

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Construyendo la arquitectura del régimen de bienestar en México

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sughei Villa Sánchez

Directores

Esther del Campo García

Gerardo Ordóñez Barba

Madrid, 2016



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID



FUNDACIÓN
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
JOSÉ ORTEGA Y GASSET

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
ORTEGA Y GASSET

Programa de Doctorado

GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Título de la Tesis Doctoral

**CONSTRUYENDO LA ARQUITECTURA DEL RÉGIMEN DE BIENESTAR EN
MÉXICO**

Doctoranda

SUGHEI VILLA SÁNCHEZ

Directores de la Tesis

**DRA. ESTHER DEL CAMPO GARCÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID/IUIOG**

**DR. GERARDO ORDÓÑEZ BARBA
EL COLEGIO DE LA FRONTERA NORTE**

Madrid, 2015

AGRADECIMIENTOS

En la construcción de esta investigación, varias personas e instituciones estuvieron involucradas. Va para todas ellas mi agradecimiento.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México, a través de su programa de Becas al Extranjero, por el apoyo financiero brindado para la realización de este programa doctoral.

Va mi gratitud también con el Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset y a sus profesores, por los conocimientos adquiridos durante la etapa de formación. Y al personal del Instituto en general, por hacer más grata la estancia.

De forma especial, agradezco a la Dra. Esther del Campo y al Dr. Gerardo Ordóñez por la tremenda paciencia, dedicación y apoyo que me brindaron durante el proceso de dirección de tesis y por la generosidad de compartir su valiosa experiencia y su tiempo.

Varios profesores resultaron también especialmente entrañables en la etapa de formación. Gracias al Dr. Javier Loscos y a la Dra. Flavia Freidenberg, por sus contribuciones.

También agradezco a todos mis compañeros y amigos de generación por la bondad de compartir lo más valioso, la experiencia de vida y, en especial, a mi compañero de dos batallas académicas, a David.

Gracias a Madrid por toda la experiencia que resultó ser el doctorado. Mi agradecimiento a ella porque me permitió atesorar entrañables amistades.

Dedico esta tesis a mis Padres y a Camila, por su amor infinito.

ÍNDICE GENERAL

BUILDING THE ARCHITECTURE OF WELFARE REGIMEN IN MEXICO	
CONSTRUYENDO LA ARQUITECTURA DEL RÉGIMEN DE BIENESTAR EN MÉXICO	15
INTRODUCCIÓN	21
CAPÍTULO I. EL BIENESTAR SOCIAL Y LA PROPUESTA TEÓRICA DE LOS RÉGIMENES DE BIENESTAR	27
1. EL PROBLEMA DEL BIENESTAR SOCIAL: LOS RIESGOS SOCIALES	27
2. LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS SOCIALES EN LAS DEMOCRACIAS OCCIDENTALES: ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DEL ESTADO DEL BIENESTAR.	41
3. ENFOQUES EN LA INVESTIGACIÓN COMPARATIVA SOBRE EL BIENESTAR SOCIAL	70
4. ESTRATEGIA ANALÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CASO.....	120
CAPÍTULO II. ORÍGENES Y DESARROLLO DEL RÉGIMEN DEL BIENESTAR EN MÉXICO: 1917-2014	125
1. LOS CIMIENTOS DEL BIENESTAR SOCIAL EN MÉXICO, 1917-1940	126
2. EL RÉGIMEN DE BIENESTAR DEL ESTADO DESARROLLISTA: EL MODELO ECONÓMICO Y EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL MEXICANO, 1940-1982.....	140
3. RESULTADOS DE BIENESTAR Y EFECTOS DE ESTRATIFICACIÓN DEL RÉGIMEN DE BIENESTAR MEXICANO, 1940-1982.....	164
4. LA TRANSICIÓN DEL RÉGIMEN: DEL ESTADO DESARROLLISTA AL RÉGIMEN DE BIENESTAR RESIDUAL: 1983-2014.....	173
CAPÍTULO III. LOS GIROS EN LA POLÍTICA SOCIAL Y LA NUEVA ARQUITECTURA DEL BIENESTAR. EL SEGURO POPULAR Y ¿EL UNIVERSALISMO EN LA SALUD?	189
1. LAS REFORMAS ESTRUCTURALES Y LA CREACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.	190

2. LA CREACIÓN DEL SEGURO POPULAR DE SALUD ¿HACIA EL UNIVERSALISMO?	205
3. LOS RESULTADOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.....	222
CAPÍTULO IV. DESAFÍOS DE LA ARQUITECTURA DEL RÉGIMEN DEL BIENESTAR EN MÉXICO: RESULTADOS DE BIENESTAR Y EFECTOS DE ESTRATIFICACIÓN.	239
1. EL GRADO DE DESMERCANTILIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD .	239
2. LA ARQUITECTURA DEL RÉGIMEN DEL BIENESTAR MEXICANO Y SUS RESULTADOS	243
3. EL RÉGIMEN DEL BIENESTAR, LOS DERECHOS SOCIALES Y EL MODELO DE CIUDADANÍA.....	255
2. PROPUESTAS INSTITUCIONALES MÁS RELEVANTES	263
3. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS	269
BIBLIOGRAFÍA	277

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones de diferenciación del modelo de tipos ideales residual-institucional	72
Tabla 2. Características de los “mundos” del bienestar de los países desarrollados	82
Tabla 3. Familias de regímenes de bienestar	91
Tabla 4. Clasificación de regímenes de bienestar en los países en desarrollo.....	95
Tabla 5. Estados sociales latinoamericanos (1930-1970) según Filgueira.....	102
Tabla 6 .Tipología de regímenes de bienestar en Latino América según Barba	105
Tabla 7. Rendimiento de los regímenes de bienestar latinoamericanos reformados según Barba (década de los noventa)	106
Tabla 8. Características de los regímenes de bienestar en América Latina según Martínez Franzoni	115
Tabla 9. Asignación de responsabilidades para la provisión de servicios sociales (Según Constitución de 1917)	132
Tabla 10. Beneficiarios de las políticas de vivienda según nivel de ingresos e instituciones (porcentajes), 1974.....	162

Tabla 11. Población con protección social por el mecanismo de la Seguridad Social en México, 1960-1982.....	168
Tabla 12. Características del Régimen de Bienestar en México, 1940-1982	170
Tabla 13. Cobertura social de la política de bienestar, 1993-1994.....	
Tabla 14. Población total cubierta por la seguridad social en México, 2000.....	199
Tabla 15. Composición porcentual del gasto total en salud en México, 2001	199
Tabla 16	201
Tabla 17. Segmentación de la seguridad social según grupos poblacionales.....	203
Tabla 18. Distribución de los hogares según proporción del ingreso destinado al gasto en salud por estrato de ingreso, 2000.....	208
Tabla 19. Características del sistema de protección social en salud.	211
Tabla 20. Esquema de aportaciones de las principales instituciones de salud en México.....	217
Tabla 21. Fondos de financiamiento del sistema de protección social en salud según tipos de bienes.	218
Tabla 22. Características del Régimen del Bienestar con base en la política de salud, 2004-2014.....	242
Tabla 23. Mezcla de instituciones que participan en la producción del bienestar (<i>Welfare mix</i>).....	245
Tabla 24. Población informal por tipo de empleador, 3er. Trimestre 2014.	247
Tabla 25. Indicadores de bienestar en México, 2012.	251
Tabla 26. Resultados de la política pública de bienestar en México, 2014.....	252
Tabla 27. Efectos de estratificación del Régimen del Bienestar en México, 2014.	254

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Gasto público federal como proporción del PIB	135
Gráfica 2. Población beneficiaria de la Seguridad Social en México, 1960-1982	149
Gráfica 3. Evolución de la cobertura en Seguridad Social en México según medio urbano o rural, 1960-1982	150
Gráfica 4. Evolución del Gasto en Educación, 1980-1993	177
Gráfica 5. Evolución de la matrícula en educación superior por tipo de oferta, 1982-2012	185
Gráfica 6. Gasto en salud según fuentes de financiamiento, 2001	200
Gráfica 7. Población Asegurada en México, 2000	206
Gráfica 8. Indicador de cobertura en salud en comparación con el porcentaje de gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud, 2012.	207
Gráfica 9. Financiamiento del seguro popular, 2009.	217
Gráfica 10. Presupuesto ejercido 2004-2011 y autorizado 2012 al Seguro Popular, millones de pesos.	222
Gráfica 11. Afiliación al sistema de protección social en salud, 2004-2012	223
Gráfica 12. Evolución de la cobertura del seguro popular, 2004-2012	224
Gráfica 13. Evolución de la afiliación a las instituciones de salud en México, 2000-2014.	225
Gráfica 14. Percepción de calidad de los usuarios de servicios de salud en México, 2012.	227
Gráfica 15. Utilización de los servicios de salud según afiliación institucional, 2013	228
Gráfica 16. Composición del gasto de bolsillo por rubro de gasto en salud en México, 2012.	229
Gráfica 17. Eficacia en el surtimiento de receta médica en las instituciones públicas de salud, 2012.	230
Gráfica 18. Monto del gasto médico trimestral, 2013.	231
Gráfica 19. Evolución del gasto de bolsillo en relación al gasto en salud en México, 1990-2010	232
Gráfica 20. Evolución del presupuesto destinado al seguro popular, 2011-2015.	233

Gráfica 21. Gasto público en salud como porcentaje del PIB en México, 2000-2009.	233
Gráfica 22. Gasto en salud, público y privado, como proporción del PIB países de la OCDE	234
Gráfica 23. Progresividad de la afiliación	235
Gráfica 24. Estructura del mercado laboral por condición de formalidad	247

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. La propuesta analítica del régimen de bienestar según Gough	93
Diagrama 2. Regímenes de bienestar en América Latina antes y después de las reformas según Barrientos	111
Diagrama 3. Esquema dual de provisión en los servicios de atención a la salud, 1960.	147
Diagrama 4. Fragmentación institucional en los servicios de salud en la década de los ochenta.	194
Diagrama 5. Segmentación institucional de los servicios de salud, 2000	208
Diagrama 6. Estructura financiera según aportaciones tripartitas por fuentes.	220
Diagrama 7. Esquema de aportaciones, 2012	221
Mapa 1. Cobertura geográfica y concentración de la población atendida por el Seguro Popular 2013	226
Diagrama 8. Arquitectura institucional del régimen del bienestar en México, 2014.	249
Diagrama 9. Propuesta de Funsalud para la separación de funciones del sistema nacional de salud.	267

BUILDING THE ARCHITECTURE OF WELFARE REGIMEN IN MEXICO

The current structure of welfare policy in Mexico has been unable to ensure effective access to basic welfare services. While the Constitution and the national discourse of Mexican governments recognize a number of social, large sections of the population are vulnerable and unable to access them.

