G. A situação laboral da América Latina na primeira década de 2000. In: RODRIGUES, V. A. (Org.). **Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas**. Brasília: OICH/Nesp/Ceam/UnB e Opas/OMS, 2013.

CARDOSO JR., J. C.; HAMASAKI, C. S. **Padrões de desenvolvimento, mercado de trabalho e proteção social**: a experiência brasileira entre as décadas liberal (1990) e desenvolvimentista (2000). Brasília: Ipea, TD n. 2021, 2014.

CASTEL, R. **El Ascenso de las Incertidumbres**: trabajo, protecciones, estatuto del individuo. Buenos Aires: FCE, 2010.

CEPAL. **A Hora da Igualdade**: brechas por fechar, caminhos por abrir. Brasília: Cepal, 2010.

_____. **Mudança Estrutural para a Igualdade**: uma visão integrada do desenvolvimento. San Salvador: Cepal, 2012a.

_____. **Eslabones de la Desigualdad**: heterogeneidad estructural, empleo y protección social. Santiago, Chile: CEPAL, 2012b.

- _____. **Pactos para la Igualdad: hacia un futuro sostenible.** Lima: CEPAL, 2014.
- _____. **Horizontes 2030: a igualdade no centro do desenvolvimento sustentável.** Cidade do México: Cepal, 2016.
- _____. **Panorama Social 2017.** Santiago: CEPAL, 2017.
- _____. **La Ineficiencia de la Desigualdad.** Havana: CEPAL, 2018.
- DURÁN, G. Institucionalidad laboral para un desarrollo inclusivo. In: INFANTE, R. (Ed.). **El Desarrollo Inclusivo en América Latina y el Caribe: ensayos sobre políticas de convergencia productiva para la igualdad.** Santiago: CEPAL, 2011.
- ESPING-ANDERSEN, G. **Fundamentos Sociales de las Economías Postindustriales.** Barcelona: Ariel, 2000.
- GARCIA, M. H.; CALVETE, C. S. Colômbia, Brasil e Venezuela e os impactos no mercado de trabalho. São Paulo, **Revista IEA-USP**, n. 29, v. 85, 2015.
- INFANTE, R. **América Latina en el “Umbral del Desarrollo”:** un ejercicio de convergencia productiva. Santiago: Proyecto “Desarrollo inclusivo”, Documento de Trabajo 14, p. 8, 2011. mimeo.
- _____. **América Latina: crecimiento, cambio estructural y formalización: 2000-2015.** Santiago: OIT, 2017. mimeo.
- LEITE, M. P. A sociologia do trabalho na América Latina: seus temas e problemas revisitados. Rio de Janeiro, **Revista de Sociologia e Antropologia**, v. 2, n.4, oct./dec. 2012.
- OIT. **Panorama Laboral 2017.** Lima: OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2017.
- RUÍZ, M. L. V. (Ed.). **La Reforma Laboral en América Latina: 15 años después.** Lima: OIT, 2005.
- SOJO, A. **Protección Social en América Latina: la desigualdad en el banquillo.** Santiago: CEPAL, 2017.
- TOKMAN, V. E. Flexiguridad con informalidad: opciones y restricciones. In: WELLER, J. (Comp.). **El nuevo escenario laboral latinoamericano.** Regulación, protección y políticas activas en los mercados de trabajo. Santiago: Siglo Veintiuno, CEPAL, 2009.
- _____. **Una Voz en el Camino: empleo y equidad en América Latina – 40 años de búsqueda.** Santiago: FCE, 2010.
- TOLEDO, E. G.; NEFFA, J. C. (Comps.). **Trabajo y Modelos Productivos en América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela luego de las crisis del modo de desarrollo neoliberal.** Buenos Aires: CLACSO, 2010.

WELLER. J. **Crecimiento, empleo y distribución de ingresos en América Latina**. Santiago: CEPAL, 2012a. Serie Macroeconomía del Desarrollo, n. 122.

WELLER. J. Panorama de las condiciones de trabajo en Latinoamérica. **Revista Nueva Sociedad**, 2012b.

PAULO ROBERTO CORBUCCI

REGINA CÉLIA CORBUCCI

EVOLUCIÓN DEL ACCESO Y DE LA
CALIDAD DE LA EDUCACIÓN BÁSICA EN
AMÉRICA LATINA EN LA DÉCADA DE
2010

Maestría en Educación por la Universidad de Brasilia y Doctorado en
Sociología por la Universidad de Brasilia

Maestría en Educación por la Universidad de Brasilia y Doctorado en
Desarrollo Sostenible por la Universidad de Brasilia

EVOLUCIÓN DEL ACCESO Y DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN BÁSICA EN AMÉRICA LATINA EN LA DÉCADA DE 2010

PAULO ROBERTO CORBUCCI
REGINA CÉLIA CORBUCCI

PRESENTACIÓN

El presente texto está estructurado en tres secciones, excluida esta presentación. En la sección introductoria, se busca delinear, de forma sucinta, el escenario macroeconómico que favoreció la reducción de las desigualdades de renta en la región latinoamericana, teniendo en cuenta que esta variable afecta directa e indirectamente a las políticas educativas y sus resultados. En la segunda sección se analiza la evolución del acceso y la calidad de la educación: en un primer momento, bajo un enfoque regional, y luego mediante el análisis de países seleccionados. En las consideraciones finales, se identifican los principales avances y desafíos a ser superados, así como riesgos inminentes que podrían comprometer su superación.

1. INTRODUCCIÓN

La desigualdad es, quizás, el principal rasgo que define a las sociedades latinoamericanas (CEPAL, 2018), cuyos intentos de superación parecen ocurrir de forma cíclica. El último ciclo ocurrió a principios de este siglo y duró poco más de una década.

Al final de la década del neoliberalismo en los años 1990, los países de la región pasaron a ser comandados por gobiernos de tendencia más a la izquierda, siendo unos pocos con matices más radicales y otros, en mayor número, con vocaciones más reformistas.

Por regla general, estos gobernantes llegaron al poder en respuesta al desencanto en relación a las promesas incumplidas de sus antecesores neoliberales, sobre todo aquellas relacionadas con la reducción del desempleo y el aumento de la renta.

La valorización de las commodities en el comercio internacional permitió a estos gobiernos transferir parte de las ganancias para el área social, a ejemplo de los programas de transferencia de renta, pero también para ampliar los presupuestos de áreas como salud y educación.

Con ello, la reducción de las desigualdades sociales en la región ocurrió a un ritmo más acelerado y, principalmente, se redujeron los índices de indigencia y pobreza, no obstante los niveles mínimos utilizados en la definición de estas líneas de corte. Pero, de acuerdo con la CEPAL (2018), el ritmo de reducción se ha desacelerado en los últimos años, cuando se tiene por referencia la reducción anual (media simple) del Índice de Gini: del 1,5% en el período 2002-2008 para apenas 0,4% entre 2014 y 2016.

De manera similar, el aumento de la proporción de pobres e indigentes refuerza el entendimiento acerca de la emergencia de un nuevo ciclo socioeconómico. Si en el período 2002-2014 hubo una reducción continua de la proporción de estos dos segmentos, del 58,3% al 36,7% del universo poblacional, a partir de 2015 se observa la inflexión de esta tendencia, de modo que en 2016 se alcanzaba la proporción del 40,7%.

Ante esta nueva coyuntura, que apunta al aparente final de ese ciclo virtuoso, que permitió el aumento del empleo y de la renta, con reducción de desigualdades, falta saber si también hubo reversión de la tendencia de ampliación del acceso a la educación, sobre todo a los niveles de enseñanza más elevados, así como una mejora de la calidad de la educación pública. En este sentido, el presente estudio tiene por objetivo analizar la evolución de los indicadores educativos, en el ámbito de la educación básica, en el período que sucede ese ciclo de crecimiento económico, con reducción de las inequidades sociales.

2. SITUACIÓN EDUCATIVA

En esta sección se abordarán dos aspectos cruciales para la efectividad de la política educativa: acceso y desempeño. En el primer caso,

se analizarán los indicadores de frecuencia en la educación básica, en la región como un todo y en países seleccionados. La elección de estos países está relacionada no sólo con la disponibilidad de datos, sino también con la dimensión poblacional, en la medida en que la muestra seleccionada corresponde a cerca del 75% del universo poblacional de América Latina y el Caribe. A continuación, se analizarán los datos relativos a los exámenes de aptitud de gran escala, que vienen siendo adoptados por diversos países de la región como mecanismo de monitoreo de la calidad de la educación básica. En ambos casos, se tiene como objetivo verificar si esos indicadores educativos estarían siendo afectados por la nueva coyuntura macroeconómica.

2.1 Avances en la ampliación del acceso a la educación básica

El primer desafío educativo que viene siendo superado por los países latinoamericanos, en particular por aquellos que presentaban los mayores desfases históricos, se refiere a la (casi) universalización del acceso a la educación básica, especialmente en lo que se refiere a la enseñanza primaria. Esto ha sido observado de manera más o menos generalizada en todos los países de la región, desde fines del siglo pasado.

En lo que se refiere al acceso por niveles de enseñanza, se observa que, en general, los países de la región mantuvieron la tendencia de crecimiento en el período 2010-2015, aunque a un ritmo menos acelerado que en la década anterior. Esto se explica en parte por el hecho de que resulta más difícil la incorporación de aquellos segmentos poblacionales que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y que, en general, son los últimos en incorporarse.

Con base en la información más actualizada disponible por el SITEAL (2015)¹, fue posible analizar la evolución del acceso a la educación formal, en la región como un todo, en apenas tres momentos a lo largo de este siglo (2000, 2005 y 2013). La Tabla 1 presenta la evolución de la tasa de escolarización por grupo de edad y nivel socioeconómico (NSE).

1 Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina.

Tabla 1. Tasa de escolarización por grupo de edad y NSE - América Latina y el Caribe (2000/2005/2013)

Grupo de edad/ NSE	Año			Var. %	
	2000	2005	2013	2000/2005	2005/2013
5 años	74,1	79,3	84,3	7,0	6,3
NSE Bajo	60,4	66,0	71,6	9,3	8,5
NSE Mediano	81,9	84,9	88,3	3,7	4,0
NSE Alto	92,4	94,4	95,3	2,2	1,0
6 a 11 años	95,1	96,1	97,2	1,1	1,1
NSE Bajo	91,6	93,3	94,9	1,9	1,7
NSE Mediano	97,5	97,8	98,3	0,3	0,5
NSE Alto	99,0	98,8	98,5	-0,2	-0,3
12 a 14 años	90,2	92,3	93,8	2,3	1,6
NSE Bajo	82,8	86,3	88,9	4,2	3,0
NSE Mediano	95,5	96,0	95,9	0,5	-0,1
NSE Alto	98,7	98,4	98,4	-0,3	-
15 a 17 años	69,4	72,5	76,6	4,5	5,7
NSE Bajo	55,0	59,8	65,8	8,7	10,0
NSE Mediano	77,3	77,9	79,3	0,8	1,8
NSE Alto	89,2	88,9	90,4	-0,3	1,7

Fuente: SITEAL, con base en las encuestas domiciliarias de cada país.

Nota: Los valores correspondientes a los NSE correspondientes a 2000 y 2005 no incluyen a Nicaragua.

Elaboración de los autores.

Como se puede inferir con base en los datos de la Tabla 1, los mayores incrementos relativos ocurrieron entre niños y adolescentes pertenecientes al NSE bajo. Con ello, fue posible reducir las desigualdades de acceso entre ellos y los estudiantes de los demás niveles socioeconómicos. Además, se observa que la ampliación del acceso fue mayor en las franjas etarias extremas, en las que las desigualdades eran y siguen siendo las más elevadas.

En virtud de los vacíos identificados y de la inexistencia de datos actualizados en los sistemas de información estadística de los organismos internacionales, como CEPAL y UNESCO, se optó por la consulta a otras fuentes, tales como los institutos nacionales de investigación. Sin embargo, cabe resaltar que, debido a las diferentes formas de estructuración de los niveles de enseñanza en los países de la región, de las distintas metodologías utilizadas y de los períodos de recolección, se hizo necesario el análisis por separado de los países seleccionados.

Argentina

A partir de 2014 se extendió la obligatoriedad del Ciclo Inicial (prees-cuela, en Brasil) a los niños de cuatro años de edad, pero desde 1993 ya era obligatorio el ingreso a los cinco años. De este modo, se analizarán las tasas de escolarización (frecuencia escolar) a partir de los cinco años de edad.

La Tabla 2 presenta los datos de frecuencia escolar por grupos de edad, con dos columnas para el año 2010, siendo la primera referente al Censo de Población y la segunda elaborada a partir de los microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares. Cabe aclarar que ambos no son compa-rables, ya que el primero abarca toda la población y el segundo, además de ser muestral, se restringe a las áreas urbanas de un número restringido de municipios. Sin embargo, en lo que concierne a la franja de edad de 6 a 11 años, no hay diferencias significativas entre ambos, ya que la obligatoriedad de la enseñanza en ese grupo de edad se remonta al final del siglo XIX.

Tabla 2. Tasa de frecuencia escolar por grupo de edad – Argentina (2010/2013/2016)

Grupo de edad	2010 ¹	2010 ²	2013 ²	2016 ²
5 años	96,3	97,8	97,6	98,3
6 a 11 años	99,1	99,3	99,2	99,4
12 a 14 años	95,3	98,0	98,3	98,5
15 a 17 años	76,4	87,9	89,3	90,9

Fuentes:

¹ DINIEE/SICE/MED/Censo Nacional de Población 2010/edades ajustadas para el 30 de junio.

² Microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares/Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Elaboración de los autores.

Con respecto a las demás franjas etarias, se verifica que las diferencias se amplían a medida que aumenta la edad, lo que puede estar relacionado a la menor cobertura en los pequeños municipios y en las áreas rurales. Sin embargo, los índices registrados en 2016 evidencian que hubo una ampliación en la tasa de frecuencia escolar en todas las edades.

Otro indicador relevante que trata de la efectividad de la obligato-riedad de la enseñanza se refiere a la tasa de conclusión. Como se muestra

en la Tabla 3, menos de la mitad de los estudiantes que ingresaron en la educación secundaria había concluido ese nivel de enseñanza y cerca de un cuarto de ellos ni siquiera había terminado el ciclo básico.

Tabla 3. Tasa de conclusión de la educación secundaria (ciclos básico y orientado) – Argentina (2010-2015)

Nivel educativo	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Secundario	42,4	42,8	44,6	45,4	47,0	48,8
Ciclo Básico (7° al 9° año)	69,6	72,2	72,6	73,2	74,0	75,7
Ciclo Orientado (10° al 12° año)	56,3	56,2	59,0	59,4	61,6	62,4

Fuente: DIEE en base Relevamientos Anuales/RedFie.

Elaboración de los autores.

En cualquier caso, cuando se analiza la evolución de estos indicadores en el período 2010-2015, se constató que hubo progresos, aunque los índices registrados en ese último año sólo volvían al nivel alcanzado en 2001².

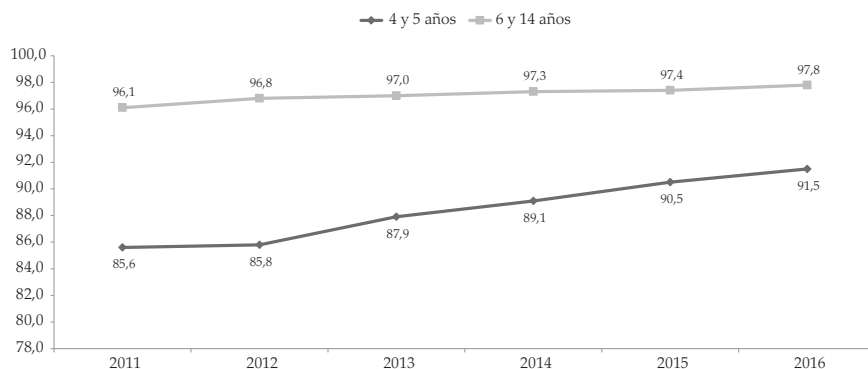
Brasil

La escolarización obligatoria fue ampliada en 2006, cuando entonces la educación primaria pasó a tener nueve años de duración, con inicio a los seis años de edad. Posteriormente, en 2013, la obligatoriedad de la enseñanza se extendió de los 4 a los 17 años, para incluir la preescuela (4 y 5 años), y para los que conseguían seguir el flujo regular, la educación secundaria (15 a 17 años).

Se cree que, debido a esta alteración en el marco legal, la ampliación del acceso de niños a la preescuela creció a partir de 2013, mientras que en la educación primaria el ritmo de crecimiento fue significativamente menor, como puede ser constatado en el Gráfico 1.

² Entre 2001 y 2005, hubo una reducción continua de la tasa de conclusión de la educación secundaria, habiéndose alcanzado el índice del 36% en ese último año. A partir de entonces, hubo un aumento continuo de la proporción hasta 2009, cuando el índice llegó al 44%.

Gráfico 1. Tasa de frecuencia a la escuela, según el grupo de edad – Brasil (2011-2016)

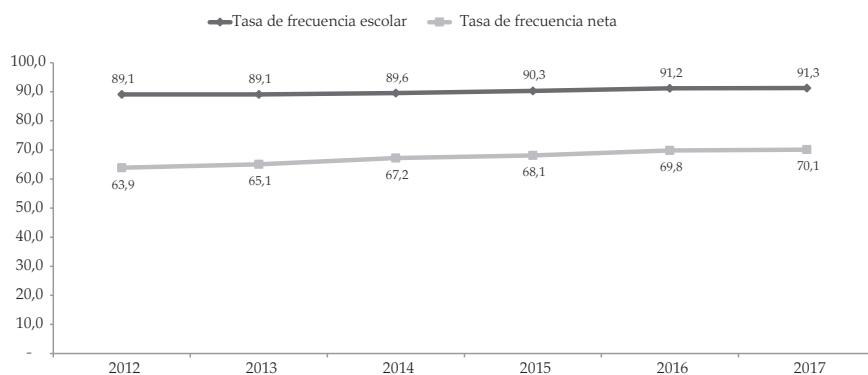


Fuente: Pnad Continua/IBGE.

Elaboración de los autores.

Con respecto al grupo de edad de 15 a 17 años, considerada la adecuada para asistir a la educación secundaria³, se observa que la tendencia en el período también es de crecimiento, pero que la distorsión edad-serie sigue siendo elevada, cuando se comparan las tasas de frecuencia (total y neta).

Gráfico 2. Tasas de frecuencia a la escuela de la población de 15 a 17 años – Brasil (2012-2017)



Fuente: Pnad Continua/IBGE.

Elaboración de los autores.

3 En los demás países latinoamericanos, corresponde a la segunda etapa de la educación secundaria.

A pesar del bajo crecimiento de la economía brasileña en el período bajo análisis, incluso con una recesión entre 2015 y 2016 y el aumento de la tasa de desocupación⁴, se mantuvieron crecientes las tasas de frecuencia escolar en las franjas etarias que corresponden a la educación básica.

Chile

La escolaridad obligatoria fue ampliada a 12 años de estudio en 2003, pasando a abarcar, además de la educación básica (8 años), la educación media (4 años). Con ello, hubo una ampliación del acceso a ese nivel de enseñanza, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Tasa de frecuencia neta por grupo de edad, por años seleccionados – Chile

Grupo de edad	Año					Var. %	
	2000	2009	2011	2013	2015	2000/2009	2009/2015
4 a 5 años	54,9	74,1	82,8	87,4	90,1	35,0	21,6
6 a 13 años	92,3	93,2	92,8	91,9	91,5	1,0	- 1,8
14 a 17 años	64,7	70,7	72,2	73,3	73,6	9,3	4,1

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social - Encuesta CASEN 2000-2015.

Elaboración de los autores.

El primer aspecto a ser resaltado a partir del análisis de los datos de la Tabla 4 se refiere al sustancial aumento de la tasa de frecuencia en el primer grupo de edad, que corresponde a la educación preescolar, aunque no sea obligatoria. Por su parte, en la educación básica se observa pequeña reducción de la tasa de frecuencia, principalmente cuando se tiene por referencia el año 2009. Los índices relativos al grupo de edad de 6 a 13 años causan cierta extrañeza, especialmente cuando se tiene en cuenta su proximidad, en 2015, con la tasa de frecuencia en la preescuela, nivel de enseñanza no obligatorio. Además, por ser inferiores a aquellos registrados por los demás

⁴ En esos dos años, el Producto Interno Bruto (PIB) cayó el 3,8% y el 3,6%, respectivamente. A su vez, la tasa de desocupación, medida por la Pnad Continua en el trimestre junio-agosto, aumentó del 7,3% al 11,8%, entre 2012 y 2016.

países analizados, que, por regla general, ostentan tasas de escolarización en los demás niveles de enseñanza inferiores a las de Chile. Por último, a pesar de que se registró un crecimiento constante de la tasa de frecuencia en la educación media (entre 14 y 17 años), se observa que cerca de un cuarto de ese universo de jóvenes no asiste a ese nivel de enseñanza, lo que se plantea como uno de los grandes desafíos educativos a ser superados para asegurar el derecho legal establecido.

Colombia

La enseñanza obligatoria en Colombia comienza a los 5 años de edad, que corresponde al último año de la educación preescolar, y termina a los 14 años (último año de la educación básica secundaria), totalizando así 10 años de estudio. Con respecto a los niños de 5 años, se observa que la tasa de cobertura todavía está por debajo del 90%, y que la diferencia entre los niveles de NSE extremos era de aproximadamente 15 pp en 2016, como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Tasa de escolarización por grupos de edad y nivel socioeconómico del domicilio – Colombia (2003 y 2016)

Edad	NSE Bajo		NSE Mediano		NSE Alto		Total	
	2003	2016	2003	2016	2003	2016	2003	2016
5 años	64,5	80,4	86,0	90,2	ND	95,6	77,7	88,7
6 a 10 años	91,9	96,3	97,6	98,0	ND	98,2	95,1	97,6
12 a 16 años	73,7	84,0	90,6	92,2	96,5	95,5	83,6	90,2

Fuente: SITEAL, con base en la Encuesta Nacional de Hogares (2003) y en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (2016).

ND: No disponible.

Elaboración de los autores.

Así como se observa en relación a los demás países analizados en el ámbito de este estudio, los mayores incrementos en el acceso ocurrieron en la educación secundaria y en el segmento de NSE bajo, para los cuales la tasa de cobertura se encontraba más lejos de la universalización.

En vista de la escasez de datos de escolarización en el período de análisis de este estudio, quedó la alternativa de acompañar la evolución de las

matrículas en los tres niveles que componen la educación básica. La limitación de ese indicador se refiere al hecho de que los grupos de edad referentes a los niños y a los jóvenes han sufrido variaciones negativas en el período 2010-2015, según proyecciones de la CEPAL (2016)⁵. Sin embargo, cuando se analiza la evolución de las matrículas en ese mismo período, se verifica que hubo una reducción en los tres niveles de enseñanza, como muestra la Tabla 6.

Tabla 6. Matrículas según el nivel educativo, total y en la red pública – Colombia (2010-2015)

Nivel educativo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var. %
Preescuela							
Total	1.060.269	1.071.429	1.107.768	1.093.675	1.027.226	1.010.504	- 4,7
Pública	618.178	607.058	649.215	632.513	570.041	585.569	- 5,3
% Pública	58,3	56,7	58,6	57,8	55,5	57,9	
Primaria							
Total	4.725.834	4.674.511	4.556.278	4.507.269	3.811.609	3.673.388	- 22,3
Pública	3.809.763	3.752.970	3.641.431	3.603.221	2.838.826	2.796.860	- 26,6
% Pública	80,6	80,3	79,9	79,9	74,5	76,1	
Secundaria y Medio							
Total	4.349.971	4.369.161	4.307.005	4.278.218	3.990.059	3.952.459	- 9,1
Pública	3.486.359	3.493.677	3.446.432	3.429.915	3.129.665	3.173.500	- 9,0
% Pública	80,1	80,0	80,0	80,2	78,4	80,3	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) – Investigación de educación formal.

Elaboración de los autores

Es posible que la expresiva disminución de las matrículas en la educación primaria haya sido en parte causada por la mejora del flujo escolar (aumento de la tasa de aprobación). Pero esta explicación no se aplica a la reducción de las matrículas en la preescuela, teniendo en cuenta la inexistencia de ese criterio en ese nivel de enseñanza.

Otro dato que llama la atención en la Tabla 6 se refiere a la reducción de la participación de la red pública en el total de matrículas en la educación

5 En el grupo de edad de 5 a 19 años, la reducción habría sido de alrededor del 3%.

primaria, lo que también podría ser explicado en parte por el argumento anterior, pues es justamente en esa red de enseñanza que se registran los peores indicadores de flujo escolar.

México

La educación obligatoria en México comienza a los 3 años y termina a los 17 años de edad, totalizando 15 años de estudio. Desde el punto de vista legal, se trata del mayor ciclo de duración entre los países analizados en este estudio. Cuando se trata de la educación primaria, se observa que el nivel de cobertura es bastante elevado, pero, a medida que se eleva el nivel de enseñanza, se amplían las proporciones de niños y jóvenes fuera de la escuela. La Tabla 7 presenta las tasas de frecuencia escolar por grupos de edad y quintiles de ingreso seleccionados.

Tabla 7. Tasa de frecuencia escolar por grupos de edad y quintiles de ingreso seleccionados – México (2010 y 2014)

Grupo de edad	General		1° Quintil		5° Quintil	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
3 a 5 años¹	71,0	73,1	66,0	69,3	79,3	82,0
6 a 11 años	95,9	97,7	96,5	98,2	99,8	99,9
12 a 14 años	91,2	93,3	85,9	89,2	98,2	97,9
15 a 17 años	67,0	73,2	54,1	66,5	84,0	87,9

Fuente: INEE/Panorama Educativo de México 2016. Indicadores del Sistema Educativo Nacional. Educación básica y media superior.

¹ Se refiere a 2014.

Elaboración de los autores.

De todos modos, se observan avances más expresivos en los niveles secundario y medio superior, que reflejan el aumento de la oferta de plazas y, sobre todo, la mejora de la progresión en la educación primaria. Por su parte, la ampliación del acceso a la pre-escuela tiende a ser condicionada por la capacidad de inversión de los poderes públicos en la ampliación de la oferta, sea en la implantación de infraestructura física y/o en el mantenimiento de las nuevas unidades de enseñanza.

Tabla 8. Tasa neta de matrícula por nivel educativo – México (2010/2011 y 2015/2016)

Nivel educativo	2010/2011	2015/2016
Primaria	95,7	97,4
Secundaria	80,4	86,2
Medio Superior	62,7	67,2

Fuente: INEE, cálculos basados en las Estadísticas Continuas del Formato 911 (inicio de los ciclos escolares 2010-2011 y 2015-2016), SEP-DGPPYEE.

Elaboración de los autores.

En lo que se refiere a la adecuación edad-nivel de enseñanza frecuentada, se verifica que también hubo mejora de ese indicador (tasa neta de matrícula) en el período bajo análisis, conforme puede ser constatado en la Tabla 8.

Perú

La educación obligatoria en Perú comienza a los cinco años de edad (último año del ciclo inicial) y abarca la educación primaria, con una duración de seis años, y el primer ciclo de la secundaria, totalizando así nueve años de estudio. Para completar la escolaridad básica, se añade a estos el segundo ciclo de la educación secundaria, con tres años de duración, en carácter electivo y diversificado (científico-humanista y técnico).

Tabla 9. Tasa de frecuencia escolar neta, por grupo de edad – Perú (2010-2016)

Grupo de edad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
3 a 5 años	69,4	71,1	73,5	76,7	78,4	80,1	80,7
5 años	77,4	81,6	87,8	89,1	94,3	94,7	94,5
6 a 11 años	93,8	93,6	92,9	92,7	92,1	91,4	91,4
12 a 16 años	78,5	79,6	81,9	81,8	83,1	84,1	83,6
12 años	78,5	79,6	80,3	81,0	82,3	83,4	83,0
13 años	61,8	66,4	64,4	66,0	68,1	67,8	65,6

Fonte: Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Elaboración de los autores.

En lo que se refiere al acceso a esos niveles de enseñanza, se observa que hubo un crecimiento más intenso de la frecuencia escolar de los niños de cinco años de edad, conforme puede ser constatado en la Tabla 9, con un aumento de 17 pp en el período 2010-2016.

La tendencia inversa fue delineada en el grupo de edad de 6 a 11 años, cuya tasa de cobertura fue reducida en cerca de 2 pp. Por último, entre los adolescentes de 12 a 16 años, que frecuentaban la educación secundaria, hubo un aumento de 5 pp. Sin embargo, cuando se considera la población de 13 años de edad, se verifica que sólo dos tercios de ese universo frecuentaban ese nivel de enseñanza, lo que apunta al enorme desafío que se tiene por delante para asegurar el acceso y la permanencia de esos adolescentes en el sistema de educación.

En cierta medida, la no universalización de la educación primaria y la baja cobertura en el primer ciclo de la secundaria han afectado las tasas de conclusión de los niveles de enseñanza que componen la educación básica, sobre todo entre los más pobres, tal como se puede observar en la Tabla 10.

Tabla 10. Tasa de conclusión de la educación primaria y secundaria, por grupo de edad y categoría socioeconómica – Perú (2010-2017)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Educación Primaria								
12 a 13 años	77,9	79,3	80,7	80,3	81,7	81,7	85,6	87,0
a) No pobres	86,2	86,6	87,1	86,1	87,3	86,6	90,3	90,6
b) Pobres	69,8	70,2	73,1	72,7	72,9	73,4	74,9	80,2
c) Pobres extremos	53,0	57,0	56,3	54,6	63,3	61,9	72,0	72,5
b/a	81,0	81,0	83,9	84,3	83,5	84,7	83,0	88,5
c/a	61,5	65,8	64,6	63,4	72,5	71,5	79,7	80,0
Educación Secundaria								
20 a 24 años	77,1	80,0	81,4	82,0	82,4	81,1	81,1	84,0
a) No pobres	83,6	86,2	87,5	87,5	87,5	86,0	85,5	88,3
b) Pobres	59,6	61,8	59,7	60,7	61,4	60,3	61,4	67,3
c) Pobres extremos	37,1	34,8	34,1	37,8	34,7	36,8	36,1	35,9
b/a	71,3	71,7	68,2	69,4	70,2	70,1	71,8	76,3
c/a	44,3	40,4	39,0	43,2	39,6	42,8	42,3	40,7

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Elaboración de los autores.

El dato que más llama la atención se refiere a la tasa de conclusión de la educación secundaria en el segmento de la pobreza extrema. Además del índice registrado en 2017 corresponder a poco más de un tercio de ese universo, también se encontraba en un nivel inferior al alcanzado en 2010. Con eso, se amplió la diferencia entre ese segmento y el de no pobres.

2.2 Desempeño y calidad de la educación

El desafío de incluir niños y jóvenes de las capas más vulnerables de la población fue casi superado en la mayoría de los países latinoamericanos, especialmente cuando se trata de la enseñanza primaria y hasta del secundario inferior (años finales de la enseñanza fundamental, en Brasil). Pero el mayor desafío que se presenta para los países que lograron la casi universalización del acceso a la enseñanza obligatoria es el de asegurar su conclusión, con calidad.

Si la oferta de plazas para todos requiere, por ejemplo, grandes inversiones en infraestructura, así como para asegurar la atención a los estudiantes, el segundo desafío parece ser aún más complejo, pues depende de la superación de las molestias sociales que comprometen la permanencia y el éxito escolar de niños y jóvenes que integran la base de la pirámide socioeconómica.

Tal entendimiento es corroborado por los resultados de las evaluaciones nacionales de aptitud realizadas en diversos países de la región, que, en general, evidencian índices de desempeño bastante dispares entre estudiantes, en razón de su condición socioeconómica, que por regla general está asociada a su filiación a la red de enseñanza pública o privada.

A pesar de que la calidad de la educación implica distintas interpretaciones y definiciones, los resultados de aptitud en evaluaciones en gran escala se han utilizado como proxy de una enseñanza de calidad.

En lo que se refiere a la aptitud, se constata que su evolución ha sido menos expresiva que, por ejemplo, la ampliación del acceso a los niveles de enseñanza. Además, se observa que las desigualdades de rendimiento escolar son bastante acentuadas cuando se comparan los estratos poblacionales que forman la base y la cima de la pirámide socioeconómica o, entonces, el desempeño entre estudiantes de las redes de enseñanza pública y privada.

América Latina es considerada como la región geopolítica más desigual del planeta y esta desigualdad se ha reducido de forma bastante lenta. Incluso recientemente, cuando la reducción ocurrió a un ritmo un poco más acelerado, no fue suficiente para que la región dejara esa incómoda posición. Por lo tanto, no se debe esperar por cambios estructurales en la distribución de la riqueza y, menos aún, que esto ocurra en corto espacio de tiempo, para que las desigualdades educativas sean reducidas a niveles considerados aceptables.

Aunque la renta y el desempeño escolar de los estudiantes están íntimamente asociados y, por regla general, tal asociación ha contribuido al fracaso escolar de una parte significativa de los niños y jóvenes latinoamericanos, las experiencias de gestión de la educación han evidenciado que es posible romper ese círculo vicioso a partir de intervenciones en los factores o en las variables intrínsecas a la escuela. Bajo esta perspectiva, la escuela pasaría a asumir mayor protagonismo y dejaría la condición de mera variable dependiente de la realidad social.

Teniendo en cuenta que los datos facilitados por los países de la región no son perfectamente comparables, es necesario analizarlos por separado. Sin embargo, se cree que es posible establecer un mínimo de comparabilidad, de modo que se puedan delinear tendencias comunes en sus trayectorias.

Argentina

En Argentina, hubo cambios en el sistema de evaluación en gran escala en 2016, lo que compromete parcialmente la serie histórica entre 2013 y 2017. Sólo los dos últimos años que constan en la Tabla 11 resultan de una misma metodología.

El primer aspecto a ser resaltado a partir de los datos de la Tabla 11 se refiere a la elevada proporción de estudiantes con desempeño por debajo del estándar considerado como mínimo (satisfactorio), especialmente en matemáticas. Si en lenguaje y comunicación hubo reducción de ese porcentaje entre 2013 y 2017, del 49,5% al 37,5%, en el área de matemáticas llegó a haber un ligero aumento, a pesar de posibles diferencias metodológicas entre dichas evaluaciones.

Tabla 11. Distribución de los estudiantes por nivel de aptitud en las evaluaciones en gran escala (ONE y Aprender) – Argentina (2013, 2016 y 2017)

Nivel de aptitud	2013			2016			2017		
	General	Público	Privado	General	Público	Privado	General	Público	Privado
Lenguaje y Comunicación									
. Abajo del Básico	28,5	33,4	20,0	23,0	27,1	15,4	17,9	23,0	8,6
. Básico	21,0	23,8	16,1	23,4	26,6	17,7	19,6	23,3	13,0
. Satisfactorio	39,5	36,1	45,4	44,2	40,6	50,9	45,4	43,0	49,9
. Avanzado	11,0	6,7	18,5	9,4	5,7	16,1	17,1	10,7	28,5
Matemáticas									
. Abajo del Básico	40,0	48,1	25,8	40,9	49,2	25,8	41,3	49,5	26,7
. Básico	24,7	26,1	22,4	29,3	30,1	27,8	27,5	28,2	26,3
. Satisfactorio	27,9	22,0	38,2	24,6	18,2	36,2	27,0	20,4	38,8
. Avanzado	7,4	3,8	13,6	5,2	2,4	10,2	4,2	1,9	8,2

Fuente: Secretaría de Evaluación Educativa/Ministerio de Educación/Argentina.

Nota: ONE (2013) y Aprender (2016 y 2017).

Elaboración de los autores.

La segunda dimensión a considerar se refiere a las diferencias de desempeño entre las redes públicas y privadas. En ese caso, dos tendencias distintas fueron identificadas: en lenguaje y comunicación, más que se duplicó la proporción de estudiantes en las escuelas públicas con nivel insatisfactorio de aptitud, en comparación con la proporción de estudiantes en escuelas privadas. De modo diverso, hubo reducción de 7 pp en favor de los estudiantes de la red pública. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la proporción de estos estudiantes con una capacidad insatisfactoria de aptitud se ha ampliado del 74% al 78% en ese mismo período. Un aumento de 5 pp también se registró en la red privada, que pasó a tener el 53% de sus estudiantes con rendimiento insatisfactorio en matemáticas.

En resumen, la evaluación que se hace de ese período analizado es que muy pocos avances se han logrado en términos de calidad de la educación, cuando se tiene por indicador la aptitud de los estudiantes en lenguaje y matemáticas. Además, persisten las profundas desigualdades entre los grupos de menor y mayor renta que, en el caso argentino, tienen como proxy las redes de enseñanza pública y privada, respectivamente.

Brasil

El sistema de evaluación de la educación básica (Saeb) se estableció en 1990 y desde entonces se ha ampliado en términos de alcance (niveles de enseñanza y estudiantes). En 2007, se pasó a utilizar para el cálculo del Índice de Desarrollo de la Educación Básica (Ideb), que se convirtió en el principal indicador de monitoreo de la calidad de la educación básica en Brasil.

Las evaluaciones del Saeb se realizan cada dos años. Para calcular el Ideb, se evalúan los estudiantes del 5° al 9° grado de la educación primaria (portugués y matemáticas) y del 3er año de la educación secundaria (portugués, matemáticas y ciencias).

Si se considera el período 2009-2015, se verifica que hubo una mejora del desempeño de los estudiantes brasileños que frecuentaban la educación primaria, en especial los de los años iniciales. La Tabla 12 presenta las puntuaciones medias en el quinto grado de primaria en portugués y matemáticas, desglosados por las redes de educación pública y privada.

Tabla 12. Aptitud en la Prova Brasil, en portugués y matemáticas, en el quinto grado de la educación primaria, en las redes públicas y privadas – Brasil (2009-2015)

	2009	2011	2013	2015	var %
Português	184,3	190,6	195,9	207,6	12,6
a) Privada	220,2	222,7	229,6	234,6	6,5
b) Públicas	179,6	185,7	189,7	202,3	12,6
b/a (%)	81,5	83,4	82,6	86,2	
Matemáticas	204,3	209,6	211,2	219,3	7,3
a) Privada	240,7	242,8	244,5	243,6	1,2
b) Públicas	199,5	204,6	205,1	214,6	7,5
b/a (%)	82,9	84,3	83,9	88,1	

Fuente: Inep/MEC.

Elaboración de los autores.

Los mayores aumentos se produjeron en portugués y en las redes públicas (estatales y municipales). Con ello, se redujo la desventaja de

los estudiantes de esas redes en relación a los de las escuelas privadas, en la proporción de 5 pp.

Cuando se analizan los resultados obtenidos por los estudiantes del 9º año de la educación primaria, se verifica que los avances fueron menos expresivos. Esto ocurrió de manera similar entre los estudiantes de ambas redes de educación, en portugués. En matemáticas, área en que los estudiantes de las escuelas públicas tenían mayor desventaja respecto a los de las escuelas privadas, hubo un progreso ligeramente mayor de los primeros.

Tabla 13. Aptitud en la Prova Brasil, en portugués y matemáticas, en el 9º año de la educación primaria, en las redes públicas y privadas – Brasil (2009-2015)

	2009	2011	2013	2015	var %
Português	244,0	245,2	245,8	253,5	3,9
a) Privada	278,6	282,3	280,9	285,9	2,6
b) Públicas	238,7	238,8	239,4	247,3	3,6
b/a (%)	85,7	84,6	85,2	86,5	
Matemáticas	248,7	252,8	251,5	257,7	3,6
a) Privada	293,9	298,4	293,9	295,3	0,5
b) Públicas	241,8	244,8	243,8	250,6	3,6
b/a (%)	82,3	82,0	82,9	84,8	

Fuente: Inep/MEC.

Elaboración de los autores.

Además de la mejora de desempeño haber sido menos expresiva que en el quinto año de la educación primaria, se constata que la reducción de la desventaja entre estudiantes de las redes públicas y privadas también fue menor. Este hecho puede estar asociado a las mayores dificultades impuestas a los adolescentes pertenecientes a los estratos socioeconómicos menos favorecidos, que comprometen su rendimiento escolar, tales como el insuficiente acompañamiento de los padres, la falta de oportunidades de acceso a actividades de refuerzo escolar e incluso la necesidad de realizar algún tipo de trabajo, remunerado o no.

Tabla 14. Aptitud en la Prova Brasil, en portugués y matemáticas, en el 3er año de la educación superior, en las redes públicas y privadas – Brasil (2009-2015)

	2009	2011	2013	2015	var %
Português	268,8	268,6	264,1	267,9	- 0,4
a) Privada	310,2	312,8	306,2	307,1	- 1,0
b) Públicas	262,2	261,4	256,6	260,9	- 0,5
b/a (%)	84,5	83,6	83,8	85,0	
Matemáticas	274,7	274,8	270,2	267,6	- 2,6
a) Privada	329,3	332,9	321,6	310,0	- 5,8
b) Públicas	265,9	265,4	261,1	260,0	- 2,2
b/a (%)	80,8	79,7	81,2	83,9	

Fuente: Inep/MEC.

Elaboración de los autores.

En cuanto a la enseñanza media, que a nivel internacional es más conocida como secundario superior, se constata que hubo ligera caída en los índices de aptitud alcanzados por los estudiantes de ese nivel de enseñanza, entre 2009 y 2015, sobre todo en matemáticas, como se muestra en la Tabla 14.

La desventaja de los estudiantes de las redes públicas en relación a los de la red privada es mayor que la verificada en la educación primaria, lo que es comprensible, ya que hay un porcentaje significativo de los primeros que frecuentan cursos nocturnos y, por regla general, concilian los estudios con una jornada diaria de trabajo, resultando así en menos tiempo para dedicarse a los estudios.

Chile

Las evaluaciones nacionales de aptitud se realizan anualmente en Chile, en el caso del 4º año de la educación primaria, con pruebas de lectura y matemáticas, mientras que en el 8º año (final del secundario inferior) se evalúan lectura, matemáticas y ciencias. Los resultados para el 4º año están disponibles incluso para 2017, pero los del 8º año solamente hasta 2016.

Tabla 15. Aptitud en lectura y matemáticas de estudiantes del 4° de la primaria, por niveles socioeconómicos seleccionados – Chile (2010 – 2017)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var %
Lectura	271	267	267	264	264	265	267	269	- 0,7
a) NSE Alto	304	299	301	298	298	300	301	303	- 0,3
b) NSE Bajo	250	249	248	245	245	245	247	250	-
b/a (%)	82,2	83,3	82,4	82,2	82,2	81,7	82,1	82,5	
Matemáticas	253	259	261	256	256	260	262	261	3,2
a) NSE Alto	300	301	299	297	296	300	300	297	- 1,0
b) NSE Bajo	225	235	238	234	234	234	237	238	5,8
b/a (%)	75,0	78,1	79,6	78,8	79,1	78,0	79,0	80,1	

Fuente: Simce/Agencia de Calidad de la Educación.

Elaboración de los autores.

Como se observa en la Tabla 15, el nivel de aptitud de los estudiantes del 4° de la primaria sufrió una reducción en lectura y un pequeño aumento en matemáticas, siendo éste debido a los estudiantes pertenecientes al estrato socioeconómico bajo.

Otro indicador que consta en la Tabla 15 es la razón porcentual entre los resultados de los dos segmentos poblacionales. Con respecto a la lectura, se verifica que prácticamente se mantuvo la diferencia existente a lo largo de la serie histórica, lo que reitera que el estancamiento de los resultados ocurrió de forma casi generalizada. Por su parte, en matemáticas, hubo reducción de la desigualdad entre los dos NSE del orden de 5 pp en el período 2010-2017.

Así como fue verificado en relación a Brasil, a medida que se avanza en el nivel de enseñanza, decrecen los niveles de aptitud a lo largo de los años. En el período 2011-2017, hubo una caída casi generalizada del desempeño de los estudiantes en lectura y matemáticas, conforme se observa en la Tabla 16.

El desempeño en lectura tuvo una caída mayor entre estudiantes pertenecientes al NSE elevado, reduciendo de forma poco expresiva su ventaja sobre los estudiantes de nivel socioeconómico bajo, mientras que

el inverso ocurrió en relación a los scores en matemáticas, lo que redundó en la ampliación de la desventaja de los estudiantes pertenecientes al NSE bajo. Sin embargo, el índice medio se mantuvo positivo debido al desempeño más favorable de los estudiantes de los NSE intermediarios.

Tabla 16. Aptitud en lectura y matemáticas de estudiantes del 8° de la primaria, por niveles socioeconómicos seleccionados – Chile (2010-2017)

	2011	2013	2014	2015	2017	var %
Lectura	254	255	240	243	244	- 3,9
a) NSE Alto	293	288	277	274	275	- 6,1
b) NSE Bajo	235	237	219	225	224	- 4,7
b/a (%)	80,2	82,3	79,1	82,1	81,5	
Matemáticas	259	262	261	263	260	0,4
a) NSE Alto	311	311	309	312	310	- 0,3
b) NSE Bajo	236	236	233	233	230	- 2,5
b/a (%)	75,9	75,9	75,4	74,7	74,2	

Fonte: Simce/Agencia de Calidad de la Educación.

Elaboración de los autores.