At the beginning of the third millennium, the future of democracy in Mexico is closely related to social roles and responsibilities assumed by the State to ensure the welfare of its citizens under the principle of social citizenship.

Mexico is a country with deep inequalities and large sectors of society living in poverty and exclusion, it is therefore possible to argue that the state has been deficient in terms of social responsibilities, since it has failed to ensure the universal access to basic welfare services and social rights. Instead, he has built an institutional framework of differentiated benefits for population.

This research aims to analyze the institutional architecture of the welfare regime in Mexico to identify the main challenges facing the State in building a wellness model that ensures effective access to social rights formally established in the Constitution.

To do this, the theoretical and methodological elements proposed are the Welfare Regimes framework. As a comparative point, this research use the model of the European Welfare State, which is governed by the principles of universality of the goods and services, where these benefits in health, education, housing and social security, are offered by the State like Social Citizenship.

Other specific objectives pursued are: to characterize the welfare system through the analysis of three elements, ie, the institutional mix, welfare outcomes and effects of social stratification; identify the contribution of labor market , family and social sector in the allocation of welfare mechanisms, as well as suggest policy recommendations.

Two questions guided the findings of this research What welfare regime has produced the institutional structure of social policy in Mexico? What elements must to be modified to

construct a system of universal social security welfare? The first hypothesis is that the welfare regime in Mexico is segmented, non-universal and dual (Beard, 2004; Filgueira, 1998). It is a segmented model that segregates social groups according to their institutional affiliation.

It is non-universal because the contribution is the base to privileged access to welfare benefits, and leaving outside the protection to large population sectors. It is dual because there are two access models, provision and quality of care; a model of exclusive benefits for social security with extensive coverage in benefits and another one, a model based in the necessity with limited benefits.

While the answer to what are the challenges that exist for the construction of a system of universal welfare leads to an important discussion on the financial resources of the State, institutional capacities and targeting of social programs. The main elements that must be changed from the current structure of the scheme are: Breaking the social protection model anchored in the institutional affiliation (universal access), to provide goods and services and social rights, determine a standard of quality of services and standardize benefits among all institutions, distribute health functions according to institutional expertise, build a universal figure and strengthen the insurance system.

The paper is organized into five chapters. The first one presents the theoretical and conceptual framework in which this research is based. It reviews the theoretical contributions from the Welfare State approach and comparative welfare regime research. Its review the epistemological use of the Welfare Regime approach which is defined as the way in that joint and interdependent way welfare is produced and provided by the State, the market and the family, highlighting the central categories of the theoretical proposal: 1) Welfare mix, mix of public-private expenditures of social assistance and social insurance models; 2) Decommodification, term used to indicate the process by which the well-being non depend on relation to the cash nexus; and 3) Social stratification, whereby the welfare mix institutions are key actors in the structuration of class and social order. It continues with a review of the main theoretical and methodological proposals exist to use this approach in Latin America and concludes with a brief methodological note on the elements to be used for the case study. The first

contribution of this work is that it shows the main theoretical approaches that exist in research on welfare policies in Latin America.

The second chapter explores the historical evolution of welfare regime in Mexico. It is divided into two periods, the origins of Developmental Welfare State (1940-1982), during construction of the post revolutionary state and before the era of neoliberal reforms and the period of residual social policies (1983-2014). The historical tour of this period include the construction of the main social security institutions, the Mexican Social Security Institute (IMSS) and the Institute for Social Security and Services for State Workers (ISSSTE); and the changes that occur in welfare policy encouraged by economic structural adjustment measures (which dismantled the institutional architecture of the developmental regime) and the rise of new governments in a context of political change. This chapter, while characterizes the welfare regime, examines the weaknesses and threats presented the institutional structure of welfare .The result is that the institutional architecture of wellbeing during this period was characterized as segmented, heterogeneous and dualized; with a way of operation that had as basis the provision of welfare benefits and corporate rights undemocratic nature.

A third chapter provides evidence on the outcomes of welfare policy following the changes that occurred during the nineties that, by allowing the privatization of the supply of health services and pensions for retirement, disrupted the social security pillars, making more segmented all benefits. In particular, this paper focuses on the path that have taken health policy. Two factors justify the selection of this policy: first, this paper recognizes that social health protection (besides being a universal right) is one of the policy instruments more powerful to reduce inequality, prevent extreme poverty and provide income security; also linked with other policies, can promote productivity and contributes to economic development. Second, health policy (Social Protection System in Health and Seguro Popular) is the most significant experience in the path towards universal welfare services (although many obstacles still exist) in Mexico.

This chapter analyze the context in which is created in the 2003's System of Social Protection in Health-and the Popular Insurance, which would mark a major shift regarding the way in which the State had assumed the responsibilities of public health care, because by first time is a health insurance where access is through non-contributory mechanisms.

The main part of this chapter deals with the analysis of the results that Seguro Popular has had; coverage indicators, quality of care, pocket expenditure and public expenditure. The main conclusion reached is that while the scheme has some important areas of opportunity, has reduced spending pocket, has helped close the gap in health protection between the richest households and lower income and has placed in the center of the political debate the need to build a universal health system.

In the fourth chapter reflects on the institutional architecture of the Mexican welfare regime and the welfare outcomes. Presents a matrix of actors involved in the supply and provision of goods and services-the welfare state, market, family and social sectors and identifies the way how these actors are involved. Analyzes the performance that had the welfare policy in general, and particularly the health, in terms of degree of commodification that ensures and the effects of social stratification that generates welfare policy, closing the discussion with a reflection on the type of citizenship that the system produces. The argumentative axis of this section revolves around the question of what are the challenges that arise in the construction of a universal model for services and welfare? Finally, in conclusion, fifth chapter provides recommendations and suggestions of public policy in order to contribute to the design of a model of universal social security. Makes a review of the main proposals that exist in the creation of a universal health system and closes with recommendations to ensure universal access to health services.

CONSTRUYENDO LA ARQUITECTURA DEL RÉGIMEN DE BIENESTAR EN MÉXICO

La preocupación y la responsabilidad por la protección social de los ciudadanos presentan hoy diferentes matices entre los países en el mundo. Mientras que en las democracias avanzadas de Europa el Estado ha asumido una gran responsabilidad en la protección de los ciudadanos frente a riesgos como el desempleo, la enfermedad, la dependencia, la vejez y la muerte; la responsabilidad social del Estado mexicano en cuanto a política de bienestar se refiere, ha sido limitada.

La estructura actual de la política de bienestar en México ha sido incapaz de garantizar el acceso efectivo a los servicios básicos de bienestar. Si bien la Constitución Política y el discurso nacional de los gobiernos mexicanos reconocen una serie de derechos sociales, grandes sectores de la población se encuentran desprotegidos y sin posibilidades de acceder a ellos.

A inicios del tercer milenio, el futuro de la democracia en México se encuentra estrechamente relacionado con las funciones y responsabilidades sociales que el Estado asuma para garantizar el bienestar de sus ciudadanos bajo el principio de ciudadanía social.

México es un país con profundas desigualdades y con amplios sectores sociales viviendo en situaciones de pobreza y de exclusión, por ello, es posible sostener que el Estado ha sido deficitario en cuanto a funciones y responsabilidades sociales se refiere, ya que no ha logrado garantizar el acceso universal a los servicios básicos de bienestar como derechos sociales; en lugar de ello, ha construido un andamiaje institucional de beneficios diferenciados para grupos poblacionales.

La presente investigación tiene por objetivo analizar la arquitectura institucional del Régimen del Bienestar en México para identificar los principales retos a los que se enfrenta el Estado en la construcción de un modelo de bienestar que garantice el acceso efectivo a los derechos sociales que establece formalmente la Constitución Política. Para ello, se utilizan los elementos teórico-metodológicos que propone el paradigma de los Regímenes del Bienestar. Como punto comparativo se toma el modelo del Estado del

bienestar europeo, el cual se rige por los principios de universalización de los bienes y servicios del bienestar, en donde estas prestaciones de salud, educación, vivienda y seguros sociales, se ofertan por el Estado a la manera de derechos de ciudadanía social. Otros objetivos específicos que se persiguen son: caracterizar al régimen del bienestar a través del análisis de tres elementos, es decir, la mezcla institucional, los resultados de bienestar y los efectos de estratificación social; identificar el papel que juegan el mercado laboral, la familia y el sector social en la asignación de mecanismos de bienestar y sugerir recomendaciones de política pública.

Dos preguntas guiaron los hallazgos de esta investigación ¿Qué régimen de bienestar ha producido la estructura institucional de la política social en México? ¿Cuáles elementos deben de modificarse para construir un régimen de bienestar de seguridad social universal?