Cabe resaltar que las diferencias de desempeño son más acentuadas entre los respectivos segmentos socioeconómicos en el 8° año, especialmente en matemáticas, lo que indica que el éxito escolar para los más pobres tiende a reducirse a medida que se eleva el nivel de enseñanza.

Colombia

En Colombia, las evaluaciones de aptitud en la educación básica abarcan a los estudiantes del 3° y 5° años de la educación primaria, del 9° año de secundaria y del 11° año (educación media). Para fines de este estudio, se optó por analizar sólo los resultados referentes a la educación primaria y secundaria.

Se analizarán los índices de aptitud en lenguaje (lengua española) y matemáticas, a partir de los siguientes recortes: i) temporal (2012 y 2016); ii)

nivel socioeconómico; y iii) público/privado. Los indicadores seleccionados se refieren a la distribución de los estudiantes en la escala de aptitud adoptada por el ICFES, compuesta de cuatro niveles, a saber: insatisfactorio, mínimo, satisfactorio y avanzado; y a las puntuaciones medias de rendimiento según algunas categorías.

Inicialmente, se presenta la distribución de los estudiantes del 3° año de la educación primaria, por nivel de aptitud en lengua española, por establecimientos de enseñanza públicos urbanos y por la red de enseñanza privada.

Tabla 17. Distribución de los estudiantes del 3° año de la educación primaria, por nivel de aptitud en lenguaje, según las redes de enseñanza – Colombia (2012 y 2016)

Nivel de aptitud	2012			2016		
	General	Pública Urbana	Privada	General	Pública Urbana	Privada
Insuficiente	23	24	7	19	20	5
Mínimo	31	34	19	28	31	16
Satisfactorio	30	31	35	32	33	36
Avanzado	16	12	40	22	17	44
Puntuación media	298	288	351	313	307	354
Proporción de la Privada	84,9	82,1		88,4	86,7	

Fuente: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboración de los autores.

Como se muestra en la Tabla 17, hubo progreso a lo largo del período bajo análisis, con la reversión de predominio entre los dos primeros niveles en favor de los dos últimos. Es decir, en 2016 ya eran predominantes los estudiantes que tuvieron desempeño al menos satisfactorio. Sin embargo, el 47% de los estudiantes colombianos matriculados en ese año en la escuela tenían aptitud por debajo de ese nivel. Otro dato que llama la atención, pero sólo reitera la tendencia identificada en otros países latinoamericanos, se refiere al diferencial de desempeño entre estudiantes de escuelas públicas y privadas. A pesar de que se redujo el porcentaje de estudiantes con aptitud insatisfactoria en ambas redes de enseñanza, la reducción en la red pública fue menos intensa que en la privada.

Tabla 18. Distribución de los estudiantes del 3° año de la educación primaria por nivel de aptitud en lenguaje, según el nivel socioeconómico – Colombia (2012 y 2016)

Nivel de aptitud	2012				2016			
	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4
Insuficiente	37	25	13	4	31	22	9	2
Mínimo	33	36	32	16	29	32	24	9
Satisfactorio	22	29	38	37	25	31	39	34
Avanzado	8	10	17	44	15	16	29	55
Puntuación media	267	285	312	366	291	304	332	369
Proporción del NSE 4	73,0	77,9	85,2		78,9	82,4	90,0	

Fuente: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboración de los autores.

Otra manera de evidenciar las desigualdades de aptitud en el sistema educativo colombiano puede ser por medio del nivel socioeconómico del establecimiento de enseñanza (NSE). En este caso, el ICFES definió cuatro niveles, siendo el NSE 1 el más bajo y el NSE 4 el más elevado, conforme se puede observar en la Tabla 18.

A pesar de la reducción significativa de la diferencia entre las puntuaciones medias de los tres primeros niveles en relación al NSE4 (Proporción del NSE4), entre 2012 y 2016, la disminución del porcentaje de estudiantes con desempeño insuficiente y mínimo fue mayor en este último nivel socioeconómico.

Con respecto a los estudiantes del 5° año de la educación primaria, hubo reducción de la desigualdad entre las redes de enseñanza pública y privada, en lo que se refiere a la puntuación media en matemáticas. Sin embargo, como se verificó entre los estudiantes del tercer año de la educación primaria, la reducción de la proporción de estudiantes con un desempeño insatisfactorio fue ligeramente menor en la red pública, en comparación con la de la red privada.

En lo que se refiere al desempeño según el nivel socioeconómico del establecimiento de enseñanza, se constata que también hubo reducción de las desigualdades entre las puntuaciones de los primeros tres niveles socioeconómicos y el NSE 4, como se muestra en la Tabla 20.

Tabla 19. Distribución de los estudiantes del 5° año de la educación primaria por nivel de aptitud en matemáticas, según las redes educativas – Colombia (2012 y 2016)

Nivel de aptitud	2012			2016		
	General	Pública Urbana	Privada	General	Pública Urbana	Privada
Insuficiente	38	39	19	36	37	18
Mínimo	31	33	28	29	32	26
Satisfactorio	20	20	27	21	20	28
Avanzado	11	8	26	14	11	29
Puntuación media	294	290	344	305	300	342
Proporción de la Privada	85,5	84,3		89,2	87,7	

Fuente: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboración de los autores.

Tabla 20. Distribución de los estudiantes del 5° año de la educación primaria por nivel de aptitud en matemáticas, según el nivel socioeconómico – Colombia (2012 y 2016)

Nivel de aptitud	2012				2016			
	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4
Insuficiente	55	23	13	4	52	40	24	9
Mínimo	27	35	31	17	24	30	32	23
Satisfactorio	12	27	33	31	15	19	26	32
Avanzado	5	15	23	48	10	11	19	36
Puntuación	261	283	310	359	278	297	324	359
Proporción del NSE 4	72,7	78,8	86,4		77,4	82,7	90,3	

Fuente: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboración de los autores.

En cuanto a la distribución de los resultados por NSE del establecimiento educativo, se verifica que hubo aumento de la proporción de estudiantes con desempeño insatisfactorio, a excepción del NSE 1. En los demás niveles, los aumentos variaron del 21% (NSE 2) al 52% (NSE 4).

Por último, se presentan los resultados de aptitud en Ciencias Naturales para los estudiantes del 9° año (educación secundaria). A diferencia de las tendencias observadas en los 3° y 5° años de la educación primaria, en

el 9º año hubo un descenso significativo de los resultados medios en todas las categorías analizadas, conforme se observa en la Tabla 21.

Tabla 21. Distribución de los estudiantes del 9º año de la educación secundaria por nivel de aptitud en ciencias naturales, según las redes educativas – Colombia (2012 y 2016)

Nivel de aptitud	2012			2016		
	General	Pública Urbana	Privada	General	Pública Urbana	Privada
Insuficiente	12	13	5	21	22	9
Mínimo	48	51	30	49	52	35
Satisfactorio	30	29	38	24	23	39
Avanzado	10	7	27	6	4	18
Puntuación media	312	303	370	288	282	332
Proporción de la Privada	84,3	81,9		86,7	84,9	

Fuente: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboración de los autores.

A pesar de la disminución generalizada de las puntuaciones medias en las tres categorías, se redujeron de forma discreta las diferencias entre el promedio nacional y el de las escuelas públicas urbanas en relación al de las escuelas privadas.

Tabla 22. Distribución de los estudiantes del 9º año de la educación secundaria por nivel de aptitud en ciencias naturales, según el nivel socioeconómico – Colombia (2012 y 2016)

Nivel de aptitud	2012				2016			
	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4	NSE 1	NSE 2	NSE 3	NSE 4
Insuficiente	23	15	8	3	36	25	13	3
Mínimo	56	55	48	28	51	53	48	25
Satisfactorio	18	25	35	41	12	19	32	45
Avanzado	3	5	9	29	2	3	8	26
Puntuación	270	291	319	379	256	274	305	356
Proporción del NSE 4	71,2	76,8	84,2		71,9	77,0	85,7	

Fuente: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación.

Elaboración de los autores.

En lo que se refiere a la distribución de los resultados de aptitud por los NSE de los centros de enseñanza, se observa que sólo en el NSE 4 no hubo aumento de la proporción de los niveles insatisfactorios.

Cabe resaltar que la proporción del 72% alcanzada por el NSE 1, en 2016, corresponde a la mayor diferencia observada, en la comparación con los resultados del 3° y del 5° años. Este dato reitera la tendencia de aumento de la desigualdad a medida que se eleva el nivel de enseñanza.

México

Las evaluaciones de aptitud en gran escala, en el ámbito de la educación básica, se han modificado significativamente en los últimos años. Entre 2006 y 2013, se aplicó anualmente la ENLACE (Evaluación Nacional de Logro Académico en Centros Escolares) y en algunos años los EXCALE (Exámenes de la Calidad y el Logro Educativo).

A partir de 2015, entra en vigor el PLANEA (Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes), con la justificación de que la ENLACE se aplicaba de forma excesiva (anualmente y en varios años de la escuela), y que la concesión de incentivos a los profesores habría inflado los resultados. Por su parte, los resultados de los EXCALE habrían tenido poca visibilidad social y, consecuentemente, pequeña influencia en las tomas de decisión acerca de la política educativa (INEE⁶, 2017). De este modo, se presentarán los resultados de la ENLACE en el período 2006-2013 y del PLANEA a partir de 2015, señalando que no son comparables y, por lo tanto, no constituyen una serie histórica.

La ENLACE abarcaba a los estudiantes del 3° al 6° año de la educación primaria y los del 1° al 3° año de la educación secundaria, que, en conjunto, equivalen a la enseñanza fundamental brasileña; además de los estudiantes del 1° al 3° año de la educación media superior (en Brasil, enseñanza media). Conforme evidencian los resultados presentados por el INEE, hubo progreso continuo desde el inicio de su aplicación, habiendo doblado la proporción de estudiantes con desempeño satisfactorio/excelente en lengua española y aumentado en un 177% ese patrón de aptitud en matemáticas, como puede observarse en la Tabla 23.

6 Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.

Tabla 23. Proporción de estudiantes del 3° al 6° año de la educación primaria con desempeño satisfactorio/excelente en español y matemáticas, por redes educativas – México (2006 – 2013)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var %
Español									
. Nacional	21,3	24,6	30,5	32,8	36,9	40,0	41,8	42,8	100,9
a) Particulares	52,4	58,8	66,7	65,7	69,3	69,3	67,8	64,8	23,7
b) General	19,3	22,4	28,5	30,8	35,0	38,5	40,1	41,7	116,1
b/a (%)	36,8	38,1	42,7	46,9	50,5	55,6	59,1	64,4	
Matemáticas									
. Nacional	17,6	22,3	27,7	31,0	33,9	37,0	44,3	48,8	177,3
a) Particulares	39,8	47,9	57,2	56,8	58,6	57,4	61,3	62,4	56,8
b) General	16,3	20,8	26,2	29,4	32,5	35,9	43,4	48,2	195,7
b/a (%)	41,0	43,4	45,8	51,8	55,5	62,5	70,8	77,2	

Fuente: ENLACE/Secretaría de Educación Pública/Ministerio de la Educación.

Elaboración de los autores.

A pesar de la reducción en las desigualdades de desempeño entre estudiantes de las redes públicas y privadas, especialmente en el área de matemáticas, más de la mitad de los estudiantes de las escuelas públicas todavía presentaba en 2013 índices de aptitud por debajo de lo que se consideraría aceptable. Además, se puede sospechar de este acelerado ritmo de progreso, teniendo en vista una de las justificaciones utilizadas para la reformulación del sistema mexicano de evaluación de la educación básica, según la cual esos resultados habrían sido inflados debido a la concesión de bonificación a los profesores (INEE, 2017). En cierta medida, los resultados del PLANEA, a partir de 2015, corroboran tal argumento, como se muestra en la Tabla 24.

Consideradas las diferencias metodológicas entre las pruebas de la ENLACE y del PLANEA, se pueden considerar como equivalentes los niveles III y IV y las categorías satisfactoria y excelente. En ese sentido, se verifica que la proporción de índices de aptitud aceptables del PLANEA osciló entre el 17,2% y el 20,6% en el 6° año de la educación primaria. Por lo tanto, bastante inferiores a los más del 40% registrado en el último año de realización de la ENLACE. Sin embargo, es importante destacar que

este índice se refiere a la media de los desempeños de los estudiantes del 3° al 6° año de la educación primaria, mientras que en el PLANEA sólo se evalúan los estudiantes del sexto año⁷.

Tabla 24. Distribución porcentual de los alumnos del 6° año de la educación primaria, según el nivel de aptitud y la red educativa, en el PLANEA – México (2015)

Area/Nivel de aptitud	Total	Pública	Privada
Lenguaje e Comunicación			
. Nivel I	49,5	51,6	13,3
. Nivel II	33,2	34,1	33,9
. Nivel III	14,6	12,7	38,9
. Nivel IV	2,6	1,6	13,9
Matemáticas			
. Nivel I	60,5	62,8	25,9
. Nivel II	18,9	19,0	23,0
. Nivel III	13,8	12,9	27,4
. Nivel IV	6,8	5,4	23,8

Fuente: PLANEA/INEE.

Elaboración de los autores.

La Tabla 24 también evidencia las desigualdades de aptitud entre estudiantes de las redes públicas y privadas. La mayoría de los estudiantes de la primera se situaba en el nivel I, mientras que más de la mitad de los alumnos de la red privada se encontraban en los niveles III y IV.

Si se considera que los alumnos del 6° año de la educación primaria no fueron evaluados en la edición del PLANEA en 2017, se presentarán a continuación los resultados obtenidos por los estudiantes del 3° año de la educación secundaria, que ya habían participado en ese certamen en 2015. De ese modo, se hace posible analizar la evolución de la aptitud en lenguaje y matemáticas, aunque en corto período de tiempo.

⁷ En la ausencia de datos desagregados por cada año de la educación primaria en español y matemáticas, se puede utilizar como proxy los datos del PLANEA 2013, referentes a la Formación Cívica y Ética, según los cuales los índices de aptitud Bueno/Excelente en el 6° año correspondían a 49% y el índice medio del 3° al 6° año era de apenas el 45%.

Tabla 25. Distribución porcentual de los alumnos del tercer año de la educación secundaria, por nivel de aptitud y red educativa, en el PLANEA – México (2015 y 2017)

Area/Nivel de aptitud	2015			2017		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
Lenguaje e Comunicación						
. Nivel I	29,4	27,9	10,1	33,8	31,6	10,6
. Nivel II	46,0	47,9	37,3	40,1	42,8	32,2
. Nivel III	18,4	18,6	32,8	17,9	18,3	31,4
. Nivel IV	6,1	5,3	19,8	8,3	7,3	25,9
Matemáticas						
. Nivel I	65,4	67,0	39,9	64,5	66,2	37,0
. Nivel II	24,0	23,6	33,2	21,7	21,7	29,1
. Nivel III	7,5	6,8	16,9	8,6	8,0	17,8
. Nivel IV	3,1	2,5	10,0	5,1	4,1	16,0

Fuente: PLANEA/INEE.

Elaboración de los autores.

A pesar de haber aumentado la proporción de estudiantes en el nivel I en lenguaje, se puede afirmar que, en general, hubo ampliación de los porcentuales en los niveles III y IV, aquí considerados como aceptables, tanto en lenguaje y en matemáticas. Sin embargo, llama la atención la elevada proporción de estudiantes con desempeño por debajo de lo aceptable en matemáticas, en ambas redes educativas.

Perú

Las evaluaciones en gran escala se realizan en el 2º año de la educación primaria y secundaria. En el primer caso, hay datos disponibles a partir de 2007, pero en la educación secundaria sólo se realizaron evaluaciones en 2015 y 2016. Por lo tanto, se optó por analizar sólo los resultados de aptitud en la educación primaria. En este caso, las evaluaciones abarcan la comprensión de textos y matemáticas, cuyos resultados se presentan en la Tabla 26.

Tabla 26. Porcentaje de alumnos del 2° año de la educación primaria que alcanzaron los objetivos de aprendizaje en comprensión de textos y matemáticas – Perú (2010-2016)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Comprensión de textos	28,7	29,8	30,9	33,0	43,5	49,8	46,4
a) Urbana	35,5	36,3	37,5	38,5	49,7	55,1	50,9
b) Rural	7,6	5,9	7,0	10,4	16,7	18,5	16,5
b/a	21,4	16,2	18,6	27,0	33,5	33,5	32,4
c) Privada	48,6	50,3	51,4	47,3	57,4	61,3	51,8
d) Pública	22,8	23,0	24,0	27,6	38,1	45,1	44,3
d/c	46,9	45,8	46,7	58,2	66,4	73,6	85,4
Matemáticas	13,8	13,2	12,8	16,8	25,9	26,6	34,1
a) Urbana	16,4	15,8	15,2	19,4	28,9	29,1	36,6
b) Rural	5,8	3,7	4,1	6,5	13,1	12,3	17,3
b/a	35,2	23,4	27,2	33,4	45,5	42,3	47,2
c) Privada	20,9	18,9	16,5	19,6	26,4	24,6	25,4
d) Pública	11,7	11,3	11,5	15,8	25,7	27,5	37,4
d/c	56,0	59,8	70,0	80,8	97,3	111,7	147,1

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares/Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Elaboración de los autores.

A diferencia de lo que se observó en los demás países analizados en este estudio, los resultados de la aptitud de los alumnos peruanos no se presentan bajo el formato de una escala. De este modo, se verifica que, por regla general, la mayoría de los estudiantes evaluados quedó por debajo de un nivel mínimo de aptitud en comprensión de textos y, principalmente, en matemáticas.

Otro aspecto a ser resaltado se refiere a las desigualdades relativas a la localización del domicilio (rural/urbano) y a la naturaleza administrativa de la escuela (pública/privada). Cabe destacar, sin embargo, que tales diferencias se han reducido a lo largo del período analizado y, como se muestra en la Tabla 26, el desempeño de los estudiantes de la red pública habría superado el de sus pares de las escuelas privadas, lo que constituye un hecho inédito entre los países de la región.

3. CONSIDERACIONES FINALES

Se ha podido identificar que, en el período bajo análisis, no hubo reversión de la tendencia de ampliación del acceso a la educación básica,

tanto en términos del indicador agregado de la región, a pesar de la inexistencia de datos más recientes, como por el análisis separado de los países que compusieron la muestra de este estudio. Además, se debe destacar que los mayores avances ocurrieron en los niveles de enseñanza que hace poco no se consideraban obligatorios, tales como la educación infantil y la educación secundaria (secundaria superior).

Otro aspecto a destacar se refiere a la reducción de las desigualdades según el nivel socioeconómico, la ubicación del domicilio y la red educativa. Por regla general, los estratos de renta que componen la base de la pirámide social son mayoritarios en los domicilios rurales y en la red pública de enseñanza. Cuando estos factores se asocian, tienden a reducir aún más los indicadores de acceso y éxito escolar.

A su vez, la mejora de la calidad en la educación básica, inferida a partir de los resultados de aptitud en las evaluaciones en gran escala, también mantuvo su trayectoria ascendente, aunque a ritmo menos acelerado que el de la ampliación del acceso. En ese sentido, fue posible constatar que los gaps todavía son bastante profundos, especialmente cuando se tiene por referencia la estratificación de la renta.

Es posible que estas tendencias se hayan mantenido, a lo largo del período bajo análisis, por el hecho de que varios de esos países hayan asegurado porcentuales mínimos de los ingresos fiscales, o incluso del PIB, para las inversiones en el área educativa. Además, existe la posibilidad de que la reducción del presupuesto no implique de inmediato la disminución de la oferta y la calidad. Uno de los argumentos para ello es que el principal coste del mantenimiento de la enseñanza se refiere a los salarios de profesores y que, aunque sean comprimidos, no tendría como consecuencia inmediata la disminución del cuadro de personal y la consiguiente reducción de la oferta de enseñanza, especialmente en períodos de bajo crecimiento económico con aumento del desempleo.

Sin embargo, el agravamiento de la crisis económica, o incluso su continuidad, podría comprometer el alcance de las metas educativas, establecidas por los países de la región, con miras a la superación de sus persistentes y profundas desigualdades educativas.

Bajo una coyuntura de crisis económica, se tienden a realizar recortes presupuestarios que impactan directamente al área social. Es el caso reciente

de Brasil, en que el gobierno federal logró enmendar la Constitución federal en 2016, de modo a instituir un techo de gastos por el plazo de 20 años, que, en la práctica, deberá reducir su participación en el financiamiento de la educación pública y, en consecuencia, la fragilizar su acción suplementaria para la reducción de las desigualdades entre los entes federados.

Por lo tanto, aunque estos impactos no hayan sido identificados en este corto período de análisis, en lo que se refiere al acceso y la aptitud, difícilmente podrán ser evitados bajo una coyuntura de recortes presupuestarios, principalmente cuando se tiene por delante la superación de las profundas desigualdades educativas, que, en última instancia, comprometen la universalización del derecho a la educación de calidad para todos.

REFERENCIAS

CEPAL. **Observatorio demográfico 2016**. Santiago, 2016.

_____. **Panorama social de América Latina**, 2017. Santiago: ONU/Cepal, 2018.

INEE. **Informe de resultados PLANEA 2015**: el aprendizaje de los alumnos de sexto de primaria y tercero de secundaria en México. Lenguaje y Comunicación y Matemáticas. México, 2017.

SITEAL. **Resumen estadístico comentado n° 2**: escolarización en América Latina, 2000-2013. Santiago, abr. 2015.

EDUARDO LEVCOVITZ

MARIA HELENA COSTA COUTO

SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI

Profesor del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro. PhD en Políticas, Planificación y Administración en Salud. Fue responsable por la concepción y redacción final del texto.

Investigadora del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro. PhD en Políticas, Planificación y Administración en Salud. Fue responsable por la concepción y ejecución de la búsqueda bibliográfica y por la selección de los artículos que conformaron los ítems 3 y 4 del texto.

SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI

EDUARDO LEVCOVITZ
MARIA HELENA COSTA COUTO

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo original del presente texto, propuesto por los organizadores de la recopilación, era analizar las tendencias de políticas públicas en América Latina en los años recientes, con base en la hipótesis de reversión del escenario de crecimiento, distribución de la renta y reducción de las desigualdades que predominó en muchos países a principios de la década de 2010, específicamente en relación con su impacto en las políticas y los sistemas de salud.

En el proceso de investigación y redacción del texto, optamos por ampliar el alcance y el período analizado para todo el siglo XXI, por un conjunto de factores de naturaleza histórico-estructural, teórica, didáctica y metodológica: a) los sistemas de salud de América Latina son heterogéneos, tanto por sus orígenes y trayectorias como por el impacto de las reformas “neoliberales” de los años 1980 y 1990, y sus procesos de cambio son lentos y graduales¹, demostrando significativa inercia en las políticas de salud de la subregión; b) los dos informes anteriores del Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas no presentan estudios sobre las trayectorias históricas de estos sistemas de salud, lo que haría discontinuo y de difícil comprensión tratar exclusivamente de la segunda mitad de la década de 2010; c) las publicaciones insignias (OPS, 2012, 2014, 2015, 2016, 2017a, 2017b; CEPAL, 2016) que presentan datos empíricos sobre el tema traen informaciones actualizadas hasta circa 2012/13, no permitiendo la construcción de series comparativas entre los años de expansión de la protección social en salud y aquellos en

1 En los últimos diez años, sólo Uruguay implementó una reforma estructural, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

que las opciones de política económica “austera” sugieren retracción en la política social; d) los principales periódicos científicos que traen artículos críticos sobre dichos cambios de orientación política e incluso la literatura gris presentan un retraso importante en relación a la actualidad (DHRIFI, 2018; SOUTH AMERICAN INSTITUTE OF GOVERNMENT IN HEALTH, 2012), tanto por la tradición académica de distanciarse de los análisis coyunturales como del largo plazo observado entre la sumisión de los textos y su efectiva publicación.

2. NOTAS SOBRE LOS ORÍGENES Y LA EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA HASTA EL FINAL DEL SIGLO XX

El arte (la ciencia) de tratar/curar es milenario, está representado en los jeroglíficos egipcios, con inscripciones identificadas entre el año 3000 a.C. y el siglo IV d.C., y se describe en detalle en el Bhagavad Gita hindú del siglo IV a.C., en el Antiguo Testamento judío cristiano del siglo II a.C. y en el Corán del siglo VII d.C., pero la breve historia de la construcción de los sistemas de salud como política pública tiene sólo unos 150 años, reflejando la historia, la estructura y los procesos sociales de hegemonía-conflicto-solidaridad entre las clases sociales; la correlación de fuerzas entre distintos grupos de interés; y las condiciones políticas y socioeconómicas de las respectivas sociedades/naciones en diferentes momentos históricos.

Las políticas de salud y protección social surgieron de los procesos de consolidación/reconstrucción de los estados nacionales, como en la unificación de Alemania conducida por Bismarck en el último cuarto del siglo XIX, por medio del formato institucional bismarckiano o corporativista estatista (ESPING-ANDERSEN, 1991) del seguro social, y se expandieron durante el siglo XX para Francia, los Países Bajos y otros países de Europa Continental. En 1919, en la Rusia Soviética, en el contexto de la guerra civil que siguió a la Revolución de Octubre de 1917 y al final de la Primera Guerra Mundial, Lenin designó a Nikolai Aleksandrovich Semashko comisario de salud con la responsabilidad de implantar el primer sistema universal de salud de la historia, que se expandió por todos los países socialistas del Este Europeo y de Asia Central hasta finales de los años 1980.

Es casi simultánea, en 1920, la pionera propuesta de protección universal en salud en Europa Occidental, que consta en el *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines* (OPS, 1962), que, sin embargo, tardaría casi treinta años para convertirse en una política pública, retomada sólo en el Informe Beveridge de 1942², concibiendo la asistencia médica universal como un derecho del ciudadano, y no algo concedido por caridad, y declarando como esencial entre uno de los cinco gigantes que deberían ser erradicados durante la reconstrucción del posguerra: la carencia, las enfermedades, la ignorancia, la miseria y la pereza (BEVERIDGE, 1942 apud RIVETT, 2017)³.

A pesar de los merecidos tributos a Lord Beveridge, de quien se origina la denominación beveridgiano del modelo del Servicio Nacional de Salud, injustamente omiten el nombre del responsable de las negociaciones políticas con el Partido Conservador y con los médicos y por la efectiva implantación en 1948 del *National Health Service*: Nye Bevan, ministro de Sanidad y Vivienda en el gobierno laborista de Clement Attlee, que en 1945 derrotó a los *Tories*⁴ de Winston Churchill en las elecciones que siguieron al término de la Segunda Guerra Mundial, con una plataforma centrada en la solidaridad y la universalidad de las políticas sociales como inspiración a la reconstrucción de una nación gravemente destruida por la guerra, paradójicamente en la sociedad donde nació el capitalismo liberal. Esta concepción se ha expandido durante el siglo XX a Escandinavia y, después, a España, Italia, Grecia y Portugal, constituyendo el formato socialdemócrata o institucional-redistributivo del *Welfare State* (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Este recorrido histórico es indispensable para la comprensión de los orígenes y de la evolución de nuestro objeto de análisis, los sistemas de salud de América Latina, ya que los formatos institucionales referidos fueron, en distintos grados, en los diferentes países de la subregión y en diversos momentos de las trayectorias de sus políticas de salud, inspiradores de las ideas y constitutivos de los modelos institucionales e organizacionales implantados (MESA-LAGO, 2008), aunque no se pueda caracterizar en ningún país de América Latina el desarrollo pleno de un *Welfare State*.

2 El informe de William Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, de noviembre de 1942, definió las bases del Welfare State británico, incluyendo la creación del Servicio Nacional de Salud.

3 En el original, "five giants that Beveridge declared should be slain during post-war reconstruction: want, disease, squalor, ignorance, idleness".

4 Partido Conservador del Reino Unido.

También por estas latitudes, la implantación de sistemas de protección social en salud fue componente fundamental de la consolidación de los estados nacionales, inicialmente por medio de las campañas sanitarias y de higiene pública implementadas a partir de la independencia de los países de Iberoamérica, en décadas posteriores expandiendo su actuación en el sector salud por la incorporación creciente de servicios médico-hospitalarios, con el pionero establecimiento de sistemas de seguro social bismarckianos en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay en el contexto de las transformaciones políticas, de los procesos de industrialización y del ascenso de las clases obreras y burguesas urbanas ocurridas a partir de las décadas de 1920/30, como demuestran la creación de los institutos de jubilaciones y pensiones y de sus programas de asistencia médica durante el Estado Nuevo de Vargas en Brasil, de las múltiples Obras Sociales en Argentina y de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en Uruguay y, después, de la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941, de la Caja de Seguro Social de Panamá y del Instituto Mexicano de Seguro Social en 1943.

Estos formatos institucionales acompañaron el desarrollo socioeconómico de los países hasta las crisis del modelo de sustitución de las importaciones y de la deuda externa de finales de los años 1970 y principios de los años 1980, alcanzando coberturas poblacionales que variaron de 50 a 70% de la población (OPS, 2007; MESA-LAGO, 2008), sin, entretanto, recorrer el camino de la cobertura universal de seguro social de salud observada en los congéneres europeos.

No menos relevante para los países de América Latina, como para todo el mundo, fue el impacto en la posguerra de la creación del Servicio Nacional de Salud británico. En las décadas de 1950, 1960 y 1970, los países de la subregión en él se inspiraron para implantar un amplio conjunto de hospitales, ambulatorios y puestos/centros de salud estatales, de acceso general y gratuito, tanto bajo responsabilidad de los gobiernos nacionales como de niveles estatales, provinciales y municipales, dependiendo de sus características federativas o unitarias.

Este proceso se aprovechó de las oportunidades impares creadas por la onda democrática propagada por la derrota del nazi-fascismo, por las particulares condiciones del comercio internacional favorables a las economías agroexportadoras y a la incipiente industrialización orientada hacia los mercados internos y por el incremento del gasto social debido al predominio de las políticas económicas de corte keynesiano, típicos de esta época, que fue considerada la Era de Oro del Capitalismo.

Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay constituyeron un pujante subsector público de atención médico-hospitalaria, incluyendo emergencias, salud pública y programas “verticales” de salud materna e infantil, mental y de combate a enfermedades infecciosas como tuberculosis y lepra. En el caso de Brasil, en 1974 se instituyó el Sistema Nacional de Salud; en el de Chile, en 1979, el Sistema Nacional de Servicios de Salud; y en el de Uruguay, en 1987, la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Los movimientos de origen académico, como los de Medicina Comunitaria, Preventiva y Social, desarrollados en los años 1960/70, también impulsaron el crecimiento de los servicios públicos, especialmente los centros de salud pública. Organismos internacionales como la OMS y el UNICEF lideraron, desde la Conferencia de Alma-Ata en 1978, una fuerte incorporación de la idea universal presente en la estrategia de Atención Primaria de Salud para alcanzar Salud para todos en el año 2000, claramente inspirado en el *Welfare State* británico.

Esta expansión de la oferta médico asistencial estatal, sin embargo, fue aditiva y no sustitutiva de los seguros sociales, entonces ya plenamente institucionalizados y políticamente sostenidos por las corporaciones sindicales y burocracias de las organizaciones securitarias, consolidado situaciones nacionales que poco reflejan los modelos organizacionales de los ya referidos tipos ideales europeos. Por el contrario, las trayectorias de las políticas de salud en la subregión se caracterizaron por la incorporación parcial de características originadas en los diferentes formatos institucionales del *Welfare State*, simultáneas a la libre expansión de la asistencia médico-hospitalaria privada, disponible inicialmente para los grupos de población con capacidad de la compra privada de estos servicios y, posteriormente, organizada en la forma de planes/seguros de prepago individuales, familiares o empresariales.

La estructura física de la prestación de servicios se desarrolló por décadas de forma autónoma y paralela en cada uno de esos subsistemas – e incluso dentro de ellos –, sin integración territorial u operacional, complementariedad o mecanismos formales de coordinación de cuidados, referencia y contrarreferencia.

Este proceso consolidó la fragmentación operativa de nuestros sistemas, reforzada por múltiples factores: desigualdades socioeconómicas profundas; estratificación de las clases sociales y segregación de grupos de población; segmentación institucional resultante de las trayectorias históricas de los sistemas de salud y protección social, que generó multiplicidad de instituciones

pagadoras y de mecanismos de pago, contradicciones y “zonas grises” en las reglas/normas legales y administrativas de los distintos subsistemas; debilidad de la capacidad rectora de la Autoridad Sanitaria; modelos de atención contrarios a la integración, centrados en la enfermedad, en el cuidado de episodios agudos y en la atención hospitalaria; programas verticales, enfocados en enfermedades y riesgos, con una separación extrema de los servicios de atención a las personas; insuficiencias en la planificación de la cantidad, calidad y distribución de los recursos y servicios; y conductas y hábitos culturales de la población y de los prestadores de servicios (LEVCOVITZ, 2009).

Los resultados de estas trayectorias históricas conforman marcadas características estructurales de los sistemas de salud de América Latina, ya plenamente consolidadas en la década de 1970: 1) la segregación/estratificación de la población conforme clase social, renta, condición socioeconómica, capacidad de pago, inserción en el mercado formal de trabajo, origen étnico y urbanidad/ruralidad; 2) la segmentación de la población en grupos con diferentes derechos y condiciones de acceso y utilización de los servicios; y 3) fragmentación operativa con superposición y duplicación de las ofertas de los distintos prestadores y la descoordinación de establecimientos/unidades asistenciales.

En síntesis, el primer medio siglo de evolución de políticas de salud en América Latina marcó una tendencia sostenida de extensión de la protección social en salud, aunque limitada tanto en términos de cobertura poblacional y de amplitud de las prestaciones y de los beneficios como de igualdad en el acceso, en la utilización y en la calidad de los servicios.

Movimiento contrario se observa en los años 1980-90, cuando el agotamiento del modelo de desarrollo por sustitución de importaciones (BIELSCHOWSKY, 2018), acelerado por los choques de precios del petróleo de 1973 y 1978 y por la decisión del *Federal Reserve*⁵ de romper con el modelo de regulación financiera internacional vigente desde el final de la Segunda Guerra Mundial⁶, elevando drásticamente las tasas de interés y eliminando la paridad dólar-oro, empujó a las economías periféricas y dependientes de la subregión para deudas externas impagables y fuertes desequilibrios fiscales, cambiarios y monetarios, interrumpiendo el largo ciclo de crecimiento de inspiración keynesiana. Las políticas económicas

5 Banco Central de los Estados Unidos de América.

6 Conocido como sistema de Bretton Woods.

desarrollistas fueron rápidamente y radicalmente sustituidas por reformas macroeconómicas centradas en rígido ajuste fiscal, restricción del gasto público, privatización de activos estatales, reducción del tamaño y de las funciones de los estados nacionales y desregulación del mercado de trabajo, siguiendo las prescripciones del Consenso de Washington.

Cuadro 1. Características estructurales de los sistemas de salud de América Latina*

Segmentación: subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos “especializado” en diferentes estratos de la población, conforme su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y clase social.

- Consolida y profundiza la desigualdad en el acceso y en la utilización entre los diferentes grupos de población;
- Coexisten una o varias entidades públicas, el seguro social y diversos financiadores, aseguradores y prestadores privados.

Fragmentación: coexistencia de unidades y servicios no integrados en red

- Servicios o establecimientos que no cooperan mutuamente, ignoran y/o compiten con los demás proveedores;
- Múltiples agentes operando sin integración impiden la estandarización de los contenidos, la calidad y los costos de la provisión de servicios;
- Genera incrementos en los costos de transacción y asignación ineficiente de los recursos del sistema.

* Adaptado de Levcovitz; Acuña; Ruales, 2007.

Las “reformas del sector salud”⁷ que tradujeron las prescripciones del Consenso de Washington no respetaron las características históricas, políticas y de organización sanitaria únicas de cada país y adoptaron recetas uniformes dictadas por las “Instituciones Financieras Internacionales”. Los temas sanitarios fueron relegados a segundo plano y las atenciones se concentraron en los aspectos financieros y de gestión, con destaque para la búsqueda de eficiencia microeconómica, privatización, descentralización y separación de las funciones de rectoría (única que debería seguir como atribución exclusiva del Estado), financiación, aseguramiento y prestación de servicios (que debería compartirse con – o transferirse totalmente a – entes privados). Chile, Colombia y la mayoría de los países de América Central

7 Eufemismo adoptado por el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y USAID para designar los proyectos de cooperación técnica y financiera “negociados” con los países para “modernizar” sus sistemas de salud en línea con las prescripciones del Consenso de Washington.

adoptaron plenamente ese recetario, pero sus impactos se hicieron presentes en todos los países. El Cuadro 2 presenta una síntesis de estos impactos.

Cuadro 2. Impactos de las reformas de los sistemas de salud de los años 1980-90*

Contenido de las reformas	Problemas
Reducción del tamaño y de las funciones del Estado	Limitaciones de la capacidad rectora de la Autoridad Sanitaria
Disciplina (“espacio”) fiscal, con rígidos mecanismos de control de gastos	- Drástica reducción del gasto público social; - Degradación de la infraestructura estatal y de los salarios del sector público
Nuevas fuentes de financiación	Tarifas, “cuotas de recuperación de costos” y otros mecanismos de cobro a los usuarios y/o de pago en el punto de atención aumentaron el gasto de bolsillo familiar
Creación de fondos específicos para usuarios con capacidad contributiva, totalmente separados de aquellos para los que no tienen capacidad de pago	Pérdida de solidaridad del sistema, acentuando la segregación de grupos de población y las desigualdades en el acceso y en la utilización de los servicios
Desregulación/informalización del mercado de trabajo	Reducción de la sostenibilidad financiera de los seguros sociales
“Paquetes básicos” para poblaciones pobres y excluidas, sometidas a la focalización por prueba de medios	Oferta con planes de prestaciones diferentes en calidad y cantidad de servicios para distintos estratos de la población
“Pluralismo”, atribuyendo al sector privado mayor relevancia en el aseguramiento y la provisión de servicios	- Multiplicación de agentes de aseguramiento y provisión en competencia, acentuando la segmentación y la fragmentación de los sistemas; - Selección de afiliados / asegurados con capacidad de pago y exclusión de las poblaciones pobres
Descentralización de responsabilidades para niveles subnacionales de gobierno	- Debilidad de la función rectora y de la gobernanza del sistema; - Pérdida de economías de escala en las compras y en la contratación pública
Introducción de cuasi mercados y criterios de eficiencia en la organización de la prestación de servicios	- La competencia entre los proveedores profundiza la fragmentación de la oferta; - Acciones de salud pública deterioradas y priorización de los cuidados individuales y del modelo hospitalocéntrico
Introducción de métodos/instrumentos gerenciales empresariales en la gestión pública	Descrédito de la función de planificación, sustituida por gerencialismo microeconómico

* Adaptado y ampliado desde LEVCOVITZ; ACUÑA; RUALES, 2007.

Veinte años de “reformas” agravaron la segmentación institucional, la fragmentación operativa, las desigualdades de cobertura y acceso de los sistemas de salud de Iberoamérica y nos enseñaron lecciones de que la restricción de derechos, los “espacios fiscales” restrictivos para los presupuestos sociales, la exclusión/segregación de grupos de población, la predominancia de la lógica de mercado en las políticas sociales y el debilitamiento del Estado profundizan las desigualdades sociales y económicas y deterioran las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

En la transición al siglo XXI, partidos políticos, movimientos sociales, gobernantes y ciudadanos de los mayores y más desarrollados países de América Latina ya manifestaban conciencia e iniciativa política para retomar la trayectoria de expansión de la protección social hacia la universalidad, incluso a través de arreglos jurídico-legales e institucionales que reconocen el derecho a la salud como valor social y derecho humano universal, como demuestra el Cuadro 3, “aunque estas sociedades hayan obtenido mejores resultados en formular legislaciones y normas que en impulsar las profundas transformaciones indispensables en sus sistemas de salud para asegurar estos derechos” (traducción libre) (LEVCOVITZ; ACUÑA; RUALES, 2007, p. 318).

En la subregión son raras las decisiones políticas efectivas de construir sistemas universales de salud: un pionero sistema estatal fue implantado en Cuba, después de la Revolución de 1959, seguido dos décadas más tarde por el Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, producto de la Revolución Popular Sandinista y vigente de 1979 a 1990, cuando fue disuelto por el gobierno conservador de Violeta Chamorro, ambos inspirados en el formato Semashko de la Unión Soviética. La Constitución federal brasileña de 1988 estableció el Sistema Único de Salud, fuertemente inspirado en los *Welfare States* de Gran Bretaña e Italia. Costa Rica amplió la inclusión subsidiada por el Estado de la población en el seguro social, de inspiración en el *Welfare State* europeo occidental, hasta la cobertura universal a principios de los años 2000. Uruguay, entre 2007 y 2016, incorporó la casi totalidad de la población al Sistema Nacional Integrado de Salud/ Fondo Nacional de Salud, que combina características contributivas de seguro social con aportes de los ingresos tributarios del país⁸.

8 A pesar de declararse como universal, no consideramos el Sistema de Protección Social en Salud de Colombia en ese grupo, en razón de la extrema segmentación y de las profundas diferencias en los planes de prestaciones entre afiliados contributivos, subsidiados y vinculados.

Cuadro 3. Normas legales que reconocen la salud como derecho universal en los países de América Latina

País	Año	Norma Legal
Argentina	1989	Ley 23.661
Bolivia	1998	Decreto Presidencial 25.265
Brasil	1988	<i>Constitución federal</i>
Colombia	1993	Ley 100
Costa Rica	1973	Ley General de Salud 5395
Chile	1985	Ley 18.469
Cuba	1976	Carta Constitucional
Ecuador	2002	Ley 80 RO 670
El Salvador	1983	Carta Constitucional
Guatemala	2001	Ley de Desarrollo Social, Decreto 82
Honduras	1982	Ley General de Salud
México	2003	Ley General de Salud
Nicaragua	1997	Carta Constitucional
Panamá	1972	Carta Constitucional
Paraguay	1980	Ley 836
Perú	2002	Ley 27.812
República Dominicana	2001	Ley 87
Venezuela	1999	Carta Constitucional

Fuente: Elaboración propia, a partir de consulta a documentos oficiales de los países, realizada en 2004 y 2005.

3. SIGLO XXI: ASCENSO Y DECLINACIÓN DE LA “MAREA ROSA” EN AMÉRICA LATINA

La primera década del siglo XXI testimonió, en la mayoría de los países de América del Sur, el ascenso al poder de partidos políticos y coaliciones de izquierda o centroizquierda, representados por el Frente para la Victoria en Argentina, por el Partido de los Trabajadores en Brasil, por el Frente Amplio en Uruguay, por la Concertación/Nueva Mayoría en Chile, por el Movimiento al Socialismo en Bolivia, por la Alianza País en Ecuador, por la Alianza Patriótica para el Cambio en Paraguay y por el Partido Nacionalista Peruano, que vinieron a sumarse a la elección del Partido Socialista Unido de Venezuela en 1999.

Esta ola alcanzó incluso a los países de América Central, históricamente gobernados por élites conservadoras, con el retorno al poder del Frente Sandinista de Liberación Nacional en Nicaragua y de las pioneras elecciones del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional en El Salvador, del Partido Revolucionario Democrático de Panamá y la Unidad Nacional de la Esperanza en Guatemala. En Costa Rica, tradicionalmente independiente y democrática, se siguen hasta hoy cuatro gobiernos progresistas comandados por el Partido Liberación Nacional y el Partido Acción Ciudadana.

El Cuadro 4 presenta los períodos de mandatos presidenciales de esos partidos o de esas coaliciones que configuran el giro a la izquierda, bautizado en los medios intelectuales y académicos de marea rosa u ola rosa⁹, que adoptó la consigna de *Otro mundo es posible*, lanzada por el Foro Social Mundial, centrado en la oposición al fundamentalismo de libre mercado (SELA, 2018) hegemónico en los años 1980-90. En la subregión, sólo México¹⁰, Honduras¹¹, Colombia y la República Dominicana quedaron inmunes a ese movimiento.

Las políticas macroeconómicas de la marea rosa se caracterizaron por el fortalecimiento de las capacidades fiscales de los Estados, las reformas tributarias progresivas, el aumento del gasto público social y la reducción de la vulnerabilidad de la deuda externa, que llevaron, junto con amplias políticas sociales, a la reducción de la pobreza extrema, retirando a más de setenta millones de personas de la miseria absoluta; a la disminución de las desigualdades históricas; al crecimiento de los ingresos y de la distribución de la renta, desplazando a los países del grupo de abajo al de ingresos medianos (MOREIRA, 2017); y al aumento del empleo formal. Estas fueron acompañadas por iniciativas político-institucionales que ampliaron la participación popular, renovaron el marco jurídico-legal e innovaron con políticas externas y comerciales que buscaban simultáneamente la soberanía nacional y la integración regional.

9 Traducción libre de *pink tide*, según SELA, 2018.

10 En México, fue elegido recientemente y tomará posesión el 1 de diciembre de 2018 Andrés Manuel López Obrador del Movimiento Regeneración Nacional, histórico político de izquierda y jefe de gobierno del Distrito Federal mexicano hasta julio de 2005.

11 En Honduras, hubo un breve período de iniciativas progresistas con la elección de José Manuel Zelaya del Partido Liberal, pero fueron rápidamente extirpadas por golpe de estado que lo quitó de la Presidencia.

Cuadro 4. Períodos de gobiernos de izquierda, centroizquierda y “progresistas” en América Latina en el siglo XXI¹

País	Periodo	Presidencias
Argentina	2003-2015	Néstor Kirchner; Cristina Kirchner
Bolivia	2006-2018	Evo Morales
Brasil	2003-2015	Luiz Inácio Lula da Silva; Dilma Rousseff
Chile	2005-2010 2014-2017	Ricardo Lagos; Michelle Bachelet Michelle Bachelet
Costa Rica	2006-2018	Óscar Arias; Laura Chinchilla; Luis Guillermo Solís; Carlos Alvarado
El Salvador	2008-2018	Mauricio Funes; Salvador Sánchez Cerén
Ecuador	2007-2017	Rafael Correa
Guatemala	2008-2012	Álvaro Colom
Honduras	2005-2008	José Manuel Zelaya
Nicaragua	2007-2011	Daniel Ortega ²
Panamá	2003-2008	Martín Torrijos
Paraguay	2008-2012	Fernando Lugo
Perú	2010-2015	Ollanta Humala
Uruguay	2005-2018	Tabaré Vázquez; José Mujica; Tabaré Vázquez
Venezuela	1999-2013 ³	Hugo Chávez

¹ Elaboración propia, a partir de datos de Idiart, 2018, y del sitio oficial de la Presidencia de la República de cada país.

² Reelegido en 2011 y 2016, pero consideramos sólo el período hasta 2006-2011, debido a la ola conservadora observada en los mandatos subsiguientes.

³ A pesar del mantenimiento en el poder del Partido Socialista Unido de Venezuela, no incluimos a la Presidencia de Nicolás Maduro en razón de la grave crisis económica y político-institucional instalada en el país en ese período, que paralizó cualquier iniciativa “progresista”.

Estas políticas han sido sostenidas por el crecimiento económico de toda la subregión, que aprovechó el “viento de cola” de los altos precios relativos de los commodities, especialmente petróleo, gas, minerales, granos y proteína animal, en gran parte provocados por la demanda generada por el extraordinario ritmo de crecimiento de China, que permitió “[...] distribuir beneficios entre los grupos más pobres y mejorar las condiciones de vida de la población asalariada [...] sin alterar los equilibrios macroeconómicos, ni

propiciar la creación de una coalición de veto entre perdedores de enorme peso económico, prestigio social y poder político” (Ibid., p. 15).

Las políticas nacionales de salud del período disfrutaron de las favorables condiciones políticas y económicas, y casi todos los países desarrollaron iniciativas sectoriales, de mayor o menor alcance y escala, para extender la cobertura de los seguros sociales y de los servicios públicos, eliminar o reducir copagos en el punto de atención, aumentar la protección financiera de las familias frente al riesgo de enfermar y reorganizar parcialmente sus sistemas de salud. El Cuadro 5 sintetiza las principales iniciativas por país.

La marea rosa latinoamericana encuentra su auge en el período de 2006 hasta 2009, año en que comienzan a manifestarse en la subregión los impactos de la crisis financiera mundial disparada a partir de 2008, consecuente de la crisis de las hipotecas de Estados Unidos de América. En el período 2010-2014, el PIB de la subregión crece sólo el 65% del promedio de las economías emergentes, reduciendo esa proporción a apenas el 40% en las proyecciones para el período 2015-2019.

El efecto “viento de cola” se va deshaciendo aceleradamente con la caída de los precios internacionales del petróleo, de los minerales y de los commodities agrícolas, en gran parte debido a la reducción del ritmo de crecimiento de China, inviabilizando la continuidad de las políticas redistributivas y modernizantes con bajo conflicto distributivo. La elección de Mauricio Macri en Argentina, la victoria de la oposición en las elecciones legislativas de Venezuela, ambas en 2015, y el impeachment de Dilma Rousseff en Brasil en 2016 son considerados los principales indicadores del final de la marea rosa (MOREIRA, 2017).

Frente a la ya referida insuficiencia de series históricas de datos y artículos analíticos críticos sobre las políticas de salud tras 2014/15, realizamos una búsqueda bibliográfica extensiva y sistemática en periódicos indexados¹²

12 Portales y bases de datos consultados: MEDLINE, consultada vía PUBMED; Cinahl (Ebsco), Scopus (Elsevier) y *Web of Science (Clarivate Analytics)*, del Portal de Periódicos de la CAPES. Base de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Banco de Datos de Enfermería (BDENF), Regional de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Se añadió el portal de revistas *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. La literatura gris institucional también fue contemplada. Las instituciones encuestadas: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), *International Labour Office* y *World Bank eLibrary*.

y literatura gris¹³, a partir de la pregunta cualitativa *¿Cuáles son los retrocesos de reducción del presupuesto social, de pérdida de derechos y de acceso en las políticas de salud de países en América Latina?* A partir de esta pregunta, los términos estandarizados fueron identificados en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Headings* (MESH)¹⁴. Los límites eran documentos, artículos, libros, perfiles de países, informes de política, documentos técnicos e informes de investigación en inglés, portugués y español.

Para la sistematización del proceso de búsqueda bibliográfica, esas referencias fueron organizadas por los elementos de la estrategia PICO (población, interés y contexto) (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014). Se encontraron 1.960 artículos, y, tras la exclusión de duplicados y de los estudios clínicos¹⁵, la selección basada en el título resultó en sólo 45 artículos de interés para el presente estudio.

Se observó que la absoluta mayoría de los artículos publicados en revistas científicas tratan de programas focalizados a grupos poblacionales restringidos, de enfermedades específicas y sus factores de riesgo o de estudios de casos sobre iniciativas locales de organización de servicios – y evitan los temas relativos a la macropolítica de salud y sus articulaciones con el conjunto de las políticas sociales y económicas.

Aún más raros son estudios multipaís o de alcance regional y subregional que, cuando existen, utilizan series históricas de datos y descripciones de políticas y programas de la década de 2000 y de la primera mitad de la década de 2010¹⁶, demostrando una importante omisión de los organismos

13 Para las publicaciones institucionales comúnmente denominadas literatura gris, consultamos las bibliotecas virtuales de los siguientes organismos/instituciones: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), *International Labour Office* y *World Bank eLibrary*.

14 Principales términos buscados: Administración de los Servicios de Salud; Reforma de la Atención de Salud; *Planos e Programas de Saúde*; Políticas Públicas de Salud; *Programas Nacionais de Saúde*; Atención Primaria de Salud; *Atenção Primária à Saúde*; *Saúde Pública*; *Direito à Saúde*; *Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde*.

15 Para la elaboración de las estrategias de búsqueda, se utilizaron los operadores booleanos OR (unión de los términos compuestos y / o agrupación de los sinónimos) y AND (intersección de los términos). El total de documentos fue de 4.160; 1.215 documentos fueron excluidos por duplicación y 984 por caracterizarse como estudios clínicos.

16 Por ejemplo: ISAGS/UNASUR, 2015, cuyos datos, análisis y relatos de experiencias alcanzan como máximo el año 2013 y Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación de la Atención Primaria de Salud en poblaciones adultas de Colombia, México, Brasil, El Salvador, Panamá y

internacionales y mecanismos de integración (BID¹⁷; Cepal¹⁸; ISAGS/Unasul¹⁹; OIPSS²⁰; ILO; OPS/OMS²¹, Mercosul²²) en relación a una de sus principales funciones: la de monitoreo y análisis de las políticas sociales y de las transformaciones en los sistemas de salud.

4. CONCLUSIONES

Más de 90 años de historia de los sistemas de salud latinoamericanos demuestra que el peso de sus orígenes y de sus procesos evolutivos a largo plazo es tan determinante de las posibilidades/oportunidades de reforma que períodos de expansión de la protección social en salud, observados sucesivamente desde la creación de los primeros seguros sociales en la Era de Oro del *Welfare State* y durante la marea rosa de principios del siglo XXI, no son suficientes para alterar las características estructurales de segregación poblacional, segmentación institucional y fragmentación operativa, aunque demuestren resultados transitorios de extensión de la cobertura y de las condiciones de acceso y utilización.

Además de nuestras propias conclusiones, los raros artículos sobre la macropolítica de salud en el periodo tras 2014/15 identificados en dicha búsqueda bibliográfica describen situaciones nacionales y multipaís que ratifican plenamente esa afirmación, con destaque para los estudios de Machado (2018), Aguilera (2016), Espinosa et al. (2017), Giovanella et al. (2018) y Lopez-Arellano y Jarillo-Soto (2017).

Jamaica, realizada por el BID entre 2012 y 2014, publicada en Desde el Paciente. Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington: BID, 2018.

17 IDB, *Social Outlook*. Consulta realizada en la página web <https://data.iadb.org/> el 23 de septiembre de 2018.

18 Consulta realizada en la página <https://www.cepal.org/pt-br/publications> el 22 de septiembre de 2018.

19 Consulta realizada a *Estudos e Documentos Oficiais do ISAGS/UNASUL* en la página web <http://isags-unasul.org/publicacoes/> el 22 de septiembre de 2018.

20 Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud: sin información relativa al Proyecto de Monitoreo y Análisis de Sistemas, conforme consulta el 24 de septiembre de 2018 en la página web www.oiapss.org.

21 OPS/OMS, Perfiles de Sistemas de Salud / Monitoreo y evaluación de los procesos de reforma, interrumpido en 2009 y disponible para la mayoría de los países hasta 2004/05, según consulta el 22 de septiembre de 2018 en la página web https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4283:perfiles-sistemas-salud-paises-1999-2009&Itemid=2080&lang=es.

22 Consulta realizada en la página web <http://www.mercosur.int/> el 23 de septiembre de 2018.

Estos resultados transitorios acompañan el crecimiento económico y la acumulación del capital en los ciclos de desarrollo y se interrumpen en los períodos de crisis y recesión, como en los años de hegemonía del neoliberalismo y actualmente bajo la égida de la austeridad macroeconómica y responsabilidad fiscal, incluso en países con gobiernos progresistas o de izquierda. Estos ciclos típicos del capitalismo impactan de forma muy dramática las economías de los países periféricos de la subregión más desigual del mundo, que no cuentan con el ahorro interno, la reserva de divisas y los mecanismos de protección de la población de los estados de bienestar social centrales.

Reconocida la marcada heterogeneidad ya descrita aquí entre los distintos países, se observa el rasgo común de resiliencia de sus sistemas de salud a las iniciativas puntuales y limitados cambios, además de la marcada inercia en las políticas sectoriales, aun cuando duran diez o quince años. Los procesos de cambio de estos sistemas son difíciles, complejos y de largo plazo; requieren transformaciones sistémicas amplias; intervenciones aisladas y puntuales no son suficientes; y demandan compromiso y cambios culturales de los usuarios, trabajadores y profesionales de la salud, gerentes de servicios y formuladores de la política (LEVCOVITZ, 2009).

Los proyectos de reforma con denominaciones pomposas como “Pluralismo Estructurado”, “Universalismo Básico” o “Ajuste Justo” no demostraron ninguna capacidad de alterar la referida inercia, fuertemente enraizada en la historia, la cultura y la estructura sociopolítica de Iberoamérica, pero al menos nos enseñaron que es indispensable mantener una vigilancia permanente con los falsos profetas y la deshonestidad intelectual.

Los casos nacionales ya descritos aquí de Brasil, Costa Rica, Cuba y Uruguay constituyen excepciones únicas a dicha inercia en toda su subregión. Estos países protagonizaron procesos de cambio estructural en sus sistemas de salud que configuran políticas de Estado, capaces de sobrevivir a varios gobiernos nacionales y a los “ingresos” de políticas macroeconómicas y sociales de las “Instituciones Financieras Internacionales”, en condiciones peculiares de correlación de fuerzas entre clases sociales o ventanas de oportunidad creadas en momentos de movilización solidaria de la mayoría de la sociedad, como revoluciones sociales o transiciones democráticas tras largos períodos de dictadura.

La inercia de las políticas de salud iberoamericanas puede ser interpretada como resultado de la “dependencia de trayectoria”, identificada

también en Europa por los investigadores afiliados a la actual tendencia analítica mayoritaria, tanto en la Ciencia Política internacional como en la Salud Colectiva brasileña, del neoinstitucionalismo histórico²³ “[...] que considera la organización institucional de la comunidad política como principal factor para estructurar el comportamiento colectivo y para estructurar resultados distintos” (traducción libre) (HALL; TAYLOR, 2003, p. 195).

En una perspectiva distinta, los analistas que trabajan con el enfoque teórico-conceptual y metodológico de Economía Política Marxista priorizan las interpretaciones basadas en la estructura de clases sociales, en su inherente conflicto distributivo, en las relaciones de poder y en los pactos político-electorales duraderos entre ellas, descrito de manera pionera en el texto canónico de Esping-Andersen (1990).

La permanencia en América Latina de profunda desigualdad y estratificación social; de la hegemonía política de élites cada vez más individualistas; de relaciones de trabajo desfavorables a los trabajadores; de la primacía del modelo exportador de “commodities”; de las trabas a la industrialización; de la fragilidad de los movimientos sociales organizados, de las instituciones, de los partidos y de los poderes del Estado; y finalmente de la ausencia de valores de solidaridad y pertenencia colectiva a un Estado-nación impiden transformaciones radicales y duraderas en los sistemas de bienestar social, incluida la atención a la salud.

En síntesis, a pesar de las profundas transformaciones tecnológicas y productivas del capitalismo latinoamericano, de su creciente financierización y de la globalización de las relaciones comerciales, seguimos siendo periféricos y dependientes, como ya indicaba la CEPAL (BIELSCHOWSKY, 2018) desde los años 1950.

Las desigualdades; la débil participación política organizada de los trabajadores urbanos y rurales, de la industria, del comercio, de los servicios y de la agropecuaria; y la exclusión social de las poblaciones económicas, marginadas en las esferas ética y espacial, cambiaron de forma, pero siguen siendo los elementos constitutivos predominantes en las sociedades latinoamericanas. En esas condiciones, la construcción plena de sistemas universales e igualitarios de protección social seguirá siendo agenda política inconclusa.

23 Término consagrado en la Ciencia Política por Steinmo (STEINMO; THELEN; LONGSTRETH, 1992).

Es urgente que los organismos internacionales de cooperación e integración, como la CEPAL, el ISAGS y la OPS/OMS, faciliten rápidamente datos, información, estudios y conocimientos actualizados, de la misma forma que es tarea fundamental de los investigadores y estudiosos de las políticas de salud comprometidos en las esferas ética y política con la transformación social de nuestros países priorizar el seguimiento actualizado de las coyunturas sociopolíticas que impactan el desarrollo de los sistemas de salud de América Latina, además de producir y socializar análisis y reflexiones críticas.

REFERENCIAS

AGUILERA, X. P. et al. From instinct to evidence: the role of data in country decision-making in Chile. **Glob Health Action**, v. 9, n. 32611, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.32611>. Acesso em: 29 set. 2018.

BIELSCHOWSKY, R. A trajetória histórica do pensamento da CEPAL: 1948-1998. In BRANDÃO, C. A. (Org.). **Teorias e políticas do desenvolvimento latino-americano**. Rio de Janeiro: Contraponto/Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2018.

CEPAL. **Panorama Social de América Latina 2016**. Santiago: CEPAL, 2016.

DHRIFI, A. Gastos en salud, crecimiento económico y mortalidad infantil: antecedentes de países desarrollados y en desarrollo. **Revista de la CEPAL**, n. 125. Santiago: CEPAL, ago. 2018.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Great Britain: Princeton University Press, 1990.

_____. As três economias políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 24, 1991.

ESPINOSA, V. et al. La Reforma en Salud del Ecuador. **Rev Panam Salud Pública**, v. 41, n. e96, 2017.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva** [on-line], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GUANAIS, F. C. et al. (Ed.). **Desde el Paciente**: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington: BID, 2018.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do Neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n. 58, 2003.

IDIART, G. El color político de América Latina. **La Nación**, Buenos Aires, 30 jun. 2018. Disponível em: <https://www.lanacion.com.ar/2148998-el-color-politico-de-america-latina>. Acesso em: 29 set. 2018.

ILO. **World Social Protection Report 2017-19**. Geneva: ILO, 2017.

ISAGS/UNASUR. **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual**. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2014.

LEVCOVITZ, E. Evolución histórica y dinámica de cambio de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. In: CURSO INTERNACIONAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD, 4., Nicaragua, 2009. **Anais...** Nicaragua: OPS-UNFPA-ASDI-AECID-CIES, 2009.

LEVCOVITZ, E., ACUÑA, C., RUALES, J. Organization, Coverage and Performance of National Health and Social Welfare Systems. In: PAHO/WHO. **Health in the Americas 2007**. Volume I Regional, Chapter 4 – Public Policies and Health Systems and Services. Washington DC: PAHO, 2007.

LOPEZ-ARELLANO, O.; JARILLO-SOTO, E C. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

MACHADO, C.V. Health Policies in Argentina, Brazil and Mexico: different paths, many challenges. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, jul. 2018.

MESA-LAGO, C. **Reassembling Social Security**. A survey of pensions and health care reforms in Latin America. Oxford: Oxford University Press, 2008.

MOREIRA, C. El largo ciclo del progresismo latino-americano y su freno. Los cambios políticos em América Latina de la última década (2003-2015). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 93, fev. 2017.

OPAS. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Publicación científica 93. Washington: OPS/OMS, 1962.

_____. **Health in the Americas 2007**. Volume I Regional, Chapter 4 – Public Policies and Health Systems and Services. Washington DC: PAHO/WHO, 2007.

_____. **Saúde nas Américas – 2012**, Washington DC: PAHO/WHO, 2012.

_____. **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2014. Washington DC: PAHO/WHO, 2014.

_____. **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2015. Washington DC: PAHO/WHO, 2015.

_____. **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2016. Washington DC: PAHO/WHO, 2016.

_____. **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2017. Washington DC: PAHO/WHO, 2017a.

_____. **Saúde nas Américas** – 2017, Washington DC: PAHO/WHO, 2017b.

RIVETT, G. **National Health Service History**. Londres, 2017. Disponível em: <http://www.nhshistory.net>. Acesso em: 24 set. 2018.

SELA, L. The rise and fall of the “pink tide”. **International Socialist Review**, n. 106. Disponível em: www.isreview.org/. Acesso em: 29 set. 2018.

SOUTH AMERICAN INSTITUTE OF GOVERNMENT IN HEALTH. **Health Systems in South America**: Challenges to the universality, integrality and equity. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. (Ed.). **Structuring Politics**. Historical Institutionalism in Comparative Analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

FÉLIX HÉCTOR RÍGOLI

EL MALESTAR SUDAMERICANO:
SISTEMAS DE SALUD UNIVERSALES EN
SOCIEDADES DESIGUALES

MD, Msc. PhD, Universidad de São Paulo

EL MALESTAR SUDAMERICANO: SISTEMAS DE SALUD UNIVERSALES EN SOCIEDADES DESIGUALES

FÉLIX HÉCTOR RÍGOLI

1. INTRODUCCIÓN

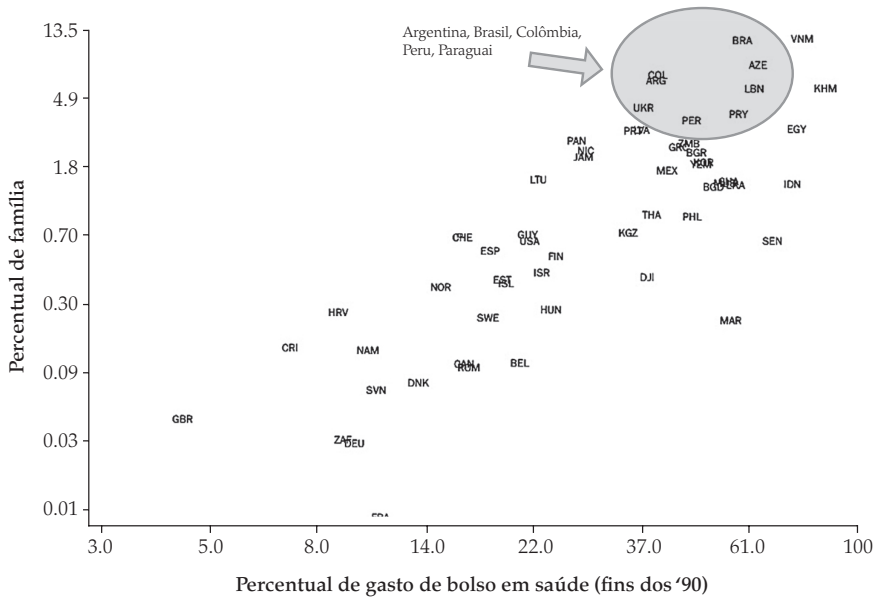
Los gobiernos de América del Sur tenían para 2018 como premisa común implementar iniciativas para dar acceso a todos a los servicios de salud. Sin embargo, como conjunto de países, continúa configurándose como una región con amplias y profundas desigualdades.

La decisión política de universalizar el acceso a la atención a la salud está relacionada con el proceso de integración de los países de la región y la aplicación de políticas públicas de ciudadanía, impulsada por una década de convergencia de gobiernos progresistas, que incluyeron la expansión del derecho a la salud entre sus directrices de desarrollo social.

Hasta los años 90, los problemas de salud en nuestra región eran un infortunio que llevaba a la pobreza entre el 5 y el 15% de las familias sudamericanas en varios de los principales países de la región. Los países sudamericanos ocupaban un lugar prominente entre aquellos en que los gastos de salud eran considerados catastróficos por consumir más del 40% de la renta familiar (XU et al, 2003).

Por supuesto, debido a las desigualdades estructurales, no todos se vieron afectados en igual manera por estos infortunios, en parte porque había grupos sociales que podían evitar mejor algunas causas de enfermedades y, principalmente, porque eran capaces de pagar los tratamientos existentes en el país o en el exterior. En el otro extremo, los excluidos de la sociedad no tenían ni siquiera la posibilidad del tratamiento gratuito en establecimientos públicos. En los primeros años del siglo XXI, existían sistemas rigurosos de cobro a los pacientes pobres en los hospitales públicos, basados en la premisa llamada «recuperación de costos», propuesta (ya veces exigida) por el Banco Mundial (O'DONNELL, 2007).

Figura 1. Porcentaje de familias con gasto catastrófico en salud (finales de los años 90)



Xu et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis
THE LANCET – Vol 352 – July 12, 2003

Las sucesivas decisiones de los gobiernos de América del Sur que ampliaron y tornaron gradualmente más accesibles sus servicios de salud para toda la población, con las menores barreras financieras posibles, fueron una iniciativa encuadrada en la extensión de los derechos de ciudadanía. La retirada de barreras financieras para el acceso a la atención primaria y materno-infantil en muchos países sudamericanos creó un fenómeno de universalización hoy, con los mismos recursos de ayer, con el consiguiente aumento rápido de filas y racionamiento. Este estrangulamiento de los servicios y recursos existentes lentamente se fue reabsorbiendo por el aumento, aunque moderado, de los presupuestos públicos (CAMPOS et al, 2013). Por lo tanto, como resultado de esta universalización sin un compromiso presupuestario fuerte para aumentar el gasto público en salud, se creó un mercado paralelo para los sectores más ricos, una universalización excluyente. Conforme han señalado Favaret e Oliveira (1990, p. 139), el caso brasileño muestra que “los sectores mejor remunerados de la sociedad (clases

medias, incluyendo obreros de los sectores dinámicos) vienen gradualmente dejando de tener referencia en el subsistema público de salud, pasando a constituir clientela para el subsistema privado”, minando el apoyo de las clases medias al sistema universal.

Estos procesos también revelaron que, además de las buenas intenciones y de la coyuntura económica favorable, la lenta superación de otras barreras, como en el caso de la extensión de la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil, implicaba otras muchas dimensiones, tales como aumentar la capacidad de formación de profesionales, superar las barreras creadas por la baja capacidad de gestión (CABRAL-BEJARANO et al, 2018), mejorar la infraestructura física e informática, entre otros. Este proceso reveló cuánto los países de la región necesitaban expandir sus sistemas de salud en muchas dimensiones, lo que necesitaba propuestas más integrales que no se limitaran a uno o dos programas de impacto político.

2. DILEMAS EN EL CAMINO: ¿LUCHAR CONTRA LA POBREZA ES LO MISMO QUE COMBATIR LAS INEQUIDADES?

El período de poco más de una década de 2003 a 2014 presenció un crecimiento económico significativo en los países sudamericanos. Este crecimiento permitió una acentuación de programas de lucha contra la pobreza, que bajó del 39% al 28% de la población en ese período (CEPAL, 2014). Muchas de las políticas implementadas de transferencias condicionales de renta, de acciones dirigidas a poblaciones de difícil acceso y de otras acciones focalizadas fueron intentos importantes y exitosos para reducir los efectos de la pobreza, en muchos casos por primera vez en la historia. Sin embargo, una característica peculiar de nuestra región es la alta y persistente desigualdad, en promedio más alta que en otras regiones del mundo, incluso más pobres que América del Sur. Una interrogación que se revela después de estos años de crecimiento económico es el hecho de que América Latina puede dejar de ser pobre y, sin embargo, seguir siendo desigual. Incluso los países más igualitarios de América del Sur pueden ser comparativamente más ricos y seguir siendo desiguales, mientras que otros países europeos y árabes pueden ser más pobres, pero siempre con menor inequidad (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de PIB per cápita a poder de compra constante e Índice Gini (países seleccionados circa 2010)

	PIB per cápita (PPP)	Índice Gini
Bulgaria	21000	0.282
Uruguay	22000	0.397
Irán	20000	0.383
Argentina	20000	0.445
Romania	24000	0.301
Chile	24000	0.521
Argelia	15000	0.353
Brasil	15000	0.547

Fuente: Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial.

Esta desigualdad socioeconómica persistente, medida por varios índices, muestra que si, por un lado, hubo una fuerte disminución de la indigencia y de la pobreza durante el período 2005-2015, por otro, las desigualdades no se redujeron en la misma medida. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) afirma, con evidencias concretas, que la inequidad en América Latina es el principal factor que está impidiendo que el desarrollo económico continúe. Algunos estudios de metodologías específicas sugieren incluso que las desigualdades pueden haberse mantenido, a pesar de la reducción de la pobreza y de la indigencia (MEDEIROS; SOUZA; CASTRO, 2015). La pobreza y la indigencia en América del Sur (y en América Latina, en general) tienen raíces en las inequidades de distribución de poder en nuestras sociedades. Combatir esta situación, distribuyendo excedentes de las exportaciones de commodities u otros factores coyunturales, tiene efectos inmediatos y benéficos, pero se limita a períodos normalmente cortos, en los que existen estos excedentes. En períodos más largos o en contracciones económicas, los desequilibrios de poder volverán a producir condiciones de pobreza e indigencia. Los datos de la CEPAL para toda América Latina muestran que esta indigencia está aumentando en los últimos tres años, después de una década de disminución gradual (CEPAL, 2014). En otras palabras, como las políticas dirigidas a la lucha contra la pobreza y la indigencia fueron poco efectivas en relación a la inequidad, es posible que los beneficios del crecimiento económico hayan mejorado la situación de los más ricos proporcionalmente más que la de los más pobres, en un contexto

de mejora general. A pesar de que es posible afirmar que fue simplemente un caso en que “la marea levantó a todos los barcos”, la constatación de que el crecimiento económico produjo una disminución de la pobreza con menor caída de la inequidad plantea al menos tres circunstancias preocupantes para el interés de la salud colectiva. En primer lugar, en el sector salud, las políticas más enfocadas en programas de suplementos de alimentos, en servicios para poblaciones pobres, en acciones en lugares remotos y de adaptación para ofrecer servicios a las poblaciones indígenas, son blancos fáciles de las políticas de ajuste, por su propia dispersión y por la baja representatividad social de las poblaciones más vulnerables. La segunda circunstancia es constatar que la lucha contra la pobreza se traduce en programas focalizados de salud, mientras que la lucha contra la desigualdad impulsa la universalización del sistema de salud. Como bien previsto Faveret e Oliveira (1990), el sistema de salud universal brasileño (SUS), igual para todos, obliga a toda la sociedad a defenderlo, mientras que, como se explicó en el punto anterior, los programas enfocados en los pobres pueden fácilmente ser desmontados. Finalmente, es cada vez más claro que la salud es un producto de muchas determinaciones y, en gran parte, de la influencia de nuestra estructura social. Muchas políticas específicas confunden la determinación social (la estructura de la sociedad como productora de enfermedades) con la disminución de factores de riesgo específicos (embarazo en la adolescencia, tabaquismo, alimentos ultraprocesados). Sin embargo, un artículo de 2017 que estudió más de 1,7 millones de personas mostró que, además de la mayor prevalencia de factores de riesgo en grupos socioeconómicos desfavorecidos, las desigualdades en sí son un gran factor de riesgo (STRINGHINI et al, 2017). Independientemente de los otros factores asociados, el bajo estatus socioeconómico disminuye la expectativa de vida más que el consumo de alcohol, la obesidad, la diabetes o la hipertensión. Este hallazgo es importante porque este estudio se ha hecho en países de alta renta, lo que muestra que también existe un efecto derivado de la inequidad relativa y no exclusivamente de la pobreza absoluta, como ya se ha observado en estudios con funcionarios públicos del Reino Unido desde la década de 1970 (MARMOT, 2010). Los estudios más recientes afirman que la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles pasan tanto por la extensión de la educación, por la protección del empleo y por la universalización del sistema de salud como por el control del tabaquismo o de la hipertensión

(DI CESARE et al, 2013). Profundizando en los efectos de las desigualdades en la salud, dentro de los estudios sobre la carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a menudo se oculta una epidemia que tiene un fuerte impacto en los años de vida perdidos de la población sudamericana y que tiene impactos aún más intensos en la cohesión del tejido social, así como en la prestación de los servicios públicos de salud y educación. Se trata del conjunto de morbilidad y mortalidad por lesiones externas, derivadas de acciones violentas intencionadas. De las aproximadamente 500 mil personas que mueren cada año por causas violentas intencionales (UNODC, 2018), el 19% son habitantes de América del Sur, a pesar de que nuestra región representa menos del 6% de la población mundial. Casi todos los países del mundo con las mayores tasas de homicidios están en América del Sur o en Centroamérica y el Caribe. De los nueve países en que la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito recoge datos en nuestra región, siete presentan tendencias crecientes en sus tasas de homicidios. En Asia y Europa, sólo existe un país con tendencias de crecimiento en delitos entre las 46 naciones estudiadas. Por estas razones, es posible caracterizar la violencia como una epidemia de nuestra región.

Por lo tanto, la lucha contra las desigualdades injustas y evitables es un imperativo sanitario, tan urgente y necesario como las vacunas y los hospitales, y más necesario aún para construir sociedades con democracia y cohesión social. La cohesión social y las estructuras del Estado de bienestar social, que son su base, están siendo degradadas por la concentración de ingresos en un número cada vez menor de personas, afectando a las distribuciones de poder e influencia. Esta concentración en grupos de abrumador poder económico, en algunos países, puede ser traducida en leyes de renuncia fiscal y en la disminución de las funciones del Estado que tienden a reforzar y perpetuar estas desigualdades, amenazando las bases fiscales de los sistemas de salud universales.

Un estudio reciente de la CEPAL muestra que la evasión de impuestos (o sea, impuestos vigentes en la ley no efectivamente pagados, descontando renuncias fiscales y otros mecanismos) totaliza 340 mil millones de dólares, equivalentes al 6,7% del PIB total de América Latina. Además, la evasión de los impuestos en la renta tiene una tasa del 39% del total, mientras el porcentaje de evasión de impuestos al consumo es del 26%, por lo que el Estado consigue ser más eficaz recaudando de los sectores más pobres (impuestos al consumo) que de aquellos con renta alta (impuesto en la renta) (CEPAL, 2016). Esto significa

que, exclusivamente con el espacio fiscal perdido por la desigual ineficiencia recaudatoria, América Latina podría duplicar su gasto en salud.

Tanto en los países ricos como en los pobres la influencia del 1% más rico a través de mecanismos de presión sobre los políticos se expresa como una resistencia a pagar más en la forma de transferencias a los que más lo necesitan. Esta resistencia mina la base del Estado de bienestar. La internacionalización de un grupo creciente de personas que no pagan impuestos en cualquier lugar se opone a los intereses de los demás 99%, de la gran mayoría de las personas que viven de su trabajo y tienen acceso a algunos servicios públicos (OXFAM, 2017).

En América del Sur, estos desafíos están puestos de manera acentuada, ya que en las primeras décadas del siglo XXI hubo una expansión incipiente del Estado Social, que nació junto a los desafíos demográficos y epidemiológicos modernos. Estos desafíos (urbanización, creciente envejecimiento, aumento de condiciones crónicas) crean demandas y existe una tendencia en los grandes medios que sugiere que es mejor restringir los servicios accesibles a todos para así ahorrar los gastos del Estado. Esta es una paradoja, ya que estas tendencias son en realidad una marca del éxito de la sociedad en integrar a más personas y permitir una vida más larga.

La región ha experimentado progreso no aisladamente, pero también actuando en conjunto. La influencia de los procesos de integración en estos avances no se puede ignorar. La constitución de una ciudadanía común, de una conciencia de derechos para todos, que permeó la acción de la UNASUR, también tuvo expresión concreta en términos de salud. Los países entendieron que era importante para sus ciudadanos tener derechos similares y que la reducción de asimetrías que era imperativa dentro de la sociedad también era una necesidad entre los diferentes países. Al mismo tiempo, no sólo la comparación entre los países impulsa la mejora. De una manera muy importante, los países aprendieron unos con los otros. La acción conjunta de los países que comparten las mejores prácticas y la capacidad de aprender juntos, de crear sistemas de información y planificación conjuntos, son fuentes de ideas y técnicas que cada país aprovecha para su beneficio y las repasa a otros. La acción conjunta internacional fue relevante para este proceso de "contagio" de las experiencias de universalización de sistemas de salud (GIOVANELLA et al, 2012). La lección de la historia reciente nos habla sobre el efecto virtuoso de los servicios de salud universales y la educación no sólo para reducir la

pobreza y la desigualdad, sino para promover la cohesión social y la democracia. Recientemente, una mesa redonda organizada por la Chatham House (2018) reunió a varias personalidades del mundo, incluyendo Helen Clark, ex primera ministra de Nueva Zelanda y directora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo hasta 2017. Ella señaló un hecho poco recordado, pero muy importante. Cuando la preguntaron si los sistemas de salud de alcance universal eran un lujo que sólo los países ricos podrían anhelar, Clark recordó que la mayoría de estos sistemas, así como la gran arquitectura social llamada Estado de Bienestar, fue creada cuando los países eran pobres o estaban saliendo de la guerra. Ellos fueron creados para tornar las sociedades más cohesionadas y permitir la reconstrucción de su infraestructura y de su capital social. Por lo tanto, según Clark, es posible que los sistemas universales de salud sean más un factor para el aumento del capital social y de la riqueza de un país y no tanto su subproducto. En 1961, Canadá introdujo su primer servicio universal de salud en una de las provincias más pobres, Saskatchewan, que sirvió para impulsar un crecimiento económico significativo. En 1919, el recién creado Ministerio de Salud del Reino Unido encargó un informe sobre el estado de salud en el país. Lord Dawson presidió un consejo que produjo un informe preliminar (DAWSON, 1920) (la versión final nunca fue aprobada), comenzando con esta definición de su misión: “Para examinar y hacer recomendaciones sobre el contorno o los requisitos para la prestación sistemática de tales formas de servicios médicos y conexos que, según la opinión de este Consejo, estén a disposición de todos los habitantes de una determinada área”. Para muchos académicos, este informe fue la primera concepción organizada de un sistema universal de salud y estableció los principios del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido en 1948, a finales de la destrucción causada por la II Guerra Mundial.

Hoy, algunos desafíos han cambiado mucho. En 1948, los servicios eran de naturaleza médica y enfocaban intervenciones episódicas para problemas clasificados como “infortunios de salud”. En el siglo XXI, la urbanización, el ascenso de las condiciones crónicas y el progresivo envejecimiento de la población representan nuevas demandas a ser enfrentadas. Al mismo tiempo, el crecimiento del empleo informal y temporal, conocido como precariado (STANDING, 2011) o uberización (KHAN, 2016), crea desafíos para los sistemas de salud basados en los esquemas de previsión social y financiados con bases recaudadoras derivadas del empleo formal.

3. EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS EN LOS PROCESOS DE UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Las carencias en la distribución regional de recursos (especialmente de trabajadores de salud) en América del Sur fueron objeto de políticas específicas, coherentes con la frase de la OMS: “No hay salud sin trabajadores de salud” (WHO, 2013, p. iv). Estas políticas fueron efectivas en mejorar la disponibilidad de recursos humanos en regiones que hasta principios del siglo XXI nunca tuvieron acceso a un médico, enfermero o dentista. Esto es especialmente cierto en regiones remotas y en comunidades indígenas de difícil acceso. América del Sur creó programas de punta en la ampliación del acceso a la salud para ciudadanos que hasta recientemente no se sentían integrados a su país (ISAGS-UNASUR, 2015; HUICHO et al, 2012; MEJIA et al, 2016).

El desafío de lograr que los profesionales de la salud (entre ellos los médicos) acepten vivir y trabajar donde los ciudadanos más vulnerables necesitan existe tanto en regiones más alejadas (ya sea en Brasil, Colombia, Canadá o Australia) como en poblaciones que viven en regiones con violencia o falta de infraestructura, como las zonas marginales de muchas ciudades de América del Sur (RIGOLI, 2016). Por ejemplo, el programa de mayor escala en atención primaria del mundo, la Estrategia de Salud de la Familia, desarrollado por Brasil, sólo logró alcanzar su meta de 40 mil equipos de salud con la importación de médicos cubanos. Paradójicamente, muchos de los profesionales que no están dispuestos a trabajar en sus propios países se formaron gracias a fondos estatales, a veces en universidades públicas y gratuitas. Sin embargo, a la hora de decidir dónde trabajar, pocos eligen servir en los lugares que son más necesarios. En 1925, Pearl (1925, p. 1026), analizando cómo los médicos en Estados Unidos se concentraban en regiones más ricas, concluía irónicamente: “los médicos son personas inteligentes que quieren trabajar en lugares donde exista dinero y las personas puedan pagar por sus servicios”. Además de esta tendencia al éxito financiero, existen otros factores que mantienen esta situación y crean graves problemas para la equidad en los sistemas de salud. En países como Australia y Canadá, se realizan enormes inversiones en tecnología de telesalud y sistemas de transporte aéreo y naval para conseguir ofrecer servicios a las poblaciones que viven en zonas remotas. Menos susceptibles a soluciones tecnológicas son los desafíos en áreas

urbanas, con problemas de violencia y deficiencias de sistemas de transporte. Una vez más se comprueba que lidiar con la atención universal a la salud es parte de los desafíos de expandir los derechos de ciudadanía a todos. A veces, la acción de salud en las comunidades pobres es presentada como un camino para los que tienen calificaciones mediocres. Esta presunción es a menudo acompañada por la realidad de que las remuneraciones premian a los que están en los grandes hospitales y manipulan las altas tecnologías. Otro factor son los sistemas de formación y certificación (de escuelas y ejercicio profesional) que tienen una tendencia a restringir la oferta por debajo de lo necesario con el pretexto de la alta calidad. Esto hace que no haya suficientes profesionales en muchos países. Por el contrario, si existiera un exceso de oferta por una formación más abundante (más universidades, sistemas de becas) o por el ingreso de profesionales del exterior, este conjunto de profesionales estaría dispuesto a trabajar en lugares más incómodos o a veces peligrosos, ya que la alternativa sería permanecer desempleado. Esta estrategia de inundar el mercado (HARRIS, 2016) ha sido bastante utilizada, pero tiene la contrapartida del descontento de un conjunto de profesionales que se encuentran desempleados por largos períodos de tiempo y no resuelve los problemas de la mala distribución (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006). Otros países a veces abren permisos de trabajo para profesionales extranjeros inmigrantes solamente en regiones de necesidad de atención. Por el momento, varias políticas se están implementando en América del Sur para corregir esta tendencia. La más conocida es la creación de los llamados Ciclos de Desempeño Profesional, también conocidos como Servicio Social, presentes en Chile y Perú (QUIROGA, 2002; PERU, 2011), generalmente con residencia obligatoria en regiones distantes o áreas periféricas. Esta es una solución efectiva y temporal que Brasil también intentó en las primeras versiones de la Ley del Más Médicos, pero se observó que eso refuerza la imagen de ese tipo de trabajo como un castigo del que se debe salir rápidamente (generalmente en un año o dos).

Otra estrategia es la creación de un mercado ampliado para los que quieran trabajar en áreas con carencias a través de la expansión de puestos de trabajo con salarios adecuados, que funcionó muy bien en Brasil, con la creación de más de 100 mil puestos para médicos, enfermeros y dentistas en el Programa de Salud de la Familia. Varios países también están experimentando

programas formales o informales de migración de profesionales dentro de la región, favoreciendo (o tolerando) la entrada de mano de obra extranjera o promoviendo la vuelta de profesionales que inmigraron, con la condición de prestar servicios en regiones que necesitan con más urgencia. Algunas regiones muy especiales, como áreas de selva o de difícil acceso, necesitan regímenes similares a un servicio militar, que se benefician de la infraestructura de comunicaciones y del apoyo logístico del Estado en esas regiones. En muchos casos, el uso de la telesalud, tanto para la teleconsulta clínica de formación continuada o para aumentar la eficiencia de los sistemas de referencia y contrareferencia de pacientes, también es una opción de acceso. Todas estas estrategias han demostrado que lo que realmente puede tener algún impacto es un paquete de intervenciones coherentes entre sí y orientadas a un mismo fin. Desafortunadamente, muchos países implementan medidas contradictorias: por un lado, crean residencias obligatorias en áreas desprotegidas y, por otro, premian a los graduados que alcanzan altas calificaciones con becas y fondos de investigación en áreas de alta tecnología. Finalmente, es importante resaltar que este problema debe, ante todo, ser considerado una condición crucial de los sistemas universales de salud. Si nuestros países tienen un compromiso con la atención de todos los ciudadanos en todas las regiones, este compromiso tiene un paso obligatorio: crear condiciones para que los trabajadores de la salud comprendan y acepten su papel en garantizar ese derecho de todos.

4. ¿LOS SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD PUEDEN SER PRIVATIZADOS?

Parte de las tensiones con la implantación de sistemas de salud universal en sociedades desiguales deriva de la influencia, no sólo económica, sino también, en la ideología predominante, de las ventajas intrínsecas del sector privado. En muchos gobiernos de la región, incluso con orientación ideológica de izquierda, se considera deseable la participación del sector privado en la salud, debido a las supuestas ineficiencias que aparecen cuando el área es administrada por el Estado. Las llamadas Alianzas Público Privadas (APP) se están volviendo comunes en muchos sistemas de salud y la tendencia puede intensificarse como resultado de la crisis económica. En algunos países donde existe ajuste fiscal, dejar que el sector privado

subcontrate los servicios públicos (no solo la salud) se ha convertido en una herramienta para equilibrar presupuestos públicos, permitiendo que las inversiones y la nómina salgan de la estructura de costos del Estado, que son vigiladas por los bancos centrales y organismos internacionales de crédito. Esta tendencia se está expandiendo en muchos países de Suramérica, a pesar de que no existen evidencias de sus beneficios. Sin embargo, este crecimiento en popularidad entre los gobiernos genera inquietudes y debates sobre cómo estas APP están sirviendo al interés público.

¿Por qué se está adoptando esta forma de privatización y por qué debería preocuparse el público? Desde la perspectiva de los derechos de los ciudadanos, parece aplicarse el aforismo de Deng Xiaoping: no importa si el gato es negro o blanco, siempre y cuando atrape a los ratones. La opción opuesta, es decir, mantener los servicios en manos estrictamente públicas también ha demostrado generar ineficiencias y poca capacidad de respuesta a las necesidades de las personas. Los desafíos están escondidos en las varias dimensiones de este proceso: la tendencia generalizada del sector privado para influir en las políticas que tienen que ver con la expansión de su dominio en salud, junto con la necesidad del gobierno de reducir sus presupuestos.

Esto hace atractiva cualquier medida siempre que transfiera servicios públicos y empleados al sector privado. En la mayoría de los países, la prestación privada de servicios de salud pública está omnipresente, incluida la producción farmacéutica y tecnológica, la construcción de infraestructura, incluidos los hospitales a través de contratistas privados, y los servicios periféricos de mantenimiento, que son realizados por empresas externas, algunas de ellas cooperativas (FIEDLER; RIGOLI; SHERMAN, 1991; RIGOLI; NOWINSKI, 1996).