La hipótesis sugerida para la primera pregunta es que el Régimen del Bienestar en México es segmentado, excluyente y dual (Barba, 2004; Filgueira, 1998). Es un modelo segmentado porque segrega a los diferentes grupos sociales en sus ámbitos institucionales de adscripción. Es excluyente porque al privilegiar el acceso a las prestaciones de bienestar con base en la contribución, dejó fuera de la protección a grandes sectores de la población. Es dual porque coexisten dos modelos en el acceso, la provisión y la calidad de la atención; un modelo de prestaciones sociales exclusivas para la población contribuyente al seguro social, con una amplia cobertura en las prestaciones y otro de prestaciones limitadas para la población no contribuyente, que se oferta con criterios de focalización.

Mientras que la respuesta a cuáles son los desafíos que existen para la construcción de un régimen de bienestar de carácter universal conduce a una discusión importante sobre los recursos financieros del Estado, las capacidades institucionales y la orientación de los programas sociales. A la luz de los resultados de bienestar, los principales elementos que deben de modificarse de la estructura actual del régimen son: romper con el modelo de protección social anclado en la pertenencia institucional (acceso universal a las prestaciones), ofrecer los bienes y servicios de bienestar como derechos sociales, determinar un estándar de calidad de los servicios y homologar las prestaciones entre

todas las instituciones, distribuir las funciones de salud según la especialización institucional, construir una figura de pensión universal y robustecer el sistema de seguros. El trabajo se organiza en cinco capítulos. El primero de ellos presenta el marco teórico-conceptual en el que se apoya esta investigación. En él se hace un repaso de las aportaciones teóricas sobre el Estado del bienestar, para concluir con los enfoques comparados sobre los regímenes de bienestar (*Welfare Regimen Approach*). Se analiza detalladamente el uso epistemológico del enfoque Régimen de Bienestar -que se define como la forma conjunta e interdependiente como el bienestar es producido y asignado por el Estado, el mercado y la familia-, destacando los elementos centrales de la propuesta teórica: mezcla institucional del bienestar, resultados de bienestar y efectos de estratificación. Continúa con una revisión de las principales propuestas teórico-metodológicas que existen para utilizar este enfoque en América Latina y concluye con una breve nota metodológica sobre los elementos que se utilizarán para el estudio de caso. La primera aportación de este trabajo es que recoge las principales contribuciones teóricas que existen en la investigación sobre las políticas de bienestar en América Latina.

El segundo capítulo explora la evolución histórica del régimen de bienestar en México. Se divide en dos grandes periodos, los orígenes del Estado Desarrollista del Bienestar (1940-1982), durante la construcción del Estado posrevolucionario y antes de la época de las reformas neoliberales y el periodo de las políticas sociales residuales (1983-2014). En el recorrido histórico por este periodo destaca la construcción de las principales instituciones de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); así como los cambios que se producen en la política de bienestar incentivados por las medidas económicas de ajuste estructural (que desmantelan la arquitectura institucional del régimen desarrollista) y por el ascenso de nuevos gobiernos en un contexto de alternancia política. Este capítulo, a la vez que caracteriza al régimen de bienestar, examina las debilidades y amenazas que presenta la estructura institucional de bienestar de la cual depende la población mexicana. Como resultado, encuentra que la arquitectura institucional del bienestar durante esta época se caracterizó por ser segmentada, heterogénea y dualizada; con una lógica de operación dominante que tuvo por base la provisión de prestaciones de bienestar como derechos corporativos de naturaleza antidemocrática.

Un tercer capítulo ofrece evidencia sobre los resultados de la política de bienestar social a raíz de los cambios que ocurrieron durante la década de los noventa que, al permitir la privatización de la oferta de servicios de salud y de pensiones para el retiro, trastocaron los pilares de la seguridad social, acentuando la segmentación y estratificación de los beneficios. En particular, este trabajo se centra en la evolución que ha tenido la política de salud. Dos factores justifican la selección de esta política: en primer lugar, este trabajo reconoce que la protección social en este rubro (además de ser un derecho universal) es uno de los instrumentos de política pública más poderosos para reducir la desigualdad, prevenir la pobreza extrema y proporcionar seguridad de los ingresos;¹ además, al vincularse con otras políticas, permite promover la productividad y contribuye al desarrollo económico. En segundo lugar, la política de salud, mediante la iniciativa del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular, es la experiencia más significativa en la ruta hacia la universalidad de los servicios de bienestar (aunque con muchos obstáculos aún para aspirar a alcanzarla) en México. Inicia analizando el contexto en el que se crea en el 2003² el Sistema de Protección Social en Salud –y el Seguro Popular–, que marcaría un viraje importante respecto de la forma en como el Estado había asumido las responsabilidades públicas de atención de la salud, pues por primera vez existe un seguro de salud donde el acceso es a través de mecanismos no contributivos. La parte fundamental de este capítulo se refiere al análisis sobre los resultados que el Seguro Popular ha tenido; se analizan los indicadores de cobertura, calidad en la atención, gasto de bolsillo y gasto público. La conclusión principal a la que se llega es que si bien el Seguro Popular tiene algunas áreas de oportunidad importantes, ha logrado disminuir el gasto de bolsillo, ha contribuido a cerrar la brecha en protección en salud entre los hogares más ricos y los de menores ingresos (ver la progresividad de la afiliación) y ha colocado en el centro del debate político la necesidad de construir un sistema de salud de acceso universal.

¹ La Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha reconocido la función esencial que juegan las políticas de protección social en la búsqueda de una mayor equidad social y como protección frente a las crisis económicas. En 2001, en la 89ª. Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, se estableció como una prioridad máxima las políticas que brinden seguridad social a aquellas personas que no estuvieran cubiertas por los sistemas vigentes y en 2009 se lanzó la Iniciativa del Piso de Protección Social de las Naciones Unidas (OIT, 2012: 5-8).

² Este año se refiere a la reforma a la Ley General en Salud que adicionó un Título Tercero Bis relativo a la protección social en salud. Si bien el Sistema de Protección Social en salud fue concebido en esa fecha, inició operaciones en el 2004.

Un cuarto capítulo reflexiona sobre la arquitectura institucional del régimen de bienestar mexicano y sus resultados de bienestar. Presenta a la matriz de actores que participan en la oferta y provisión de bienes y servicios de bienestar -el Estado, el mercado, la familia y el sector social- e identifica la forma en cómo estos actores participan. Analiza el desempeño que ha tenido la política de bienestar social en general –y la de salud en particular-, en tanto tipo de riesgos que cubre y el grado de desmercantilización que asegura; así como los efectos de estratificación social que la política de bienestar genera, cerrando la discusión con una reflexión sobre el tipo de ciudadanía que el régimen produce. El eje argumentativo de este apartado gira en torno al cuestionamiento sobre ¿Cuáles son los desafíos que se presentan en la construcción de un modelo universal de servicios y prestaciones de bienestar? De ahí que en paralelo se exploren los obstáculos y se reserven las recomendaciones para el capítulo siguiente.

Finalmente, a manera de conclusión, un quinto capítulo ofrece recomendaciones y sugerencias de política pública en el ánimo de contribuir al diseño de un modelo de seguridad social universal. Hace un recorrido por las principales propuestas que existen en este tenor, donde destaca la creación de un sistema universal de salud y cierra con recomendaciones para garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

La preocupación y la responsabilidad por la protección social de los ciudadanos presentan hoy diferentes matices entre los países en el mundo. Mientras que en las democracias avanzadas de Europa, el Estado ha asumido una gran responsabilidad en la protección de los ciudadanos frente a riesgos como el desempleo, la enfermedad, la dependencia, la vejez y la muerte; la responsabilidad social de la mayoría de los Estados latinoamericanos, en cuanto a política de bienestar se refiere, ha sido limitada.

Los Estados latinoamericanos se enfrentan a un reto singular, este es, la construcción de un modelo de bienestar social que garantice a todos sus ciudadanos el acceso efectivo a los derechos sociales.

Al igual que la mayoría de los Estados en América Latina, México enfrenta serios desafíos en torno al bienestar de sus ciudadanos. Los obstáculos en la política de bienestar social mexicana se expresan en la incapacidad del Estado por garantizar el acceso efectivo a los servicios mínimos de bienestar. Mientras que de *jure* y en el plano discursivo, los gobiernos reconocen un cúmulo de derechos sociales, de *facto*, estos derechos no se hacen efectivos, pues grandes segmentos poblacionales no tienen garantizado el acceso a los servicios básicos de bienestar.

México es un país con profundas desigualdades y con amplios sectores sociales viviendo en situaciones de pobreza y de exclusión.³ Según el último estudio del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), entre 2012 y 2014 el porcentaje de población en pobreza en México subió de 45.5 a 46.2 por ciento; mientras que el porcentaje de pobreza extrema bajó de 9.8 a 9.5 por ciento. Por estas condiciones, es posible sostener que el Estado ha sido deficitario en cuanto a funciones y responsabilidades sociales se refiere, ya que no ha logrado garantizar el acceso universal a los servicios básicos de bienestar como derechos sociales. En lugar de ello, ha construido un andamiaje institucional de beneficios diferenciados para grupos poblacionales, en donde el acceso a las prestaciones sociales se ha otorgado como un beneficio de tipo corporativo.

³ En http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014_CONEVAL_wep.pdf. Consultado el 3 de septiembre de 2015.

El objetivo general de la presente investigación es analizar la arquitectura institucional del Régimen del Bienestar en México con el propósito de identificar los principales desafíos a los que se enfrenta el Estado en la construcción de un modelo de bienestar que garantice el acceso efectivo de sus ciudadanos a los derechos sociales que están estipulados por la Constitución Política. Para ello, se parte de los elementos teórico-metodológicos que propone el paradigma de los Regímenes del Bienestar.

Otros objetivos específicos que se persiguen son: i) caracterizar al régimen del bienestar a través del análisis de tres elementos: la mezcla institucional, los resultados de bienestar y los efectos de estratificación social; ii) identificar el papel que juegan el mercado laboral, la familia y el sector social en la asignación de mecanismos de bienestar y iii) sugerir recomendaciones de política pública.