No hay evidencias claras de sus resultados. El organismo de contralor público en el Reino Unido declaró recientemente que: "Todavía no hemos encontrado una evaluación sólida y sistemática del uso del financiamiento privado en las APP a nivel de proyecto o programa" (HOUSE OF LORDS, 2009, p. 14). Edwards et al, a su vez, concluyen que "los informes financieros inadecuados y la falta de rendición de cuentas para las APP sirven para oscurecer lo que el gobierno no desea revelar" (2004, p. 223). Esta falta de transparencia y disposición para evaluar parece servir como una narrativa de éxitos, sin respaldo real. Si bien se utilizan con frecuencia como sinónimos, la contratación de servicios, las asociaciones público-privadas y la privatización no son lo mismo. En algunos

países, la privatización está indudablemente en curso, pero utilizando diferentes modalidades: cuando se aumentan los copagos o se aplican incentivos fiscales a los seguros privados, se muestra la intención del Estado de transferir una determinada parte de su función al sector privado. Las principales preguntas que se plantean como desafíos a los sistemas de salud universal sobre la privatización y las APP en particular se encuentran en los ámbitos de la eficiencia y la garantía de los objetivos públicos que deben alcanzar. Debe recordarse que, en estos casos, existe el riesgo de que el servicio público abandone sus objetivos públicos y se oriente por los resultados financieros. Visto por el lado positivo, un gobierno puede beneficiarse de especializarse en sus capacidades de contratación, en lugar de tratar de desarrollar una estructura para controlar directamente toda la complejidad de los servicios de salud del país. En una revisión de cuatro estudios Liu, Hotchkiss y Bose (2008) encontraron una mejora en el acceso a la atención primaria pública a través de la provisión privada en porcentajes entre 9 a 26 puntos porcentuales. Pero en otras áreas, como la eficiencia, la equidad y la calidad no hubo ventajas de la privatización, no fue concluyente o definitivamente negativa. El acceso parece mejorar, pero los resultados en términos de calidad no son importantes. La eficiencia (resultados vs. costos) fue en general menor en los servicios privatizados que en los puramente públicos. Este es un punto importante con respecto a los sistemas de salud pública de América del Sur, ya que la experiencia internacional muestra que el uso de APP para subcontratar hospitales y atención primaria tiene entre un 13 y 17% adicional de costos de transacción. Los estudios sobre el modelo de privatización en Valencia, España, demuestran que los costos de transacción generalmente están ocultos o no se tienen en cuenta y se concentran en tres áreas: diseño, contratación y monitoreo (ACERETE; STAFFORD; STAPLETON, 2011). Cuando se agregan a los costos totales, la mayoría de las APP son más costosas que la provisión pública (GRIMSEY; LEWIS, 2007). Además, la presencia simultánea de APP y proveedores públicos conduce al riesgo moral, ya que se tiende a enviar los casos complejos al sistema público así como el comportamiento predatorio de las empresas privadas al contratar los mejores recursos humanos, privando al sector público de su excelencia (CHRISTIANO; GALENDE, 2007). Varios resultados no deseados pueden causar efectos perversos cuando se consideran en el sistema como un todo. La competencia desleal de los servicios privados frente a los servicios públicos puede dar lugar a un escenario rápidamente

desequilibrado, donde la presencia de un proveedor privado puede provocar un deterioro repentino en la calidad del proveedor público. Además, un sistema de pago vinculado a indicadores en proveedores descentralizados con estadísticas deficientes puede inducir a falsear resultados y registros, para mejorar lo más posible la remuneración. Incluso Nueva Zelanda ha cancelado desde 2000 una gran parte de sus APP, especialmente en los hospitales (MCKEE; EDWARDS; ATUN, 2006) . Un punto crucial es que este tipo de privatización no debe seleccionarse como una forma de ocultar el gasto público o de mantener la deuda pública artificialmente baja. Como Edwards et al (2004, p. 13) concluyen en un estudio de financiamiento de inversión en la red hospitalaria pública por el sector privado: “Si bien es prematuro decir si los problemas experimentados se relacionan más con el modelo subyacente o su implementación, parece que una asociación público-privada complica aún más la ya difícil tarea de construir y operar un hospital”. Las APP y otras formas de subcontratación de servicios de salud pública pueden tener virtudes intrínsecas, pero también tienen vicios intrínsecos. La contratación y los esfuerzos de control generalmente no son capaces de poder registrar todas las posibles variables que se deben aferir para mantener las virtudes y evitar las perversiones. La experiencia en el lado del cliente de la APP (la autoridad pública) está relativamente poco desarrollada en relación con las capacidades de los equipos especializados de licitación del proveedor. El principal problema es que un Estado que se disponga a privatizar los servicios públicos porque se considera a sí mismo un fracaso gerencial, difícilmente será mejor cuando oriente su acción para ser un contratista.

5. SISTEMAS UNIVERSALES, COBERTURA UNIVERSAL, ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

La expansión de los derechos y del acceso derivado de un conjunto de programas sociales (como ya se ha dicho, a menudo orientados por una lógica de lucha contra la pobreza y no tanto por la universalización de los derechos de ciudadanía y combate a las inequidades) ha ido progresivamente incluyendo el reconocimiento de comunidades étnicas y culturales, racial y con identidades diferentes, que necesitaban no sólo la ausencia de barreras financieras, sino de la adecuación de los servicios a sus necesidades particulares (BACIGALUPO; ARMADA, 2018).

En lo que se refiere a la expansión de sistemas de salud que pretenden ser universales, estos procesos no pueden ser considerados exclusivamente como desafíos técnicos, de asignación de recursos. Conforme se ha expresado en Brasil en la época de la creación del Sistema Único de Salud (SUS), y que podría aplicarse a muchos de nuestros países, la extensión del sistema de salud para todos es parte de un proceso civilizatorio, hacer que todos los ciudadanos tengan derecho a una vida libre de infortunios. En este proceso, aún inacabado, los países han usado muchas estrategias, que van desde la creación de un sistema completamente nuevo de salud a aquellos que han adaptado sus estructuras existentes, utilizando cuidados primarios de salud como un eje que organiza y concentra los esfuerzos de transformación. Incluso considerando estos percances y desafíos para el futuro, algunos resultados son visibles, ya que la mayoría de los países han reducido sus gastos privados con salud (el llamado gasto de bolsillo) y, por lo tanto, el riesgo de que la salud contribuya a la pobreza o a aumentarla (Tabla 2). El sistema de salud se convierte en un factor que libera a las personas de un riesgo de infortunio financiero y vital, ayudando a igualar las oportunidades de vivir una vida mejor.

Tabla 2. Tendencias del gasto de bolsillo en salud en los países de América del Sur

Gasto de Bolso em Saúde, América do Sul 2000-2015			
País	2000	2015	Tendência
Argentina	49,05	17,63	
Bolivia	32,74	25,92	
Brasil	36,43	28,29	
Chile	42,81	32,24	
Colombia	13,19	18,29	
Ecuador	63,89	43,71	
Guyana	17,53	40,51	
Paraguay	45,80	36,49	
Peru	38,33	30,92	
Suriname	15,36	10,15	
Uruguay	17,53	16,19	
Venezuela, RB	55,48	45,82	

Fuente: data.worldbank.org.

En este camino existe un debate de los especialistas en salud colectiva relacionado con tres términos que parecen definidores de posiciones muy contradictorias: sistemas universales, cobertura universal y acceso universal a los servicios de salud. Hasta hace muy poco tiempo (quizás menos de diez años), los diferentes organismos internacionales de salud no se pronunciaban en sus recomendaciones sobre cómo los países deberían organizar sus sistemas de salud. Aunque ya se reconoce desde hace mucho tiempo la salud como un derecho humano incorporado en su constitución y en su organización en países en Europa, en Asia y en las Américas, había mucha reticencia de los organismos internacionales en recomendar políticas de salud para garantizar de forma pública la asistencia a todos los ciudadanos. Los Estados Unidos y otros países creían que, a pesar de la creciente evidencia internacional, era mejor tener un sistema de mercado que diera a cada ciudadano lo que pudiese comprar con sus propios recursos. A veces, como en algunos países latinoamericanos, eso implicaba que los hospitales públicos deberían cobrar por cada servicio a sus pacientes sin cobertura. Se hicieron conocidos los casos de hospitales públicos de nuestros países que retenían ilegalmente a los recién nacidos hasta que la parturienta pudiera salir y volver con el dinero necesario para pagar la cuenta. Este cuadro se encontraba sacramentado por términos como “recuperación de costos” e introducción de mecanismos de mercado para la eficiencia de la salud que el Informe del Banco Mundial del año 1993 había popularizado (WORLD BANK, 1993), incluso como condición para préstamos de reconstrucción de infraestructura hospitalaria. Todo esto comenzó a cambiar a partir de 2008, cuando por influencia de muchos gobiernos de América del Sur, así como de los Estados Unidos, después de la aprobación de la *Affordable Care Act*¹, la llamada ObamaCare, y también de otras regiones, se empezó a aceptar la idea de que había la necesidad de que la salud se entendiera de forma más compatible con una concepción de un derecho del ciudadano y no de una mercancía a la venta. Al mismo tiempo, el ascenso de sectores sociales que estaban anteriormente en la pobreza aumentó la presión por políticas sociales explícitas, que permitieran acceso a algunos servicios de educación y salud, que debían, por lo tanto, organizarse en forma de sistemas nacionales o regionales. La experiencia de varias décadas de la mayoría de los

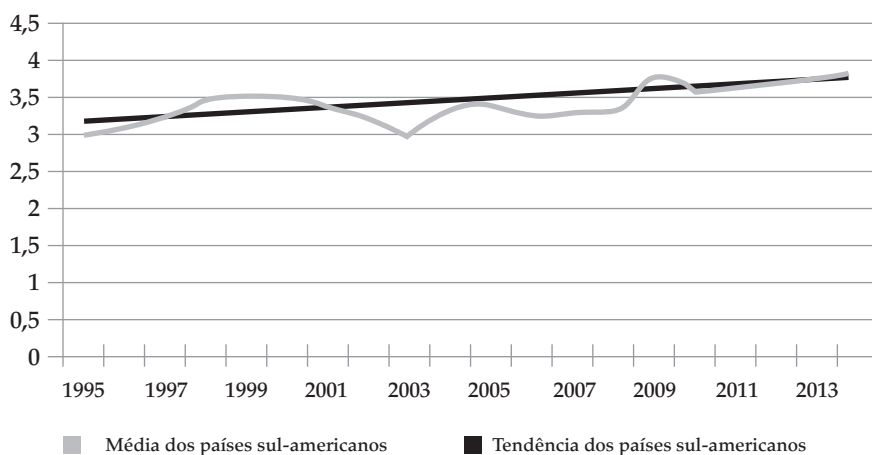
1 Ley de Cuidados de la Salud Accesibles.

países europeos y de varios de América (Canadá, Cuba y Costa Rica), de Asia y Oceanía (Japón, Corea, Australia y Nueva Zelanda) mostraba la eficiencia técnica y redistributiva de sistemas universales salud, que definitivamente eran la opción más económica y equitativa para aumentar la salud de sus pueblos. Como una vía intermedia para satisfacer al importante conjunto de países que no tenían una decisión tomada sobre tener sistemas universales de salud, los grandes organismos internacionales del área acuñaron una expresión ambigua: cobertura universal de salud, término que comprende un gran conjunto de ajustes institucionales que extienden algunos beneficios para la población. En general, dentro de estos ajustes, se incorporan tres dimensiones: los intentos de ampliar la población cubierta al 100% (por ejemplo, integrando servicios de poblaciones pobres y de la seguridad social); los ajustes que ampliaban los servicios prestados (incluyendo típicamente grupos materno-infantiles, atención primaria y listas de medicamentos esenciales); y los esquemas de reducción o eliminación de pagos en el lugar de la prestación del servicio, a menudo a través de acceso gratuito o subsidiado a alguna lista restringida de servicios. Estas tres dimensiones se combinaban a menudo, creando diversos formatos de seguros materno-infantiles públicos, programas de salud familiar gratuitos, coordinación de fondos fragmentados en un fondo único, etc. Cada paso en esas tres dimensiones implicaba un costo adicional a ser financiado por el Estado y en general los compromisos presupuestarios caminaron con lentitud en relación a los compromisos asistenciales. Por lo tanto, los países tuvieron, en muchos casos, que adoptar formas de universalización por etapas, que se tradujeron en décadas de espera para llegar al sistema universal de salud, como en los casos de Colombia, Chile y Uruguay. Por lo tanto, en el ámbito de la cobertura universal de salud, se refugiaron dos movimientos: uno que partía del reconocimiento del derecho a la atención a la salud sin trabas económicas, raciales, religiosas u otras; y otro que intentaba, dentro de un conjunto de políticas, incluir algunos procesos de ampliación de servicios de salud y la reducción del cobro de otros servicios a los más pobres. El primer grupo, aun teniendo una opción política radical, debía conseguir los recursos y las estructuras que lo hicieran posible. En otras palabras, reconocían el derecho universal a la salud, pero aún no tenían acceso universal a la atención de salud. El segundo grupo se concentraba en pasos incrementales de acuerdo con la buena voluntad de los tomadores de decisión económica

en ampliar el espacio presupuestario de la salud. Un caso paradigmático del primer grupo es el de Brasil: desde 1988, tiene un sistema universal y gratuito de salud, pero no tenía profesionales suficientes para sus equipos de salud de la familia (parcialmente incrementados con la importación de médicos), ni logró en tres décadas evitar que el mayor porcentaje de los gastos en salud fuese hecho por los ciudadanos directamente. Un ejemplo del segundo enfoque fue Colombia, que creó esquemas diferenciados para los más pobres con un conjunto restringido de servicios y tardó una década hasta ofrecer un paquete nominalmente universal (COLOMBIA, 2018). Otro caso ejemplar es el de Chile, que determinó un conjunto de problemas de salud para los cuales la atención estaba garantizada. Este conjunto de problemas pasó de 25 en 2005 a 40 en 2006, llegando a 56 en 2007, 69 en 2010 y actualmente 80 (HENRIQUEZ, 2017). Inevitablemente, este tipo de procesos de incorporación de derechos con décadas de espera dio lugar a múltiples casos de pacientes que quedaron (y se quedan) fuera del sistema, con riesgos de vida y daños permanentes (ZÚÑIGA, 2011). Las implicaciones de estos procesos graduales pueden ser una característica de éxito, pero también han integrado un factor de freno, incluso en países en los que la reforma ha tenido un fuerte respaldo político. En Uruguay, la constitución del llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) demandó una década para pasar del 22% al 73% de cobertura del Fondo Nacional de Salud, aunque tenía circunstancias auspiciosas en su comienzo. El SNIS tenía, en el momento de su lanzamiento, en 2007, cuatro características positivas: el colapso en que se encontraba el sistema antes de la reforma; un dibujo que, al principio, generó beneficios a todos los actores; un esquema de etapas y crecimiento del financiamiento que la hacía sostenible; un liderazgo fuerte y legitimado en la sociedad de las autoridades sanitarias (OLESKER, 2018). Pero, al mismo tiempo, la continuidad de los cambios sociales se encuentra actualmente estancada por las limitaciones de las alianzas que la impulsaron en los primeros pasos, enfrentando situaciones importantes de status quo y de poder.

Si medimos los avances en la universalización de los sistemas de salud utilizando como indicador principal el gasto público en salud como porcentaje del PIB, los países sudamericanos están en camino ascendente, pero lejos del nivel del 6% considerado necesario para un acceso y una cobertura universales.

Figura 2. Gasto público en salud como % del PIB en países suramericanos 1995-2014



Fuente: ISAGS-UNASUR, 2017.

Un sistema universal que dé acceso universal a un amplio conjunto de servicios implica un Estado que quiere reconocer este derecho y está dispuesto a dedicar una parte importante de sus recursos públicos a la salud. La experiencia mundial indica que ningún país con menos del 6% del PIB de gasto público en salud tiene una cobertura razonablemente universal (PAHO, 2017).

6. CONCLUSIÓN

El corolario de estos procesos es que existen dimensiones políticas y económicas que deben ser conjugadas. Previamente, en este capítulo, nos referimos a la opinión de Helen Clark sobre cómo la universalización de los sistemas de salud puede ser una vía que ayuda al desarrollo. La constatación de que un país puede comprometer el 6% o más de su PIB, ampliando y universalizando su sistema de salud, se aplica por igual a países pobres y ricos, como Clark dejó claro, ya que este gasto público en salud es puramente una demostración del nivel de prioridad del gasto público en salud como parte del total de la asignación de recursos del país. Por lo tanto, es principalmente una opción política y presupuestaria y no económica. Concomitantemente,

hay muchas presiones, especialmente en momentos de dificultades macroeconómicas, para que sectores hegemónicos desvíen recursos de salud para otros usos (básicamente, el servicio de la deuda). Por eso, los interesados en mejorar la salud en muchos países necesitan monitorear para que la salud siga siendo una prioridad no sólo en los discursos, sino también en las decisiones de los presupuestos públicos, sin descuidar los aspectos de calidad del gasto (atención primaria vs. alta tecnología, por ejemplo).

Sin embargo, y considerando la marcha ascendente de derechos y compromisos financieros de los gobiernos, es posible pensar que los efectos de la expansión de derechos y acceso a servicios de salud de los últimos años deben haber dejado consecuencias en la conciencia colectiva. En mayo de 2018, el líder conservador británico Nigel Farage concedió una entrevista al canal Fox News de Estados Unidos (FARAGE, 2018). En ella, recomendó a los norteamericanos evitar la implantación de un sistema universal de salud: “When the State gives benefits in health to the people, any attempt in the future to reform it or take those benefits back, becomes politically impossible”². Los efectos de esta extensión de derechos y acceso se sienten en las prioridades de los gobiernos y en las demandas de las comunidades, permitiendo la consolidación de estas conquistas.

Sin embargo, como se indicó al principio de este texto, estos sistemas de salud están insertos en sociedades que mantienen diferencias importantes en la distribución de recursos y poder, lo que mantiene una tensión permanente entre los avances en la universalidad y las tendencias a mantener un gasto social en proporciones mínimas.

¿Cuál de estas dos tendencias prevalecerá en el futuro? ¿Los sistemas de salud más igualitarios garantizarán en las sociedades sudamericanas mayores niveles de equidad? ¿O serán las tendencias de aumento de las diferencias actualmente prevalentes que arrastrarán los sistemas de salud a etapas anteriores, con mayores exclusiones, mayor gasto privado y menos acceso? Estas preguntas no tienen una respuesta predeterminada; dependen de cuánta presión existe en la sociedad para profundizar cambios y defender sus derechos.

2 Cuando el Estado proporciona beneficios de salud al pueblo, cualquier intento futuro de reforma o retirada de estos beneficios se vuelve políticamente imposible (traducción libre).

REFERENCIAS

ACERETE, B.; STAFFORD, A.; STAPLETON, P. Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. **Critical Perspectives on Accounting**, v. 22, n. 6, p. 533-549, 2011.

BACIGALUPO, J.; ARMADA, F. Salud intercultural, una propuesta decolonial. **ISAGS-UNASUR**, 2018. Disponível em: <http://isags-unasur.org/es/salud-intercultural-una-propuesta-decolonial/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

CABRAL-BEJARANO, M. et al. Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2229-2238, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702229&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 ago. 2018.

CAMPOS, C. E.; et al. **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília, DF: Opas, 2013.

CEPAL. **Panorama Social da América Latina 2014**. Santiago, Chile: Cepal, 2014.

_____. **Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2016**. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los desafíos del financiamiento para el desarrollo. Santiago, Chile: Naciones Unidas, 2016. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40326/86/S1600799_es.pdf Acesso em: 16 ago. 2018.

CHATHAM HOUSE. **Reducing Poverty: The Case for Universal Health Care**. Disponível em: <https://goo.gl/czJusC>. Acesso em: 16 ago. 2018.

CHRISTIANO, T.; GALENDE, J. Innovación en Asociaciones Público Privadas (PPPs): una aplicación al caso español. **Documento de trabajo 10/2007**.

COLOMBIA. **Coberturas del régimen subsidiado**. 2018. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>. Acesso em: 16 ago. 2018.

DAWSON, B. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn)**. 27 de maio, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

DI CESARE, M. et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. **The Lancet**, 381, 16 fev., 2013. Disponível em: <https://www.thelan->

cet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61851-0/fulltext. Acesso em: 16 ago. 2018.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human Resources for Health**, v. 4, n. 12, 2006.

EDWARDS, P. et al. Evaluating the operation of PFI in road and hospital projects. **ACCA Research Report**, Londres, n. 84, 2004.

FARAGE, N. **Nigel Farage One-on-One interview**. Fox and Friends (TV Show), 2 maio 2018. Disponível em: <https://youtu.be/5p3CMTDHL08>. Acesso em: 16 ago. 2018.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 3, jun. 1990. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/PPP_n3_Universaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

FIEDLER, J.; RIGOLI, F.; SHERMAN, J. **The Costa Rican social security funds alternative models: a case study of the cooperative-based, Coopesalud Pavas Clinic**. Washington (DC): U. S. Agency for International Development (USAID), 1991.

GIOVANELLA, L. et al (orgs). **Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GRIMSEY, D.; LEWIS, M. Public Private Partnerships and Public Procurement. **Agenda**, v. 14, n. 2, p. 171-188, 2007. Disponível em: <http://epress.anu.edu.au/wp-content/uploads/2011/06/14-2-A-7.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

HARRIS, M. Mais Médicos (More Doctors) Program – a view from England. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 9, 2016.

HENRIQUEZ, J. Limitaciones al acceso de las Garantías Explícitas en Salud (GES). **Centro de Estudios Públicos**, n. 458, jun. 2017.

HOUSE OF LORDS. Private Finance Projects and off-balance sheet debt. **Economic Affairs Committee**, 2009. Disponível em: <https://publications.parliament.uk/pa/ld200910/ldselect/ldeconaf/63/63i.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

HUICHO, L. et al. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 4, p. 729-739, 2012.

ISAGS-UNASUR: **Atención Primaria de Salud en Suramérica**. 2015. Disponível em: <http://isags-unasur.org/es/publicacao/libroaps/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. **Mapeo de las políticas de Salud intercultural en Suramérica.** 2017. Disponível em: <http://isags-unasur.org/publicacao/mapeo-de-las-politicas-de-salud-intercultural-en-suramerica/>. Acesso em: 16 ago. 2018

KHAN, F. The “Uberization” of Healthcare: The Forthcoming Legal Storm over Mobile Health Technology’s Impact on the Medical Profession. **Health Matrix: Journal of Law-Medicine**, v. 26, n. 1, 2016. Disponível em: <http://scholarlycommons.law.case.edu/healthmatrix/vol26/iss1/8>. Acesso em: 16 ago. 2018.

LIU, X.; HOTCHKISS, D.; BOSE, S. The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence. **Health Policy and Planning**, v. 23, n. 1, p. 1-13, 2008.

MARMOT, M. **Fair society, healthy lives** – The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. 2010. Disponível em: <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MCKEE, M.; EDWARDS, E.; ATUN, R. Public- Private Partnerships for Hospitals. **Bull World Health Org**, v. 84, n. 11, p. 890-894, 2006.

MEDEIROS, M.; SOUZA, P.; CASTRO, F. A estabilidade da desigualdade de renda no Brasil, 2006 a 2012: estimativa com dados do imposto de renda e pesquisas domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-00971.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

MEJIA, C. R. et al. Problemas laborales en plazas del Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud (SERUMS): auto-reporte de los médicos. **Acta Med Peru**, v. 33, n. 1, p. 82-3, 2016.

O’DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 23, n. 12, p. 2820-2834, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 ago. 2018.

OLESKER, D. Políticas Fiscais, Financiamento e Sistemas de Saúde Universais: O Caso do Uruguai. **ISAGS**, maio 2018. Disponível em: <http://isags-unasur.org/politicas-fiscais-financiamento-e-sistemas-de-saude-universais-o-caso-do-uruguai/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

OXFAM. **Uma economia para os 99%**. Documento Informativo 2017. Disponível em: <https://goo.gl/XPP2Se>. Acesso em: 16 ago. 2018.

PAHO. **Health Financing in the Americas.** 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=public-expenditure-in-health>. Acesso em: 16 ago. 2018.

PEARL, R. Distribution of Physicians in the United States. A commentary on the Report of the General Education Board. **JAMA**, v. 84, n. 14, p. 1024-1028, 1925.

PERU – MINISTERIO DE SALUD. Experiencias de planificación de los recursos humanos en salud: Perú 2007 – 2010. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. **Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud**. Lima: Ministerio de Salud, 2011. Disponível em: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1612-1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

QUIROGA, R. **Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile**. Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2002. Disponível em: <https://goo.gl/mqc-GBU>. Acesso em: 16 ago. 2018.

RIGOLI, F. Acesso aos serviços de saúde em áreas urbanas da América Latina. In: IGLESIAS, E. (coord.). **Os Desafios da América Latina no Século XXI**. Edusp, 2016. p. 311-327.

RIGOLI, F.; NOWINSKI, A. CASMU: Autogestión periférica en el sector salud en Uruguay. In: BRITO, Q. P.; CAMPOS, F.; NOVICK, M. **Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 193-210.

STANDING, G. **The Precariat – The new dangerous class**, 2011. Disponível em: [https://www.hse.ru/data/2013/01/28/1304836059/Standing.%20The_Precariat_The_New_Dangerous_Class__-Bloomsbury_USA\(2011\).pdf](https://www.hse.ru/data/2013/01/28/1304836059/Standing.%20The_Precariat_The_New_Dangerous_Class__-Bloomsbury_USA(2011).pdf). Acesso em: 16 ago. 2018.

STRINGHINI, S. et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. **The Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1229-1237, 25 mar. 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext). Acesso em: 16 ago. 2018.

UNODC. Chapter Four. **Lethal Encounters: Non-Conflict Armed Violence**. 2018. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Crime-statistics/Chapter4-Global-Burden-of-Armed-Violence-report.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

WHO. **A Universal Truth: No Health Without a Workforce**. Third Global Forum on Human Resources for Health Report. 2013.

WORLD BANK. **World Development Report 1993: Investing in Health**. New York: Oxford University Press, World Bank, 1993. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>. Acesso em: 16 ago. 2018.

XU, K. et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. **The Lancet**, v. 362, 12 jul. 2003. Disponível em: http://www.who.int/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf. Acesso em: 16 ago. 2018.

ZÚÑIGA, A. **Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos.** *Acta Bioethica*, v. 17, n. 1, p. 73-84, 2011. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2011000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 16 ago. 2018.

ULYSSES DE BARROS PANISSET

SEGURIDAD HUMANA: INTELIGENCIA
EN SALUD INFORMADA POR
EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECURSOS
HUMANOS

Profesor de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de Minas
Gerais (UFMG).

SEGURIDAD HUMANA: INTELIGENCIA EN SALUD INFORMADA POR EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECURSOS HUMANOS

ULYSSES DE BARROS PANISSET

La contemporaneidad explícita en el día a día el hecho de que las crisis sociales, económicas y políticas desbordan fronteras intra e intercontinentales rápidamente, causando fuerte impacto en la salud colectiva en Brasil y en el resto del mundo y generando enormes desafíos para gestores de innumerables sectores y diferentes niveles de responsabilidad.

Los Ciclos de Debates sobre Bioética, Diplomacia y Salud Pública, promovidos por

el Núcleo de Estudios sobre Bioética y Diplomacia en Salud (NETHIS/FIOCRUZ), crearon una oportunidad singular para el ejercicio de una reflexión transdisciplinaria y de actores en varios campos de práctica, acerca de cuestiones apremiantes de la salud global y de sus impactos en Brasil.

En la medida en que las cuestiones de salud global están relacionadas con el trabajo de personas de las más variadas profesiones e inserciones institucionales, los debates demuestran en la práctica la necesidad de construir redes multiprofesionales para la acción coordinada, tanto de individuos como de instituciones. Adicionalmente, se propone en este artículo la capacitación transversal e integrada de diversos campos del conocimiento que permita preparar y fortalecer las competencias necesarias para realizar las gigantescas tareas vitales para la salud y el bienestar de las poblaciones, para mejor enfrentar y responder a la complejidad de los retos.

En los debates del NETHIS/FIOCRUZ, pudimos interactuar y reflexionar junto con gestores del Ministerio de Salud y otros ministerios, oficiales de inteligencia, planificadores militares e investigadores de varios campos y constatar un alto nivel de dedicación profesional, fuerte compromiso con la salud colectiva y un empeño efectivo y creativo en el abordaje de problemas

de alta complejidad de la salud global, expresados en las actividades de planificación estratégica y operacional, así como en la gestión cotidiana de los retos y en el análisis de una variedad de temas, temas y áreas de actuación.

Ejemplos de esta diversidad de temas y áreas que requieren una intensa preparación, prevención y acción rápida y efectiva, se enfatizan entre las prioritarias las formas de producción del agronegocio y la regulación del comercio internacional de alimentos ultraprocesados; la regulación del nefasto comercio nacional e internacional del tabaco; las emergencias causadas por agentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares (QBRN); la dualidad de las amenazas y oportunidades de la biología sintética para la salud; y la realidad de los flujos migratorios internacionales en la salud y en la calidad del bienestar de las personas.

En este artículo proponemos contribuir a las consideraciones en torno a las necesidades de fomentar redes multiprofesionales permanentes y dinámicas para actuar de manera coordinada, promover aprendizajes intersectoriales y fortalecer instituciones nacionales dedicadas a la salud global y a la diplomacia en salud, apoyadas por una robusta inteligencia para la salud (PANISSET, 2017).

Con ese objetivo, sugerimos la discusión de conceptos de seguridad humana de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y sobre la construcción de mecanismos estratégicos y operacionales de inteligencia en salud, a partir de la formulación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero percibiendo la inteligencia en salud como un soporte de la política de estado que incluya la armonización entre las políticas nacionales de salud informadas por evidencias científicas y las iniciativas diplomáticas de salud internacional y global. Proponemos la discusión en el marco de la diplomacia para la salud (BUSS; TOBAR, 2017), enfrentando algunos dilemas de la salud internacional y de la salud global y recomendando el desarrollo y la utilización del estado del arte de herramientas operacionales disponibles. Sobre todo, buscamos pautar la discusión de algunos prerequisites de la inteligencia en salud, examinados por la lente de la equidad – según la cual los que tienen menos reciben atención mayor, de acuerdo con necesidades esenciales. Es decir, con la omnipresente pregunta ética sobre qué salud global y diplomacia queremos como nación, para qué y para quién.

Estamos inundados diariamente por un océano de información sobre amenazas a la seguridad humana, directamente relacionadas con la salud de las poblaciones, y, en muchos casos, por las noticias falsas que circulan con

las más variadas intenciones. ¿Cómo mejor organizar, analizar y utilizar esas informaciones para anticipar, preparar y responder a las potenciales y reales amenazas a la salud de los brasileños y a nuestras iniciativas de salud global?

Preguntamos aquí cuáles serían los mecanismos de inteligente en salud más efectivos que apoyasen el análisis sistemático, permanente y sostenible de las evidencias científicas, de los indicadores y de las informaciones sobre determinantes de salud para hacer frente a los múltiples y complejos retos de manera ética y solidaria entre las personas y los pueblos, con una perspectiva comprometida con la equidad.

Con el fin de explorar estas cuestiones, proponemos abordarlas en la perspectiva conceptual de la Seguridad Humana, surgida principalmente a partir de la transformación de la bipolaridad de la guerra fría, en los años 90, en otras formas de conflictos globales y de impactos adicionales contemporáneos en la salud y en el bienestar de las personas en todo el mundo.

El concepto de Seguridad Humana ha ganado importancia al ser presentado en 1994 por el Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (ONU, 1994). Enfoca la seguridad de los pueblos más allá de la seguridad del territorio, para la supervivencia, vivencia y dignidad de las personas. Se puede inferir un reconocimiento de la ONU de la interrelación entre salud – que es central en el concepto – y otras seis dimensiones esenciales para el desarrollo humano: económica, alimentaria, ambiental, personal (amenazada por los asesinatos y otras violencias), comunitaria y política. Aunque sin mucha claridad operativa, el concepto es reforzado en 2012 en la Resolución de la Asamblea General de la ONU de 2012 sobre Seguridad Humana (ONU, 2012).

Al analizar el concepto de Seguridad Humana en la salud global, Chen y Narasimhan (2003) señalan su impacto operacional en las políticas de salud y en sus implementaciones. Destacan que el objetivo principal de este enfoque es combinar la acción de salvaguardia de vidas humanas de las amenazas potenciales o ya existentes, mientras que promueve la sostenibilidad del desarrollo humano. Las más diversas cuestiones de salud, como las mencionadas anteriormente, además de la violencia, la pobreza y la inequidad, contribuyen a la centralidad de los procesos salud-enfermedad en la seguridad humana. Los autores apuntan, sin embargo, una cierta generalidad y amplitud del concepto, que dificultan a menudo la gestión

de políticas públicas y acciones institucionales necesarias para transformar el concepto de seguridad humana en políticas públicas, en la gestión y en la práctica diaria.

Por otro lado, sostienen que la “perspectiva de la seguridad humana centrada en la persona genera un conjunto definido de prioridades diferentes a las de la seguridad tradicional centrada en el estado” y en su aparato policial-militar (CHEN; NARASIMHAN, 2003, p. 189-190, traducción libre). Mencionan las necesidades especiales de salud de los refugiados de conflictos y los altos riesgos existentes de enfermedades infecciosas en esa situación. Llamam la atención de que la visión y el ethos de la seguridad humana ayudan a “capturar la profundidad y extensión del impacto de las crisis de salud pública [...] y de complejas emergencias humanitarias” (Ibid.). En este contexto, “la vigilancia, el control y la respuesta ligada al comercio internacional” (Ibid.) y a su regulación sanitaria, a la migración, a las amenazas QBRN y a las situaciones de violencia son interdependientes, aunque didácticamente se analicen por separado para posibilitar la gestión de crisis. Así, el concepto operacional de la seguridad humana está definido por la “naturaleza de la amenaza a la que pretende responder, tanto como por su ‘base de valores’ centrada en las personas, sus percepciones sobre nuevas estrategias o su capacidad para movilizar y energizar diversos círculos” de interés (Ibid.).

La perspectiva de la seguridad humana centrada en la salud de las personas es, por lo tanto, base de nuestra tarea de reflexionar sobre la diversidad de los asuntos aquí debatidos y, al mismo tiempo, comprender sus conexiones y herramientas que faciliten el análisis de la regulación internacional de alimentos ultraprocesados y las acciones y políticas públicas para la promoción de la alimentación sana y de las medidas de regulación estatal de la producción industrial, o en la regulación del tabaco – ambos relacionados con la producción del agronegocio y de su comercio nacional e internacional. En ambos casos, se constata el impacto de las industrias responsables por productos asociados a los factores de riesgo para enfermedades crónicas.

En el campo de las respuestas a emergencias QBRN, el concepto de seguridad humana facilita entender el papel de la diversidad de actores y de instancias de las áreas de salud y seguridad pública, para la preparación y realización de acciones de respuesta necesarias para enfrentar riesgos

potencialmente devastadores para la salud y seguridad de la población o de sus recursos naturales y agropecuarios. El tema de la dualidad de las innovaciones de la biología sintética para la salud, así como de la realidad de los flujos migratorios, trae a la superficie explícitamente también la dualidad de la soberanía nacional, de los compromisos democráticos constitucionales y de los acuerdos globales de Brasil. Estos temas introducen la necesidad de una mayor escucha, negociación y participación de individuos y grupos de la sociedad civil que tienen acceso a los nuevos conocimientos de la biología sintética, a menudo en laboratorios domésticos improvisados.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), abarcados por las Naciones Unidas, se encuentran en el campo de la seguridad humana. Acordados entre los países miembros con ocasión de la Cumbre de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, celebrada en Nueva York en septiembre de 2015, los ODS buscan ser referencia a las políticas nacionales y a las actividades de cooperación internacional en el período 2015-2030. En total, son 17 objetivos y 169 metas, involucrando temáticas que encarnan el concepto de seguridad humana, incluyendo la erradicación de la pobreza, seguridad alimentaria y agricultura, salud, educación, igualdad de género, reducción de las desigualdades, energía, agua y saneamiento, patrones sostenibles de producción y consumo, cambio climático, ciudades sostenibles, protección y uso sostenible de los océanos y de los ecosistemas terrestres, crecimiento económico inclusivo, infraestructura e industrialización, gobernanza y medios de implementación (BRASIL, 2018).

Pero ¿tal amplitud de objetivos y metas sería obstáculo a la realización exitosa de los ODS? Murray (2015) postula que los ODS son muy amplios, con blancos vagos, en que la salud no gana aspecto central. Sin embargo, otros autores, menos reduccionistas, entienden que la situación de salud no mejorará significativamente si no se aborda de manera intersectorial, a partir de la identificación de los determinantes sociales de salud en cada lugar y globalmente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Sólo el ODS 3 enfoca vidas saludables para todas las edades. Pero Tedros Ghebreyesus, actual director general de la OMS, discrepando de enfoques que reducen la salud pública a la biología, enfatiza que la salud contribuye y se interrelaciona con todos los ODS. Cita como ejemplo que la cobertura universal de salud, como en el Sistema Único de Salud de Brasil, puede

“reducir la pobreza (ODS 1) al proteger a las personas de las dificultades financieras” cuando están expuestas a tratamientos de costo prohibitivo y que “una buena salud puede fomentar el empleo y el crecimiento económico (ODS 8)” (MOHAMMED; GHEBREYESUS, 2018, p. 590, traducción libre). Por lo tanto, destaca la interdependencia multisectorial, afirmando que “mejor salud, a su vez, hace avanzar a otros objetivos” del desarrollo sostenible (Ibid.). Ghebreyesus destaca que el alcance de las metas de salud de los ODS y de sus determinantes exigirá nuevas inversiones, entre 2015 a 2030, estimadas en 3,9 billones de dólares, para cubrir las necesidades de 67 países que acomodan el 75% de la población mundial. Para reforzar la viabilidad de estas inversiones, aparentemente prohibitivas en épocas de crisis económica, la OMS estima que las expensas nacionales podrían cubrir el 85% de esos costos. Concluye que “para la mayoría de los países, mejores condiciones de salud y bienestar para todos, por lo tanto, no es fundamentalmente una elección económica – sino una elección política” (Ibid.).

Según De Leeuw (2017, p. 329, traducción libre), es fundamental el “compromiso de otros sectores que no el de la salud en la gobernanza, políticas e intervenciones para la salud”, es decir, “las fundaciones para una gobernanza integral para la salud” deben darse en un “continuum de métodos de compromiso de otros sectores” para una mayor integración. Esto implica transformaciones que van “desde el rediseño institucional” hasta las “narrativas basadas en valores éticos”.

Acharya, Lin y Dhingra (2018) destacan también que todos los demás ODS están interrelacionados, pero que falta a la mayoría de los países datos robustos, indicadores y mecanismos de inteligencia para analizarlos, que conecten los datos entre los diferentes sectores gubernamentales. Mencionan también la baja capacidad de coordinación entre los diferentes sectores y los limitados instrumentos de implementación y monitoreo.

Por lo tanto, en relación a la gestión y operacionalidad de la salud nacional y global, destacamos aquí la limitación de los sistemas actuales de inteligencia para la salud y la ausencia de capacidad de análisis permanentes en tiempo real sobre el impacto en la salud de todas las políticas públicas, buscando apoyar la implementación necesaria y exitosa de los ODS.

Una de las limitaciones de las propuestas tradicionales de mecanismos de inteligencia en salud es exactamente la prevalencia de un reduccionismo

biologicista, biomédico, que enfoca principalmente las enfermedades, sobre todo las infecciosas (BONFADA et al., 2012) y elige ignorar sus determinantes en la práctica del sector salud.

Para Morse (2007), por ejemplo, la inteligencia en salud sería bastante limitada a la vigilancia epidemiológica y análisis de las enfermedades, especialmente las infecciosas, incluso admitiendo incluir enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades animales y agrícolas. Al mencionar de paso el impacto de la pobreza en la salud, no contempla operacionalmente la necesidad de la inteligencia en abarcar los determinantes sociales de salud, reduciendo la posibilidad de monitorear y analizar el impacto multisectorial en el proceso salud-enfermedad.

Incluso si se tienen en cuenta los flujos migratorios globales intensos o las pandemias atravesando fronteras, es obvio que las personas se sienten más enfermas o más sanas en el ámbito local y no regional o globalmente. En ese sentido, Morse (Ibid., p. 1070, traducción libre), en el marco de la discusión sobre sistemas de inteligencia en salud, advierte que “en la mayor parte de las áreas del mundo, no existe sustituto para el conocimiento local”.

Por lo tanto, en la inteligencia para la salud, los sectores de política y acción externa deben conversar orgánica y permanentemente con los demás sectores que tratan de los determinantes sociales de la salud y de sus efectos en los contextos locales y en el conjunto de la población, recordando siempre que, incluso ante la mejor evidencia global de cuáles intervenciones son más efectivas, la aplicación de ese conocimiento se da últimamente en el ámbito local.

Una ampliación del concepto operacional de inteligencia en salud, aún tradicional, junta la dualidad de seguridad humana en salud y la seguridad nacional, principalmente ante las amenazas de ataques biológicos terroristas, pero aún se mantiene, principalmente, en el campo de la seguridad nacional de carácter policial y militar. Un ejemplo sorprendente es el del *National Center for Medical Intelligence* (DOD-NCMI), una agencia situada bajo el mando de la poderosa y omnipresente *Defence Intelligence Agency* de EEUU, en el Departamento de Defensa. El NCMI aborda la seguridad en salud, pero a través del filtro de la seguridad nacional militarizada. Para una visión más amplia que considere la centralidad de la salud para los determinantes de la seguridad humana, pasaremos a adoptar el término inteligencia para la salud, en vez de inteligencia en salud.

Bowsher, Milner y Sullivan (2016, p. 266, traducción libre) defienden un enfoque de “inteligencia médica”, aún balizado por la inteligencia militar, que descuida las iniciativas diplomáticas de salud global. Sin embargo, buscan un diálogo, aunque restringido y con escalas de poder diferenciados, buscando de la yuxtaposición de la inteligencia epidemiológica a la seguridad nacional militar, en la práctica aceptando la subordinación de la primera a la segunda. Menciona ejemplos de esta superposición que van desde la inteligencia para proteger a EEUU y sus tropas militares de la epidemia de Ebola en el Oeste Africano hasta la utilización de un esquema de vacunación como truco para recoger informaciones y asesinar a Osama Bin Laden en Pakistán, lo que provocó el efecto adverso del descrédito de los esfuerzos de vacunación en el país y ocasionó baja en la aceptación de la vacuna por sectores significativos de la población. Bowsher, Milner y Sullivan (Ibid.) mencionan además que la OTAN practica la inteligencia médica restringida a las informaciones sobre la infraestructura de los sistemas de salud. El NCMI también restringe la recolección y el análisis de la inteligencia epidemiológica al ámbito militar, priorizando la protección de sus tropas.

Bowsher, Milner y Sullivan (Ibid., p. 270, traducción libre) expresan la preocupación ética con estos enfoques militarizados, que “minimizan los problemas de salud de las poblaciones más pobres del mundo puramente en la base de las amenazas a sus elites armadas, en lugar de una preocupación moral o ética”, y concluyen que es necesario armonizar los campos éticamente opuestos de la salud global y de la inteligencia militar.

La OMS ya avanzó de una visión tradicionalmente reduccionista de la inteligencia en salud, restringida al sector salud, al abogar por mayor capacidad de analizar, coordinar, compartir informaciones, cooperar, intervenir y responder efectivamente a las diversas dimensiones de la seguridad humana, con la acción integrada de múltiples sectores relevantes.

La Red Global de Inteligencia en Salud Pública (GPHIN – *Global Public Health Intelligence Network*), desarrollada por el Ministerio de Salud de Canadá en cooperación con la OMS, enfoca su acción en la recolección y análisis sistemático de informes y rumores sobre brotes de enfermedades infecciosas, a través del monitoreo de noticias extraídas permanentemente de fuentes de los medios internacionales y de las redes sociales, en Internet, con búsquedas realizadas en varios idiomas. Sin embargo, incluye también la

seguridad del agua, de alimentos y de eventos químicos, por lo tanto, dentro de algunos temas que discutimos en este artículo. Según la OMS, la GPHIN es el primero alerta de cerca del 60% de los reportajes de brotes epidémicos.

Promoviendo actividades de inteligencia para la salud, la OMS recomienda la inclusión de determinantes sociales de salud en las evaluaciones de otras informaciones de salud pública, a través de Observatorios Urbanos de Salud, un mecanismo de inteligencia principalmente en el contexto local o incluso en macrorregiones, como en la vasta región de la frontera entre los Estados Unidos de América y México, de particular perfil cultural. Esta propuesta alimenta la formulación de nuevas políticas públicas urbanas y estrategias para, por ejemplo, la prevención y el control de la violencia urbana. En estos mecanismos de inteligencia, los “determinantes sociales de salud son considerados fundamentales para entender y responder a problemas de salud pública y de inequidades en salud”. Los análisis de situación de estos observatorios, por lo tanto, “toman en consideración factores más allá del sector salud” (WHO, 2014, p. 2, traducción libre).

El Observatorio de Salud Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), de la Universidad Federal de Minas Gerais, es ejemplo viable y efectivo del diálogo vital entre lo local, lo nacional y lo global a ser analizado para ser uno de los componentes de un sistema de inteligencia en salud en los moldes propuestos por la OMS. El OSUBH busca proporcionar conocimiento para la implementación de estrategias específicas de intervención y de políticas públicas para enfrentar inequidades en todos los sectores que impactan la salud, transformando la investigación científica en políticas públicas. Este enfoque permite evaluar qué acciones de salud urbana pueden funcionar mejor en contextos específicos (OSUBH, 2018).

Otro componente viable de un sistema integral de abordaje local es el utilizado por el municipio de Belo Horizonte, que busca organizar su sistema de salud por la clasificación de cada microrregión, con cerca de 3 a 4 mil personas, de acuerdo con el Índice de Vulnerabilidad a la salud (IVS). Este índice – que sirve de referencia para la distribución de los recursos de acuerdo con el principio de equidad – se elabora a partir de determinantes sociales de salud, basados en evidencias de sus impactos. Incluye saneamiento, vivienda, escolaridad, renta, aspectos sociales (raza/color) y medio ambiente (PITCHON et al., 2013).

Las proporciones continentales de Brasil, con sus marcadas y complejas desigualdades; las inequidades entre las regiones, así como las intrarregionales,

intraurbanas y entre lo urbano y lo rural; y nuestros intensos flujos globales migratorios y de mercancías exigen un aparato de inteligencia en salud que sea amplio en la capacidad de análisis, con operacionalidad viable y que incluya diversos determinantes sociales, nacionales y globales, operando informado por evidencias científicas y con conocimiento tácito.

La clave sería la agilidad en la recolección y análisis de datos en tiempo real, con enfoques inclusivos de los determinantes sociales y masivos, a través del procesamiento de Big Data, incluso en la búsqueda activa en los medios y en las redes sociales, en el llamado *Open-Source Intelligence* (inteligencia para la salud procedente de fuentes abiertas), incluyendo la minería de datos relevantes a través de *data linkage* poblacional (HAY et al., 2012; KHOURY; IOANNIDIS, 2014; BERNARD et al., 2018). Sin embargo, persisten limitaciones técnicas relevantes del Ministerio de Salud en relación a esas innovaciones, sobrecargado con la carga de enfermedades y la congelación de recursos (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2018).

El estado brasileño se movilizó de forma ejemplar e intersectorial para dar una respuesta a los desafíos de la inteligencia en salud durante la realización de dos megaeventos globales, la Copa del Mundo de Fútbol de 2014 y los Juegos Olímpicos de 2016. Sin embargo, el Ministerio de salud se restringió a preparar el Sistema Único de Salud (SUS) en las ciudades sede para la Copa, en acción conjunta con el Ministerio del Deporte, creando la Cámara Temática de Salud para intentar coordinar los tres niveles de gobierno en las actividades de planificación estratégica, compartir responsabilidades y aumentar la efectividad de las acciones, fortaleciendo la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias y el Sistema de Vigilancia en Salud. En ese marco, se creó la Fuerza Nacional del Sistema Único de Salud (FN-SUS) para la "asistencia rápida y efectiva a las poblaciones en situaciones de catástrofes, epidemias o crisis asistenciales" (MASSUDA, 2012, p. 358 y 360, traducción libre), por medio del Decreto n° 7.616, de 17 de noviembre de 2011. Se esperaba desarrollar acciones de salud para el evento que pudieran ser transformadas en legado para la salud colectiva. Sin embargo, la iniciativa merece aún investigaciones dedicadas al impacto institucional real de ese legado, principalmente ante las restricciones presupuestarias para salud durante 20 años, impuestas a la nación en 2017 por el gobierno Temer, con la Enmienda Constitucional 95.

La experiencia de esta movilización podría servir de ejemplo para la estructuración de mecanismos permanentes e intersectoriales de inteligencia en salud para la seguridad humana que observasen, recopilasen y analizarasen informaciones, datos e indicadores de manera georreferenciada y que agregasen también los determinantes sociales de salud en cada contexto regional y microrregional, para facilitar su enfrentamiento a través de políticas públicas innovadoras y efectivas. Esta iniciativa, si hubiera sido implantada, podría haber contribuido, de forma aún incalculable, también en relación a las iniciativas diplomáticas de Brasil en salud y a la salud global.

Daniilo Coelho, oficial de inteligencia e investigador que participó en este Ciclo de Debates, contribuye significativamente a avanzar la estructuración de un sistema de inteligencia amplio, efectivo e innovador que actúe en la defensa de la seguridad nacional en la perspectiva de la seguridad humana y que sea sensible en la captación de determinantes multisectoriales de la salud. En este proceso, constata posibilidades y obstáculos en la construcción de un aparato de inteligencia multisectorial, con aspectos operacionales de coordinación de las acciones necesarias para la seguridad humana.

Con este objetivo, es de gran utilidad apuntar la necesidad fundamental de “cambio del paradigma de la seguridad nacional para el de la seguridad humana” (COELHO, 2017, p. 77). En ese sentido, Coelho (Ibid.) propone un nuevo paradigma de seguridad que él denomina “transecuritización de la Inteligencia de Estado”. En esta propuesta de reestructuración para alcanzar la contemporaneidad del sistema brasileño de inteligencia, se busca simultáneamente enfrentar las “múltiples amenazas, en la perspectiva de la seguridad humana, contra la sociedad brasileña” y “aumentar la eficiencia del Sistema Brasileño de Inteligencia” (Ibid.).

En la actualidad, el Sistema Brasileño de Inteligencia (SISBIN) está compuesto por 39 organismos gubernamentales, coordinados por los órganos de seguridad, incluyendo el Ministerio de Salud (MS), la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, el Ministerio de Medio Ambiente (MMA) y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento (MAPA), todos esenciales para áreas temáticas que discutimos en este artículo y para la promoción de la seguridad humana (Ibid.; ABIN, 2018). La participación destacada del Ministerio de Relaciones Exteriores indica la posibilidad de fomentar las iniciativas de diplomacia en salud y coordinar mejor la información sobre salud nacional, salud global y su intrínseca relación (PANISSET, 2000, 2017).

La propuesta de “transecuritización” de Coelho corrobora la necesidad que señalamos de un sólido y coordinado sistema de inteligencia para la seguridad humana que apoye el enfrentamiento de los problemas de salud en contextos variados – que van del local al global – para dar soporte a los desafíos internos y las iniciativas diplomáticas de salud. Pero él alerta que

A pesar de la composición del SISBIN y las directrices de Inteligencia apuntar a la estructuración de un sistema amplio, que trasciende el área tradicional de la seguridad para incorporar temas estratégicos de diversos sectores, persiste un marco institucional que puede obstaculizar esta actuación amplia. (COELHO, 2017, p. 77-78, traducción libre).

De acuerdo con Coelho, la composición militarizada del consejo consultivo que coordina la SISBIN (CONISISBIN), la mayoría del Ministerio de Defensa, limita la posibilidad de una actuación más amplia, debido al “resquicio de la Inteligencia con sesgo policial y militar” (Ibid., p. 78, traducción libre), priorizando órganos de defensa externa y seguridad interna. Sin embargo, resalta la demanda estatal gubernamental “por análisis predictivos de amenazas no tradicionalmente securitarias y de la definición de directrices de Inteligencia” (Ibid.) que incluyen asuntos de salud humana, medio ambiente, recursos agropecuarios e infraestructura. La propuesta de “‘transecuritización’ de la Inteligencia de Estado incorpora el concepto de la seguridad humana y sistematiza otros elementos presentes y necesarios para el proceso de modernización de la Inteligencia” (Ibid.). Por lo tanto, va mucho más allá del reduccionismo que aún prevalece en cuanto a la seguridad nacional como protección de la frontera territorial, de la población y de los intereses nacionales contra amenazas externas, con una doctrina brasileña de seguridad nacional nostálgica, desarrollada en 1949 por la Escuela Superior de Guerra (ESG), con fuerte inspiración norteamericana, a partir de la posguerra de la Segunda Guerra Mundial (Ibid.), fortalecida en el período dictatorial de 1964 a 1985.

Aunque la propuesta de “transecuritización” de la Inteligencia de Estado no esclarece aún las formas operativas de enfrentamiento de los múltiples problemas de salud y de sus determinantes nacionales, o de su papel en las

iniciativas de diplomacia en salud, es particularmente significativa y contemporánea su sugerencia de consagrar “una Inteligencia predictiva, bajo la égida del análisis basado en evidencias” científicas (Ibid, p. 84, traducción libre).

En este sentido, proponemos como parte integral de la inteligencia para la salud para la seguridad humana el proceso de utilización de métodos integradores y sistemáticos desarrollados en el marco de la OMS, a partir de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, que insta a los Estados miembros a “establecer y fortalecer mecanismos para transferir conocimientos para apoyar la salud pública y los sistemas de atención a la salud basados en evidencia y para las políticas de salud basadas en evidencias” (OMS, 2005, p. 127, traducción libre).

Los formuladores e implementadores de políticas públicas de salud (por ejemplo, gestores del SUS de todos los niveles) y de otros sectores responsables de la salud y sus determinantes en varios sectores – además de los gestores de las iniciativas de diplomacia en salud – enfrentan constantes desafíos para ampliar la cobertura, mejorar la calidad de la atención a la salud y simultáneamente controlar el impacto de los determinantes sociales. Se suman a esas tareas la responsabilidad por la implementación de esas políticas y la evaluación de su efecto en las decisiones y acciones del día a día, en varios contextos diferentes.

La participación ciudadana en este proceso es indispensable para que se logre un mayor grado de legitimación, implementación y evaluación del impacto de las políticas en la salud de las personas. La construcción de las políticas se beneficia de la transparencia del proceso y de la participación democrática del control social, cuando promueve un diálogo resolutivo sobre el problema, las opciones y las estrategias para afrontarlo, además de estudiar las barreras, los facilitadores, los riesgos, los beneficios y los costes de las intervenciones.

El bioeticista Norman Daniels destaca este imperativo ético de participación social y de la necesidad de divulgar transparentemente el proceso de análisis y decisión para la formulación e implementación de las políticas en los sistemas de salud, resaltando que las transformaciones de los sistemas de salud son a menudo “experimentos sociales que requieren revisión ética y científica antes de que sean implementados y el monitoreo ético y científico después” de la implementación (DANIELS, 2006, p. 447).

Es decir, experimentos poblacionales amplios que ocurren sin consentimiento informado.

Mecanismos de formulación de políticas y prácticas informadas por evidencias científicas sólidas e información correctamente analizada pueden representar un componente más operacional de la inteligencia para la salud y ayudar a mejorar significativamente la calidad y el impacto en la gestión, con reflejos positivos para la salud de las poblaciones. Son beneficios adicionales y vitales la mejor utilización de recursos para promover la equidad en la cobertura, así como la normalización a niveles sostenibles de los procesos de judicialización de la salud, apoyados en bases científicas sólidas y en el conocimiento tácito que pueda ser sistematizado por medio de diálogos deliberativos.

La gestión del conjunto de estos objetivos exige nuevas maneras de pensar y organizar la inteligencia para la salud para la seguridad humana y la propia formulación de políticas públicas, principalmente ante el hecho de que la construcción e implementación de esas políticas de salud o de la salud en todas las políticas presenta grandes riesgos potenciales, al alcanzar decenas de mil millones de personas.

Conforme nos recuerda Coelho, como “órgano de anticipación de hechos y de apoyo a la toma de decisión, la actuación de la Inteligencia ayuda a moldear la propia actuación del Estado”. En el caso, en acciones que beneficien a la seguridad humana (COELHO, 2017, p. 89, traducción libre).

Proponemos así la necesidad de emplear en los sistemas de inteligencia el estado del arte de los métodos utilizados y probados por la OMS y por su Red para Políticas Informadas por Evidencias (EVIPNet) en la traducción del conocimiento para la elaboración de políticas. Estos métodos ayudan al fortalecimiento de las competencias y habilidades necesarias al proceso de formulación de políticas que se benefician de las mejores evidencias científicas disponibles y de informaciones debidamente analizadas (datos, indicadores, índices), basadas principalmente en las herramientas SUPPORT (LAVIS et al., 2009) .

El término “políticas informadas por evidencias”, en lugar de “basadas”, fue acuñado para explicitar el hecho de que las mejores evidencias compiten con otros factores en la formulación de políticas, tales como recursos disponibles y aceptación de la sociedad, factores que necesitan ser considerados en la práctica de la inteligencia para la salud.

En Brasil, estos métodos y sus herramientas fueron probados también en diversos talleres de trabajo en la última década y en la formulación de políticas en los tres niveles de gobierno, adaptadas con calidad para las necesidades de Brasil por la EVIPNet Brasil y por el trabajo de Jorge Otavio Maia Barreto, que participó del Ciclo de Debates sobre el tema de este artículo (BARRETO; SOUZA, 2013; DA SILVA CORRÊA DIAS et al., 2015).

En 2014, se publicaron resultados alentadores de una evaluación formativa multicéntrica de cinco años, estimulada por la OMS y la Unión Europea, de experiencias de gestores e investigadores en cerca de 30 países de baja y media renta, organizados institucionalmente para la utilización sistemática de la mejor evidencia científica en la construcción e implementación de políticas de salud, con metodologías inclusivas de la participación social.

Dos instrumentos, ampliamente utilizados por gestores e investigadores trabajando juntos en esos países, recibieron atención especial de esas evaluaciones y deberían componer un sistema contemporáneo de inteligencia para la salud: las síntesis de evidencias para la política y la organización y el relato de un diálogo deliberativo sobre esa política (MOAT et al., 2014).

La síntesis de evidencias científicas prioriza revisiones sistemáticas y otros estudios evaluados como de comprobada calidad y se organiza a partir de la descripción de un problema y sus características, de las posibles opciones de intervenciones eficaces y costo efectivas — incluyendo la identificación de potenciales beneficios, riesgos y costos de cada opción y estrategias de implementación, a partir de la identificación de barreras y facilitadores.

En el diálogo deliberativo, la síntesis de evidencias sirve de base para los debates, pero el énfasis principal es en el conocimiento tácito de los participantes — de expertos a representantes de la sociedad civil que serán particularmente impactados por determinado asunto y por la política de salud — a partir de la experiencia, de los valores y de las visiones de cada uno (LAVIS; BOYKO; GAUVIN, 2014).

Cuando consideradas necesarias, las investigaciones operativas o de implementación pueden sumarse al proceso de la síntesis y del diálogo para ayudar a verificar el nivel de implementación y de resolución de determinadas políticas públicas, facilitando el proceso de evaluación y el consiguiente ajuste de los rumbos de la intervención (PANISSET et al., 2012).

Los observatorios de recursos humanos que adoptan prácticas de análisis de informaciones y de indicadores integrados al uso de evidencias científicas se capacitan para orientar acciones de implementación de políticas públicas que mejor favorezcan la salud de las poblaciones de manera equitativa. Estas formas de actuar deben ser, por lo tanto, componentes fundamentales para alimentar la inteligencia para la salud y la planificación estratégica de los sistemas de salud (GEDIK et al., 2009).

Es importante resaltar que las consideraciones sobre equidad están presentes en todas las etapas del proceso para minimizar el riesgo de que ciertas políticas e intervenciones beneficien a aquellos que menos las necesitan (OXMAN et al., 2009).

Otra práctica preconizada por las políticas informadas por evidencias y que puede beneficiar al sistema de inteligencia para la salud es la organización de repositorios de información con revisiones sistemáticas, otros estudios de alta calidad, informes de organizaciones internacionales, síntesis de políticas, legislaciones y otros insumos necesarios para los análisis. Ejemplos exitosos de estos repositorios incluyen el *Health Systems Evidence* y *Social Systems Evidence*, organizados y mantenidos por el *McMaster Health Forum*, de la *McMaster University* de Canadá.

La aplicación académica de las herramientas SUPPORT puede ser larga y exigir un equipo grande, pero la agilidad necesaria para la inteligencia para la salud puede ser resuelta por los mecanismos de respuesta rápida (MIJUMBI et al., 2014; HABY et al., 2015) que adoptan los mismos métodos, pero buscan simplificaciones seguras que pueden proporcionar resultados entre 24 y 48 horas.

Conscientes del riesgo del dilema entre inteligencia y acción en los sistemas militarizados y policiales, principalmente en los regímenes autoritarios o hegemónicos globalmente, destacamos el imperativo ético de transparencia y sistematización del proceso y de la necesidad de pensar la salud en su aspecto de beneficio para todos y los valores de la equidad como justicia social. Vale resaltar de nuevo que la inteligencia puede moldear la acción. Las políticas de calidad generadas por un sistema transparente no merecen pudrirse en los cajones y estantes y necesitan ser implementadas en acciones multisectoriales.

Teniendo en cuenta la necesidad de acción efectiva para confrontar efectivamente los problemas que amenazan a las poblaciones, otras herramientas operativas disponibles deben ser consideradas para dar una respuesta y enfrentar

la complejidad de tareas de la inteligencia para la salud, en la medida en que ayudan a romper el océano de información en segmentos más manejables, sin perder jamás una cohesión analítica y la integralidad de los fenómenos estudiados, principalmente visando la mejor gestión y operacionalidad. La multiplicidad de actores clave de varios niveles — tanto locales, nacionales o globales —, que necesitan un grado de coordinación para el éxito de cada iniciativa, ofrece dificultades acentuadas, sobre todo si se tiene en cuenta la necesidad de trabajar con sectores gubernamentales diferentes — muchas a veces antagónicos —, con motivaciones e intereses diversos. A menudo, predominan intereses financieros no siempre explícitos o de disputa entre mercados de diferentes países competidores entre sí. En este sentido, recordando la paradoja salud-cooperación-conflicto, en que, a pesar de la percepción de que la salud es campo privilegiado para la cooperación, ya que promueve beneficios mutuos, ella es también campo de conflictos, principalmente los relacionados a los aspectos del mercado.

Fidler (2011, p. 14, traducción libre) sugiere un marco para facilitar la captura de la “manera en que los actores identifican y amplifican su autointerés”, que sugerimos poder utilizarse tanto en las iniciativas diplomáticas en salud como en las iniciativas nacionales para promover la salud y enfrentar sus determinantes sociales adversos, con el objetivo de identificar y negociar los intereses de actores estatales y no estatales, muchas veces ocultos, y las potenciales divergencias que pueden dificultar la acción conjunta (Figura 1). Fidler llama a ese formato de mapa de identificación de “actores, problemas, procesos y principios” (2011 apud PANISSET, 2017, p. 95).

Figura 1. Modelo sugerido por Fidler para el mapeo de las bases de negociaciones en la diplomacia en salud global

FORMACIÓN Y ARTICULACIÓN DE INTERESES		TRADUCCIÓN DE LOS INTERESES COMUNES EN ACCIÓN COLECTIVA		
Problema	Amplificación del interés	Actores	Procesos de negociación	Acción colectiva
		Estados-nación		
		Organizaciones intergubernamentales		
		Actores no gubernamentales		

Fuente: Fidler, 2011, p. 32 apud Panisset, 2017, p. 96.

Más allá de la comprensión de los intereses de los actores relevantes en la formulación e implementación de políticas públicas para la salud, necesitamos herramientas que nos permitan organizar diversas categorías del océano de informaciones multisectoriales y transdisciplinarias de forma simultánea y ágil, especialmente en los procesos agudos que requieren pronto y dinámico enfrentamiento.

La matriz tridimensional presentada (Figura 2) organiza categorías de información (datos e indicadores) y evidencias científicas que puedan facilitar el análisis para la inteligencia y la gestión de iniciativas. Se propuso y se utilizó en otras oportunidades para apoyar la capacidad humana de inteligencia en la salud global y las iniciativas de diplomacia en salud, como en la epidemia SARS (Síndrome Respiratorio Agudo y Grave) y, anteriormente, para analizar la epidemia de cólera en América Latina, en los años 90. Esta matriz tridimensional puede abarcar simultáneamente varios tipos de determinantes y ayudarnos en el análisis de situaciones, en la evaluación y en el ajuste de ejercicios predictivos, en la prevención o en la minimización de crisis, pero también en la organización de las acciones prioritarias.

Para aprovechar mejor esta herramienta de inteligencia para la salud nacional y global, es importante establecer colaboraciones de redes de institutos de investigación y universidades interesadas en el tema y que utilicen arreglos transdisciplinarios. Hemos utilizado este modelo de análisis también en simulaciones de crisis con el doble objetivo de capacitación multidisciplinaria e intersectorial y para la formación o el fortalecimiento de redes de inteligencia para la salud.

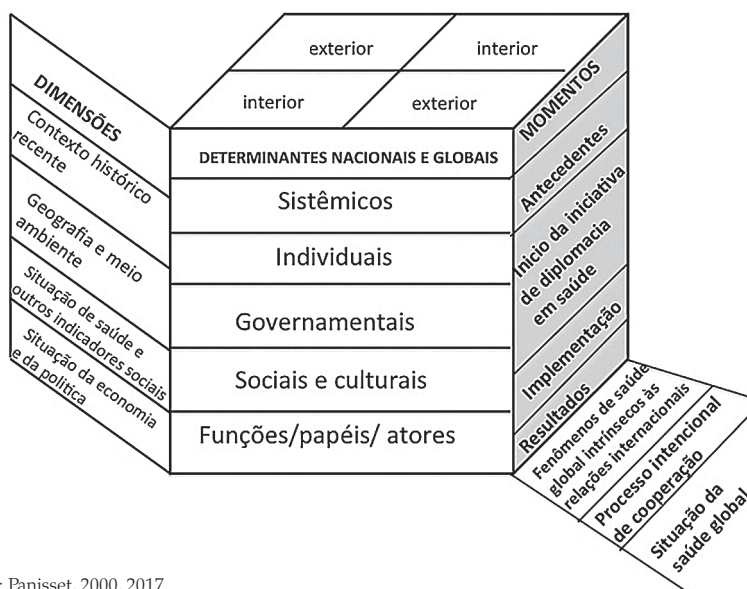
Brewer (1999, p. 328) nos alerta que “el mundo tiene problemas, pero las universidades tienen departamentos” y disciplinas. Por el contrario, las redes multidisciplinarias y multiinstitucionales que apoyan la inteligencia para la salud actúan para identificar y describir un determinado problema, ya sea actual o de riesgo percibido para el futuro. A partir de ahí, examinan las características del problema, sus dimensiones, sus indicadores comparados a otros países y su gravedad actual y potencial. En este proceso de inteligencia, examinan evidencias científicas multidisciplinarias para orientar la implementación de políticas públicas saludables en cada contexto.

En su función de apoyo a la inteligencia para la salud, el modelo (Figura 2) puede ser adaptado para cada contexto, en cada nivel. Puede fortalecer la

investigación — incluso la histórica o la operacional y de implementación — y la planificación estratégica, la capacidad de implementación de las políticas y la evaluación permanente de los resultados de esas políticas, ya sea internamente o en la cooperación internacional. En otras palabras, está diseñado para apoyar la preparación y gestión de iniciativas de diplomacia de la salud. Puede ser de utilidad principalmente para “prevenir una crisis, ayudando a prepararse mejor en diversos sectores relevantes, para enfrentarla o para administrar una crisis de salud global en la que los ministerios de Salud están en la línea de frente” (PANISSET, 2017, p. 102, traducción libre).

La arquitectura de las informaciones y evidencias científicas propuesta en este modelo aborda tanto el contexto local y nacional (el interior) como sus implicaciones en las interacciones entre naciones o grupos de naciones y en el ámbito global (el exterior). Contempla también la relación intrínseca entre las dos esferas, interpretada desde la perspectiva de cada ejercicio de observación. En cada uno de los planos de la matriz, se deposita la información clave que integrará el análisis.

Figura 2. Matriz para el análisis de fenómenos de salud global y diplomacia en salud



A modo de ejemplo, proponemos una breve y simple simulación de lo que sería la categorización de las informaciones recogidas de los medios (*Open-Source Intelligence*) y de evidencias fruto de investigaciones científicas sobre algunos de los temas discutidos en el Ciclo de Debates.

En el modelo propuesto, en cada una de las “cajas” de los planos de la matriz se depositan informaciones clave que integrarán el análisis. En el plano de las Dimensiones, incluimos, por ejemplo, la coyuntura histórica reciente del fenómeno a ser analizado, buscando trazar su evolución hasta la situación actual, para buscar opciones previsibles. En el caso de la regulación del nefasto comercio nacional e internacional del tabaco, describiríamos y analizaríamos enteramente lo que categorizamos en dimensiones separadas para facilitar la comprensión de los diferentes factores más relevantes. Sin embargo, cada “caja” debe poseer vasos comunicantes con las otras:

1. *La dimensión histórica reciente* examinaría el proceso decisorio de ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud en la esfera global y en Brasil. Discutiríamos de que forma Brasil, el segundo mayor productor de tabaco del mundo y el mayor exportador, con una poderosa producción agrícola y de productos industriales derivados, promovió la actuación decisiva del Estado en las negociaciones internacionales lideradas por la OMS, buscando resguardar la soberanía de los intereses nacionales y la ética de la promoción de la salud de su población, ejerciendo de forma ejemplar la solidaridad en su diplomacia en salud global (RANGEL et al., 2017). Al defender la salud de su población y, al mismo tiempo, tomando medidas proactivas para la salud global, los altos niveles de decisión política y del sector salud pueden de hecho lograr influenciar las negociaciones, tanto para defender la soberanía de las decisiones y para promover la seguridad humana. La propuesta se centraría principalmente en un bien mayor: la salud y el bienestar de la población, en una combinación que Yach y Bettcher (1998) llaman convergencia y que Lee, Chagas y Novotny (2010) destacan como la defensa de la salud de su población, simultáneamente logrando fortalecer la salud global a través de la reglamentación multisectorial restrictiva de un producto funesto.

En cuanto a la cuestión del impacto de los flujos migratorios internacionales en la salud y en la calidad del bienestar de las personas, podríamos

haber descrito, en anticipación, la historia reciente del deterioro político, económico y social de Venezuela; las enormes presiones globales sufridas por el país, con el bloqueo coordinado del crédito internacional y su impacto en la salud de los venezolanos, llevando al aumento del número de refugiados principalmente económicos; y la historia de la degradación del sistema de salud, con su impacto en los niveles de vacunación, por ejemplo, del sarampión, con casos importados y la contaminación de los brasileños.

La narrativa seguiría hasta los conflictos violentos entre brasileños y venezolanos el 18 de agosto de 2018, ocurridos en Pacaraima, Roraima – de amplia divulgación en los medios y con implicaciones para la elección presidencial en Brasil –, relevando la interconectividad entre el deterioro de la crisis económica y política, los refugiados económicos y el impacto en la salud de ambos lados de la frontera internacional.

Si elegimos un recorte regional, en el estado de Minas Gerais podríamos mostrar cómo la implantación de *Anglo American* – conglomerado británico de minería – en el municipio de Conceição do Mato Dentro exploró la presencia de refugiados ambientales de Haití, siendo la empresa actuada en noviembre de 2013 por el trabajo esclavo de 100 refugiados haitianos, atendidos en la Clínica de Trabajo Esclavo y Tráfico de Personas de la Facultad de Derecho de la UFMG, hecho ampliamente divulgado por los diarios de Minas Gerais, con fuerte impacto en la salud de esos trabajadores;

2. *En la dimensión geográfica y del medio ambiente*, exploraríamos también los recursos naturales que puedan estar relacionados con el fenómeno estudiado, por ejemplo, la dominación del petróleo en la economía de Venezuela, además de las cercanías fronterizas; o el medio ambiente de bosques devastados en Haití y la contaminación biológica de los cursos de agua, en muy agravados por el terremoto de 2010.

En la producción del tabaco, principalmente en el sur de Brasil, constataríamos lo que Portes et al. (2018) desenmascaran como daños ambientales por la contaminación del suelo, por las quemas y por la deforestación, además de por el consumo desmedido de agua;

3. *La dimensión de la situación de salud y otros indicadores sociales* también agruparía aspectos culturales y antropológicos, identificando

investigaciones relevantes sobre el tema. En el caso de los refugiados, si el enfoque fuera principalmente en el estado de Minas Gerais, trabajaríamos con los diversos indicadores (género, raza/color, estado civil) presentados y analizados en el diagnóstico de calidad sobre migración y refugio en Minas Gerais (SOUZA, 2017).

O, en el caso del tabaco, constataríamos que 7,2 millones de personas mueren anualmente en el mundo debido a enfermedades asociadas al uso del tabaco, 156.200 de ellas en Brasil, entre los 22 millones de fumadores mayores de 18 años (TEIXEIRA; PAIVA; FERREIRA, 2017).

Al considerar los indicadores de salud del trabajador en el proceso de producción del agronegocio brasileño – tanto para la regulación de alimentos procesados como para la producción de tabaco –, podríamos ponderar que “un trabajador muere cada 30 segundos en el mundo por exposición a sustancias tóxicas”, los pesticidas, la radiación y otras sustancias perjudiciales, según la Organización Internacional del Trabajo (ONU, 2018), y buscar evidencias científicas de calidad respecto a los pesticidas en Brasil, comparándolas con las de otros países;

4. En cuanto a la *dimensión de la economía y política*, en el proceso de inteligencia aprenderíamos con el Diario del Comercio y de la Industria, en su edición de 19 de enero de 2018, que Brasil es el segundo productor mundial del tabaco, detrás de China, pero líder mundial en la exportación de ese producto comprobadamente dañino a la salud de los usuarios, exportando a 94 países, responsable de aproximadamente el 30% de los embarques mundiales, lo que representa el 1% de todas nuestras exportaciones. Rio Grande do Sul es el mayor exportador, con el 78% del total y un ingreso de 1.600 millones de dólares. Sin embargo, al proponer decisiones y acciones informadas por evidencias científicas, tendríamos en cuenta que, a pesar de aparentes ganancias financieras de los productores, de los exportadores y de las industrias del tabaco, además de los empleos generados, la carga económica para la sociedad es desproporcionadamente mayor (PINTO; UGÁ, 2010; PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015). Figueiredo, Turci y Camacho (2017) estiman que el uso del tabaco en Brasil cuesta alrededor de 57 mil millones de reales anuales (39,3 mil millones de reales debido a la asistencia médica y al tratamiento y 17,5 mil millones de reales debido a

la pérdida de productividad), amenazando a 22 millones de fumadores en el país. Por lo tanto, concluiríamos que el costo para la salud, sin contar la mortandad, es cerca de diez veces mayor que las ganancias de la exportación y siete veces mayor que los impuestos pagados por la industria de cigarrillos en el país. Portes et al. (2018) añaden datos de los costes provocados por el tabaco y los derivados en la salud, globalmente, que alcanza el 1,8% del Producto Interno Bruto mundial.

En el análisis del contexto político y económico de los países involucrados — o relativo al impacto de la crisis económica global en curso —, reflexionaríamos sobre el grado de la capacidad de respuesta unificada del Estado y de la sociedad, el nivel de fraccionamiento existente o incluso el grado de faccionalismo existente en determinada coyuntura, que dificultaría la acción de preparación y respuesta del conjunto de la sociedad. En ese requisito, el analista necesita ser doblemente riguroso con el sesgo ideológico y los conflictos de interés expresados en los grandes medios. Por eso, evaluaría algunas opiniones editoriales como indicativos de pensamiento de facciones, muchas veces expresando valores dominantes que merecen ser tenidos en cuenta en el cálculo político de las acciones planificadas. En esa dimensión, valdría también examinar tanto el nivel de bloqueo internacional al crédito como los equívocos económicos y políticos cometidos por el gobierno venezolano en la esfera nacional.

En el plano frontal de la matriz tridimensional, clasificaríamos los factores determinantes de la salud nacional y global, categorizados en conjuntos de factores más específicos y que pueden ser agrupados en:

1. *Sistémicos*: se analizarían primero bajo la óptica nacional, enfocándose en el SUS, en el Sistema Único de Asistencia Social, en los sistemas de seguridad, en los organismos de financiamiento, en los organismos de gestión de las relaciones externas y de la salud global y en el SISBIN. En los sistemas globales, examinaríamos el papel de los organismos internacionales. Aquí sugerimos incorporar el pensamiento sistémico adoptado por la OMS en relación a los sistemas de salud, vis a vis otros sectores (DE SAVIGNY; ADAM, 2009). De los estudios nacionales de los que podríamos disfrutar, los recientes informes del IPEA son de gran utilidad, como el organizado

por João Brígido Bezerra Lima, participante del Ciclo de Debates, sobre el perfil demográfico de los refugiados en Brasil en el período 1998-2014 (LIMA et al., 2017) o el Atlas de la Violencia (IPEA, 2018).

Son muy útiles los informes de países elaborados por organismos internacionales sobre sectores diversos (OMS, Banco Mundial, Banco Interamericano), estudios de fundaciones filantrópicas, siempre resguardados los análisis que desvendan conflictos de intereses que deben ser investigados. Un estudio reciente de UNICEF sobre determinantes sociales que afectan a niños y adolescentes es de gran utilidad para la inteligencia en salud en relación a determinantes fundamentales de la salud, como la educación, el acceso a la información de calidad, el trabajo infantil, la vivienda, el agua y el saneamiento. En ese estudio encontraríamos que más de 13 millones de niños y adolescentes viven sin saneamiento básico y casi 9 millones no tienen acceso a la educación. Incorporaríamos a nuestro análisis el concepto de privaciones múltiples, que agrava el impacto de los determinantes sociales en la salud (UNICEF, 2018);

2. *Individuales*: representando las características e intereses individuales de actores clave involucrados en las negociaciones que influyen la conducción de la iniciativa dentro de los países y la potencial iniciativa diplomática en salud, principalmente en los altos niveles de decisión política.

En ese caso, podríamos indagar de qué manera, por ejemplo, la conducción de Michel Temer en los conflictos en Roraima podría haber sido diferente de la posición de Dilma Rousseff, a quien sustituyó, no por las funciones que ambos ejercieron, sino por características personales marcadamente diferentes y de dominio público. El sesgo de interpretación de esas características podrá ser diluido con la participación de diferentes analistas, actuando separadamente y después construyendo algún nivel de consenso, enumerando explícitamente el disenso con el objetivo de garantizar una visión más consistente del problema a ser enfrentado y de sus diversas características.

El modelo de análisis de Fidler, presentado anteriormente, podría considerarse aquí para indicar las características y los intereses de cada actor clave individual en las negociaciones, incluso para individuos en altos mandos decisorios que deberán arbitrar sobre las iniciativas a tomar,

aunque originalmente el modelo ha sido diseñado para analizar actores institucionales;

3. *Gubernamentales*: hemos incluido en este apartado modelos de gobernanza que puedan facilitar u obstaculizar las negociaciones y acciones de cooperación, así como las rivalidades entre diferentes agencias en la conducción de las políticas externas, por ejemplo, entre el Ministerio de Salud y el de Agricultura, con intereses, en la práctica, a menudo contradictorios; o la visión de sectores militares sobre la seguridad territorial y las agencias que se centran en la seguridad humana y los derechos humanos. En estos casos, consideraríamos identificar cuál sería la ética de la solidaridad posible entre las naciones y la identificación de intereses mutuos, como en la negociación de la reglamentación del tabaco. Incluimos aquí modelos de gobernanza, como en el caso del SISBIN, que puedan facilitar u obstaculizar las negociaciones y acciones de cooperación;

4. *Sociales y culturales*: significando variados aspectos de la sociedad civil y añadiendo evaluaciones de las culturas institucionales que tengan influencia en su actuación dentro y fuera del país. Podemos agrupar aquí “características históricas y coyunturales de la sociedad durante determinada iniciativa” (PANISSET, 2017, p. 104, traducción libre), ya sea interna y/o de diplomacia en salud. Permite revisar el grado de identidad nacional o de fraccionamiento de la sociedad en determinado momento, como el expresado en las elecciones presidenciales de 2018, y el grado en que ese fraccionamiento afecta como la nación enfrenta una determinada crisis o fenómeno que afecte sobremanera la salud del país o la global. “Los aspectos culturales, valores y creencias de las poblaciones involucradas en la iniciativa deberán ser tenidos en cuenta en este conjunto de factores determinantes del resultado” (Ibid.). Se toman en cuenta también en los diálogos deliberativos que reflejan, en parte, las influencias culturales y las relaciones sociales en un determinado momento;

5. *Funciones y papeles*: son inherentes a la formalidad del cargo que el tomador de decisión u otros actores ocupan, que moldea su actuación oficial en las negociaciones y “que probablemente ocurrirían, independientemente

de las características individuales de los ocupantes de determinada función, a diferencia de las variables llamadas aquí en el ítem 2 de individuales” (Ibid., p. 105). Como ejemplo, podemos citar nuevamente la necesidad de Michel Temer mantener – como presidente de la República – las fronteras abiertas en la crisis de Roraima, debido a acuerdos internacionales, incluso ante la presión de líderes de su partido político en la región.

Para facilitar el seguimiento en tiempo real o, alternativamente, en la evaluación retrospectiva de una iniciativa o acontecimiento, describimos cuatro etapas que proporcionan una apreciación cronológica de los acontecimientos y de sus resultados (antecedentes, período inicial, momento de implementación y resultados esperados y/u obtenidos en realidad).

Todos los componentes de la matriz analítica, además de pasar por los enfoques internos y externos, pueden ser categorizados como: intrínsecos a las relaciones e intercambios internacionales (comercio, reglamentaciones, migración, conflictos); como un proceso intencional y planificado de diplomacia en salud (acuerdos, tratados y convenciones internacionales, como en el caso del tabaco, actividades de cooperación externa; participación en foros y asambleas internacionales); como de impacto en la salud global (por ejemplo, exportación de tabaco, gestión de la epidemia de Zika).

La herramienta descrita y ejemplificada no es rígida, sirviendo como referencia para facilitar la organización de las tareas de inteligencia para la salud. La mejora necesaria pasa por su aplicación y sus validaciones. Requiere, por lo tanto, rigor y, al mismo tiempo, flexibilidad y adaptación para cada contexto, fenómeno o función (investigación, planificación estratégica o como facilitadora del análisis de la inteligencia para la salud) para asegurar una mejor utilidad y agilidad.

Para perfeccionar su operabilidad y efectividad como motivadora de la acción política, la manera de presentar las interrelaciones encontradas y analizadas entre los diversos componentes y los resultados obtenidos con el análisis no puede ser totalmente neutra: la redacción de informes debe buscar sensibilizar y motivar tomadores de decisión y otros actores decisivos para la implementación de políticas efectivas y de las acciones necesarias para enfrentar determinado problema o un conjunto de ellos. En las políticas informadas por evidencias, se percibe que la participación anticipada de los gestores, en conjunto con los investigadores y otros analistas en el

proceso de elaboración de informes, facilita la implementación de opciones analizadas. Las simulaciones de crisis representan oportunidades para la capacitación multiprofesional tanto de los analistas como de los gestores.

Determinantes multisectoriales de la salud, interrelacionados en su naturaleza nacional o global e intrínsecos a los temas de comercio y de su impacto en la salud; a los flujos migratorios que nos acercan a otras culturas, pero a menudo causan temor; a las amenazas QBRN; y a la dualidad entre los beneficios y las amenazas de la biología sintética para la salud, entre muchos otros asuntos urgentes, exigen de todos nosotros una creatividad y una vigilancia constante para recuperar y consolidar la seguridad humana. Los complejos desafíos de salud que abordamos en el Ciclo de Debates del NETHIS y la meta vital de la seguridad humana para todos cobran respuestas rápidas, estratégicas y efectivas, alimentadas con voluntad política férrea y dentro de los recursos disponibles, de manera sostenible.

Exigen mecanismos dinámicos de inteligencia para la salud capaces de identificar, procesar y analizar informaciones diariamente. Estos mecanismos demandan la combinación de actividades de estudio, vigilancias permanentes y preparación segura e informada por las mejores evidencias disponibles, que culminan en acciones oportunas y decisivas y de la previsión, de la preparación de respuestas y del enfrentamiento de eventos adversos posibles. El procesamiento de inteligencia para la salud global debe incluir la planificación estratégica y la gestión del día a día, siendo que ambos carecen del desarrollo de una capacidad de escucha de la sociedad para la retroalimentación y la evaluación permanente de resultados obtenidos.

Además de las herramientas disponibles y de los profesionales de varias áreas capacitados para utilizarlas, queda la convicción de la necesidad urgente de asignación de recursos y de la voluntad política para enfrentar desafíos de alta complejidad. Sobre todo, en el centro de un sistema efectivo de inteligencia para la salud y la seguridad humana, están los valores de la equidad, de la solidaridad y del respeto mutuo entre los pueblos.

REFERÊNCIAS

ABIN. **Composição do SISBIN**. Disponível em: <http://www.abin.gov.br/atuacao/sisbin/composicao/>. Acesso em: 14 out. 2018.

ACHARYA, S.; LIN, V.; DHINGRA, N. The role of health in achieving the sustainable development goals. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 591, 2018.

BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 25-34, 2013.

BERNARD, R. et al. Intelligence and global health: assessing the role of open source and social media intelligence analysis in infectious disease outbreaks. **Journal of Public Health**, p. 1-6, 2018.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 555-560, 2012.

BOWSHER, G.; MILNER, C.; SULLIVAN, R. Medical intelligence, security and global health: the foundations of a new health agenda. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 109, n. 7, p. 269-273, 2016.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. 2018. Disponível em : <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/desenvolvimento-sustentavel-e-meio-ambiente/134-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>. Acesso em: 4 dez. 2018.

BREWER, G. D. The challenges of interdisciplinarity. **Policy sciences**, v. 32, n. 4, p. 327-337, 1999.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M.; TOBAR, S. (Org.). Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. In: **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017. 654p.

CHEN, L.; NARASIMHAN, V. Human security and global health. **Journal of Human Development**, v. 4, n. 2, p. 181-190, 2003.

COELHO, D. A Modernização da Inteligência Estratégica na Perspectiva da Segurança Humana. **Revista Brasileira de Inteligência**, Brasília, v. 77, 2017.

DA SILVA CORRÊA DIAS, R. I. et al. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, 2015.

DANIELS, N. Toward ethical review of health system transformations. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 3, p. 447-451, 2006.

DE LEEUW, E. Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. **Annual review of public health**, v. 38, p. 329-349, 2017.

DE SAVIGNY, D.; ADAM, T. (Ed.). **Systems thinking for health systems strengthening**. WHO, 2009.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Brazil's health catastrophe in the making. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 731-732, 2018.

FIDLER, D. P. Navigating the global health terrain: Mapping global health diplomacy. **Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy**, v. 6, n. 1, p. 1-43, 2011.

FIGUEIREDO, V. C.; TURCI, S. R. B.; CAMACHO, L. A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem-sucedida. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, sup. 3, 2017.

GEDIK, G; PANISSET, U ; DAL POZ, M. Getting information and evidence into policy-making and practice: strategies and mechanisms. In: DAL POZ, M. R. et al. (Org). **Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health with special applications for low-and middle-income countries**. Geneva: WHO, 2009. p. 159-171.

HABY, M. M. et al. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. **Implementation Science**, v. 11, n. 1, p. 117, 2015.

HAY, S. I. et al. Big data opportunities for global infectious disease surveillance. **PLoS medicine**, v. 10, n. 4, p. e1001413, 2013.

IPEA. **Atlas da Violência**. 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlas-violencia/link/7/crimes-violentos-contra-a-pessoa>. Acesso em: 6 dez. 2018.

KHOURY, M. J.; IOANNIDIS, J. P. A. Big data meets public health. **Science**, v. 346, n. 6213, p. 1054-1055, 2014.

LAVIS, J. N. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. **Health Research Policy and Systems**, v. 7, sup. 1, I1, doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-I1, 2009.

LAVIS, J. N.; BOYKO, J. A.; GAUVIN, F.-P. Evaluating deliberative dialogues focused on healthy public policy. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1287, 2014.

LEE, K.; CHAGAS, L. C.; NOVOTNY, T. E. Brazil and the framework convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. **PLoS Med**, v. 7, n. 4, e1000232, 2010.

LIMA, J. B. B. et al. **Refúgio no Brasil**: caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1998-2014). Brasília: Ipea, 2017.

MASSUDA, A. Megaeventos no Brasil: oportunidades e desafios da Copa do Mundo FIFA 2014 para o Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 5, p. 358-61, 2012.

MIJUMBI, R. M. et al. Feasibility of a rapid response mechanism to meet policy-makers' urgent needs for research evidence about health systems in a low income country: a case study. **Implementation Science**, v. 9, n. 1, p. 114, 2014.

MOAT, K. A. et al. Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 1, p. 20-28, 2014.

MOHAMMED, A. J.; GHEBREYESUS, T. A. Healthy living, well-being and the sustainable development goals. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 590, 2018.

MORSE, S. S. Global infectious disease surveillance and health intelligence. **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p. 1069-1077, 2007.

MURRAY, C. J. L. Shifting to sustainable development goals—implications for global health. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 15, p. 1390-1393, 2015.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento humano 1994**. Lisboa: Tricontinental Editora, 1994. 226 p.

OMS. **Fifty-Eighth World Health Assembly**: resolutions and decisions. Geneva: World Health Organization, maio 2005. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha58-rec1/english/a58_2005_rec1-en.pdf. Acesso em: 9 dez. 2018.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento humano 1994**. Lisboa: Tricontinental Editora, 1994. 226p.

_____. **Resolution adopted by the General Assembly on 10 September 2012**. New York, 2012. Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/290&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r66_resolutions_table_eng.htm&Lang=E. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. **Um trabalhador morre a cada 30 segundos no mundo por exposição a substâncias tóxicas**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/um-trabalhador-morre-a-cada-30-segundos-no-mundo-por-exposicao-a-substancias-toxicas-diz-onu/>. Acesso em: 12 out. 2018.