La investigación ha sido guiada por dos preguntas: ¿Qué régimen de bienestar ha producido la estructura institucional de la política social en México? y ¿Cuáles elementos deben de modificarse para construir un régimen de bienestar de seguridad social universal? La hipótesis sugerida para la primera pregunta es que el Régimen del Bienestar en México es segmentado, excluyente y dual (Barba, 2004; Filgueira, 1998). Es un modelo segmentado porque segrega a los diferentes grupos sociales con base en los ámbitos institucionales de afiliación. Resulta ser excluyente porque, al privilegiar la base contributiva como mecanismo de acceso a los beneficios sociales, dejó al margen de la protección estatal a grandes sectores poblacionales. Presenta una dualidad porque coexisten dos modelos en el acceso, la provisión y la calidad de la atención; uno de prestaciones sociales exclusivas para la población contribuyente al seguro social –que cuenta con una amplia cobertura en las prestaciones- y otro de prestaciones limitadas para la población no contribuyente, que se oferta según criterios de focalización.

Ahora bien, la respuesta a la segunda pregunta sobre cuáles son los desafíos que existen en el país para la construcción de un régimen de bienestar de carácter universal, lleva al lector a una discusión sobre las capacidades institucionales del Estado, los recursos financieros con los que cuenta y la orientación de los programas sociales. Con base en el análisis del desempeño del régimen de bienestar, se sostiene que, los elementos de la estructura actual del régimen que deben de modificarse son: romper con el modelo de protección social construido sobre la pertenencia institucional, ofrecer los bienes y

servicios de bienestar como derechos sociales, determinar un estándar de calidad de los servicios y homologar las prestaciones entre todas las instituciones, distribuir las funciones de salud según la especialización institucional, construir una figura de pensión universal y robustecer el sistema de seguros.

En cuanto a la estructura de la tesis, el documento está organizado en cinco capítulos. En el primer capítulo se presenta el marco teórico-conceptual en el que se apoya esta investigación, haciendo un repaso sobre las aportaciones teóricas del Estado del bienestar y los enfoques comparados sobre los regímenes de bienestar (*Welfare Regimen Approach*) en Europa y en América Latina. En este capítulo se analiza el uso epistemológico del enfoque Régimen de Bienestar -definido como la forma conjunta e interdependiente como el bienestar es producido y asignado por el Estado, el mercado y la familia- y se destacan los conceptos centrales de la propuesta teórica (mezcla institucional del bienestar, resultados de bienestar y efectos de estratificación). Una aportación de este apartado es que expone las principales propuestas teórico-metodológicas que existen en la investigación sobre políticas de bienestar en América Latina. Concluye con una breve nota metodológica sobre los elementos teórico-analíticos que se utilizarán para el estudio de caso, así como una descripción sobre la estrategia de investigación, que opta por el estudio de caso porque permite profundizar lo suficiente en el país como la unidad de análisis.

Un segundo capítulo presenta los antecedentes históricos de la construcción del régimen del bienestar mexicano. Abarca dos grandes periodos: i) 1940-1982, que es el periodo del Estado posrevolucionario y del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) en donde aborda los orígenes del Estado Desarrollista del Bienestar durante la construcción del Estado posrevolucionario; ii) 1983-2014, que es la época de las reformas neoliberales y el periodo de las políticas sociales residuales. En el recorrido histórico destacan, la construcción del andamiaje institucional del bienestar con las instituciones principales de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); así como los cambios que se producen en la política de bienestar social incentivados por las medidas económicas de ajuste estructural y por el ascenso de gobiernos de alternancia. A la par que caracteriza al régimen de bienestar, el capítulo expone también las debilidades y amenazas que presenta la estructura institucional de

bienestar de la cual depende la población mexicana. La conclusión a la que lleva la revisión de estos periodos es que la arquitectura institucional del bienestar durante esta época se caracterizó por ser segmentada, heterogénea y dualizada, con una lógica de provisión de prestaciones de bienestar como derechos corporativos.

El tercer capítulo evidencia el desempeño de la política de bienestar social. A la luz de los cambios que ocurrieron durante la década de los noventa (que abrieron la puerta a la privatización parcial de la oferta de servicios de salud y de pensiones para el retiro), los pilares de la seguridad social se trastocaron y acentuaron la segmentación y estratificación de los beneficios. En particular, este capítulo se centra en la evolución que ha tenido la política de salud en México. La selección de esta política responde a dos motivaciones: en primer lugar, esta investigación reconoce que la protección social en este rubro (además de ser un derecho universal) es uno de los instrumentos de política pública más poderosos para reducir la desigualdad, prevenir la pobreza extrema y proporcionar seguridad de los ingresos;⁴ además, al vincularse con otras políticas, permite promover la productividad y contribuye al desarrollo económico. En segundo lugar, la política de salud, mediante la iniciativa del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular, es la experiencia más significativa en la ruta hacia la universalidad de los servicios de bienestar en México (aunque con muchos obstáculos aún para aspirar a alcanzarla). El capítulo analiza los antecedentes de la creación del Sistema de Protección Social en Salud y del Seguro Popular,⁵ que marcarían un giro importante respecto de la forma en como el Estado había asumido las responsabilidades públicas de atención de la salud. Con la creación del Seguro Popular, existe por primera vez un seguro de salud para la población no contributiva. La parte fundamental de este capítulo se refiere al análisis sobre los resultados que el Seguro Popular ha tenido; analizando los indicadores de cobertura, calidad en la atención, gasto de bolsillo y gasto público. La conclusión principal a la que se llega es que si bien el Seguro Popular tiene algunas áreas de oportunidad importantes, ha logrado disminuir el gasto de bolsillo, contribuyendo a cerrar

⁴ La Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha reconocido la función esencial que juegan las políticas de protección social en la búsqueda de una mayor equidad social y como protección frente a las crisis económicas. En 2001, en la 89ª. Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, se estableció como una prioridad máxima las políticas que brinden seguridad social a aquellas personas que no estuvieran cubiertas por los sistemas vigentes y en 2009 se lanzó la Iniciativa del Piso de Protección Social de las Naciones Unidas (OIT, 2012: 5-8).

⁵ Este año se refiere a la reforma a la Ley General en Salud que adicionó un Título Tercero Bis relativo a la protección social en salud. Si bien el Sistema de Protección Social en salud fue concebido en esa fecha, inició operaciones en el 2004.

la brecha en protección en salud entre los hogares más ricos y los de menores ingresos (ver la progresividad de la afiliación) y ha colocado en el centro de la agenda política la necesidad de construir un sistema de salud que marque un cambio de sendero hacia una mayor inclusión social (aunque resulte limitado sólo al acceso a la salud).

El eje argumentativo del cuarto capítulo gira en torno al cuestionamiento sobre ¿Cuáles son los desafíos que se presentan en la construcción de un modelo universal de servicios y prestaciones de bienestar? Inicia analizando la arquitectura institucional del régimen del bienestar mexicano y sus resultados. Identifica a la matriz de actores (Estado, mercado y familia) que participan en la oferta y provisión de bienes y servicios de bienestar y analiza el desempeño que ha tenido la política de bienestar social en general –y la de salud en particular-, en tanto tipo de riesgos que cubre, el grado de desmercantilización que asegura, los efectos de estratificación social y el tipo de ciudadanía que genera. La discusión central se centra en los obstáculos que se presentan para la construcción de un régimen del bienestar más incluyente.

Finalmente, a manera de conclusión, un quinto capítulo ofrece recomendaciones y sugerencias de política pública en el ánimo de contribuir al diseño de un modelo de seguridad social universal. Hace un recorrido por las principales propuestas que existen en este tenor, donde destaca la creación de un sistema universal de salud y coincide en recomendaciones las para construir un sistema universal de seguridad social que considere: 1) Un sistema universal de salud, 2) Un sistema universal de pensiones (de vejez y viudedad) y 3) Un sistema de seguro de desempleo y de riesgos en el trabajo.

CAPÍTULO I. EL BIENESTAR SOCIAL Y LA PROPUESTA TEÓRICA DE LOS REGÍMENES DE BIENESTAR

Este capítulo presenta las aportaciones teórico-metodológicas de las que se nutre el trabajo de investigación. Inicia con una discusión sobre los riesgos sociales -o peligros que, de materializarse, tendrían consecuencias negativas sobre el bienestar de las personas- más comunes en las sociedades postindustriales como la enfermedad, la vejez, el desempleo, la viudedad o, en general, la ausencia de ingreso. Posteriormente, hace un repaso por las aportaciones teóricas de la tradición de estudios sobre el Estado del bienestar. Continúa con la propuesta del enfoque comparado de regímenes de bienestar (*Welfare Regimen Approach*), de donde toma el concepto de régimen de bienestar, entendido como la forma conjunta e interdependiente como el bienestar es producido y asignado por el Estado, el mercado y la familia; y tres componentes analíticos centrales: mezcla institucional del bienestar (*welfare mix*), resultados de bienestar y efectos de estratificación para caracterizar al régimen de bienestar mexicano. La revisión del enfoque comparado concluye con las principales propuestas teórico-metodológicas que existen para utilizar este enfoque en América Latina. Finalmente, se presenta a manera de ficha metodológica, la estrategia de investigación que sigue este trabajo, aplicando el marco analítico revisado al estudio de caso.

1. EL PROBLEMA DEL BIENESTAR SOCIAL: LOS RIESGOS SOCIALES

La búsqueda del bienestar se ha convertido hoy en la meta máxima de todas las sociedades democráticas. La preocupación por el bienestar de los individuos supera los confines de las naciones y se ha convertido en un objetivo manifiesto en el discurso y la política del desarrollo en el ámbito internacional, donde el ejemplo más evidente se encuentra en los objetivos de desarrollo del Milenio de Naciones Unidas.