OSUBH. **Institucional**. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/osubh/institucional/>. Acesso em: 9 dez. 2018

OXMANN, A. D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 10: Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. **Health research policy and systems**, v. 7, n. 1, p. S10, 2009.

PANISSET, U. **International Health Statecraft**: public health and foreign policy in Peru's cholera epidemic. Maryland, Oxford: University Press of America, 2000.

_____. Conceitos operacionais para Diplomacia em Saúde: promovendo desenvolvimento humano por meio da cooperação internacional. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. (Org). **Diplomacia em saúde e saúde global**: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p.87-114.

PANISSET, U. et al. Implementation research evidence uptake and use for policy-making. **Health Research Policy and Systems**, v. 10, 2012.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, p. 1234-1245, 2010.

PITCHON, A. et al. **Índice de vulnerabilidade da saúde 2012**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

PORTES, L. H. et al. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1837-1848, 2018.

RANGEL, E. C. et al. O processo decisório de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00126115, 2017.

SOUZA, D. A. de. **Diagnóstico sobre migração e refúgio em Minas Gerais**. Belo Horizonte: UNILIVRECOOP, 2017. 467p.

TEIXEIRA, L. A. da S.; PAIVA, C. H. A.; FERREIRA, V. N. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00121016, 2017.

UNICEF. **Pobreza na Infância e na Adolescência**. Brasília: UNICEF, 2018. 20p.

WHO. Centre for Health Development. **Providing health intelligence to meet local needs**: a practical guide to serving local and urban communities through public health observatories. Kobe, Japan: WHO, 2014.

YACH, D.; BETTCHER, D. The Globalization of Public Health, II. The convergence of interest and altruism. **American Journal of Public Health**, v. 88, n. 5, p. 738-744, 1998.

LEONARDO ALVES RANGEL

MATHEUS STIVALI

TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

Técnico de Planificación e Investigación del Ipea. Doctor en Políticas Públicas (PPED-UFRJ)

Técnico de Planificación e Investigación del Ipea. Licenciatura en Ciencias Económicas por la Unicamp y posgrado por la Universidad de Bristol

TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

LEONARDO ALVES RANGEL
MATHEUS STIVALI

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de seguridad social son parte central de los sistemas de protección social y cumplen funciones importantes: i) seguro de contingencias diversas, tales como embarazo, accidentes o enfermedades; ii) suavización del consumo, cuando el individuo ya no puede generar ingresos de su propio trabajo; y iii) seguro contra la pobreza en la vejez (BARR; DIAMOND, 2010).

Existen diferentes formas de organización de los sistemas de seguridad. Sus principales características están relacionadas con: i) cómo se financian; ii) plan de beneficios; y iii) cómo se administra¹.

La financiación puede darse mediante capitalización – en la que cada participante acumula reservas para sus propios beneficios – o reparto – forma en que, a cada período, se recogen contribuciones de los asegurados para pagar los beneficios debidos, no constituyendo necesariamente reservas financieras para cubrir gastos futuros.

El plan de beneficios puede asumir las siguientes formas: beneficio definido (BD) o contribución definida (CD). Los planes BD son aquellos en que el beneficio pagado se define por una regla que considera el histórico, la cantidad y el valor de las contribuciones. Los planes CD, a su vez, son aquellos en que el beneficio a ser pagado depende del valor acumulado a lo largo del período contributivo de cada individuo.

La administración de un sistema de seguridad puede ser pública (estatal) o privada, centralizada o no. Cabe destacar que la forma de administración estatal es más comúnmente observada en la experiencia internacional.

1 Para más detalles sobre la organización de los sistemas de pensiones, véase Bosch et al. (2013) y Rangel (2013).

Cada configuración entre las opciones posibles de financiamiento, plan de beneficios y administración determina cuán bien el sistema previsional puede alcanzar cada uno de sus objetivos. Para los países de América Latina, estas elecciones son importantes, pues, al mismo tiempo que la política de seguridad necesita alcanzar un gran grupo poblacional con el objetivo de protección contra la pobreza en la vejez, también es necesario desarrollar un buen mecanismo de suavización del consumo a lo largo del ciclo de vida para un contingente significativo de personas.

Los países de América Latina cuentan con sistemas previsionales con los objetivos de suavización de la renta y reducción de la pobreza en la vejez, independientemente del tamaño de sus poblaciones y economías. Estas características, sin embargo, junto con el desarrollo histórico y el funcionamiento actual, resultan en una notable heterogeneidad entre los países de la región. La clasificación propuesta por Mesa-Lago (2004), que considera origen y nivel de desarrollo de los sistemas, ayuda a entender el momento actual de cada país en términos de cobertura de la población trabajadora y de los ancianos. Son tres las categorías propuestas para los sistemas: pioneros, intermediarios y tardíos. El elemento común en la clasificación propuesta es la característica contributiva del sistema: sólo está cubierto y tiene derecho a los beneficios ofrecidos la persona que contribuye o que ha tenido un largo histórico contributivo.

El grupo de los países pioneros está formado por aquellos que instituyeron sus sistemas en las primeras décadas del siglo XX: Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay. En el inicio, los sistemas previsionales protegían a los grupos más organizados o fuertes económicamente: empleados de las vías de ferrocarril, de los correos, los militares, los diplomáticos, funcionarios públicos responsables de la recaudación de tributos, entre otros. La incorporación de otros grupos, y la consiguiente expansión del sistema, ocurrió de manera gradual y fragmentada (MESA-LAGO; BERTRANOU, 1998).

Los demás grupos – intermediarios y tardíos – fueron instituidos a mediados del siglo 20 y en las décadas de 1960 y 1970, respectivamente. Eran sistemas, ya en su origen, menos fragmentados que los pioneros, pero con cobertura inferior. Esta tiene como causa algunas propiedades estructurales de los mercados de trabajo de los países, tales como alta incidencia de trabajo

no asalariado y alta informalidad – características que no se concilian con sistemas previsionales contributivos.

Aproximadamente medio siglo después de la implantación de los sistemas previsionales más longevos – en los años 1980 y 1990 –, muchos países observaban baja cobertura. Rofman y Olivieri (2011) muestran que la cobertura entre los ancianos era poco superior al 30% en muchos países; en algunos, apenas llegaba al 10%. Sin embargo, la baja cobertura no fue la principal preocupación de los gobiernos de la región cuando se elaboró y se implementaron las reformas en las dos últimas décadas del siglo anterior², sino la frágil situación fiscal por la que pasaban muchos países (BOSCH; MELGUIZO; PAGÉS, 2013).

Por un lado, el diseño de los sistemas previsionales se hizo con criterios muy optimistas (o incluso benevolentes) en cuanto a la tasa de dependencia previsional, lo que hacía irreales las proyecciones a largo plazo para gastos. Por otro lado, el rápido envejecimiento poblacional – que hacía crecer el número de beneficiarios y, consecuentemente, el gasto de la seguridad social –, junto con las crisis económicas que alcanzaron a los países de la región a lo largo del período, resultaron en la incapacidad de los Estados de financiar los déficit (coyunturales y estructurales) de sus sistemas previsionales. Esta situación motivó una serie de reformas, la primera en Chile, en 1981, adoptadas por diversos países, a partir de 1993³⁴ (ROFMAN; APELLA; VEZZA, 2013).

Además de la promesa de mejorar la sostenibilidad de los sistemas previsionales, las reformas también se acompañaron de expectativas positivas en cuanto a sus posibles impactos en el mercado de trabajo, la mejora de la productividad del trabajo, la elevación del ahorro interno y el desarrollo de los mercados de capitales y financieros (MESA-LAGO, 2001).

Específicamente en cuanto a los impactos en el mercado de trabajo, se esperaba que, al tener una relación más clara entre contribuciones y beneficios, habría más incentivos para la formalización de las relaciones laborales, lo

2 Algunos países pasaron por reformas en los años 2000.

3 Chile sirvió de inspiración para reformas estructurales – que introdujeron la lógica de la capitalización individual, de forma sustitutiva o paralela – en Perú (1993), Argentina (1994), Colombia (1994), Uruguay (1996), Bolivia (1994), México (1997), El Salvador (1998), Ecuador (2001) – a pesar de aprobada, nunca fue implementada –, Costa Rica (2001), la República Dominicana (2003) y Panamá (2005).

4 Brasil, en 1998, pasó por una reforma en su sistema previsional, pero, a diferencia de la mayoría de los demás países de la región, se trató de una reforma paramétrica.

que resultaría en una mayor cobertura de los trabajadores y un aumento de la productividad del trabajo a mediano y largo plazo. Esta mayor conexión entre las contribuciones y los beneficios se puede percibir claramente en las reformas que introdujeron regímenes de capitalización con cuentas individuales, pero también en algunos cambios en los sistemas que mantuvieron financiamiento a través del reparto⁵.

La comparación de algunos indicadores antes y después de la reforma, aunque no sea evidencia de su impacto, sugiere que gran parte de las promesas hechas en los diferentes países era exageradamente optimista: no hubo transformación sensible en los mercados de capitales y financieros, en la ampliación del ahorro interno y, principalmente, en el crecimiento de la formalización en los mercados de trabajo (BOSCH et al., 2013; MESA-LAGO, 2001). Persistía así la baja cobertura de otrora.

La primera ola de reformas en los sistemas previsionales de los países de América Latina resultó en una mejora en la sostenibilidad a largo plazo (GILL; PACKARD; YERMO, 2005). Pero tal mejora se dio por el refuerzo del carácter contributivo de los respectivos sistemas de jubilación, lo que, en un contexto de mercados de trabajo con alta informalidad y rotación, tiene potencial limitado en lo que se refiere a la ampliación de la cobertura.

El escenario de mejora en la sostenibilidad de los sistemas en paralelo a la limitación en la expansión de la cobertura permitió un cambio en el foco de los estudios sobre protección social más allá de la cuestión fiscal. Poco a poco, el tema de la necesidad de ampliación de la cobertura cobró relevancia entre estudiosos y organizaciones multilaterales⁶. Dadas las ya mencionadas limitaciones del régimen contributivo, la creación y expansión de beneficios no contributivos (o asistenciales) fue tema del debate acerca de la expansión de la cobertura. De esta forma, el debate apuntó en la dirección de que era preciso reformar para ampliar la cobertura, aunque por la vía alternativa de los beneficios no contributivos.

En las dos últimas décadas, la tendencia que se observó en los años 1980 y 1990 se ha invertido: al menos 18 países de la región pasaron por reformas

5 Brasil, por medio de la Ley n° 9.876, de 1999, introdujo el llamado "factor previdenciario" en el cálculo del valor de los beneficios. De acuerdo con la fórmula del factor, cuanto mayor el tiempo de contribución del individuo al jubilarse, mayor tiende a ser el valor de su beneficio.

6 Ver OIT (2001, 2011) y Holzmann y Hinz (2005).

inclusivas, con el objetivo de expandir la cobertura de los trabajadores y de los ancianos (ROFMAN; APELLA; VEZZA, 2013).

El gran número de países de América Latina, en un relativo corto espacio de tiempo, que pasó por reformas inclusivas plantea la necesidad de una mayor reflexión sobre las motivaciones y los resultados de esas reformas. Adicionalmente, aunque en la mayoría de los casos el objetivo final de las reformas era el mismo – la ampliación de la cobertura –, había diferencias importantes en las condiciones iniciales entre esos países.

Diffícilmente los países realizan reformas en sus sistemas de protección social por un solo motivo. Algunos estudios sobre el tema sugieren que los cambios fueron motivados por factores como: i) el agotamiento de la capacidad de expansión de la cobertura de los sistemas previsionales, cuyas reglas se remontan a la segunda mitad del siglo pasado; ii) la mejora de la situación fiscal de la mayoría de los países de América Latina, debido, en parte, al boom de commodities observado en la década pasada; y iii) presión social, con el objetivo de políticas de protección para la población como un todo y con foco en los vulnerables. Como ya se ha mencionado, el agotamiento de la capacidad de expansión de la cobertura está estrechamente relacionado con la informalidad en esos países; y los otros dos factores necesitan mayores consideraciones.

Los mercados de commodities pasaron en la primera década de los años 2000 por lo que se acordó llamar de “superciclo” de commodities. En ese ciclo, el crecimiento de las economías emergentes, lideradas por China, aumentó la demanda global por productos primarios, con la consiguiente elevación de los precios de esos productos. Para la mayoría de los países de América Latina, exportadores netos de productos primarios, tal movimiento en los precios de commodities significó ganancias económicas inesperadas y sirvió para calentar sus economías (TORRE; FILIPPINI; IZE, 2016), lo que amplió el espacio fiscal en sus presupuestos. En paralelo, muchos países observaron crecimiento de la presión social por nuevos derechos de ciudadanía, lo que llevó a una ola de cambios en los gobiernos de los principales países de la región. Tales cambios llevaron al cargo máximo de los países representantes de partidos de centro e izquierda, con la agenda de ampliación de derechos. Así, la mejora en las economías, y la presión social por nuevos derechos, combinada al ascenso al poder de representantes de partidos con agenda

más inclusiva, resultó en las reformas que se centraron en la ampliación de la cobertura de los sistemas de seguridad social.

Así, la última ola de reformas de los sistemas previsionales de países de América Latina, entre 2008 y 2017, tuvo como tendencia el avance de los sistemas administrados por el Estado junto con el desarrollo de esquemas solidarios. También fue tendencia en la región el avance de los sistemas no contributivos, de forma a alcanzar el máximo de cobertura posible, principalmente de la población anciana.

Es posible afirmar que los más antiguos sistemas previsionales de los países de América Latina ya nacieron con los mandatos de ejercer las funciones de seguro contra contingencias y suavización del consumo. Sólo más recientemente, pasaron a ejercer con más asertividad la función de seguro contra la pobreza en la vejez – aunque se reconoce la necesidad de mejorar la adecuación de los beneficios para ese fin –, principalmente mediante la expansión de la concesión de beneficios no contributivos.

El presente estudio tiene como objetivo presentar la situación de la cobertura y discutir las tendencias de los sistemas previsionales de los países de América Latina. Para ello, está dividido en cuatro secciones, además de esta introducción. La segunda sección del trabajo presenta los indicadores de cobertura de la población activa y de los ancianos y también discute los principales problemas derivados de la baja cobertura. La tercera sección presenta la fundamentación teórica de las políticas para la ampliación de la cobertura, tanto de los trabajadores activos y de aquellos que ya dejaron el mercado de trabajo. La cuarta sección presenta algunas experiencias recientes para la elevación de la cobertura en países seleccionados. Por último, la quinta y última sección consolida las cuestiones presentadas a lo largo del texto y discute los problemas aún no abordados y posibles rumbos para eliminar las brechas protectoras en los países.

2. COBERTURA DE LOS SISTEMAS PREVISIONALES EN AMÉRICA LATINA

Es posible entender la existencia y el buen funcionamiento de los sistemas previsionales como fundamentales para el ejercicio de los derechos de ciudadanía, pues son mecanismos de protección y garantía de renta frente a los riesgos de invalidez, vejez y muerte, cuando los individuos ya no consiguen generar ingresos a partir de su propio trabajo (CEPAL, 2018).

Tabla 1. Cobertura de los sistemas de seguridad social en países de América Latina – diversos años

		Contribuintes de 15 a 64 años		Contribuintes de 15 a 64 años como percentual de	
		Assalariados	Não assalariados	Ocupados	PEA
Argentina	2000	61,6		44,6	38,0
	2006	57,9		44,5	40,3
	2015	67,9		52,9	49,2
Bolivia	2000	37,2	1,7	12,8	12,2
	2006	32,6	2,2	13,5	12,9
	2015	40,7	4,9	18,9	18,3
Brasil	2001	64,5	23,7	48,5	43,9
	2006	67,8	25,4	51,4	47,1
	2015	78,3	37,2	63,9	57,8
Chile	2000	76,1	24,0	62,4	55,8
	2006	78,6	25,0	66,4	62,2
	2015	83,2	23,3	70,7	65,8
Colombia	2000	41,1			21,7
	2006	52,9	6,9	28,9	24,8
	2015	66,4	11,7	37,7	34,2
Costa Rica	2000		42,9	64,3	61,5
	2006	74,5	39,1	64,0	60,9
	2015	78,3	47,8	70,3	65,7
Ecuador	2000	46,0	12,0	25,3	24,0
	2006	37,8	11,2	26,2	25,4
	2015	63,7	22,6	46,6	44,8
El Salvador	2000	48,9	3,0	30,9	29,3
	2006	47,3	3,6	31,0	29,8
	2015	45,7	3,4	29,4	28,2
Guatemala	2000		0,4	20,2	19,9
	2006	40,0		23,8	23,5
	2015	32,4	1,0	20,7	20,3

		Contribuintes de 15 a 64 años		Contribuintes de 15 a 64 años como percentual de	
		Assalariados	Não assalariados	Ocupados	PEA
Honduras	2000				
	2006	38,6	1,0	19,8	19,1
	2015	38,1	0,7	19,3	18,0
México	2000	52,1		35,7	34,9
	2006	51,2	1,5	35,8	34,6
	2016	40,3	0,6	30,6	29,6
Panamá	2000		18,3	54,2	47,8
	2006	70,0	7,1	47,8	43,9
	2015	75,3	9,0	54,4	51,5
Paraguay	2001	27,3	0,4	13,5	12,5
	2006	25,1	0,6	12,5	11,7
	2015	39,1	1,1	23,2	21,9
Perú	2000	30,4	0,2	14,1	13,4
	2006	29,7	0,1	13,1	12,5
	2015	41,0	0,4	21,0	20,3
Rep. Dominicana	2000				
	2006	48,8		26,7	25,3
	2015	69,2		39,5	37,1
Uruguai (urbano)	2000	51,0	17,5	41,5	35,7
	2006	78,3	38,1	66,9	59,5
	2015	89,0	45,1	77,5	71,6

Fuente: Base de datos – sistema de información de mercados de trabajo y seguridad social del BID. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

A partir de la premisa de que estar cubierto por el sistema previsional es algo que reafirma la condición de ciudadano, se entiende que el conocimiento acerca de la cobertura de la población – activa y anciana (o de quien paga contribuciones y de quien recibe beneficios) – es de suma importancia para comprender las actuales fallas de garantía de derechos y los desafíos futuros para el enfrentamiento de la situación.

La Tabla 1 presenta la cobertura de los sistemas previsionales en diversos países de América Latina. Los datos presentados permiten observar la cobertura de la población en diferentes recortes.

Los datos presentados en la Tabla 1 muestran que, entre el año inicial y el final, casi todos los países observaron crecimiento de la cobertura de sus sistemas de previsión. El destaque positivo, en todos los recortes, es Uruguay: casi el 90% de cobertura entre los asalariados, mayor cobertura entre los no asalariados, más del 70% de cobertura de los ocupados y de la población económicamente activa (PEA); a la inversa, las menores coberturas se observan en Bolivia, Guatemala y Honduras. Sólo para ilustrar el tamaño del desafío de la ampliación de la cobertura en esos países: incluso entre los asalariados la cobertura es baja; no llegó al 40% en 2015.

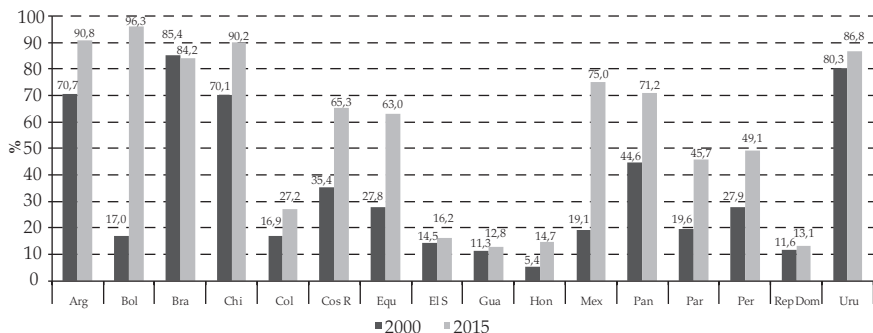
Algunos países observaron relativo éxito en la ampliación de la cobertura entre los no asalariados, tales como Brasil, Costa Rica y Uruguay. Pero la cobertura no llega al 50% de los no asalariados en esos países. En general, dada la fuerte presencia de trabajadores por cuenta propia (no asalariados) en el mercado de trabajo de los países de la región, el desafío de ampliar la cobertura de los sistemas contributivos pasa necesariamente por el surgimiento de políticas que promuevan la inclusión de ese grupo. Algunos países han implementado políticas con tal objetivo en los últimos años⁷, pero algunas evaluaciones muestran que la expansión de la cobertura fue mucho menor de lo esperado y/o empeoró la situación de la sostenibilidad de los respectivos sistemas previsionales⁸.

Dadas las funciones del sistema previsional, la cobertura representa una conexión entre el presente del trabajador y su situación futura, al alcanzar la edad avanzada. Así, el nivel de cobertura de la población trabajadora hoy es un proxy de lo que será la cobertura entre los ancianos – una mayor cobertura de la población activa tiende a reflejarse en el futuro en una mayor cobertura de la población anciana.

7 Ver Rofman, Apella y Vezza (2013).

8 Ver Grushka (2016) para proyecciones de los beneficios previsionales concedidos en las diversas versiones de las moratorias previsionales en Argentina; Costanzi (2018), para la evaluación financiera y actuarial del programa del microempendedor individual en Brasil; Mesa-Lago (2015), para la evaluación de la sostenibilidad del pilar solidario introducido en Chile; Aguila et al. (2013), para un análisis de los efectos y de la sostenibilidad del Programa de pensión para adultos mayores (anteriormente llamado de 70 y más), introducido por el gobierno federal de México.

Gráfico 1. Cobertura (beneficios contributivos y no contributivos) de la población anciana (65 años o más) en los países de América Latina – 2000 y 2015



Fuente: Base de datos – sistema de información de mercados de trabajo y seguridad social del BID. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

El Gráfico 1, a continuación, muestra el porcentaje de la población de 65 años o más que recibe algún beneficio contributivo o no contributivo en los países de América Latina. Se trata de una medida de protección de la población anciana.

El Gráfico 1 muestra que hay diferentes grados de cobertura y su evolución entre los países analizados. En 2015, la cobertura entre los ancianos variaba del 13,1% en la República Dominicana al 96,3% en Bolivia. Para Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Uruguay, por un lado, la cobertura entre ancianos era superior al 80%; por otro lado, para Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana, la cobertura entre ancianos era inferior al 30% – lo que representa un alto grado de desprotección entre los ancianos.

La elevación de la cobertura entre ancianos a lo largo del período se dio principalmente por el crecimiento de los beneficios no contributivos (BOSCH; MELGUIZO; PAGÉS, 2013; CEPAL, 2018). Destaque para Bolivia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay y Perú. Además, países que observaron alto crecimiento de la cobertura en los dos períodos analizados, como Argentina, Costa Rica y Ecuador, pasaron por reformas en sus sistemas contributivos que propiciaron esa mejora.

Como se ve en la introducción de este estudio, el diseño original de los sistemas de seguridad social en gran parte de los países de América

Latina estaba destinado a la protección de apenas una parte de la población trabajadora, principalmente los empleados formales de las empresas privadas y los funcionarios públicos. Inspirados en los sistemas previsionales que surgieron en Europa en la posguerra, los sistemas latinoamericanos jamás alcanzarían cobertura universal con los altos niveles de informalidad de la región.

Los datos del rápido envejecimiento poblacional observado en la región⁹ y la incapacidad del arreglo institucional existente de universalizar la cobertura previsional, el desafío de los países de la región es crear políticas capaces de alcanzar esa población sin cobertura. Las alternativas a los sistemas estatales de seguridad social observadas en otros sistemas de protección social incluyen mayor dependencia de los ancianos de su familia, una opción alineada con el llamado familismo¹⁰ de la política social, o bien la acumulación de activos a lo largo del período laboral como forma de ahorro, una opción más alineada con un modelo liberal de bienestar social.

La organización de la protección social en torno a la unidad familiar puede elevar el riesgo de incursión en la pobreza – en el caso de la inactividad en la vejez, un mismo grupo pasaría a depender de una renta menor, pero el punto más grave con ese tipo de arreglo es el problema de género que crea, al imponer más responsabilidades en tareas domésticas a las mujeres (CEPAL, 2017). Estas son actividades no remuneradas, no cubiertas por ningún sistema protector y, en muchos casos, no valoradas socialmente (OIT, 2018). Así, la consecuencia de la falta de protección a los ancianos es una posible perpetuación de la pobreza en la familia, con el agravante de tener un sesgo de género.

El uso de ahorros privados – activos financieros o reales – podría ser una alternativa a la ausencia de ingreso previsional, sin embargo la trayectoria laboral de esa población no permite la acumulación de activos. La situación de informalidad durante los años de actividad económica se acompaña, para la gran mayoría de estos trabajadores, de bajos ingresos y de la ausencia de mecanismos alternativos de ahorro para la vejez. En estos casos, la única alternativa a la renta previsional depende de la familia (OIT, 2014).

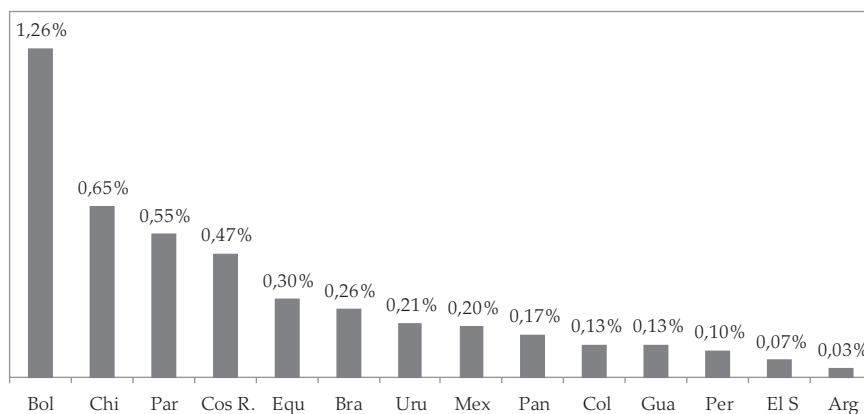
9 Ver Acosta Ormaechea, Espinosa-Vega y Wachs (2017).

10 Del término en inglés *familism*.

Además de impactos sociales, la baja cobertura previsional puede traer como consecuencia lo que se puede llamar de costo fiscal oculto. Ese costo deriva de la reacción de parte de los ciudadanos que demanda políticas que ofrezcan beneficios no contributivos para no dejar desprotegida a la población, que, por diferentes razones, no consiguió el beneficio contributivo y no percibe ningún otro ingreso en la vejez.

De hecho, a medida que los anhelos de la población no cubierta por el sistema contributivo son atendidos a través de beneficios no contributivos, ese costo oculto pasa a ser explícito. Esto ha generado, se resalta, un esfuerzo presupuestario relevante para conseguir destinar el fondo público a la población anciana. El Gráfico 2, a continuación, muestra el gasto público con beneficios no contributivos para algunos países de América Latina.

Gráfico 2. Gasto con beneficios no contributivos en países de América Latina – porcentaje del PIB



Fuente: Elaboración propia con datos de HelpAge (<http://www.pension-watch.net/>).

El Gráfico 2 muestra que, para la mayoría de los países, excepto Bolivia, el gasto con beneficios no contributivos sigue siendo relativamente pequeño en relación con el PIB. El mantenimiento de las lagunas de cobertura de los tradicionales regímenes contributivos y el rápido envejecimiento de la población, sin embargo, implicarán necesariamente el crecimiento del gasto con tales beneficios a largo plazo.

En resumen, esta sección presentó algunos datos sobre la cobertura previsional de la población activa y de los ancianos, para países de América Latina; también mostró algunos problemas derivados de esta baja cobertura. La siguiente sección discute algunas posibles políticas que pueden adoptarse para cerrar las lagunas protectoras, así como mitigar los problemas derivados de esas lagunas.

3. CONSIDERACIONES SOBRE POLÍTICAS DIRIGIDAS A LA ELEVACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES

Los análisis sobre el mercado de trabajo en América Latina utilizan diferentes definiciones de informalidad, que pueden incorporar, o no, el vínculo con el sistema previsional como característica definitoria¹¹. Sin embargo, ese es el aspecto que a lo largo de la vida laboral determina la cobertura previsional presente y futura del trabajador.

Un concepto inicialmente restringido al conjunto de las actividades que se desarrollaban sin una separación clara entre capital y trabajo, es decir, actividades que no envolvían salario, la informalidad incorpora también trabajadores en otras situaciones. Se consideran informales trabajadores autónomos y trabajadores no remunerados (en pequeñas empresas familiares o en actividades agrícolas, por ejemplo), además de pequeños productores y otras formas de relación de trabajadores con el sector formal. Una definición más amplia considera como parte del sector informal situaciones como: pequeñas empresas en las que el propietario ejecuta directamente los servicios o la producción; trabajo sin contrato; trabajo ocasional, temporal o estacional; y el empleo doméstico (CACCIAMALI, 2000). Además de las situaciones mencionadas, hay casos de contratación irregular, en que trabajadores actúan como asalariados, pero son contratados como autónomos o personas jurídicas.

Estos casos representan diferentes posiciones en un espectro de formas de inserción en el mercado de trabajo. Ellas van de situaciones de poca vulnerabilidad, como trabajadores que optan por trabajar como personas jurídicas con el objetivo de elisión fiscal, hasta situaciones de mucha

11 Se puede, por ejemplo, considerar a los trabajadores autónomos (cuenta propia) como informales independientemente de que contribuyan o no al sistema previsional.

vulnerabilidad, como la de un asalariado estacional sin contrato que no tiene otra opción de trabajo. Esta gran heterogeneidad de situaciones sugiere que no hay política pública única que pueda fomentar el vínculo de todos esos grupos con el sistema previsional simultáneamente. Así, es necesario considerar la importancia relativa de cada grupo sin cobertura previsional en el país en análisis para la priorización de las políticas de aumento de la cobertura.

Los trabajadores relativamente jóvenes pueden ser incluidos en la seguridad social con políticas específicas dirigidas a la formalización, como alícuotas diferenciadas, tratamientos preferenciales o incluso un cambio profundo en el sistema para que las reglas generales incorporen una parte mayor de la población. Esta es una forma preferible de expansión de la cobertura, pues se actúa sobre el problema antes de la pérdida de la capacidad de trabajo por edad avanzada, el principal riesgo asegurado por el sistema de protección social¹².

Para los trabajadores que alcanzaron las edades finales de actividad económica sin cumplir los criterios de elegibilidad, otros tipos de política son necesarios. Actuando al final del período laboral, esas políticas apuntan a crear una alternativa intermedia entre el beneficio previsional y el beneficio asistencial. Ellas asumen diversas conformaciones entre los países de América Latina, variando desde formas heterodoxas de cumplimiento de los criterios de elegibilidad post-jubilación hasta beneficios totalmente no contributivos, que son, en muchos aspectos, similares a los beneficios asistenciales.

En ambos casos, las políticas dirigidas al aumento de la cobertura alteran los incentivos creados por el sistema de seguro social, pudiendo, incluso, tener efectos netos contrarios a lo esperado. Así, para que esas políticas sean efectivas, es necesario que se considere en su planificación toda la estructura de beneficios previsionales y asistenciales existentes y cómo las decisiones intertemporales de trabajadores y firmas serán afectadas. Para que tales políticas sean sostenibles, también es necesario evaluar su impacto actuarial sobre el sistema previsional.

En el resto de esta sección, los principales tipos de políticas para la expansión de la cobertura, durante y al final del período laboral, se analizan

12 Al aumentar la cobertura previsional durante el período económicamente activo del trabajador, esas políticas también extienden otras protecciones, contra accidentes y enfermedades, por ejemplo.

para entender la lógica en que se basan, así como los riesgos introducidos por ellas en el sistema.

4. EXPANSIÓN DE LA COBERTURA DURANTE EL PERÍODO LABORAL

Las políticas para la formalización se basan en interpretaciones del funcionamiento del mercado de trabajo y de la naturaleza de la informalidad. Debido a la imposibilidad de afectar a todos los tipos de trabajadores informales al mismo tiempo, a menudo se dirigen a uno o algunos de los componentes del sector informal mencionados anteriormente.

Un factor que es común a todas estas políticas es evaluar cómo y en qué medida los costos asociados al vínculo previsional son percibidos por el empleador – un adicional sobre el salario pagado – y por el trabajador – un descuento en el salario. La incidencia estatutaria de la contribución previsional en gran medida no es relevante, dado que la incidencia económica está determinada por las diferentes elasticidades de demanda y oferta de trabajo. En otras palabras, la configuración de cada mercado de trabajo específico determinará quién va a absorber los costos más allá de la determinación legal, pudiendo existir situaciones en que el costo de la contribución es absorbido totalmente por el empleador, en la forma de mayor costo del trabajo; en otras, ese costo sería absorbido totalmente por el trabajador, en la forma de un menor salario.

El segundo factor a ser considerado es cuánto el vínculo con la seguridad social es valorado por trabajadores y empleadores. En la medida en que los trabajadores perciben la cobertura de la seguridad social como un seguro contra riesgos sociales, la cobertura puede ser valorada tanto como los costos¹³ – o incluso más que los costos incurridos por los trabajadores. Desde el punto de vista de los empleadores, la valoración del vínculo depende de dos evaluaciones principales: si la cobertura previsional afecta o no a la productividad de los trabajadores (por dar más seguridad a la fuerza de trabajo, por ejemplo) y si la empresa va a ser alcanzada o no por

13 “[...] taxes and social security contributions do not necessarily reduce the perceived income of worker. Social Security contributions may also be considered deferred consumption, for example in the case of contributions to public pension programs” (Boeri; Ours, 2008, p. 81).

acciones de fiscalización (caso en que la ausencia del vínculo implicaría multas y otras penalidades).

En vista de la financiación de beneficios sociales con tributos sobre la nómina, Summers (1989) propuso que ambos aspectos debían analizarse conjuntamente, en lo que se acordó llamar vinculación contribución-beneficio. Este autor sostiene que, dada la valoración de los beneficios sociales, como la seguridad social, por parte de los trabajadores, ellos estarían más dispuestos a incurrir en la incidencia económica de la tributación sobre la nómina¹⁴. En el contexto de la informalidad, este tipo de análisis es importante porque el trabajador no evalúa la seguridad social en comparación con la ausencia de renta cuando alcanza edad avanzada, pero en relación a los beneficios que se obtendrían en regímenes especiales (implantados para elevar la cobertura, por ejemplo) y los beneficios asistenciales.

Cuadro 1 - Costos y beneficios de la formalidad

		Trabajadores	
		Costo > beneficio	Costo < beneficio
Firmas	Costo > beneficio	1) Informalidad por elección Los trabajadores asalariados no valoran el seguro social y trabajan para empresas que no están sujetas a la fiscalización. Los trabajadores autónomos no valoran los beneficios del seguro social y no están sujetos a la participación obligatoria.	2) Exclusión Los trabajadores asalariados valoran el seguro social, pero sólo acceden a puestos de trabajo en empresas que no están sujetas a la fiscalización. Los trabajadores autónomos valoran el seguro social, pero no son capaces de participar del sistema debido a los costos.
	Costo < beneficio	3) Elisión fiscal Los trabajadores asalariados no valoran el seguro social y trabajan para empresas sujetas a la fiscalización, pero con incentivos para la elisión fiscal. → Asalariado disfrazado.	4) Formalidad por elección Los trabajadores asalariados valoran el seguro social y trabajan para empresas sujetas a la fiscalización sin incentivos para la elisión fiscal. Los trabajadores autónomos no valoran los beneficios del seguro social, pero no están obligados a participar en el sistema.

Fuente: Adaptado de Bosch, Melguizo y Pagés (2013).

14 Por este motivo, la tributación sobre la nómina para financiar tales beneficios tendría un impacto sobre la eficiencia menor que la financiación a través de los tributos generales.

Bosch, Melguizo y Pagés (2013) sintetizan las diferentes combinaciones de percepción de costos y beneficios en un cuadro, reproducido a continuación.

Cada política pública orientada al aumento de la cobertura de la seguridad social tiene como objetivo actuar sobre los costos y beneficios de los trabajadores y las empresas para desplazarlos al cuadrante 4 del Cuadro 1.

De esta forma, un aumento en las acciones de fiscalización puede ser una propuesta eficaz para mover trabajadores de una situación de informalidad por elección (cuadrante 1) para los cuadrantes 3 o 4 al aumentar el costo para las firmas de emplear trabajadores informales. En cuanto al problema contemporáneo de los conductores de aplicaciones de transporte, que se encuadrarían como autónomos en el cuadrante 1, la regulación sectorial puede requerir que, para que accedan al mercado (es decir, habilitarse junto a la plataforma), mantengan vínculo con el sistema previsional. En ese caso, la fiscalización se daría sobre la plataforma y no sobre los autónomos.

Otras situaciones que se encuadrarían en los casos del cuadrante 1 serían aquellas en que la informalidad sería explicada como efecto de la tributación sobre la nómina o consecuencia de los niveles elevados de las alícuotas de esos tributos. La tributación sobre la nómina causa una distorsión al hacer que el valor recibido por el trabajador y el coste del trabajo de la empresa diverja. Esta diferencia, llamada de cuña fiscal, reduciría la eficiencia del mercado, resultando en desempleo e informalidad. Alternativamente, la presencia de ese tipo de tributación no sería el problema principal, sino el nivel elevado de las alícuotas. En esta segunda línea explicativa, la informalidad sería una forma de manifestación de la curva de Laffer (FULLERTON, 2008), es decir, pérdidas de recaudación se producirían debido a una reacción de los contribuyentes – en este caso, de los empleados y de los empleadores – a alícuotas de contribución muy altas. Las políticas basadas en este tipo de diagnóstico propondrían la reducción de las alícuotas de contribución o incluso su sustitución por otro tipo de tributación, no vinculada a la nómina.

En cuanto a los trabajadores que se encuentran en una situación de exclusión del mercado formal, son necesarias políticas que reduzcan el costo para su inclusión en el sistema previsional. De esta forma, la reducción del valor de la

contribución previsional¹⁵ para ese grupo depende de un subsidio, implícito o explícito, por el gobierno para garantizar la sostenibilidad del sistema. Muchos países de la región adoptaron regímenes especiales de tributación con el objetivo de formalización, reduciendo costos financieros y obligaciones accesorias para trabajadores autónomos y pequeñas empresas (GONZÁLEZ, 2006, 2009).

Sin embargo, cuando se consideran estos regímenes especiales desde el punto de vista previsional, se observa que poca atención se ha dado al impacto actuarial, es decir, las subvenciones se dan implícitamente al financiar el déficit del sistema. En el caso general, no hay previsión explícita de aportes de otras fuentes al sistema para compensar las alícuotas reducidas del régimen especial. Adicionalmente, poca atención se dio al impacto de la migración de trabajadores que ya eran formales para el régimen subsidiado. Una parte de los trabajadores y de las empresas que ya eran formales (es decir, ya estaban en el cuadrante 4 del Cuadro 1), con la existencia de regímenes especiales, pasa legalmente a contribuir con alícuotas reducidas, significando una pérdida de recursos inmediata para el sistema previsional.

Los incentivos para la contratación disfrazada generalmente se originan de un desalineamiento significativo de la tributación – contribución a la seguridad social e impuesto de renta – entre los contribuyentes que son tanto personas físicas como jurídicas. Así, una política tributaria que aproxime el tratamiento de personas físicas y jurídicas reduciría las oportunidades de elusión fiscal. Sería indiferente a las empresas contratar al trabajador como asalariado o como persona jurídica, y los trabajadores obtendrían remuneraciones similares, ya que el volumen de impuestos sería similar en las dos situaciones. Además de la tributación, la contratación disfrazada podría ser desincentivada por el aumento de la fiscalización, elevando el costo para las empresas.

5. EXPANSIÓN DE LA COBERTURA DESPUÉS DEL PERÍODO LABORAL

Como ya se ha mencionado, la seguridad social es un seguro contra los riesgos sociales, en particular contra la pérdida de la capacidad de trabajo por edad avanzada, cuya cobertura depende del vínculo del trabajador con el sistema a lo largo de la vida laboral. Es la naturaleza de seguro de la

15 Los regímenes especiales para pequeños contribuyentes generalmente abarcan todos los tributos y no sólo la contribución a la seguridad social.

seguridad – un pago hoy por la garantía de renta futura – que crea la vinculación entre aporte y beneficio, mencionada anteriormente como factor importante para la valoración del sistema previsional por los trabajadores.

Por otro lado, la naturaleza del seguro de la seguridad social imputa a ella características comunes a otros seguros; en particular, crea incentivos para el comportamiento oportunista y el riesgo moral. En el contexto previsional, el comportamiento oportunista se manifestaría en la búsqueda de las condiciones más favorables entre las reglas del sistema, es decir, en la búsqueda del mejor beneficio con los criterios de elegibilidad más blandos disponibles. En ese mismo contexto, el riesgo moral se manifestaría en el cambio del comportamiento del trabajador en la presencia del seguro en relación a su comportamiento en su ausencia. Por ejemplo¹⁶, en la reducción del ahorro para la vejez debido a la participación del régimen previsional o incluso a la no participación (voluntaria) en el régimen previsional debido a la existencia de otros beneficios.

En contraste con la seguridad social, las políticas de asistencia social tienen una lógica diferente y complementan el sistema de protección social al garantizar renta para aquellos ciudadanos que no lograron cumplir los criterios de elegibilidad de la seguridad al alcanzar edades avanzadas y que, de otra forma, estarían en situación de pobreza. Esto es, la elegibilidad a los beneficios asistenciales es condicional a la renta (y/o riqueza) del potencial beneficiario. El buen funcionamiento del sistema de protección social depende de que la seguridad y la asistencia social tengan límites bien definidos y actúen de forma concertada en la sociedad.

La expansión de la cobertura de la seguridad social en los países de América Latina se dio por la creación de regímenes no contributivos y por amnistías fiscales de las cotizaciones de seguridad no pagadas a lo largo de la vida laboral.

La introducción de regímenes de seguridad no contributivos altera los límites entre las políticas y, en muchos casos, la seguridad social no contributiva se aproxima a un beneficio asistencial sin la necesidad de prueba de medios. Se garantiza la cobertura del seguro (seguridad social) para quien no lo había contratado, cambiando drásticamente los incentivos del sistema.

Aunque estas políticas se destinan a los trabajadores que han llegado al final del período de trabajo sin atender a las condiciones de elegibilidad,

16 Ninguno de estos comportamientos es ilegal o incluso inmoral; se trata sólo de respuestas de los participantes a los incentivos ofrecidos por las reglas del sistema de protección social.

ellas acaban por impactar las decisiones de aquellos que aún están en el mercado de trabajo. El beneficio no contributivo puede romper la vinculación entre aporte y beneficio de forma que el trabajador no valore la vinculación al sistema y lo abandone. En ese caso, habría un aumento de la cobertura de los trabajadores ancianos a costa de la reducción de la cobertura de los trabajadores jóvenes, provocando una pérdida de ingresos para el sistema previsional. Una forma de evitar ese efecto adverso de la introducción de un beneficio de seguridad no contributivo y aún elevar la cobertura sería diferenciar esos beneficios en relación a los beneficios de la seguridad social contributivos y también en relación a los beneficios asistenciales. Esta diferenciación podría darse en cuanto a las condiciones de elegibilidad (por ejemplo, edades diferenciadas) y en relación al valor de los beneficios, de forma que la existencia de beneficios no contributivos (y asistenciales) no comprometa la vinculación entre aporte y beneficio.

La institución de un dispositivo que permita la amnistía de contribuciones de seguridad no pagadas – pagándolas posteriormente a la jubilación, con algún nivel de subsidio y con los recursos del propio beneficio – también introduce riesgos significativos a los sistemas previsionales. Se garantiza la contratación del seguro (seguridad social) después de la efectividad del riesgo social, cambiando también los incentivos del sistema.

Inicialmente se debe considerar que el período de carencia como criterio de elegibilidad, es decir, el tiempo de participación en el sistema previsional antes de poder solicitar beneficios, cumple un papel importante en la contención del riesgo moral en el sistema previsional. Además, considerando que la mayoría de los sistemas de seguridad social se financian en forma de reparto, se crea un gasto en que la contribución correspondiente no viene de trabajadores activos en el mercado de trabajo, sino de un descuento en el propio beneficio.

Estas características del instituto de la amnistía tributaria debilitan la vinculación entre aporte y beneficio, afectando las decisiones de los trabajadores activos en el mercado de trabajo para reducir el valor que ellos atribuyen al vínculo con el sistema previsional. El trabajador que tiene un histórico contributivo bueno cuando joven, por ejemplo, puede tener incentivos fuertes para abandonar el sistema y tener un costo menor al pagar las contribuciones faltantes al adherirse a la amnistía.

La siguiente sección del trabajo presenta y discute algunas de las recientes políticas de ampliación de la cobertura protectora en países de América Latina.

6. EXPERIENCIAS RECIENTES DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN AMÉRICA LATINA

Esta sección tiene como objetivo presentar algunas experiencias recientes de ampliación de la cobertura de ancianos en países de América Latina. Son, en la terminología presentada en la sección anterior, políticas para la expansión de la cobertura después del período laboral.

Un conjunto amplio de países de América Latina adoptó medidas para la expansión de la cobertura protectora de ancianos a través de programas no contributivos o cambios en las condiciones de acceso de programas contributivos.