En torno al bienestar hay aún mucho que explorar de cara a los desafíos a los que los individuos se enfrentan en el curso de sus vidas. En el desarrollo de sus biografías los ciudadanos confrontan distintas situaciones de precariedad y de incertidumbre. Estar vivos y vivir con calidad depende de una serie de garantías para hacer frente a la incertidumbre relacionada con la enfermedad, la vejez, el desempleo, la dependencia, la viudedad o la ausencia de ingresos en general. Esta incertidumbre se entiende bajo el

término de “riesgos” y se refiere a los peligros que, de materializarse, tendrían consecuencias negativas sobre el bienestar de las personas (Barrientos, 2007:2).

Una de las responsabilidades de los Estados se centra precisamente, en la forma en cómo da respuesta a estos riesgos a través de diversos instrumentos de protección frente a ellos. En la gestión de los riesgos es indispensable considerar una protección social que garantice la salvaguarda de los individuos frente a eventos que pudieran tener efectos adversos sobre su bienestar y su calidad de vida.

Si bien los riesgos son individuales, la gestión de los riesgos es una tarea colectiva que afecta a la sociedad en su conjunto. Un riesgo individual se convierte en un riesgo social o colectivo en función de tres razones (Esping-Andersen, 1999:37):

En primer lugar, un riesgo individual adquiere un carácter colectivo cuando al afectar a uno o a muchos individuos pone en riesgo el bienestar de la sociedad. Esto es, cuando lo que afecta el destino de varios individuos tiene consecuencias colectivas adversas al bienestar social.

Los riesgos se convierten en riesgos sociales también cuando la sociedad los reconoce como merecedores de atención pública, como la atención al problema de la pobreza, la salud o la educación, entre otros.

En tercer lugar, la complejidad de la propia sociedad hace que muchos riesgos se originen en fuentes exógenas al individuo, que escapan por ende, a su control individual. Un ejemplo de este último punto es la dependencia de las personas hacia los ingresos que provee el mercado del trabajo; cuando el mercado falla en la provisión de ingresos y puestos de trabajo, los individuos se encuentran a merced de estas condiciones, con muy poco margen de maniobra para modificar esta situación.

Además de su atributo colectivo, los riesgos sociales tienen otras características. Estos riesgos no son aleatorios ni estáticos, varían en función de varios factores, particularmente el sexo, la clase social, la etnia y la edad, y van modificándose a través del tiempo (Orloff, 1993; Esping-Andersen, 1999; Sainsbury, 1999).

La distribución de los riesgos sociales varía entre las diferentes categorías sociales y fases vitales en las que se encuentren los individuos de un país determinado. Mientras que existen riesgos sociales que afectan a toda la población como lo es la vejez; otros están estratificados socialmente como el desempleo, la pobreza y la falta de techo; y otros más están relacionados con atributos específicos, como la edad, dando como resultado situaciones precarias por la ausencia de ingresos en la infancia y en la vejez (Filgueira, 2007:10; Esping-Andersen, 1999:32 y ss).

En el estudio sobre los riesgos sociales destaca el trabajo de Gosta Esping-Andersen (1999), quien plantea que la gestión de los riesgos sociales se convierte en una tarea central para las sociedades modernas. Esping-Andersen sostiene que pueden ser absorbidos en las distintas sociedades por el estado, el mercado o la familia; sin embargo, arguye que existen tres razones poderosas que hacen necesaria la intervención pública en la gestión de los riesgos: los fallos del mercado, los fallos de información y la competencia imperfecta.

En primer lugar, destaca los fallos del mercado asociados a las externalidades negativas que genera la actividad económica. El ejemplo más citado para evidenciar las externalidades es aquel que ocurre cuando alguien (un ente contaminador) impone costos (como el cáncer) sobre personas inocentes. Otro problema grave asociado a los fallos, se refiere a la distribución desigual del bienestar por parte del mercado, que divide a la población entre sujetos asegurables y sujetos no asegurables por los seguros privados (los viejos, los enfermos, los desempleados, los trabajadores con bajas habilidades), donde estos últimos carecen de posibilidades de adquirir bienestar a través del mercado. Esas externalidades que dan lugar a la distinción entre sujetos susceptibles o no de ser asegurables, llevan también a la diferenciación entre riesgos “buenos” y “malos”, sentando las bases para la intervención residual del Estado para aquellos sujetos que son discriminados por el mercado (Esping-Andersen, 1999: 38-39). Los fallos de información son la segunda razón que exige la intervención social por parte del Estado. Se refieren a la dificultad para prevenir o predecir los eventos catastróficos (un ciclo económico desfavorable, una enfermedad degenerativa o el cese del trabajo), razón por la cual los sistemas de seguridad privados no pueden funcionar de manera justa. Finalmente, la intervención por parte del Estado en la administración de los riesgos es necesaria también porque la competencia imperfecta da lugar a prácticas monopólicas que distorsionan los

precios y generan una gran presión para los consumidores de servicios de bienestar; por ello, el Estado debe de intervenir para garantizar precios justos y calidades adecuadas de los servicios.

Para Esping-Andersen (1999) los riesgos sociales se distribuyen de forma desigual entre los individuos según su estratificación, las etapas vitales por las que transiten y las desventajas heredadas. En función de estos tres ejes citados, este autor distingue tres tipos de riesgos sociales:⁶

- a) Riesgos de clase,
- b) Riesgos de la trayectoria vital y
- c) Riesgos intergeneracionales.

Los riesgos de clase hacen referencia al hecho de que la probabilidad de un riesgo social se distribuye de manera desigual en los diversos estratos o categorías sociales. Esta idea parte de la premisa de que existe una distribución desigual de los riesgos según diferentes categorías profesionales o sociales. Los actores colectivos forman categorías de riesgos por su situación en torno a las posibilidades de acceso al bienestar, acceso que está asociado a su vez, a la situación laboral del individuo. Los individuos se identifican en categorías de riesgos en función de las relaciones que éstos establezcan con los dispositivos de seguridad de los que dispongan, por lo que la situación de clase de los individuos está determinada previamente por su situación desigual para acceder al bienestar a través del mercado (Baldwin, 1992).

Así, existen grupos sociales que comparten riesgos en función de la pertenencia a un estatus profesional. Esto queda de manifiesto cuando se examinan los riesgos a los que se enfrentan los profesionales manuales no cualificados y los profesionales no manuales de alta cualificación. Mientras que los primeros se enfrentan a mayores probabilidades de padecer enfermedades laborales y son más vulnerables a percibir salarios bajos y al desempleo; los trabajadores no manuales y de alta cualificación gozan de una probabilidad más baja de encontrarse en estas situaciones. El riesgo se distribuye de manera desigual entre los actores colectivos, por lo que un grupo social tendrá

⁶ La siguiente exposición se desarrolla siguiendo la obra de Esping-Andersen (1999:40-3).

oportunidades vitales que resultarán sistemáticamente inferiores a las de otros grupos. Estas desigualdades aparecen entonces como riesgos de clase, donde a los estratos de alto riesgo les resultará más difícil obtener seguridad a través del mercado.

El segundo eje de riesgos se refiere a los riesgos de la trayectoria vital. Los riesgos sociales se distribuyen de forma desigual también a lo largo de las fases de la vida. La noción de los riesgos de trayectoria vital toma como premisa los estudios sobre el ciclo vital de la pobreza que sostienen que ésta se concentra especialmente en dos etapas del ciclo: la infancia y la vejez. El ciclo vital de pobreza está vinculado estrechamente a la falta de correspondencia entre las necesidades y los ingresos específicos de cada edad. Los riesgos se concentran así en la infancia y la vejez, los dos extremos de la vida donde no se generan ingresos y sí se demanda de una gran cantidad de satisfactores de bienestar. El caso más típico para ejemplificar este segundo tipo de riesgos según Esping-Andersen (1999) es aquel en donde existen familias jóvenes con hijos pequeños que tienen necesidades costosas y bajos ingresos. Esta situación hace que su capacidad de ahorro se encuentre sumamente reducida, por lo que resultará complicado gestionar algunos riesgos a través del mercado. Esto es, las familias que se encuentren en esta situación no podrán obtener un plan de salud, educación ni de pensiones que les provea seguridad en el futuro y bienestar en el presente. Esta falta de correspondencia entre las necesidades y los ingresos vinculados con la edad, hace que un importante número de individuos se encuentre sin cobertura ante estos riesgos sociales.

Una vez analizados los dos tipos de riesgo anteriores, conviene analizar la última categoría de riesgos, los riesgos intergeneracionales. Los riesgos intergeneracionales se encuentran estrechamente vinculados a los riesgos de clase, que se manifiestan cuando las oportunidades vitales de colectivos específicos resultan inferiores a las de otros. Si bien las desigualdades entre colectivos aparecen como riesgos de clase, cuando éstas también son heredadas el problema se convierte en una transmisión de riesgos entre generaciones. Los riesgos intergeneracionales son así aquellos riesgos que se heredan y refuerzan a través de las generaciones.

Los desarrollos teóricos de la sociología de la pobreza han permitido desprender explicaciones interesantes sobre la distribución desigual de los riesgos entre los individuos en una sociedad. Los estudios sobre la pobreza concluyen que existen círculos

viciosos de reproducción de la misma porque la herencia y los mercados son elementos que se refuerzan mutuamente (un ejemplo clásico es como el origen social condiciona en gran medida los logros en el ámbito educativo y profesional). Los riesgos a los que se enfrentan los hijos de familias en situación de pobreza y marginalidad (abandono escolar, desempleo, subempleo, criminalidad) son desproporcionadamente mayores a las situaciones de riesgo que pueden enfrentar otros individuos (Esping-Andersen, 1999). Las desigualdades se producen en la familia a través de las desventajas heredadas y se refuerzan en el mercado; de esta manera, los riesgos se reproducen sistemáticamente a través del tiempo, generando grupos sociales con oportunidades vitales desiguales.