Rofman, Apella y Vezza (2013) proponen una taxonomía para la clasificación de las diversas medidas adoptadas, así como presentan algunas políticas adoptadas en algunos países para reducir las brechas de protección. El Cuadro 2, a continuación, sintetiza algunas de estas medidas

Cuadro 2. Programas de ampliación de la cobertura, características y año de implementación

País	Programa	População beneficiada	Integrado ao regime contributivo	Ano de implementação
Colômbia	Colombia Mayor	Focalizado	Não	2013
Costa Rica	Pensión no contributiva	Focalizado	Não	1975
Equador	Subprograma (BDH) Pensión para Adultos Mayores	Focalizado	Não	2006
El Salvador	Pensión Básica Universal	Focalizado	Não	2009
Paraguay	Pensión Alimentaria para Adultos Mayores	Focalizado	Não	2009

País	Programa	População beneficiada	Integrado ao regime contributivo	Ano de implementação
Peru	Pensión 65	Focalizado	Não	2011
México	70 y más	Focalizado com objetivo de universalização	Não	2007
Panamá	100 a los 70*	Focalizado com objetivo de universalização	Não	2009
Argentina	Moratoria Previsional	Focalizado com objetivo de universalização	Sim	2005
Brasil	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Focalizado com objetivo de universalização	Não	1993
Chile	Pensión Básica Solidaria	Focalizado com objetivo de universalização	Sim	2008
Uruguai	Reforma da Pensión por Vejez	Focalizado com objetivo de universalização	Sim	2009
Bolívia	Renta Dignidad	Universal	Não	2008
Trinidad e Tobago	Pensión para Ciudadanos Mayores	Universal	Sim	2001

Fuente: Rofman, Apella y Vezza (2013), Base de Datos de Programas de Protección Social no Contributiva en América Latina y el Caribe, de la CEPAL, y Social Pension Database, de la Pension Watch.

* Posteriormente, en 2014, fue sustituido por el programa 120 a los 65.

A partir de las diferentes experiencias presentadas en el Cuadro 2, se seleccionaron algunos casos para presentaciones más detalladas en la presente sección del trabajo: Argentina, Chile, Bolivia y Ecuador.

El Moratorias Previsionales, en Argentina, además de haber presentado un resultado bastante positivo en términos de aumento de cobertura, es un programa integrado al régimen contributivo que tiene como objetivo la universalización, aunque tenga como foco el grupo de trabajadores que no lograron contribuir con el mínimo necesario para obtener sus jubilaciones.

La Pensión Básica Solidaria, de Chile, es una alteración en el sistema de seguridad social del país: la introducción de un pilar solidario totalmente

integrado al sistema existente. La Renta Dignidad, de Bolivia, es un beneficio universal pagado a todos los ciudadanos al cumplir los 65 años de edad. Por último, el Subprograma Pensión para Adultos Mayores, de Ecuador, es un programa focalizado, no integrado al régimen contributivo, pagado a todos los ciudadanos a partir de los 65 años de edad, siempre que no reciban ningún otro beneficio de la seguridad social.

Argentina

En 1994, influenciado por la reforma chilena de 1981, el sistema de seguridad social de Argentina fue estructuralmente reformado: se estableció un componente de cuentas individuales administradas por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) (ARENAS DE MESA; BERTRANOU, 1997).

Una serie de reformas paramétricas se inició en 2002. Entre los principales cambios, se destaca el movimiento de valorización de los beneficios pagados por el componente público del sistema de seguridad, que operaba en paralelo a las AFJP (BERTRANOU et al., 2012).

En 2005, el año comienza en Argentina con una medida de real impacto en la ampliación de la cobertura de la población anciana: el establecimiento de una moratoria previsional (o Plan de Inclusión Previsional). Esta medida, una política de ampliación de la cobertura después del período laboral, permitía que los individuos que ya tenían edad, pero no tenían suficiente tiempo de contribución para solicitar la Prestación Básica Universal (PBU)¹⁷, establecieran planes de pago de la entonces llamada deuda previsional, equivalente al tiempo restante para alcanzar la carencia contributiva. Se estableció un plan de pago de esa deuda; mientras que el individuo que estaba al día con los pagos percibía la PBU.

En diciembre del mismo año, la moratoria de la seguridad social se extendió a los trabajadores autónomos, siendo que, para ellos, las cuotas mensuales aprobadas en su plan de pago de la deuda previsional eran descontadas del valor del beneficio recibido.

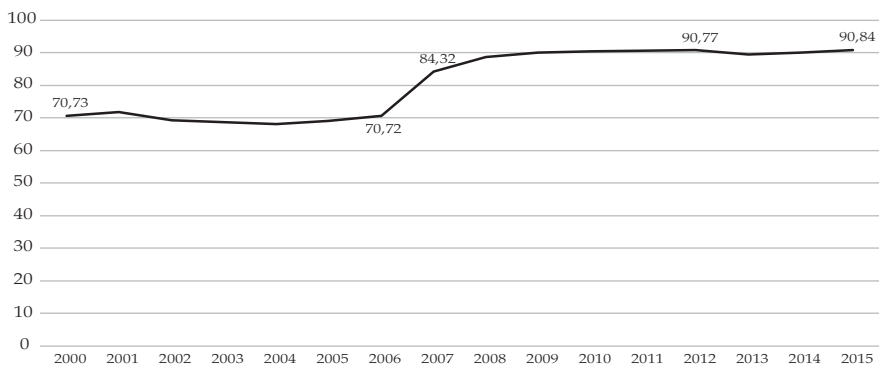
17 Los requisitos para recibir la PBU son tiempo de contribución y edad: 65 años para hombres y 60 años para mujeres, además de 30 años de contribución para ambos.

La moratoria previsional de 2005 representó la concesión de beneficios para más de dos millones de personas, lo que resultó en más del 90% de cobertura en 2010: cifra que supera los más altos índices históricos de cobertura de ancianos en Argentina y en países de América (BERTRANOU et al., 2011).

En 2008, Argentina pasó por otra reforma estructural, esta vez eliminando el régimen de capitalización con cuentas individuales. Este sistema ha sido sustituido por un régimen de reparto administrado por el Estado llamado Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). Esta reforma tuvo como objetivos ampliar la cobertura del sistema previsional – tanto para trabajadores como ancianos beneficiarios – y recuperar los valores de las prestaciones pagadas (BERTRANOU et al., 2012).

Más recientemente, el gobierno argentino aprobó otra moratoria de la seguridad social, en septiembre de 2014. Son objeto de esa moratoria los trabajadores autónomos y, como gran novedad, los trabajadores que se adhirieron al régimen del monotributo¹⁸. El Gráfico 3, a continuación, presenta el porcentaje de la población de 65 años o más que recibe algún beneficio contributivo o no contributivo.

Gráfico 3. Población de 65 o más años de edad que recibe beneficio contributivo o no contributivo – %



Fuente: Base de datos – sistema de información de mercados de trabajo y seguridad social del BID. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

¹⁸ El monotributo es el régimen simplificado y subsidiado con el objetivo de formalización, inclusión previsional y de cobertura del seguro de salud dirigido a trabajadores autónomos de baja renta en Argentina. Para obtener más información, visite: <https://monotributo.afip.gob.ar/public/ayuda/index.aspx>.

Como se puede observar en el Gráfico 3, hay fuerte elevación de la cobertura de los ancianos en el año 2007, reflejando el efecto de la moratoria previsional. La cobertura pasó del 70% en 2006 a más del 90% pocos años después.

Como se mostró, desde los años 2000 las reformas en el sistema previsional de Argentina resultaron en un gran crecimiento de la cobertura de la población anciana, siendo que la moratoria previsional – implementada en tres momentos – fue la mayor responsable por la elevación de la población anciana beneficiaria. La elevación de la cobertura tuvo como consecuencia el crecimiento del gasto con el sistema previsional (jubilaciones, pensiones y beneficios no contributivos), que pasó del 3,8% al 8,3% del PIB de 2005 a 2017.

Además de la consecuencia fiscal, la expansión de la cobertura de los ancianos representó también baja incidencia de pobreza en la vejez e impactos positivos en la distribución de la renta (LUSTIG; PESSINO; SCOTT, 2013).

Chile

Chile pasó por una reforma paradigmática en su sistema de seguridad social, en 1981. En aquel año, el sistema público, que operaba en el modelo de reparto con beneficio definido, había sido privatizado. Esto significó la sustitución del modelo entonces vigente para un modelo de capitalización con cuentas individuales y contribución definida.

El modelo chileno de reforma del sistema de pensiones, aunque fue utilizado como inspiración por diferentes países, siempre había sido objeto de críticas por diferentes motivos: baja cobertura de la población trabajadora, baja cobertura entre ancianos, beneficios de valores no adecuados, altos costos de administración de los fondos de privados y otros (MESA-LAGO, 2001).

El año 2008 fue marcado en Chile por otra reforma estructural en su sistema previsional. Se estableció un pilar no contributivo, integrado al privado contributivo – que sigue siendo el buque insignia del modelo chileno de pensiones –, de financiación pública y administrado por el Estado.

La reforma llevada a cabo en 2008, a partir de la creación del pilar solidario, pretendía combatir la pobreza en la vejez (personas a partir de los 65 años); también buscaba aumentar la cobertura de la seguridad social de grupos vulnerables (jóvenes, mujeres y trabajadores autónomos) y el

perfeccionamiento del pilar de capitalización mediante la regulación de las inversiones, la disminución de los costes y el aumento de la competencia entre las administradoras de fondos de pensiones (ARENAS DE MESA, 2010; CORTÊS; FLORES, 2014).

El pilar no contributivo chileno tiene dos componentes principales, la Pensión Básica Solidaria (PBS)¹⁹ y el Aporte Previsional Solidario (APS). El primero se destina a personas que no reciben el beneficio de los fondos de pensiones, mientras que el segundo se dirige a personas que reciben pensión contributiva por debajo de un determinado nivel, la Pensión Máxima con Aporte Solidario (PMAS); el valor del APS es tanto menor cuanto mayor es la pensión contributiva, de forma que la suma de APS y pensión contributiva sea siempre menor o igual a la PMAS.

La Tabla 2, a continuación, presenta el cuantitativo de receptores de PBS y APS para diferentes años.

Tabla 2. Cantidad de beneficiarios del pilar no contributivo en Chile

	2008	2010	junho de 2017
<i>Pensión Básica Solidaria (PBS)</i>	596.645	623.508	581.771
<i>Aporte Previsional Solidario (APS)</i>	13.836	387.587	815.620
Total	610.481	1.011.095	1.397.391

Fuente: CEPAL (2018).

La Tabla 2 muestra un fuerte crecimiento de la cobertura del pilar no contributivo del sistema previsional chileno. Como resultado del aumento del número de beneficiarios del pilar solidario, la cobertura entre la población anciana (65 años o más) creció considerablemente al cotejar los períodos anterior y posterior a la reforma. Esto se puede ver en el Gráfico 4, a continuación.

El aumento del número de beneficiarios del pilar no contributivo tuvo como consecuencia la elevación de la cobertura entre las mujeres, mejora en la tasa de reposición de los beneficios y reducción de la incidencia de pobreza en la vejez (CEPAL, 2018; MESA-LAGO, 2015).

¹⁹ Beneficio que sustituye al antiguo Programa de Pensiones Asistenciales, está destinado al grupo poblacional formado por el 60% más pobre.

Gráfico 4. Porcentaje de ancianos (65 años o más) que reciben beneficios no contributivos en Chile – 2000 a 2015



Fuente: Base de datos – sistema de información de mercados de trabajo y seguridad social del BID. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

Nota: Los datos de 2000 a 2006 corresponden a los beneficios del Programa de Pensiones Asistenciales, antiguo programa de beneficios no contributivos.

Bolivia

En 1997, Bolivia pasó por una reforma previsional paradigmática: su antiguo sistema público, que operaba bajo repartición con beneficio definido, fue sustituido por un sistema privado, que opera vía capitalización con cuentas individuales y contribución definida.

El antiguo sistema era a menudo objeto de diversas críticas: i) alta fragmentación; ii) baja cobertura de la PEA y de la población anciana; iii) edades de jubilación muy bajas (50 y 55 años para mujeres y hombres) y otras. Estas críticas se utilizaron como justificaciones para la reforma de 1997 (MESA-LAGO; BUSTILLOS, 2013).

En el seno de la reforma de 1997, como una respuesta al problema de la baja cobertura entre los ancianos, se creó el beneficio no contributivo llamado Bono Sol. Ese era un beneficio pagado a todos los bolivianos a partir de los 65 años de edad. Sin embargo, sólo se pagó hasta finales de

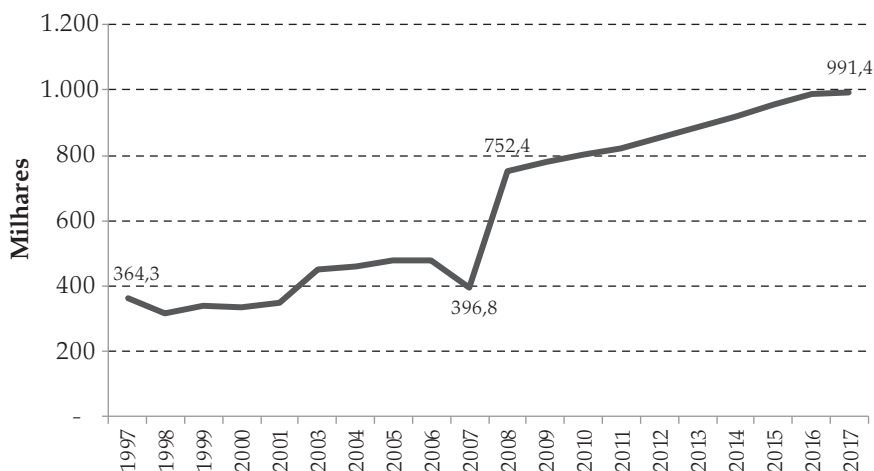
1997; su suspensión, que ocurrió por problemas de financiamiento, perduró hasta 2002, cuando se adoptó el nombre de Bolivida.

En un intento de ser más sostenible a largo plazo, el Bolivida pagaba beneficios menores que el Bonosol y tampoco era universal. Es importante destacar que su financiamiento tenía como origen los recursos generados por la privatización de algunas empresas estatales.

En 2008, el Bolivida fue sustituido por el Renta Dignidad: beneficio mensual, vitalicio y universal, pagado a partir de los 60 años de edad a todos los residentes del país – bolivianos y naturalizados. El valor del beneficio es diferenciado, de acuerdo con la recepción o no de un beneficio contributivo o cualquier ingreso de otros programas estatales, siendo mayor para los que no poseen ningún otro ingreso. Su financiamiento es oriundo de parte de los impuestos sobre hidrocarburos (30% de la recaudación de ese impuesto), del Tesoro Nacional y de recursos de municipios y del fondo indígena, además de los dividendos de las empresas públicas capitalizadas (FIAP, 2011).

El Gráfico 5, a continuación, presenta la evolución del número de personas que reciben beneficios no contributivos en Bolivia, para varios años.

Gráfico 5. Personas que reciben beneficios no contributivos en Bolivia – varios años



Fuente: Base de datos de la CEPAL.

Nota: No hay información para el año 2002.

Como se puede ver en el Gráfico 5, entre 2007 y 2008 hay un gran crecimiento en el número de personas que reciben el beneficio no contributivo en Bolivia. En ese período hubo el cambio del Bolivida al Renta Dignidad, éste con un criterio de edad para la concesión más benevolente que el Bolivida (60 años contra 65 años).

En el año 2017, poco menos de un millón de personas recibieron el Renta Dignidad, lo que representó más del 90% de cobertura para la población con 60 años de edad o más en Bolivia (CEPAL, 2018).

Con un costo fiscal de aproximadamente el 1% del PIB, el programa Renta Dignidad fue responsable por la reducción de la pobreza entre 6 y 7,1 puntos porcentuales (UGARTE; BOLIVAR, 2015). También se encontraron resultados positivos en cuanto a la disminución del trabajo infantil y elevación de la tasa de matriculación escolar de niños que viven en domicilios con beneficiarios del programa (LOZA; WILDE; CÓRDOVA, 2013).

Ecuador

Mediante decreto ejecutivo de septiembre de 2006, el gobierno de Ecuador estableció el Subprograma (del Bono de Desarrollo Humano – BDH) Pensión para Adultos Mayores. Este programa, enfocado en ancianos pobres, consistía en una transferencia mensual de 11,50 dólares²⁰. Su objetivo era aumentar la cobertura de la población anciana que no tenía acceso a las transferencias de la seguridad social.

La Carta Constitucional de 2008 de Ecuador trajo algunas novedades en cuanto al tratamiento dispensado a los ancianos en relación a la Constitución anterior de 1998: mientras ésta trataba a los ancianos como grupo vulnerable, la nueva Carta pasó a tratarlos como grupo de atención prioritaria – hay incluso un capítulo constitucional que versa sobre los derechos de los ancianos.

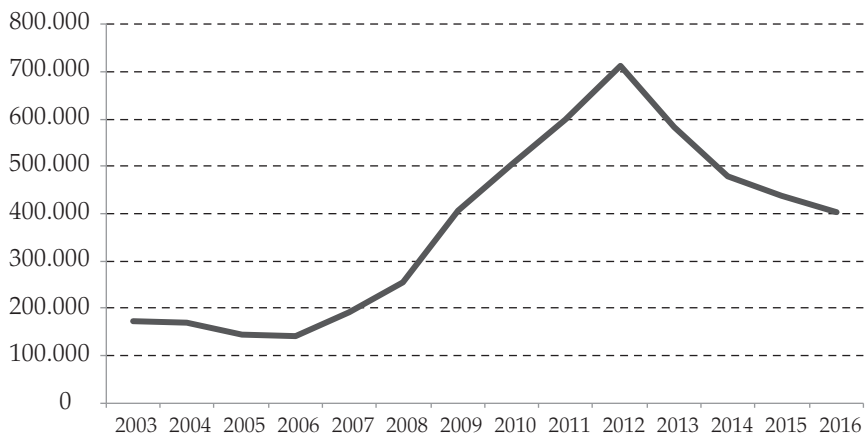
La reforma constitucional fue seguida de una serie de cambios en leyes y programas como forma de adaptación a los nuevos preceptos constitucionales. Algunos de estos cambios fueron consolidados en el Plan Nacional del Buen Vivir²¹ (PNBV): instrumento para alcanzar los objetivos

20 Posteriormente, el valor de la transferencia aumentó para US\$ 30,00, aún en 2006; US\$ 35, en 2009; US\$ 50,00, en 2012; y US\$ 100,00, en 2017, con vigencia en 2018.

21 Para más detalles sobre el PNBV, ver Rofman, Apella y Vezza (2013) y Ecuador (2012).

del bien vivir y la garantía de derechos, previstos en la constitución de 2008 (ROFMAN; APELLA; VEZZA, 2013).

Gráfico 6. Cantidad de ancianos (65 años o más) que reciben el BDH en Ecuador



Fuente: Base de datos – sistema de información de mercados de trabajo y seguridad social del BID. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

La principal alteración en el tratamiento del grupo de ancianos surgida con el PNBV fue la implementación de políticas para la universalización del beneficio no contributivo, con cambios en el Bono de Desarrollo Humano (BDH) – dirigida a la población de 65 años o más que vive en situación de pobreza y no recibe ningún beneficio de la seguridad social –, a partir de mejoras en el subprograma Pensión para Adultos Mayores. El Gráfico 5, a continuación, muestra la cantidad de ancianos que reciben el BDH.

El Gráfico 6 muestra la evolución en el número de beneficiarios ancianos del BDH de 2003 a 2016. Como es posible observar, el advenimiento del Subprograma Pensión para Adultos Mayores (2006) y sus posteriores modificaciones a partir de la Constitución de 2008 resultaron en la elevación de la cantidad de beneficiarios.

De acuerdo con datos del BID²², la cobertura del programa alcanzó el 41,2% de la población de 65 años o más en 2012. Incluso habiendo observado

22 Base de datos del Sistema de Información de Mercados de Trabajo y Seguridad Social del BID. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>.

una caída en los años siguientes, la cobertura aún se encuentra en niveles superiores a los de antes de la Carta Constitucional de 2008.

Con un gasto de aproximadamente el 0,3% del PIB en 2016, el beneficio no contributivo destinado a los ancianos tiene como principal impacto la reducción de la incidencia de pobreza en la vejez. Dethier, Pestieau y Ali (2010) estiman que la incidencia de pobreza, cuando no se considera la renta oriunda del beneficio, sufre una elevación de 14 puntos porcentuales.

En la presente sección, se presentaron algunas experiencias exitosas en la expansión de la cobertura de protección de los ancianos. En el caso de Argentina, el advenimiento de la política de moratoria previsional resultó en fuerte ampliación de la cobertura dentro del sistema contributivo. En Chile, la ampliación de la cobertura se dio también de forma integrada al pilar contributivo de cuentas individuales, a través de la introducción de un pilar solidario (no contributivo) a partir de transferencias estatales a los que nunca contribuyeron o, si han contribuido, no lograron beneficio adecuado.

Las experiencias de expansión de la cobertura de los ancianos en Bolivia y Ecuador se diferencian de los casos de Argentina y Chile, pues se dieron por medio de la creación y expansión de beneficios no contributivos no integrados al régimen contributivo tradicional.

Todos los casos presentados tuvieron como resultado la ampliación de la cobertura de los ancianos y mejora en la adecuación de los beneficios pagados. Sin embargo, hay que tener en cuenta los costes fiscales y la sostenibilidad a largo plazo de estas políticas. Bosch et al. (2013) presentan proyecciones, con base en diferentes premisas, para el gasto con beneficios no contributivos para ancianos en países de América Latina. Los resultados de las proyecciones suponiendo el pago de beneficios no contributivos equivalentes al 10% del PIB per cápita en cada país – valor de beneficio considerado como adecuado para combatir la pobreza en la vejez – muestran fuerte elevación en el gasto como porcentaje del PIB. Una expansión del gasto como las proyectadas siempre plantea cuestiones tales como la capacidad de pago del Estado y la continuidad del apoyo de la población a ese tipo de beneficio.

Otra cuestión de gran importancia a ser considerada en el diseño de políticas para la expansión de la cobertura entre los ancianos se refiere a las implicaciones que tales políticas tienen en el comportamiento de los

individuos que participan del mercado de trabajo, conforme presentado en la sección anterior. En suma, el beneficio no contributivo debe ser pensado para generar el menor desincentivo posible al trabajador. La idea es que no desista de buscar su formalización y la contribución al régimen contributivo.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Los sistemas previsionales más longevos en América Latina se remontan a la primera mitad del siglo XX. Los países como Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay fueron pioneros en la protección de la seguridad social a sus trabajadores.

Los sistemas más recientes se diferencian de los más antiguos por ser menos fragmentados. Se pensaron, desde su concepción, para ser más unificados. Sin embargo, observan, históricamente, cobertura inferior a los más antiguos. La lógica contributiva, característica y premisa de los sistemas, independientemente de ser pioneros o no, en paralelo con la gran informalidad, la rotación del trabajo y la contratación irregular – características de los mercados de trabajo de los países de la región –, representaba serio limitador para el cumplimiento de las funciones de cualquier sistema previsional, cuáles sean, seguro contra contingencias, suavización del consumo y seguro contra pobreza en la vejez.

El inicio de la década de 2000 sacó a la luz el debate sobre la baja cobertura de los sistemas de seguridad social de los países de América Latina y el agotamiento de la capacidad de expansión de los sistemas instituidos en la lógica contributiva. En paralelo a eso, muchos países observaron mejoras en la situación fiscal, y sus gobiernos fueron presionados por grupos sociales excluidos de la protección social ofrecida por los sistemas contributivos. Esta conjunción de factores resultó en la segunda ola de reformas, de mediados de la década de 2000 a 2017. Preocupada por la baja cobertura de la población anciana, observó el avance de esquemas solidarios, la mayoría de las veces administrados por el Estado.

Los datos sobre cobertura de la población trabajadora en los países de América Latina muestran la gran heterogeneidad existente, aunque la mayoría de los países han observado elevación de la cobertura entre los años analizados, siendo que lo mismo puede ser dicho respecto a la cobertura de la población anciana: elevación entre los años analizados, pero persistente heterogeneidad entre países.

Es en este contexto – baja cobertura de trabajadores y ancianos – que muchos países realizaron reformas inclusivas: algunos alteraron las reglas de los tradicionales sistemas contributivos, otros instituyeron políticas de incentivo a la inclusión de la población activa; también hubo la creación de beneficios no contributivos para los ancianos para no dejar ese grupo poblacional desamparado. Es posible citar las experiencias exitosas de Argentina – con las moratorias previsionales – y de Bolivia – con el Renta Dignidad – en lo que se refiere a la elevación de la cobertura de la población anciana. Renta Dignidad adoptó el camino de la ampliación de la cobertura a través de un beneficio no contributivo y las moratorias previsionales alteraron las reglas del régimen contributivo. Se destaca que incluso esas experiencias exitosas de elevación de la cobertura previsional introdujeron modificaciones que pueden afectar el funcionamiento de la parte contributiva del sistema, así como su sostenibilidad a largo plazo.

La expansión de la cobertura de los sistemas de seguridad social es esencial para la garantía de los derechos de ciudadanía. De esta forma, se entienden como positivas las experiencias para la inclusión de la población activa y anciana. Sin embargo, se debe prestar atención a los costes fiscales y a la sostenibilidad a largo plazo, principalmente en los casos de creación y expansión de beneficios no contributivos para los ancianos.

Otra cuestión que merece atención se refiere a las implicaciones de las políticas de ampliación de la cobertura previsional en el comportamiento de los participantes del mercado de trabajo. El beneficio no contributivo debe ser diseñado de forma a no desalentar al trabajador en relación a la búsqueda por formalización y contribución al régimen previsional contributivo. Así, lo ideal sería que las políticas de expansión de la cobertura, principalmente entre ancianos, fueran diseñadas de forma integrada al régimen contributivo, justamente para reducir los posibles desincentivos derivados de la posibilidad de recibir beneficios no contributivos.

REFERENCIAS

ACOSTA ORMAECHEA, S.; ESPINOSA-VEGA, M.; WACHS, D. **Demographic Changes in Latin America: The Good, the Bad and ...** Washington, D.C.: [s.n.]. Disponible em: <<https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2017/04/13/>>

Demographic-Changes-in-Latin-America-The-Good-the-Bad-and-44836>. Acesso em: 9 set. 2018.

AGUILA, E. et al. **Programas de Pensiones No Contributivas y su Viabilidad Financiera**. El Caso de México. Working Papers. [s.l.] RAND Corporation, jul. 2013.

ARENAS DE MESA, A. **Historia de la reforma previsional chilena: una experiencia exitosa de política pública en democracia**. Santiago: Organização Internacional do Trabalho, 2010.

ARENAS DE MESA, A.; BERTRANOU, F. Learning from social security reforms: Two different cases, Chile and Argentina. **World Development**, v. 25, n. 3, p. 329–348, 1997.

BARR, N.; DIAMOND, P. **Pension Reform: A Short Guide**. New York: Oxford University Press, USA, 2010.

BERTRANOU, F. et al. **Encrucijadas en la seguridad social argentina: Reforma, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones**. Buenos Aires: Cepal e OIT, 2011.

_____. Más allá de la privatización y la reestatización del sistema previsional de Argentina: Cobertura, fragmentación y sostenibilidad. **Desarrollo económico: revista de ciencias sociales**, Buenos Aires, n. 205, p. 3-30, 2012. ISSN 0046-001X.

BOERI, T.; OURS, J. V. **The economics of imperfect labor markets**. Princeton, NY: Princeton University Press, 2008.

BOSCH, M.; MELGUIZO, Á.; PAGÉS, C. **Better Pensions Better Jobs: Towards Universal Coverage in Latin America and the Caribbean**. Washington, D.C.: IADB, 2013.

CACCIAMALI, M. C. As economias informal e submersa: conceitos e distribuição de renda. In: CAMARGO, J. M.; GIAMBIAGI, F. (Eds.). **Distribuição de Renda no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. p. 121–143.

CEPAL. **Repositorio de información sobre uso del tiempo de América Latina y el Caribe**. Santiago: [s.n.], 2017.

_____. **Panorama Social de América Latina 2017**. Santiago: Cepal, 2018.

CORTÊS, C. L.; FLORES, C. S. El Sistema de Pensiones de Chile en la Encrucijada: reformando la Gran Reforma de 2008. **Textos & Contextos**, v. 13, n. 1, p. 113–127, jun. 2014.

COSTANZI, R. N. **Os Desequilíbrios Financeiros do Microempreendedor Individual (MEI)**. Carta de Conjuntura. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

DETHIER, J.-J.; PESTIEAU, P.; ALI, R. **Universal minimum old age pensions: impact on poverty and fiscal cost in 18 Latin American countries**. [s.l.] The

World Bank, 2010. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/397501468299147949/pdf/WPS5292.pdf>. Acesso em: 3 set. 2018.

EQUADOR. Ministerio de Inclusión Económica y Social. **Avance en el Cumplimiento de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012.

FIAP. **Programas de Pensiones no Contributivas en Países FIAP**. Santiago: Federación Internacional de Administradoras de Fondo de Pensiones (FIAP), maio 2011.

FULLERTON, D. Laffer curve. In: DURLAUF, S. N.; BLUME, L. E. (Eds.). **The New Palgrave Dictionary of Economics**. 2. ed. Basingstoke: Nature Publishing Group, 2008. p. 839–841.

GILL, I. S.; PACKARD, T. G.; YERMO, J. **Keeping the Promise of Old Age Income Security in Latin America**. Washington DC: World Bank Publications, 2005.

GONZÁLEZ, D. **Regímenes Especiales de Tributación para Pequeños Contribuyentes en América Latina**. [s.l.] Inter-American Development Bank, 15 fev. 2006. Disponível em: <<http://publications.iadb.org/handle/11319/2302>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

_____. **La política tributaria heterodoxa en los países de América Latina: gestión pública**. Santiago: Cepal, 2009.

GRUSHKA, C. **Perspectivas del Sistema Integrado Previsional Argentino y de ANSES, años 2015-2050**. [s.l.: s.n.], 2016.

HOLZMANN, R.; HINZ, R. **Old-Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform**. [s.l.] World Bank Publications, 2005.

LOZA, F. E.; WILDE, S. M.; CÓRDOVA, J. M. **El Impacto de la Renta Dignidad: Política y Redistribución del Ingreso, Consumo y Reducción de la Pobreza en Hogares con Personas Adultas Mayores**. La Paz: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas del Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2013.

LUSTIG, N.; PESSINO, C.; SCOTT, J. The Impact of Taxes and Social Spending on Inequality and Poverty in Argentina, Bolivia, Brazil, Mexico, Peru, and Uruguay: Introduction to the Special Issue. **Public Finance Review**, v. 42, n. 3, p. 287–303, 2013.

MESA-LAGO, C. Structural reform of social security pensions in Latin America: Models, characteristics, results and conclusions. **International Social Security Review**, v. 54, n. 4, p. 67–92, 1 jan. 2001.

_____. **Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social**. [s.l.] United Nations Publications, 2004.

_____. Reformas estructurales y Re-reformas de pensiones, y sus efectos en el bienestar social: el caso de Chile. **Política y Sociedad**, v. 52, n. 3, p. 719–739, 2015.

MESA-LAGO, C.; BERTRANOU, F. **Manual de economía de la seguridad social en América Latina**. [s.l.] Centro Latinoamericano de Economía Humana, 1998.

MESA-LAGO, C.; BUSTILLOS, L. O. La re-reforma de pensiones en Bolivia. **Revista Trabajo**, v. 10, p. 109–141, 2013.

OIT. **Social Security: a new consensus**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2001.

_____. **Piso de Protección Social para una Globalización Equitativa e Inclusiva**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2011.

_____. **Social protection for older persons: key policy trends and statistics**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2014.

_____. **El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente [Resumen]**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2018. Disponível em: https://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_633654/lang--es/index.htm. Acesso em: 30 ago. 2018.

RANGEL, L. A. **A criação da previdência complementar dos servidores públicos e a instituição de um teto para os valores dos benefícios**: Implicações na Distribuição de Renda e na Taxa de Reposição das Aposentadorias. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento da UFRJ, 2013.

ROFMAN, R.; APELLA, I.; VEZZA, E. (Ed.). **Beyond Contributory Pensions: Fourteen Experiences with Coverage Expansion in Latin America**. Washington, DC: World Bank Publications, 2013.

ROFMAN, R.; OLIVERI, M. L. **La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores**. Buenos Aires: The World Bank, 2011. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/733871468277787391/La-cobertura-de-los-sistemas-previsionales-en-Am-233-rica-Latina-conceptos-e-indicadores>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

SUMMERS, L. H. Some Simple Economics of Mandated Benefits. **The American Economic Review**, v. 79, n. 2, p. 177–183, 1989.

TORRE, A. de la; FILIPPINI, F.; IZE, A. **LAC Semiannual Report April 2016: The Commodity Cycle in Latin America - Mirages and Dilemmas**. [s.l.] The World Bank, 2016.

UGARTE, D.; BOLIVAR, O. El Efecto de la Redistribución del Ingreso sobre la Reducción de la Pobreza en Bolivia. **Cuadernos de Investigación Boliviana**, v. 1, n. 1, out. 2015.

TATIANA LEMOS SANDIM

TENDENCIAS ACTUALES DE LOS
PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS
MONETARIAS CONDICIONADAS EN
AMÉRICA LATINA

Doctora en Administración Pública y Gobierno - FGV-EAESP
Investigadora del Centro de Estudios en Administración Pública y
Gobierno - CEAPG

TENDENCIAS ACTUALES DE LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS MONETARIAS CONDICIONADAS EN AMÉRICA LATINA

TATIANA LEMOS SANDIM

Desde la década de 1990, asistimos a una difusión notable, sobre todo en América Latina, de Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) (BARRIENTOS, 2013). Los PTMC son intervenciones gubernamentales dirigidas a la reducción de la pobreza que tienen dos objetivos claros. El primero de ellos, a corto plazo, se relaciona directamente con la supervivencia material de las familias beneficiarias a través del acceso a bienes primarios, como alimentación e higiene, viabilizado por medio de la transferencia monetaria. El objetivo a largo plazo expresa la teoría de cambio subyacente a los PTMC y presupone que, con el aumento de stock de capital humano, surgirán condiciones necesarias para el rompimiento del ciclo generacional de reproducción de la pobreza (PASE; CORBO, 2015; ESPÍNOLA; ZIMMERMANN, 2018). El capital humano, a su vez, sería aumentado con la mayor escolarización y la mejora de las condiciones de salud de las personas beneficiadas, sobre todo de los niños y adolescentes. Estos objetivos determinaron que los programas se centraran en las familias más pobres y que tengan niños.

Otro objetivo, menos citado y no menos relevante, se refiere al empoderamiento económico y social de las mujeres, así como la promoción de la igualdad de género. Como contribución al logro de esta finalidad, los recursos financieros se transfieren directamente a las mujeres (TEBALDI; ESSER; DAVIDSEN, 2017).

Cuando surgió este tipo de intervención, muchos fueron los cuestionamientos acerca de su legitimidad, pertinencia y, sobre todo, su capacidad de entregar como resultado la reducción de la pobreza de forma eficiente y efectiva. Pasados 20 años desde el inicio de las primeras intervenciones, algunos de estos cuestionamientos iniciales obtuvieron respuestas adecuadas y perdieron sentido. Contribuyeron a ello las innumerables evaluaciones

realizadas que reiteradamente demostraron los efectos en la reducción de la pobreza inmediata posibilitados por las transferencias de renta a las familias más pobres. A estos estudios se suman otros que demuestran la alta capacidad de focalización de esos programas y el aumento en las matrículas y en la conclusión de años de enseñanza entre niños y adolescentes pertenecientes a las familias beneficiadas.

Por otro lado, la poca capacidad para evidenciar la sostenibilidad de los resultados en la vida de esas mismas familias reitera los cuestionamientos sobre la efectividad de intervenciones de esa naturaleza y, además, plantea el surgimiento de nuevas cuestiones asociadas al futuro de esos programas. La experiencia acumulada con la ejecución de los PTMC así como las transformaciones y crisis sociales, económicas y políticas vivenciadas por los países latinoamericanos en el período reciente contribuyen a la formación de un escenario en el que este nuevo grupo de cuestiones es urgente, señalando que hay poca o ninguna disposición para aguardar el paso de otras dos décadas para que las respuestas sean encontradas. La urgencia también se da por la inclusión de la reducción de la pobreza como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que prevé la extinción de la pobreza extrema en todo el planeta para 2030.

Alineados con este debate, analizamos en este texto algunas dimensiones de las experiencias de PTMC actualmente en ejecución en América Latina en busca de identificar y analizar las transformaciones más recientes, así como las convergencias y disonancias entre ellas. Se pretende contribuir a la comprensión del momento actual y, sobre todo, señalar algunas tendencias futuras ya visibles en el horizonte.

Para avanzar por los caminos recorridos por los PTMC, comenzaremos con el rescate de los elementos básicos que sintetizan sus orígenes, sus propósitos iniciales y el contexto de su implantación. Para ello, la siguiente sección narra un breve panorama histórico sobre los PTMC en América Latina. En las secciones posteriores, anteriores a las conclusiones, discutiremos las principales dimensiones características de estos programas y las tendencias identificadas en la literatura reciente. En este texto abordaremos cuatro dimensiones que consideramos destacables. La primera de ellas discute la propia existencia de ese tipo de intervención. A partir del análisis de la diseminación y de los cambios recientes, vamos a discutir las tendencias de mantenimiento de estas iniciativas, señalando que todavía

no es posible confirmar cambios sustanciales en términos de volumen de inversión y cobertura, aunque ya se vean algunos cambios en este campo. A continuación, el foco está en las evaluaciones realizadas en estos programas. En esta dimensión, las tendencias señalan la creciente demanda por impactos o resultados sostenibles en la vida de las personas beneficiarias. Las dificultades encontradas en este campo son de varias órdenes y, de acuerdo con nuestra percepción, contribuyen a que otra dimensión gane relevancia en ese contexto. Así, la última sección discute la creciente necesidad de articulación de los PTMC con otras estrategias, con miras a la construcción de soluciones colectivas para la pobreza.

Como estrategia metodológica, recurrimos al levantamiento bibliográfico de las publicaciones más recientes sobre el tema, con énfasis en las publicaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y artículos académicos.

1. UN BREVE PANORAMA HISTÓRICO DE LOS PTMC LATINOAMERICANOS

Los PTMC surgieron en el contexto de una reforma de la agenda social y, con ella, de los programas de reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe (ALC)¹, fuertemente orientados por los principios de racionalización de las inversiones y focalización en los más pobres. La teoría del cambio subyacente presupone que el alivio de la pobreza corriente, el aumento del consumo de los hogares y la creación de condicionalidades son capaces de romper la transmisión generacional de la pobreza (IBARRARÁN et al., 2017).

El fenómeno de la pobreza es una preocupación social desde hace muchos siglos y ha sido objeto de numerosos estudios publicados desde por lo menos el siglo XVI (VIVES², 1992). La pobreza fue gradualmente integrada a las responsabilidades públicas alrededor de ese mismo período y desde entonces ha recibido tratamientos muy variados. Cuando observamos el

1 Actualmente existen programas similares de transferencia monetaria en África, Oriente Medio y Asia.

2 Este autor es considerado uno de los más importantes humanistas españoles. En 1538 escribió un Tratado del Socorro de los Pobres, en el que propuso acciones para la población y también para los gobiernos con la finalidad de extinguir la pobreza. Esta obra es considerada un marco en el rompimiento de la visión de la pobreza asociada a un designio divino, al proponer su inclusión entre los temas sociales.

proceso de implantación de los PTMC y percibimos su ocurrencia simultánea en muchos países de un mismo continente, una de las primeras preguntas que surgen es sobre los porqués de ese movimiento.

Entre los elementos indicativos de esa motivación en la literatura se encuentra la redemocratización de los países latinoamericanos ocurrida, principalmente, a lo largo de las décadas de 1990 y 2000. En ese momento, los gobiernos acogieron la demanda por la inserción en la agenda gubernamental de un sistema de protección social capaz de proteger grupos de personas que estaban completamente al margen del progreso. En este ámbito surgió, entre otras, la temática de la urgencia en la reducción de la pobreza de forma rápida, sostenida y consistente basada en el reconocimiento de su naturaleza política y, luego, como un problema a ser desnaturalizado y evaluado. Esto se dio con la ascensión de las élites reformistas y desarrollistas, en un primer momento, orientadas por el ideario neoliberal (PASE; CORBO, 2015; ESPÍNOLA; ZIMMERMANN, 2018).

Las agencias multilaterales también incluyeron esta cuestión como prioridad y pasaron a incorporar en sus acuerdos con los países latinos la necesidad de implantación de estrategias capaces de mejorar la condición de vida de las familias y de las personas en situación de pobreza; con ello, pasaron a incitar la formulación de políticas públicas en ese campo. Los PTMC pasaron a integrar una agenda estructurada de reformas que tenían como uno de sus propósitos desobligar a los gobiernos de parte de los compromisos asumidos con la población y al mismo tiempo responder a la crisis económica que acentuaba la pobreza entre la población (BARRIENTOS, 2013). De esta agenda formaron parte una serie de atributos, como el estímulo a las privatizaciones y descentralizaciones y la focalización de las acciones como contraposición a la universalización, buscando el direccionamiento de los beneficios para grupos específicos (SOUSA, 2015).

Así, en su diseño, los PTMC contemplaban premisas neoliberales y entendían la pobreza, sobre todo, como un problema de gobernanza que se imponía como obstáculo a los propios modos de producción capitalista (Ibid.; MAGRO; REIS, 2011). En este contexto, el concepto de pobreza adoptado se centró en definiciones que superaban las perspectivas exclusivamente monetaristas, capaces de considerar la pobreza únicamente como insuficiencia de ingresos, incluyendo necesidades no monetarias relevantes, como nutrición, vivienda y asistencia social, presentes en el enfoque de las necesidades básicas insatisfechas.

La adopción de este modelo de intervención reveló, por un lado, la intención de impedir la reproducción y el agravamiento de condiciones inadecuadas de vida y, al mismo tiempo, demostró el desinterés por el enfrentamiento de las causas de ese fenómeno. Además, la ampliación del concepto de pobreza, muchas veces, se tradujo en la práctica en el aumento del acceso a la educación y salud, que, aunque sea fundamental y sea parte del campo de las garantías de derechos sociales, se presentó a las familias pobres de forma impuesta por medio de condicionalidades que debían cumplirse bajo pena de exclusión del programa (ESPINOLA; ZIMMERMANN, 2018).

Desde 1997, más de 40 iniciativas de transferencia monetaria condicionada y no contributiva fueron implantadas en 19 países latinoamericanos, según informaciones de la Cepal³. La tabla a seguir relaciona estas intervenciones, organizadas por país y por período de funcionamiento. En la última columna, la ausencia del año final denota tratarse de un programa aún vigente.

Tabla 1. PTMC en América Latina por país y período de funcionamiento

País	Programa	Período de funcionamiento
Argentina (AR)	Asignación Universal por Hijo para Protección Social	2009-
	Familias por la Inclusión Social	2005-2010
	Jefas y Jefes de Hogar Desocupados	2002-2005
Bolivia (BL)	Bono Juancito Pinto	2006-
	Bono Madre Niño-Niña Juana Azurduy	2009-
Brasil (BR)	Bolsa Alimentação	2001-2003
	Bolsa Escola	2001-2003
	Bolsa Família	2003-
	Cartão Alimentação	2003 (finalizado)
	Programa Bolsa Verde	2011 -
	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil PETI	1996 -
Chile (CH)	Chile Solidario	2002-2012
	Ingreso Ético Familiar (IEF)	2012 - 2014
	Programa Familias	2014-

3 Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social, CEPAL. Disponible en: <https://dds.cepal.org/bdptc/#es>.

País	Programa	Período de funcionamiento
Colombia (CL)	Más Familias en Acción	2001 -
	Red Unidos Ex Red Juntos	2007 -
	Subsidios Condicionados a la Asistencia Escolar	2005-2012
Costa Rica (CR)	Avancemos	2006 -
	Superémonos	2000-2002
Ecuador (EC)	Bono de Desarrollo Humano	2003
	Bono Solidario	1998-2003
	Desnutrición Cero	2011 -
El Salvador (ES)	Programa de Apoyo a Comunidades Solidarias en El Salvador (ex Comunidades Solidarias Rurales o Red Solidaria)	2005 -
Guatemala (GT)	Mi Bono Seguro	2012
	Mi Familia Progresá	2008-2011
	Protección y Desarrollo de la Niñez y Adolescencia Trabajadora	2007-2008
Honduras (HN)	Bono Vida Mejor (ex Bono 10.000 Educación, Salud y Nutrición)	2010 -
	PRAF/BID Fase II	1998-2005
	PRAF/BID Fase III	2006-2009
	Programa de Asignación Familiar (PRAF)	1999-2009
México (MX)	Oportunidades Programa de Desarrollo Humano (ex Progresá)	1997-2014
	Prospera – Programa de Inclusión social	2014 -
Nicaragua	Red de Protección Social	2000-2006
	Sistema de Atención a Crisis	2005-2006
Panamá (PN)	Bonos Familiares para la Compra de Alimentos	2005 -
	Red de Oportunidades	2006 -
Paraguay (PI)	Abrazo	2005 -
	Tekoporã	2005
Perú	Juntos Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres	2005 -
República Dominicana	Programa Solidaridad-	2005 - 2012
	Progresando con Solidaridad	2012 -
Trinidad y Tobago	Targeted Conditional Cash Transfer Program (TCCTP)	2005 -
Uruguay	Asignaciones Familiares - Plan Equidad	2008 -
	Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)	2005 - 2007
	Tarjeta Uruguay Social (ex-Tarjeta Alimentaria)	2006 -

Fuente: Elaboración propia a partir de la *Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe*, de la CEPAL.