Ahora bien, estos tres tipos de riesgos varían también en la forma en la que pueden ser gestionados y en las respuestas que exigen. Según la forma en cómo se gestionen, los riesgos sociales pueden ser absorbidos por la familia, asignados al mercado o internalizados por el Estado a través de la política social. Mientras que los riesgos de la trayectoria vital” pueden ser absorbidos por la familia y el mercado, los riesgos de “clase” e “intergeneracionales” requieren de una intervención pública en forma de Estado del bienestar (Esping-Andersen, 1999). En lo que se refiere a las soluciones que demandan, existe una distinción importante también, pues mientras que los riesgos “de clase” y “de la trayectoria vital” requieren soluciones que implican la universalización de los derechos, lo riesgos “intergeneracionales” presentan un desafío mayor (Esping-Andersen, 1999). Este último tipo de riesgos es el que ha dominado el debate sobre los riesgos en los últimos años, especialmente en contextos marcados por una profunda desigualdad social. Filgueira (2007) plantea que para resolver el problema de la reproducción sistemática de las desigualdades se precisa de un compromiso en forma de políticas de igualdad de oportunidades entre los individuos.

Los riesgos sociales varían en intensidad también. Cuando un individuo carece de garantías para hacer frente a eventos inesperados como la pérdida del empleo, una enfermedad, cambios en la composición del hogar, pérdida de solvencia económica, pérdida de capacidades, necesidad de proveer o demandar cuidados, entre otros, se encuentra en una situación de vulnerabilidad. La vulnerabilidad de un individuo depende estrechamente de los instrumentos de protección –seguridad- de los que disponga para hacer frente a la incertidumbre (Chambers y Conway, 1992). La intensidad de los riesgos sociales variará en una nación entre diferentes grupos de individuos en función de los

activos con los que éstos cuenten para gestionar el riesgo. El riesgo será mayor entre aquellos individuos que cuenten con pocos recursos para confrontar los eventos inesperados; mientras que, entre mayor seguridad exista para manejar el riesgo, menor será la vulnerabilidad de los individuos.⁷

Otra propiedad de los riesgos sociales se refiere al carácter dinámico que estos tienen, que queda de manifiesto en las alteraciones que éstos sufren a lo largo del flujo de la historia. Aunque algunos riesgos son constantes, otros varían con la transformación de las sociedades. Así, existen riesgos como la vejez, la enfermedad, la falta de techo, la discapacidad y la muerte que han sido comunes a todas las sociedades, mientras que nuevos riesgos sociales han aparecido también con la transformación de las sociedades a lo largo del tiempo, como el desempleo o la necesidad de cuidados que sustituyan el trabajo femenino no remunerado en el hogar (Esping-Andersen, 1999).

De acuerdo con Esping-Andersen (1999), la estructura de riesgos de una sociedad obedece a un periodo histórico concreto. Mientras que algunos riesgos sociales han desaparecido o han sido minimizados exitosamente a través del tiempo,⁸ nuevas incertidumbres atormentan a las generaciones presentes. Según Taylor-Gooby (2004), los nuevos peligros y desafíos que se presentan hoy en la sociedad contemporánea bajo la forma de nuevos riesgos sociales están alterando drásticamente la estructura de los viejos riesgos sociales. Estos nuevos riesgos sociales se entienden como:

“Los nuevos riesgos sociales son los riesgos que enfrentan ahora las personas en el curso de sus vidas como consecuencia de los cambios económicos y sociales asociados con la transición a una sociedad post-industrial.” (Taylor-Gooby, 2004:2).⁹

⁷ La vulnerabilidad de ciertos grupos hacia riesgos sociales específicos depende en gran medida de los activos o recursos con los que éstos cuenten para gestionar el riesgo. Un individuo que confronta una situación de malestar donde necesita de cuidados permanentes podría optar por adquirirlos a través del mercado, el Estado, la familia o las organizaciones de voluntarios. La decisión tomada dependerá de los recursos o activos de los que este individuo disponga; así, si cuenta con ingresos suficientes puede optar por la oferta del mercado; si existe una intervención pública que le provea los cuidados podría acceder a ellos; o bien, si carece de las primeras dos opciones podría recurrir a los cuidados familiares no remunerados o a los servicios de las organizaciones de voluntarios sin fines de lucro.

⁸ Un ejemplo son aquellos riesgos del periodo de la posguerra a los que se enfrentó el estado del bienestar de esa época, particularmente en lo que se refiere a los peligros asociados a la salud y el ingreso en la etapa de la vejez (Esping-Andersen, 1999).

⁹ Traducción propia del original: “*New social risks are the risks that people now face in the course of their lives as a result of the economic and social changes associated with the transition to a post-industrial society*”. Taylor-Gooby (2004) ofrece una excelente contribución con su obra en el debate sobre la

En las últimas décadas un nuevo consenso ha emergido en torno a la existencia de un nuevo orden social en donde las sociedades contemporáneas se han transformado en sociedades postindustriales. Esta transformación ha supuesto también el surgimiento de una nueva economía, la economía postindustrial o postfordista, que ha a su vez ha modificado los modelos de familia tradicional y la fuerza de trabajo. Los cambios demográficos, en la estructura familiar y en el mercado laboral que se presentan hoy en la sociedad post-industrial¹⁰, suponen desafíos formidables en la forma en cómo se gestionan actualmente los riesgos sociales.

La forma tradicional de gestionar los riesgos sociales -que maduró bajo el amparo de las políticas sociales en la época de oro del Estado del bienestar europeo en los años de 1960 y 1970-, tuvo lugar bajo circunstancias particulares que intentaban ofrecer protección a los individuos ante una serie de riesgos específicos. A saber, la provisión del bienestar se produjo bajo los supuestos de la sociedad industrial cuyos rasgos dominantes descansaban en su base económica y en la estructura familiar (Taylor-Gooby, 2004:2; Esping-Andersen, 1999:5).

Las sociedades industriales se caracterizaron por ser economías dominadas por la producción industrial en masa, con una fuerte demanda de trabajadores de baja cualificación para atender los grandes sectores manufactureros que proveían altos niveles de empleo y que aseguraban salarios estables para la población. El perfil característico del trabajador industrial fue el de una fuerza de trabajo relativamente homogénea, con baja cualificación y predominantemente masculina. Este arreglo en el mercado laboral coexistía con una estructura familiar biparental con elevadas tasas de fecundidad y con una población femenina dedicada a las tareas domésticas. La estructura familiar en la sociedad industrial se distinguió por integrar a familias nucleares con una división de

emergencia de ‘nuevos riesgos sociales’ en las sociedades europeas, su coexistencia ‘con los viejos riesgos sociales’ y las respuestas gubernamentales en los Estados del bienestar.

¹⁰ El término ‘sociedad postindustrial’ denota un sistema económico y social que corresponde a un estado de desarrollo posterior al proceso de industrialización surgido en el siglo XVIII. La sociedad postindustrial se desarrolla en una era global y se caracteriza por tener una estructura económica basada en el sector servicios –a diferencia de la economía industrial basada en la industrial-, contar con mercados nacionales fuertemente interconectados y por un uso intensivo de las tecnologías de la información -lo que ha llevado a algunos autores como Castells a denominarla “la sociedad de la información”-. La transición del industrialismo hacia un postindustrialismo supone una serie de cambios tanto en la estructura económica, en lo que respecta a los modelos de producción dominantes, a los sectores y ramas de la economía más dinámicos y al funcionamiento del mercado de trabajo; así como cambios en la estructura social en torno a las transformaciones sociodemográficas que modifican el modelo de familia prototípico y a la forma de comunicación entre las sociedades (Bell, 1973; Castells, 1998; Esping-Andersen, 1999).

género en las tareas familiares, donde el padre proporcionaba el ingreso familiar a través de un salario y la mujer se dedicaba al cuidado de los hijos y del hogar.

Para garantizar la estabilidad familiar y la seguridad en los ingresos, la intervención gubernamental se distinguió por intentar mantener bajos niveles de desempleo y proveer seguridad salarial. La política de protección social se construyó bajo los perfiles de riesgo que predominaban en esa época, poniendo el acento en la protección del obrero industrial masculino para garantizar los ingresos familiares y el bienestar al resto de la familia (*male bread-winner model*).

Si bien las sociedades industriales lograron gestionar sus riesgos sociales con mayor o menor éxito, la estructura de riesgos actuales ha sufrido radicales alteraciones con respecto a la sociedad industrial de mitad del siglo XX. Las transformaciones socioeconómicas de la sociedad postindustrial han dado lugar a la aparición de otro tipo de riesgos que requieren de nuevas respuestas.

Para Esping-Andersen (1999), la estructura de riesgos en la sociedad postindustrial se ha alterado significativamente producto de tres factores: la aparición de nuevas desigualdades, los cambios en el mercado de trabajo y la transformación demográfica (1999:32). Taylor-Gooby (2004) apunta en la misma dirección al señalar que las transiciones que ha traído aparejadas la sociedad postindustrial han dado lugar al surgimiento de nuevos riesgos sociales que afectan a la seguridad del mercado de trabajo, la conciliación entre la vida familiar y la laboral y a las consecuencias de las reformas inducidas en los estados del bienestar respecto a los viejos riesgos sociales (sanidad o pensiones).

Los nuevos riesgos sociales derivados de la transición al post-industrialismo provienen, principalmente, de la transformación ocurrida en los mercados de trabajo y en las familias (Taylor-Gooby, 2004; Esping-Andersen, 1999:5,32-3). En torno a los nuevos riesgos sociales a los que los individuos tienen que enfrentarse hoy Taylor-Gooby (2004) ha distinguido cuatro procesos clave:¹¹

¹¹ Los dos primeros procesos de cambio que identifica Taylor-Gooby (2004) pueden agruparse en un análisis macro del cambio en la estructura familia y de las relaciones de género al interior de los hogares. Por ello, los procesos relacionados con el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo y el envejecimiento

1. La incursión femenina al mercado de trabajo que ha alterado el perfil prototípico de mujeres proveedoras de cuidados en el hogar.
2. El envejecimiento de la población que demanda de mayores cuidados para las personas mayores dependientes.
3. Los cambios en mercado de trabajo que han fortalecido el vínculo entre educación y empleo, incrementando el riesgo de exclusión social para aquellos trabajadores con un menor nivel educativo.
4. Los cambios en los sistemas de provisión pública hacia la expansión de los servicios privados y la desregulación de las prestaciones estatales.

A diferencia de la sociedad industrial, las sociedades contemporáneas se distinguen por el hecho de que un gran número de mujeres han accedido a trabajos remunerados. La participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha crecido con el paso del tiempo. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, la tasa de participación de la fuerza de trabajo femenina en el 2008 fue de 52.6% (OIT, 2009), lo que significa que más de la mitad de las mujeres en el mundo trabajan, en comparación con un 77.5% de los hombres que lo hacen. Otro incremento de la participación femenina se registra también en el ingreso a la educación, donde cada vez más mujeres logran acceder a niveles de educación más altos.

El incremento en el porcentaje de mujeres que han adquirido mayor educación y que se han incorporado masivamente al mercado de trabajo ha generado una presión continua sobre la división tradicional de las tareas en el hogar, debido a que tienen que buscarse cuidados sustitutos de los cuidados femeninos no remunerados. En este escenario emergen nuevos riesgos sociales, particularmente, para aquellas mujeres de más baja cualificación quienes encuentran dificultad para armonizar la vida familiar con la laboral.¹²

demográfico, se analizan en función de los nuevos riesgos que se presentan para la esfera familiar en el intento por armonizar la esfera familiar con la laboral, atendiéndolos como un solo proceso con dos implicaciones generales.

¹²Cantillon (2001) sostiene que las mujeres que viven en países mediterráneos o marcadamente conservadores enfrentan mayores problemas al tratar de conciliar el trabajo remunerado y la vida familiar (Cantillon et al., 2001:447; en Taylor-Gooby (2004:3)).

Nuevos desafíos para el bienestar en la esfera familiar están relacionados también con el cambio demográfico. La sociedad postindustrial se caracteriza por el envejecimiento de su población. El envejecimiento demográfico es a su vez, producto de dos procesos; por un lado, el incremento de la esperanza de vida y por otro, la disminución del índice de natalidad. En los últimos 50 años la esperanza media de vida en el planeta se ha incrementado en cerca de 20 años, pasando de 46.5 años en 1950 a 65.2 años en el 2002. Si bien estas cifras están expresadas en términos mundiales, existe una notable diferencia entre la esperanza de vida en los países desarrollados y los países en desarrollo con alta mortalidad. Mientras que en el 2002 en países desarrollados la esperanza de vida de las mujeres oscilaba entre los 80 años, la esperanza media de vida de los hombres en los países del África subsahariana era de más de 46 años (OMS, 2003). Mientras que en lo que respecta al índice de natalidad, en el 2001 éste se situaba en 1.47 hijos por mujer en edad fértil en los países desarrollados, frente, por ejemplo al 2.40 de México en el año 2000 (OCDE, 2004).

El cambio demográfico, que resulta de la combinación entre el incremento de la esperanza media de vida al nacer y una baja fecundidad, ha dado lugar a sociedades con amplios sectores de población mayor de 65 años.¹³ El envejecimiento demográfico genera efectos importantes sobre los sistemas de sanidad y de pensiones en el mundo y sobre la forma en cómo se provee el cuidado social, ya que una población envejecida demandará incrementalmente de cuidados sociales. La provisión de estos cuidados en el ámbito doméstico supone grandes tensiones para la estructura familiar de la sociedad postindustrial al modificarse el perfil prototípico de las mujeres cuidadoras amas de casa de la sociedad industrial.¹⁴ Si bien actualmente la mayoría de los cuidados domésticos siguen siendo ofertados aún por las mujeres -quienes invierten dos veces más tiempo que los hombres en las tareas del hogar y en el cuidado de los hijos y de otros familiares

¹³ Si bien el envejecimiento demográfico se define así, en el análisis de los riesgos del postindustrialismo, es primordial entender este envejecimiento como una cuestión de baja fecundidad. Esto supone examinar los bajos índices de natalidad como un reflejo de la imposibilidad de que las mujeres armonicen su vida profesional con sus obligaciones familiares (Esping-Andersen, 1999:3).

¹⁴ Esping-Andersen sostiene que la economía política de la sociedad industrial se apoyó en un prototipo familiar con una marcada división sexual del trabajo: el varón obrero industrial que aportaba el ingreso familiar y era el portador de derechos sociales y la mujer dedicada al cuidado de los hijos y del hogar. Este modelo se basaba en una trayectoria vital prototípica femenina: “las mujeres dejaban de trabajar al casarse y dar a luz y, en consecuencia, quedaban disponibles para cuidar, primero, de los hijos y, más tarde, de los ancianos padres” (Esping-Andersen, 1999:29). Este modelo, que garantizaba la autosuficiencia familiar en cuanto a la provisión de cuidados personales y servicios sociales en el hogar, está en extinción en la sociedad postindustrial y genera grandes retos para la provisión social.

mayores dependientes-,¹⁵ el modelo de familia basado en la división sexual del trabajo impone hoy una gran carga para las mujeres que buscan un trabajo remunerado. La incorporación femenina en el mercado de trabajo ha generado una duplicidad de tareas: remuneradas en el mercado laboral y no remuneradas en el trabajo doméstico (donde en algunos países éste sigue constituyendo una fuente importante, sino central, de bienestar) (Esping-Andersen, 1999, Moreno, 2000).

El ingreso femenino en el mercado de trabajo formal incrementó las posibilidades de independencia económica de las mujeres y supuso otro gran cambio en la estructura familiar en cuanto a su composición. Mientras que las sociedades fordistas se distinguieron por la familia tradicional biparental, las sociedades actuales muestran un incremento de familias monoparentales que demandan de servicios específicos de bienestar. Los cambios en la estructura familiar –asociadas a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y al surgimiento de familias monoparentales- tienen a su vez, grandes efectos sobre los cuidados domésticos. La capacidad de cuidado de las familias tradicionales se ha ido erosionando y se han generado nuevas necesidades -que antes se resolvían en el hogar y que ahora necesitan ser cubiertas por otras esferas-, por lo que se genera una demanda de fuentes alternativas para la provisión de cuidados recurriendo a los hombres, al mercado o al estado (Esping-Andersen, 1999; Taylor-Gooby, 2004). Estas transformaciones requieren de examinar los nuevos riesgos sociales a los que los individuos se enfrentan y de evaluar con particular atención el nuevo papel de la familia –y, particularmente, de la mujer- como productora y, atendiendo a la nueva realidad, como consumidora de bienestar.

Un segundo proceso definitorio de la sociedad postindustrial se refiere a los nuevos patrones y esquemas que dicta la nueva economía global, que dan lugar a una serie de riesgos específicos relacionados con la seguridad en el mercado de trabajo. La competitividad promovida por la globalización económica ha modificado los fundamentos de estabilidad característicos de las economías industriales al flexibilizar

¹⁵ La distribución de las responsabilidades sobre el cuidado de los hijos y/o de los familiares dependientes en el hogar muestra efectos importantes también sobre los ingresos familiares. A las mujeres que se les impone una carga mayor de responsabilidades sobre la atención y los cuidados, participan en menor proporción que los hombres en trabajos remunerados. Así, algunos estudios han mostrado que los hogares donde sólo uno de los cónyuges tiene un trabajo remunerado muestran un riesgo más alto de sufrir pobreza que aquellos hogares que cuentan con ingresos dobles (Esping-Andersen, 1999).

tanto los empleos como los salarios. Los cambios en el mercado de trabajo están relacionados con dos factores clave: el desarrollo tecnológico en el sector manufacturero y el incremento en la escala e intensidad de la economía transnacional (Taylor-Gooby, 2004:4). El avance tecnológico en la producción manufacturera ha reducido la proporción de trabajadores manuales no cualificados empleados en el sector industrial. El cambio tecnológico en los sectores manufactureros y la terciarización de las actividades han significado el fin de la certidumbre del empleo estable para los trabajadores con poca o nula cualificación.¹⁶

La competencia global ha permitido la incursión de nuevos mercados de trabajo con costes laborales muy bajos en los países en vías de desarrollo. Estos países son, en su mayoría, países de reciente industrialización (NIC's, *Newly Industrialising Countries*) con costes salariales muy bajos que utilizan su ventaja comparativa para atraer algunas actividades. Esta situación está ejerciendo una fuerte presión hacia la desregulación del mercado de trabajo y hacia la reducción de los costos laborales en otras economías que intentan competir para evitar la deslocalización (y con ella el desempleo que genera) (Mishra, 1999; Del Pino, 2004). Para evitar la deslocalización esta nueva economía global ejerce una gran presión –especialmente- sobre los trabajadores con menor cualificación, quienes ven reducidos sus salarios y sus prestaciones sociales para evitar el desempleo (Esping-Andersen, 1999:5). Estos cambios en el patrón económico -que requiere de una mayor productividad y flexibilidad en los empleos y en los salarios- han hecho más fuerte el vínculo entre la educación y el empleo, generando graves consecuencias de exclusión social para aquella fuerza de trabajo con menores niveles de educación (Taylor-Gooby, 2004:4). A manera de resumen es posible sostener que los efectos inmediatos de la economía postindustrial sobre el mercado laboral han sido los de reducir la seguridad del empleo y de los salarios, incrementando la probabilidad de que los trabajadores manuales poco cualificados estén desempleados, o subempleados y vivan en situación de pobreza.