Como se puede observar, en algunos países existió (y aún existe) más de un PTMC en funcionamiento al mismo tiempo, como, por ejemplo, en Brasil (*Programa Bolsa Família* y *Programa Bolsa Verde*), en Bolivia (Bono Juancito Pinto y Bono Madre Niño-Niña Juana Azurduy) y en Ecuador (Bono de Desarrollo Humano y Desnutrición Cero). Otra situación común es ocasionada por el eventual rediseño de la estrategia, con su sustitución por otra bajo nueva denominación. Este movimiento es más visible en Honduras, cuyo programa se reestructuró tres veces hasta alcanzar un formato más sostenible, vigente desde 2008. Circunstancias similares ocurrieron también en México, Chile y Uruguay, con el rediseño de sus intervenciones, buscando su perfeccionamiento.

En ese contexto, Nicaragua se constituye como una excepción. Fue el único país que ya desarrolló PTMC por un período y los encerró sin sustituirlos por otro programa (Red de Protección Social y Sistema de Atención a Crisis)⁴.

En 2013, aproximadamente 137 millones de personas en 17 países de América Latina recibían transferencias monetarias que representaban, en promedio, el 20% del presupuesto domiciliario, pagadas con una inversión promedio del 0,4% del Producto Interno Bruto (PIB) (IBARRARÁN et al., 2017). Los números de la última década demostraban que los resultados a corto plazo se alcanzaban con un relativo éxito. De acuerdo con la CEPAL (2018), la pobreza y la indigencia disminuyeron en la región, aunque no se alcanzaron niveles satisfactorios. En 2002, el 44% de la población en América Latina y el Caribe vivía en situación de pobreza y el 19% en condición de indigencia (o pobreza extrema). En 2014, los porcentuales cayeron al 29% y el 12%, respectivamente.

Sin embargo, en 2016 la incidencia de la pobreza y la extrema pobreza creció en América Latina por primera vez en la última década. En ese año, los indicadores comenzaron a evidenciar un retroceso social también en lo que se refiere a la reducción del ritmo de caída de la desigualdad de ingresos y al aumento de la incidencia de la pobreza entre niños, adolescentes, jóvenes, mujeres y la población rural (CEPAL, 2018) .

4 El país ha desarrollado otras estrategias de reducción de la pobreza, como Hambre Cero, por ejemplo. En este programa, sin embargo, la propuesta era de distribución de insumos para el desarrollo de pequeñas propiedades y no la transferencia monetaria.

Estas cifras evidenciaron la insuficiencia de los sistemas de protección social existentes en la región y, de forma más objetiva, destacaron los límites y el agotamiento de los PTMC como estrategia de reducción de la pobreza, aunque el papel desempeñado por ellos es de fundamental importancia (BARRIENTOS, 2013). La efectividad de los PTMC se vio comprometida en un ambiente de estancamiento o, en algunos casos, de retracción económica e hizo evidente la necesidad de desarrollar nuevos sistemas de protección social, pautados por la reducción de la desigualdad, enfocados en la garantía de los derechos y capaces de proveer protección integral y universal, de forma sostenible (CEPAL, 2018).

2. LA RESILIENCIA DE LOS PTMC EN AMÉRICA LATINA

La década pasada se caracterizó, entre otros avances en el campo social, también como un período de implantación de PTMC en diversos países latinoamericanos. Entre 2005 y 2007, surgió la mayor parte de las iniciativas debutantes en países como Panamá, Colombia y Bolivia, que pusieron en marcha por primera vez programas de transferencia de renta condicionada – hasta los días actuales en funcionamiento. Brasil y México se destacan como pioneros en ese escenario, por haber implantado programas de gran porte, como el Oportunidades y el *Bolsa Familia*. Otros países, sin embargo, lanzaron en la década de 1990 sus primeras intervenciones, como se muestra en la Tabla 1.

Es interesante observar que, aunque con reformulaciones, los PTMC se han consolidado como una estrategia de reducción de la pobreza y, en ese sentido, desarrollado lo que podemos llamar “resiliencia”, ya que ellos han resistido a los choques de distintas naturalezas. Primero, de aquellos provenientes de los cambios gubernamentales y de las consecuentes alteraciones ideológicas y políticas en la agenda pública y en la percepción de la legitimidad y la pertinencia de intervenciones de esa naturaleza. Después, del impacto de las crisis económicas recientes que plantean estrategias revisionistas, sobre todo en relación a las inversiones dirigidas a los más pobres.

Por otro lado, parece ingenuo y poco consistente en atenerse al hecho de la mera permanencia de un conjunto de programas para afirmar algo acerca de su relevancia, eficacia o efectividad, o incluso sobre su capacidad de actuación, aunque estos factores no sean despreciables. Avanzamos, así, para dimensiones objetivas involucradas en la ejecución de una política pública:

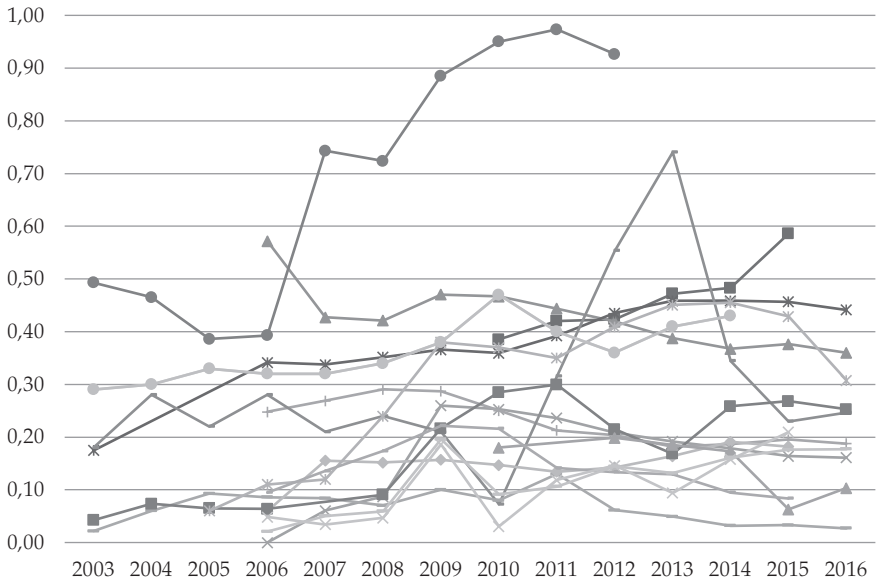
el volumen de inversiones y la cobertura poblacional. Con base en los datos facilitados por la CEPAL, identificamos el volumen de inversiones en relación al PIB (en dólares) y también el alcance poblacional por país. Se presenta la cobertura en términos de porcentajes de población. Sin embargo, como los PTMC entienden la familia como unidad de intervención, la cantidad de personas atendidas es una estimación calculada a partir de informaciones secundarias, con procedimientos variables por país.

Para una mejor observación del comportamiento de esas intervenciones por país a lo largo de los años, optamos por favorecer la trayectoria histórica. Así, utilizamos también los datos de los programas ya finalizados, en los casos en que identificamos que el programa actual es una reformulación de la intervención pasada⁵. Seleccionamos un PTMC por país, especialmente el que involucraba el mayor volumen de recursos financieros y tenía la mayor cobertura.

Este gráfico nos muestra que la inversión promedio en términos porcentuales oscila entre las cifras del 0,1% al 0,4% del total del PIB de cada país. Ecuador se destaca por invertir en el programa Bono de Desarrollo Humano porcentuales variantes entre el 0,7% y el 0,97% para el período entre 2007 y 2012. La indisponibilidad de datos más recientes, sin embargo, no nos permite comprender su comportamiento más reciente.

La variación en el volumen de inversiones parece sufrir influencia de la implantación de nuevos programas, como ejemplifican Chile y Honduras. En el caso de Honduras, con la implantación del programa Ingreso Ético Familiar, la inversión se reduce a la mitad en relación a lo que era empleado en el programa anterior. En Chile, sin embargo, aunque el nuevo programa surgió como sustituto, Chile Solidario continuó en funcionamiento hasta que todas las familias recibieran los beneficios previstos cuando de su inclusión en el programa. En ese caso, como utilizamos los valores del nuevo programa, lo que identificamos fue la tendencia a una reducción futura.

5 En esa condición, se encuentran: 1) Argentina: con la adición de los datos del extinto programa Familias por la Inclusión Social (2005-2010); 2) Chile: presentamos también los datos disponibles sobre el programa Chile Solidario para el período entre 2002 y 2011; 3) Guatemala: con el programa Mi Familia Progresiva (2008-2011); 4) Honduras: agregamos al programa actual Bono Vida Mejor los datos del Programa de Asignación Familiar para los años 2003 a 2009; 5) México: los datos se refieren a la ejecución de los programas Oportunidades y Prospera, para los períodos 2003-2013 y 2014-2016, respectivamente; 6) República Dominicana: utilizamos también las informaciones de los programas Solidaridad (2005-2012); 7) Uruguay: con el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES) (2005-2007).

Gráfico 1. Inversión anual en porcentaje del PIB por PTMC/País

- AR - Asignación Universal por Hijo/Familias por la inclusión social
- ▲ UY - Asignaciones Familiares/PANES
- × CR - Avancemos
- * BR - Bolsa Família
- EC - Bono de Desarrollo Humano
- + BL - Bono Juancito Pinto
- HN - Bono Vida Mejor/PRAF
- CH - Ingreso Etico Familiar/Chile Solidario
- ◆ PR - Juntos
- CL - Más Familias en Acción
- ▲ GT - Mi Bono Seguro/Mi Familia Progresa
- * RD - Progresando con Solidaridad/Solidaridad
- PN - Red de Oportunidades
- TT - Targeted Conditional Cash Transfer Program
- × PY - Tekoporã
- MX - Prospera/Oportunidades

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe (CEPAL).

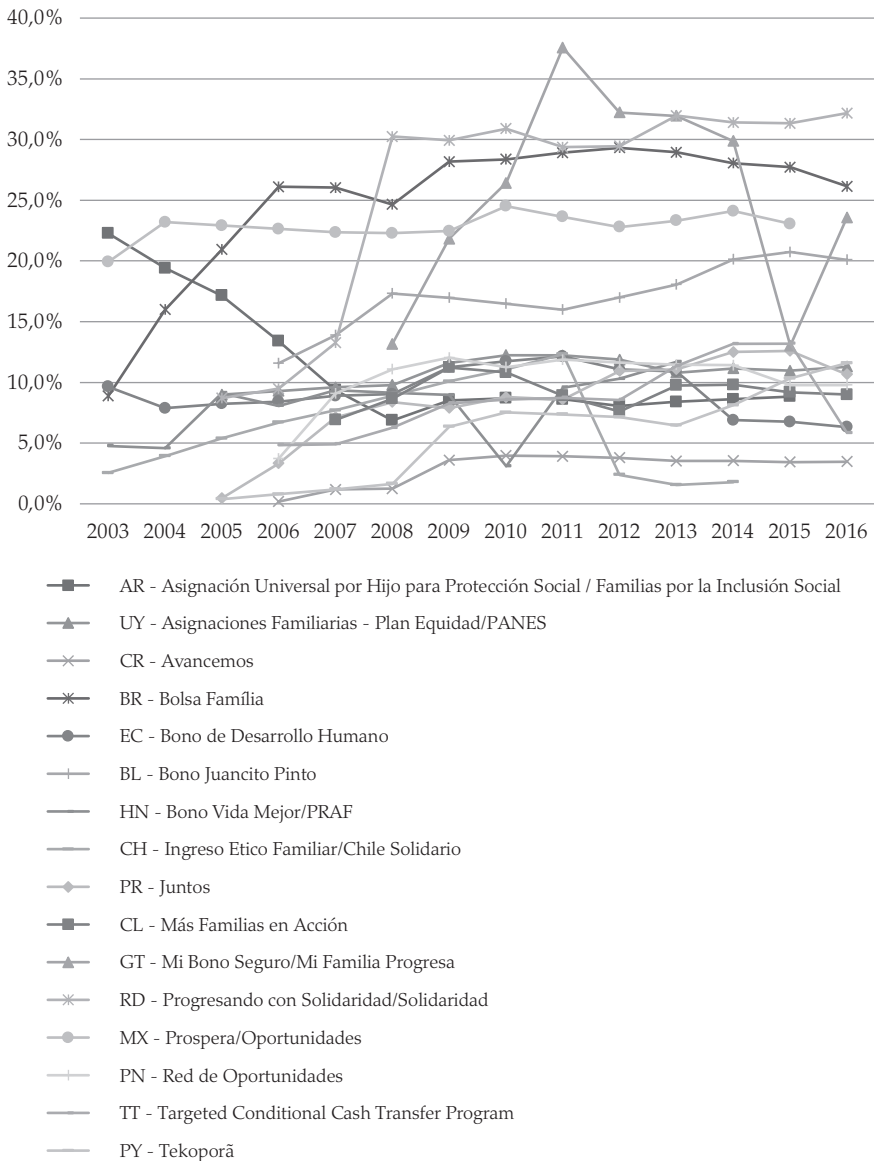
De forma agregada, observamos pequeñas oscilaciones en las inversiones, que, hasta finales de 2016, no se mostraban particularmente sensibles a los efectos de las crisis económicas o de los cambios gubernamentales y sus consecuentes cambios programáticos. Por otro lado, este escenario puede ser indicativo de la necesidad de permanencia de los PTMC, considerando que la coyuntura determinante de su demanda sigue presente, ya sea porque es o se ha vuelto refractaria al modelo empleado o porque las crisis y los cambios gubernamentales retroalimentan la propia existencia de la demanda.

Estas hipótesis quedan más claras cuando observamos el gráfico con la cobertura de los PTMC, a partir del porcentaje poblacional. Nuevamente vemos que hay un conjunto de países que mantienen el alcance de sus PTMC en torno al 10% de la población. Hay, sin embargo, mayor dispersión y algunos países se destacan por presentar cobertura poblacional por encima de la media, igualmente constante en el tiempo. En ese grupo se encuentran México, Brasil y, en los últimos años, también la República Dominicana. Guatemala se destaca de estos grupos por la amplitud de la oscilación (entre el 15 y el 37%); y Argentina y Chile, por la reducción en la cantidad de familias atendidas.

Es importante tener conciencia de que porcentuales poblacionales similares en alguna medida se refieren a cantidades de personas bastante variables. Para mencionar algunos ejemplos, el programa *Bolsa Familia* benefició en 2016 más de 54 millones de personas, lo que representó el 26,14% de la población, mientras que la República Dominicana atendió a más del 32% de la población y alcanzó casi 3,5 millones de ciudadanas y ciudadanos.

En el Gráfico 2 podemos observar la distribución de la cobertura poblacional estimada en los últimos 15 años para los países latinoamericanos con PTMC activos actualmente.

Hasta donde los datos disponibles nos permiten afirmar, observamos que la tendencia presente aquí apunta para el mantenimiento de los PTMC, aunque ese mantenimiento es posible gracias al rediseño de los programas, como los que se han implantado a lo largo de los últimos años. De todos modos, aunque en ese escenario, podemos observar que no son expresivos – o al menos no se pueden visualizar todavía – los cambios en el sentido de la reducción de la inversión o de la cobertura en la mayor parte de los países latinoamericanos.

Gráfico 2. Cobertura de la población estimada por país/programa

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe (CEPAL).

3. EVALUACIONES DE LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIA MONETARIA: LÍMITES Y POSIBILIDADES

En el campo de las evaluaciones de políticas y programas, hay una serie de posibilidades de trabajo con finalidades distintas. La evaluación de las intervenciones públicas ha ganado creciente espacio y relevancia y ya es relativamente común que un grupo cada vez mayor de programas y políticas sea evaluado, sobre todo, con foco en la medición de sus resultados. Cuando se trata de los PTMC, la evaluación asume mayor relevancia y se ha mostrado un tema especialmente importante, en el que se invierten muchos recursos. Sobre estos programas existe una profusión de estudios bajo las más variadas perspectivas y con objetivos orientados a la evaluación de la eficiencia, de la focalización, de los resultados y también de los impactos alcanzados.

Observando los trabajos más recientes, identificamos una serie consistente de estudios que han demostrado la capacidad de los PTMC de reducir la incidencia y la brecha de la pobreza. En este grupo están también los trabajos que afirman ser los PTMC estrategias eficaces para mejorar las condiciones inmediatas de vida de la población en situación de pobreza, con mayor énfasis para aquellas que sufren el impacto directo de la dimensión monetaria (ROBLES; AZEVEDO, 2011; MOLINA-MILLAN et al., 2016).

Los PTMC han sido inequívocamente efectivos en incrementar el consumo de los hogares beneficiarios, así como en reducir la incidencia y, especialmente, la intensidad de la pobreza y la desigualdad (Fiszbein y Schady, 2009; Stampini y Tornarolli, 2012; Levy y Schady, 2013). No solamente los PTMC han aumentado el consumo, sino que también han mejorado su composición en términos de calidad y la variedad del consumo de alimentos. (IBARRARÁN et al., 2017, p. 2).

Existen también indicadores que demuestran la reducción de la incidencia de trabajo infantil (Ibid.; WORLD WITHOUT POVERTY, 2017), aunque las transferencias no son suficientes para cubrir la diferencia en la renta doméstica (ARAUJO; BOSCH; SCHADY, 2017).

Los estudios que evidencian los resultados más expresivos se sitúan en el campo de la educación. En un estudio comparado entre países de América Latina y el Caribe, la ampliación de la inserción escolar entre los beneficiarios ha variado entre el 0,5% en Jamaica y el 12,8% en Nicaragua. Este dato es particularmente importante porque dialoga con el aumento de stock de capital humano, variable presente en la teoría de cambio del programa. De forma adicional, también existen evidencias de que los PTMC contribuyen al aumento de la progresión escolar (IBARRARÁN et al., 2017). En Brasil, una de las evaluaciones del *Bolsa Família* también apuntó la competencia del programa para reducir las tasas de abandono escolar de los niños y aumentar la frecuencia entre los adolescentes de 15 a 17 años (WORLD WITHOUT POVERTY, 2017).

El programa argentino (Asignación Universal por Hijo) demostró capacidad para impactar positivamente en la matrícula de los niños y adolescentes entre 15 y 17 años. El aumento de la tasa de matrícula para ese grupo fue del 4% en el conjunto de personas beneficiadas, siendo el resultado más influenciado por los niños. Para los grupos más jóvenes, sin embargo, el programa se mostró insuficiente para incentivar la inserción escolar. Por otro lado, es un incentivo importante cuando se observa la tasa de evasión, que cayó un 4 y un 7% para los grupos entre 12-14 y 15-17 años, respectivamente. La evaluación sugiere que esos resultados fueron posibles con la alteración en el diseño del programa, que incorporó sanciones por incumplimiento de las condicionalidades educativas, la articulación con otras políticas y la creación de incentivos adicionales para el cumplimiento de etapas educativas (UNICEF et al., 2017). Otras evaluaciones también han mostrado que las condicionalidades (o corresponsabilidades) asociadas a las transferencias monetarias son importantes para aumentar los niveles escolares y la realización de exámenes preventivos de salud, vacunación y seguimiento del crecimiento entre los niños beneficiarios (ROBLES; AZEVEDO, 2011).

La inserción laboral es un tema muy discutido en el contexto de los PTMC. Se han desarrollado varios estudios para responder a un cuestionamiento frecuente relacionado con los efectos a corto plazo: ¿los PTMC crean incentivos negativos para el trabajo entre las familias beneficiarias? Los estudios han sido contundentes en la demostración de que estos efectos no

existen en la mayoría de los países investigados; en algunos países, existen en segmentos específicos de la población. Para otros países, los estudios muestran que la influencia se restringe a la preferencia por trabajos informales en detrimento de los formales, sobre todo cuando el recibimiento de la transferencia de renta está asociado a la formalidad del empleo de los beneficiarios. Un estudio realizado en Ecuador demostró que el programa local no genera desincentivo al empleo, pero tiene efecto sobre la condición de formalidad (IBARRARÁN et al., 2017). También se identificaron resultados similares en Uruguay (MEDELLÍN; IBARRARÁN; STAMPINI, 2015) e no Brasil (WORLD WITHOUT POVERTY, 2017).

Otro estudio en el que se analizaron evidencias de evaluaciones de siete PTMC en seis países, siendo tres de ellos latinoamericanos (México, Honduras y Nicaragua), afirma no haber encontrado evidencias que estos programas tienen efectos sobre la propensión al trabajo ni sobre el número de horas trabajadas para hombres o mujeres (BANERJEE et al., 2015). En 2014, dos estudios distintos sobre el programa brasileño *Bolsa Família* encontraron resultados diferentes (BARBOSA; CORSEUIL, 2014, FIRPO et al., 2014). Para uno de ellos existen efectos en la reducción de la mano de obra femenina entre las beneficiarias, mientras que para el otro el efecto de la transferencia de renta en la elección por trabajo (formal o informal) y en la cantidad de horas trabajadas es nulo. En un estudio más reciente, se concluyó que el riesgo de que una beneficiaria deje de trabajar es entre 7 y 10% menor que el de una persona no beneficiaria (SANTOS et al., 2016).

En el área de la salud, los impactos son positivos en relación al aumento del uso de los servicios preventivos y a la reducción de la mortalidad en grupos de edad específicos, especialmente con causas relacionadas con la pobreza, como la desnutrición (IBARRARÁN et al., 2017). En Brasil, entre los municipios con altas concentraciones de familias participantes del *Bolsa Família*, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es un 19% menor que entre los demás. Cuando limitadas las causas de mortalidad relacionadas con la pobreza, como la diarrea y la desnutrición, estos mismos municipios tienen porcentuales 53% y 65% menores, respectivamente (WORLD WITHOUT POVERTY, 2017).

Otro tipo de estudio común sobre los PTMC busca calificar su capacidad de focalización. En 2017, el programa brasileño *Bolsa Família* era el

programa social de transferencia monetaria con mejor focalización del país. Esta exactitud en la focalización también se encontraba en los programas de Chile y México (Ibid.). En Argentina, un estudio sobre el Programa Asignación Universal por Hijo también concluyó que hay un alto grado de focalización, con el 20% de las familias más pobres recibiendo cerca del 50% del total de transferencias pagadas por el programa (UNICEF et al., 2017).

Las evaluaciones sobre los PTMC son limitadas cuando el objetivo se refiere a los impactos a largo plazo. Los estudios en esta área han sido poco expresivos en el sentido de afirmar la sostenibilidad de estos cambios de vida ocasionados durante la participación en los PTMC. Es decir: los impactos todavía son poco precisos, poco evidentes o poco observables en la forma esperada cuando se proponen esos programas. En general, la evaluación de impacto a largo plazo de los programas es una tarea difícil y demanda muchos recursos. En el campo de los PTMC, la demostración de resultados se muestra más compleja en función de las restricciones metodológicas implicadas, que aportan desafíos relacionados con la falta de potencia estadística o las muchas dificultades y, en el límite, a la imposibilidad de crear grupos de control y tratamiento adecuados para la comparación entre las estrategias experimentales, por ejemplo (IBARRARÁN et al., 2017).

Aun así, una serie de estudios se desarrollan en este campo. Sus evidencias, sin embargo, son más bien caracterizadas como mixtas (TEJERINA; PIZANO, 2016) o insuficientes para afirmar que los objetivos a largo plazo han sido alcanzados. Los estudios que buscan evaluar la calidad del proceso educativo, por ejemplo, encuentran indicativos de que el aumento en los indicadores, como inserción escolar o aprobación, no fue acompañado de la mejora de los resultados de aprendizaje (IBARRARÁN et al., 2017). Es decir, el aumento de la progresión escolar no es garantía de que niños y adolescentes aprendan más mientras están en las escuelas (ARAUJO; BOSCH; SCHADY, 2017). Por lo tanto, las evidencias todavía son insuficientes para afirmar que un joven que ha acumulado más años de educación formal está accediendo en su vida adulta mejores empleos o salarios (MEDELLÍN; IBARÍN; STAMPINI, 2015).

Un análisis de la capacidad de los PTMC para ayudar a las familias a escapar de la trampa de la reproducción intergeneracional de la pobreza muestra que, después de un período (tres o seis años) participando en el

programa, las familias beneficiarias del PTMC ecuatoriano (Bono de Desarrollo Humano – BDH) presentaron resultados iguales o bastante similares a los presentados por las familias del grupo de control (no participantes). Es decir, los niños pertenecientes a familias que recibieron la transferencia monetaria no presentaron mejores resultados en la adolescencia, y los adultos jóvenes integrantes de familias beneficiarias tuvieron resultados un poco mejores en el rendimiento escolar que los del grupo de control. A largo plazo, la probabilidad de que la participación en el programa cause algún impacto en la vida de los niños y adolescentes es bastante modesto. Este resultado es particularmente importante si recordamos que Ecuador es el país que presenta el mayor nivel de inversión y paga beneficios que constan entre los más altos entre los países de América Latina, alcanzando la cifra del 20% de todo el presupuesto familiar (ARAUJO; BOSCH; SCHADY, 2017).

Otro estudio comparó los programas de México, Colombia y Nicaragua e identificó efectos positivos sobre la escolaridad y el desarrollo de habilidades cognitivas. Sin embargo, afirmó que las evidencias sobre otros resultados son inconclusas con el uso de metodologías experimentales y no experimentales (MOLINA-MILLAN et al., 2016).

De forma más amplia, hay todavía estudios que apuntan al reconocimiento de que ese tipo de programa, por sí solo, no es capaz de enfrentar estructuralmente el fenómeno, sirviendo como lenitivo para las malas condiciones de vida y no para su superación (ESPINOLA; ZIMMERMANN, 2017).

Las dificultades implicadas para evidenciar resultados sostenibles obtenidos por medio de las transferencias monetarias y los resultados poco consistentes encontrados sumados al contexto reciente de crisis económica arrojaron luz sobre las limitaciones de ese tipo de intervención como estrategia de solución sostenible para la pobreza.

Estas constataciones influyen algunos encaminamientos, que se insertan en diferentes campos de la comprensión sobre cuáles serían las soluciones más adecuadas para esos nuevos contornos de la cuestión de la pobreza. Un grupo de acciones avanza hacia la creación de soluciones coordinadas, articulando a varios actores sociales, gubernamentales o no, visando el aumento de la capacidad productiva de las familias y, así, el incremento en sus condiciones de supervivencia y la consiguiente reducción de la dependencia de las transferencias monetarias gubernamentales. Otro conjunto se dedica

a pensar mejoras dirigidas a la focalización y evaluación del cumplimiento de las condicionalidades por parte de las beneficiarias. En este campo están aptas las estrategias que buscan crear atajos para la puerta de salida de los PTMC, por medio de la vigilancia constante sobre el público beneficiario, tanto en el momento del ingreso en el programa como durante su permanencia.

La focalización en las familias más pobres forma parte de las estrategias iniciales de los PTMC. Sin embargo, la recertificación (en Brasil denominada como actualización catastral) ha ganado importancia en el campo del debate sobre la creación de estrategias de salida, siendo este un tema nuevo, ya que el objetivo inicial de los PTMC era romper con la reproducción intergeneracional de la pobreza. Este tema aún es una cuestión delicada, ya que los grupos de población son vulnerables a la pobreza de forma peculiar, con destaque para los niños, las mujeres y las comunidades rurales. Además, casi el 50% de las familias beneficiarias vive en situación de pobreza crónica (MEDELLÍN; IBARÍN; STAMPINI, 2015).

El contexto de crecimiento económico vivido por gran parte de los países latinoamericanos en la década pasada y la consiguiente ampliación de las ofertas de trabajo y empleo para las personas pobres, principalmente aquellas situadas cerca de los umbrales establecidos por los criterios de elegibilidad para los PTMC, levantaron cuestionamientos acerca de la necesidad de crear mecanismos para la exclusión de aquellas que superaron las condiciones de pobreza, incluso para que otras familias pudieran ser incluidas (IBARRARÁN et al., 2017). La pregunta debería ser, sin embargo, si la salida a ser estimulada (y considerada) es del PTMC o de la pobreza. Es importante recordar que la proporción más expresiva en la mejora de la vida de las familias beneficiarias no se debió a la participación en el PTMC, sino de otras dimensiones de la vida, como el acceso al mercado de trabajo facilitado por el crecimiento económico.

Cuando enfocamos la primera opción, la salida del propio PTMC implica esfuerzos para la creación de estrategias de evaluación periódica del mantenimiento de las condiciones de elegibilidad en la familia beneficiaria. Por otro lado, privilegiar la segunda opción inserta los PTMC necesariamente en estrategias más amplias. Algunos países han tratado esta situación de forma innovadora para el continente. En Chile, por ejemplo, se creó una bonificación pagada para las mujeres beneficiarias que consiguen un trabajo formal (MEDELLÍN; IBARÍN; STAMPINI, 2015). De todas formas, esas estrategias

se dan de forma articulada con otras acciones, capaces de potenciar ese efecto – tema que será mejor abordado en la sección siguiente.

4. LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIA MONETARIA CON OTROS PROGRAMAS

Una tendencia bastante presente identificada entre los PTMC en la actualidad es la de articulación con otras acciones, otros programas, otros sectores y otras estrategias gubernamentales o no. Se asiste al reconocimiento de la insuficiencia de este tipo de programa para la reducción sostenible de la pobreza y, a continuación, al intento de construir una solución ampliada, capaz de involucrar líneas de acción con potencial para impactar en la inserción laboral y en la generación de ingresos para las familias pobres.

Cuando hablamos de esta tendencia, no estamos desconsiderando que, desde el principio, para los PTMC que establecen condicionalidades para las familias beneficiarias, el propio diseño de implementación determinó la necesidad de algún nivel de coordinación, principalmente respecto a las acciones relacionadas a la evaluación de resultados y la frecuencia de educación y registros de seguimiento de las condiciones de salud (IBARRARÁN et al., 2017).

De hecho, aunque existan registros de construcción de estrategias de articulación entre sectores para el funcionamiento de los PTMC, el potencial de los PTMC en ese sentido todavía es poco aprovechado. La promoción de coordinación con otros sectores y la creación de una sinergia capaz de movilizar la intervención estatal de forma amplia para la promoción de ofertas cualitativamente mejores se han planteado como dos de los grandes desafíos para el futuro de los PTMC (Ibid.). Algunas iniciativas en este sentido han sido propuestas y desarrolladas.

Además, las articulaciones para las que queremos llamar la atención están en el campo de la inserción productiva de las familias. El programa mexicano Prospera, por ejemplo, incluyó en su diseño cuatro líneas de trabajo por medio de las cuales se busca coordinar y vincular acciones que extrapolan el alcance inicial de programas de transferencia monetaria y alcanzan temas como la inclusión financiera y el incremento de las capacidades productivas domiciliarias y de la propia inclusión profesional

y productiva. La realización de esas acciones es la nueva condición para la inclusión social de las familias pobres (Ibid., 2018).

En Chile, el Programa Familias ofrece acompañamiento psicosocial y sociolaboral para las familias incluidas en el programa. Las sesiones de acompañamiento psicosocial tienen como objetivo promover el desarrollo de habilidades y capacidades para la inclusión social y el desarrollo autónomo. Son 19 sesiones a lo largo de los 24 meses de intervención con la familia. Además, este eje también tiene como finalidad vincular a los beneficiarios a los servicios sociales responsables por atender demandas en las áreas de educación, salud, vivienda, empleo, formación profesional y talleres de dinámica familiar. El seguimiento sociolaboral pretende aumentar la capacidad de generación de ingresos autónomos en los adultos, tanto por medio de la creación de micro emprendimientos como de la inserción en el mercado de trabajo, con la mejora de sus condiciones de empleabilidad (VARGAS; CUEVA; MEDELLÍN, 2017).

En Brasil, en 2011, se lanzó el programa *Brasil Sem Miséria* con tres pilares de actuación: garantía de renta, acceso a los servicios públicos e inclusión productiva. La inclusión productiva tenía como objetivo aumentar las capacidades y oportunidades de trabajo de las familias, así como crear estrategias para la generación de ingresos para las familias en los medios urbano y rural. El pilar de la garantía de renta contaba con el *Programa Bolsa Família* y con otros dos programas⁶. El eje de acceso a servicios articulaba programas de salud, educación y asistencia social, en los moldes de lo que ya se practicaba en el ámbito del PBF hasta entonces. La gran novedad del programa se debe al eje de inclusión productiva. Para la ejecución de esas acciones participaron los ministerios de Desarrollo Social, Educación, Desarrollo Agrario, Integración Nacional y Medio Ambiente. Las actividades involucraban la promoción de cursos de cualificación profesional, microcrédito, asistencia técnica para el medio rural, así como acceso al agua y a los mercados públicos, a través de programas como el *Água Para Todos* y el *Programa de Aquisição de Alimentos*. La mayor parte de estas acciones ya existía y estaba en funcionamiento. Lo

6 Uno de ellos era el BPC – *Benefício de Prestação Continuada*. Creado a través de la Ley Orgánica de la Asistencia Social, en 1993, el BPC garantiza el pago de un salario mínimo para personas con discapacidad y ancianas que vivan en familias con ingresos familiares per cápita mensuales de hasta un cuarto del salario mínimo (BRASIL, 1993). *Brasil Carinhoso* fue un programa creado para sacar de la miseria a las familias con niños de hasta 15 años de edad, por medio de la transferencia de renta, pagada a las familias junto con el PBF.

que se creó de nuevo fue la gran capacidad de articulación entre las acciones, permitiendo que 22 millones de personas superasen la pobreza extrema y más de un millón de personas se matriculasen en cursos del Pronatec, después de dos años de ejecución del programa (MONTAGNER; MULLER, 2015).

La Tabla 2 a continuación presenta un breve resumen de las estrategias de salida desarrolladas en algunos países latinoamericanos actualmente. Como es posible observar, las proposiciones se concentran en el campo de la inserción productiva en el mercado formal o autónomo. Ecuador es el único país a ofrecer únicamente el microcrédito para las familias, acción que se da de forma articulada en los demás países que utilizan esa alternativa.

Tabla 2. Programas de transferencia monetaria condicionada por estrategia de salida

Programa	Estrategia de salida
CL: Ingreso Ético Familiar	Emprendedorismo
PR: Juntos	Programa Mi Chacra Emprendedora Transferencia de bien productivos (semillas, fertilizantes, ganado) y entrenamiento de habilidades
BR: <i>Bolsa Família</i>	<i>Programa Brasil Sem Miséria:</i> Urbana: Microcrédito y fondos para iniciar negocios Rural: Entrenamiento de habilidades, transferencias de tecnología (semillas, fertilizantes), vinculación con mercados y contratos públicos.
RD: Progresando con Solidaridad	Emprendedorismo, entrenamiento y microcrédito.
EC: Bono de Desarrollo Humano	Microcrédito
ES: Comunidades Solidarias	Urbana: Emprendedorismo, entrenamiento de habilidades, trabajo comunitario, incentivo económico condicional. Rural: entrenamiento de habilidades, acceso a bienes productivos, fortalecimiento de vínculos con los mercados locales.
MX: Prospera	Varios programas: Entrenamiento de habilidades, emprendedorismo, vinculaciones al mercado, crédito.

Fuente: Adaptado de Medellín, Ibararán y Stampini (2015).

El riesgo de este tipo de articulación es transitar de programas emblemáticos de reducción de la pobreza, como han sido considerados los PTMC, para otros con carácter igualmente transitorios, sin responsabilizarse de

establecer políticas permanentes, estables y capaces de mantener la pobreza bajo control. Además, es necesario cambiar la perspectiva y fortalecer la acción de la asistencia social y focalizar el desarrollo humano y la creación de oportunidades para que las inclusiones sociales y económicas alcanzadas sean sostenibles (BARRIENTOS, 2013).

5. CONSIDERACIONES FINALES

La implementación de PTMC es, desde su propuesta inicial hace más de 20 años, un desafío en muchos aspectos. La gestión es compleja, pues pone en marcha todo un conjunto de acciones que implica la creación de criterios de elegibilidad, permanencia y transferencia de recursos, pasando por la identificación e inclusión del público, por la verificación del cumplimiento de las condicionalidades y por la efectividad del pago para cientos de miles o millones de personas. La implementación cotidiana también implica la complejidad en la coordinación de ministerios, servicios y equipamientos públicos y, en algunos países, también de administraciones municipales para el acceso a la educación y la salud, para la ejecución de procedimientos de chequeo y para la garantía de que las familias más pobres permanecerán en el programa y podrán a largo plazo disponer de recursos que les permitan romper con el ciclo de reproducción de la pobreza (IBARRARÁN et al., 2017).

Las evaluaciones de estos programas son frecuentes y variadas y actualmente ya han constituido algunos puntos pacíficos acerca de sus efectos. Estos puntos se refieren a la capacidad de los PTMC para aumentar la frecuencia y el nivel de escolaridad de niños y adolescentes en prácticamente todos los países latinoamericanos. Sin embargo, son ambiguos los resultados que evidencian impactos positivos y sostenibles a largo plazo en la vida de las personas, sobre todo en lo que se refiere al rompimiento de la reproducción generacional de la pobreza. A pesar de que es posible hacer una serie de cuestionamientos acerca de las metodologías empleadas y de las propias posibilidades de evaluación empírica de algo tan complejo y multiforme, la narrativa construida ha evidenciado la poca efectividad en el rompimiento del ciclo generacional de la pobreza, en la posibilidad de viabilizar mejores inserciones profesionales futuras para los niños y

adolescentes beneficiados o incluso en la mejora en los niveles de aprendizajes por ellos obtenidos.

Influenciada por esa constatación y por el reconocimiento de los límites de los PTMC en resolver solos la cuestión, se han diseminado estrategias que buscan articular acciones capaces de juntas romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza. Sin embargo, las soluciones sostenibles deben ser visceralmente conectadas al desempeño del mercado de trabajo, con la productividad de los empleos por él generados y con las posibilidades creadas para la inserción de la población pobre, dimensiones fundamentales aún desconectadas del debate de la superación de la pobreza.

El reconocimiento de los límites de los PTMC no debe confundirse, sin embargo, con su incapacidad para generar resultados. Estos programas hacen muy bien lo que les corresponde: crean condiciones para el aumento de capital humano entre las familias pobres y mejoran las condiciones de vida inmediata. Cabe resaltar que algunos de sus resultados están comprometidos por la calidad y la insuficiencia de la oferta de los servicios de salud y educación.

Hasta hace poco, extrapolaba el alcance directo de las responsabilidades de los PTMC la necesidad de revisar la calidad en la oferta de servicios o incluso la creación de estrategias relacionadas directamente a la capacidad y a la inserción productiva de las familias beneficiadas. La tendencia es que los PTMC sean cada vez más instados a avanzar en ese sentido y sean alzados a la condición de articuladores de esos cambios.

Sin embargo, es una estrategia temeraria, especialmente si no se inserta en el campo del reconocimiento de la crisis de los sistemas de protección social y de la necesidad de centrar el debate sobre la pobreza hacia el campo de la desigualdad social, avanzando hacia estrategias que contemplan la multidimensionalidad de la pobreza y la abordan de forma realmente sistémica y articulada.

REFERENCIAS

ARAUJO, M. C.; BOSCH, M.; SCHADY, N. ¿Pueden las transferencias monetarias ayudar a que los hogares escapen de una trampa intergeneracional de pobreza? **Documento de trabajo del BID**, n. 767, fev. 2017.

BANERJEE et al. Debunking the Stereotype of the Lazy Welfare Recipient: Evidence from Cash Transfer Programs Worldwide. **HKS Working Paper**, n. 076, dez. 2015.

BARBOSA, A. L. N. de H.; CORSEUIL, C. H. L. Bolsa Família, Escolha Ocupacional e Informalidade no Brasil. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.

BARRIENTOS, A. Transferencia de Ingresos para el Desarrollo Humano a Largo Plazo. Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo. **One Pager**, n. 224, nov. 2013.

BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Brasília, DF: 7 de dezembro de 1993.

CEPAL. **Panorama Social de América Latina, 2017**. Santiago: Nações Unidas, 2018.

ESPÍNOLA, G. M.; ZIMMERMANN, C. R. As transferências condicionadas de renda na América Latina: lenitivos para a pobreza? **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 55-65, jan./abr. 2018.

FIRPO, S. et al. Evidence of Eligibility Manipulation for Conditional Cash Transfer Programs. **Economía**, v. 15, n. 3, p. 243-60, 2014.

IBARRARÁN, P. et al. **Así funcionan las transferencias condicionadas: Buenas prácticas a 20 años de implementación**. Banco Interamericano de Desarrollo, 2017. Disponível em: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8159/Asi-funcionan-las-transferencias-condicionadas.PDF?sequence=7>. Acesso em: 08 ago. 2018.

MAGRO, A. F. do N.; REIS, C. N. dos. Os Programas de Transferência de Renda na América Latina: panorama de experiências em desenvolvimento. **Revista acadêmica**, editada y mantenida por el Grupo EUMED.NET de la Universidad de Málaga, año 5, n. 10, jun. 2011.

MEDELLÍN, N. et al. Hacia adelante: Recertificación y estrategias de salida en los programas de transferencias monetarias condicionadas. **Monografía del BID**, n. 348, 2015.

MOLINA-MILLAN, T. et al. Long-term impacts of conditional cash transfers in Latin America: review of the evidence. Inter-American Development Bank. **Working Paper Series**, n. 732, out. 2016.

MONTAGNER, P.; MULLER, L. H. (Orgs.). Inclusão Produtiva Urbana: O Que Fez o PRONATEC/Bolsa Formação entre 2011 e 2014. **Cadernos de Estudos Desen-**

volvimento Social em Debate, Brasília, n. 24, 2015. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Educação.

PASE, H. L.; CORBO, C. As políticas públicas de transferência direta de renda na América Latina: uma análise de política comparada. **JURIS**, Rio Grande, v. 24, p. 265-289, 2015.

ROBLES, M.; AZEVEDO, V. **Identificación de beneficiarios de Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC)**. Banco Interamericano de Desarrollo. Sector de Conocimiento y Aprendizaje. Nota de Política, abril 2011.

SANTOS, D. B. et al. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a duração do emprego formal das pessoas pobres. **Discussion Paper** n. 5, 2016. FGV/EAESP.

SOUSA, S. de M. P. S. Dimensões qualificadoras dos Programas de Transferência de Renda na América Latina e Caribe. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 327 - 337, ago./dez. 2015.

TEBALDI, R.; ESSER, A.; DAVIDSEN, A. D. **Promoção de resultados sensíveis ao gênero e às crianças em programas de transferência de renda: uma análise de diferentes estratégias na administração de programas**. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo. Research Brief, n. 61, nov. 2017.

TEJERINA, L.; PIZANO, V. **Programas de transferencias monetarias condicionadas e inclusión financiera**. Nota técnica IDB-TN, n. 1140, 2016.

UNICEF et al. **Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo 2017**. Argentina: UNICEF, ANSES, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, dez. 2017.

VARGAS, L. H.; CUEVA, P.; MEDELLÍN, N. ¿Cómo funciona Ingreso Ético Familiar?: mejores prácticas en la implementación de Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina y el Caribe. **Nota técnica IDB-TN**, n. 1163, 2017.

VIVES, J. L. **Tratado del socorro de los pobres**. Valencia: Imprenta de Benito Monfort, 1992. Ed. original: 1781.

WORLD WITHOUT POVERTY. Brazil Learning Initiative. **Impacts of the Bolsa Familia Program (BFP)**. Set. 2017. Disponível em: <https://wwp.org.br/wp-content/uploads/25.-Impacts-of-the-BFP.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

El Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas fue creado en 2012, mediante cooperación entre el Núcleo de Estudios en Salud Pública de la Universidad de Brasilia (NESP/UnB) y el Núcleo de Estudios sobre Bioética y Diplomacia en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz (NETHIS/FIOCRUZ-Brasilia), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Se fundó en el reconocimiento de la creciente importancia del concepto de desarrollo humano integrado al desarrollo económico y social.

Esta tercera ronda de estudios del Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas (OICH) tiene como foco la evolución reciente de las políticas públicas en América Latina, con énfasis en áreas temáticas específicas tales como trabajo, educación y seguridad social. Este enfoque se justifica a partir de la preocupación en identificar incrementos de las desigualdades sociales en los distintos países y sus repercusiones negativas sobre las condiciones de salud de la población.



NETHIS

NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE
BIOÉTICA E DIPLOMACIA EM SAÚDE



OICH

Observatório Internacional
de Capacidades Humanas,
Desenvolvimento e Políticas Públicas



NESP

Núcleo de Estudos de Saúde Pública
CEAM/UnB



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



UnB



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7967-130-2



9 788579 671302