¹⁶ Para Esping-Andersen, el pleno empleo característico del industrialismo fue reemplazado por la desindustrialización y la terciarización de la economía en la economía postindustrial, lo que dio lugar al despido masivo de los obreros industriales. El desarrollo del sector servicios ha resultado menos efectivo a la hora de absorber la fuerza de trabajo, porque sólo incorpora a aquella que cuenta con cualificación y su productividad crece más lentamente que la de la industria (1999:18). En algún sentido, la terciarización de la economía ha condenado a la marginalidad a los trabajadores jóvenes y de baja cualificación, quienes enfrentan mayores dificultades para obtener un empleo bien remunerado.

El último proceso en la transición a una sociedad postindustrial se refiere a la expansión de los servicios privados. La expansión de los servicios privados es resultado de los intentos por limitar el gasto público para atender a las presiones que descansan sobre los sistemas de bienestar tradicionales, principalmente, en lo que se refiere a la sanidad y a las pensiones. En los últimos años varios países con Estados del bienestar consolidados han dado un giro hacia la provisión privada como parte de su estrategia de provisión de bienestar y protección social (Del Pino, 2004). En particular, destaca la tendencia de reformar la protección social sustituyendo o complementando los sistemas de pensiones estatales por sistemas de pensiones privados (Taylor-Gooby, 2004:5; Del Pino, 2004).

Con la expansión de los servicios privados surgen nuevos riesgos sociales asociados al hecho de que los ciudadanos deban de utilizar servicios que resulten insatisfactorios, o bien, que coticen en un sistema de pensiones que resultarán en pensiones inseguras o inadecuadas. En palabras de Esping-Andersen (1999), si bien la privatización de los servicios no resulta un riesgo en sí mismo, es necesaria una regulación efectiva de los servicios y las prestaciones privadas para asegurar estándares de servicio y proteger a los grupos más vulnerables de una escalada de riesgos.

Los cambios en la estructura familiar, en la población, en los mercados de trabajo y en los sistemas de provisión pública de servicios, asociados con la transición postindustrial, han incrementado la exposición de ciertos grupos vulnerables frente a nuevas necesidades. Estas necesidades han aparecido en forma de nuevos riesgos sociales en torno a tres ámbitos: i) la conciliación el trabajo remunerado y las responsabilidades familiares; ii) la carencia de las habilidades y la capacitación necesaria para obtener un empleo seguro y un salario adecuado, o tener habilidades que resultan obsoletas sin poderlas mejorar a través de procesos de formación continua y iii) el uso de medios privados que ofrecen servicios sociales insatisfactorios o inadecuados (Taylor-Gooby, 2004:5).

Una vez explorados los nuevos riesgos sociales que se han hecho patentes en la transición hacia una sociedad postindustrial, es necesario abordar ahora su gestión. En la provisión del bienestar, dos factores centrales emergen: el del riesgo y el de su protección; por lo que el bienestar adquiere la forma de un binomio riesgo-protección. Ahora bien, el modelo de protección social basado en la estabilidad de los ingresos a través del salario y

en un modelo de familia de varón proveedor, propio del industrialismo, resulta hoy poco efectivo –aunque no inoperante- para superar los nuevos retos que plantea la sociedad postindustrial que ha modificado dramáticamente la arquitectura de riesgos de las sociedades industriales. La presencia de esta nueva estructura de riesgos sociales exige de una gestión eficaz de los riesgos. Pero, en cuanto a la gestión de riesgos se refiere, los países no presentan un modelo único, sino que varían en la forma e intensidad con que distribuyen los riesgos sociales entre su población, así como en el tipo de instrumentos sociales que utilizan para minimizar o compensar las situaciones de riesgo a los que se enfrentan los individuos (Esping-Andersen, 1999). Ante estas realidades, es necesario mejorar el entendimiento que se tiene sobre la estructura y la gestión de los riesgos a través de un examen minucioso sobre el comportamiento del mercado de trabajo, de la estructura familiar y de la política social.

La gran complejidad que entraña el fenómeno del bienestar social ha llevado al desarrollo de diversas teorías y conceptos con la intención de definirlo, explicarlo o medirlo, poniendo el acento en los modelos de intervención pública que se diseñan para alcanzarlo, en el papel atribuido al mercado y/o en el papel atribuido a la esfera doméstica en su producción y asignación. El pensamiento teórico más influyente sobre el bienestar es aquél que considera la reconfiguración de la naturaleza del Estado, aludiendo al surgimiento de un nuevo contrato social entre los ciudadanos y el gobierno. Esta tradición de pensamiento ha sido inaugurada con la investigación sobre el Estado del bienestar que a continuación se aborda.

2. LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS SOCIALES EN LAS DEMOCRACIAS OCCIDENTALES: ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DEL ESTADO DEL BIENESTAR.

La historia de todas las civilizaciones es también la historia de los riesgos a los que se enfrentan sus individuos en el desarrollo de sus biografías. Las sociedades pueden así distinguirse unas de otras en función del tipo de riesgos que confrontan sus habitantes y de la forma en cómo los gestionan.

Una tarea fundamental del Estado moderno ha sido la de proteger a sus individuos ante los riesgos como un gran guardián. Cada Estado se ha visto enfrentado a una gran cartera

de riesgos sociales, ya se trate de riesgos que han sido universales a todas las sociedades o de riesgos específicos, derivados de la transformación de sus sociedades.

La provisión social ha sido pues, una actividad central en todas las sociedades. Si bien, esta tarea ha sido común a todas las sociedades a lo largo de la historia, se ha llevado a cabo partiendo de instituciones, instrumentos y postulados diversos. La heterogeneidad en la forma en cómo se ha llevado a cabo la protección ante los riesgos sociales ha dado lugar a una serie de formas de intervención en la vida social.¹⁷

La forma de intervención que ha mostrado más atributos a la hora de proteger a los individuos frente a los riesgos sociales y aumentar su bienestar, ha sido la del Estado del bienestar. Siguiendo a Moreno es posible definir al Estado del bienestar como “un conjunto de instituciones estatales proveedoras de políticas sociales dirigidas a mejorar las condiciones de vida y a promocionar la igualdad de oportunidades de los ciudadanos” (Moreno, 2000: 20). Donde las políticas sociales son definidas a su vez, como las “intervenciones de los poderes públicos en la vida ciudadana que afectan la distribución de las oportunidades vitales de los ciudadanos, principalmente en las áreas de la seguridad social, de la salud, de la educación, de la vivienda, del empleo y de las transferencias fiscales” (Moreno, 2000:20).

El origen exacto de la expresión “Estado del bienestar puede ser discutible. Autores como F.A. Hayek, Ian Gough y Geof Wood, sostienen que las raíces del término se encuentran en Alemania con la expresión *Wohlfahrstaat* (Estado del bienestar) surgida en la década de 1920 para designar al conjunto de políticas sociales, mientras que la expresión *Welfare state* surgió en Gran Bretaña a principios de la década de 1940 (para Hayek éste término surgió como una traducción de la palabra alemana a la lengua inglesa) (Rodríguez Cabrero, 1996; Gough y Wood, 2004). Mientras que Briggs plantea que el término *Welfare State* fue acuñado en su versión inglesa por el arzobispo de York durante la segunda guerra mundial en franca oposición programática a las políticas del *Warfare*

¹⁷Una revisión interesante de los diferentes modelos de provisión social la ofrece la obra de Carlos Barba (2004).

State (estado de guerra) de la Alemania nazi (Briggs, 1961; citado en Esping-Andersen, 1999).

Para comprender con mayor profundidad el fenómeno del Estado del bienestar, es necesario remitirnos a los contextos particulares en los que se circunscribe su formulación, ya que la definición del mismo no resulta suficiente para comprenderlo en toda su complejidad.

A) Antecedentes del Estado del bienestar

La historia del pensamiento político y social ha girado siempre en torno a varios debates, siendo uno de ellos dominante: la preocupación sobre el papel que debe desempeñar el Estado en la sociedad. Los dilemas que se han presentado en cada sociedad a lo largo de la historia han dado lugar a modelos de Estado concretos resultado de la combinación de recursos de poder político, económico y social.¹⁸ En la configuración de cada tipo de Estado intervienen elementos diversos que, en su interrelación, generan una dinámica particular, teniendo como sello característico algún elemento como puede ser su sistema de dominación o la intensidad de su intervención en la vida económica y social: Estado monárquico absolutista, autoritario, popular democrático, totalitario, pluralista, Estado-policía reglamentista, Estado-vigilante liberal.¹⁹

¹⁸ En el ánimo de avanzar en la comprensión de la naturaleza del Estado, se han construido diferentes teorías que atienden las relaciones entre sociedad y Estado donde destacan, entre otras, la teoría clásica, la contractualista, la de la ideología alemana, la marxista, la sistémica y la del conflicto. Si se desea profundizar sobre el estudio del Estado cfr. Bobbio (1985) quien ofrece un interesante trabajo sobre el trato que se le ha brindado a éste desde las disciplinas históricas, la filosofía política, la ciencia política, la concepción sociológica y la jurídica. Una de las aportaciones mejor logradas del trabajo de Bobbio se refiere al rescate que hace de las dos fuentes principales a las que se recurre para el estudio del Estado: la historia de las instituciones políticas y la historia de las doctrinas políticas para conocer a fondo los mecanismos de las relaciones de poder a lo largo de la historia.

¹⁹ Gerhar Ritter (1991) sostiene que el concepto de Estado se ha utilizado en los contextos más variados y que es posible distinguir entre varios tipos de Estado atendiendo a una serie de variables: i) el sistema de dominación del que se trate (Estado Estamental y Estado Monárquico absoluto; Estado Autoritario y Estado Popular Democrático; Estado totalitario y Estado Pluralista); ii) la forma del ordenamiento jurídico (Estado arbitrario, Estado de derecho y Estado Constitucional); iii) el tipo de economía (Estado agrario y Estado industrial); iv) Según la intensidad de la intervención en la vida económica y social (Estado fiscal, Estado comercial cerrado, Estado-Policía reglamentista, Estado-vigilante liberal y Estado intervencionista moderno); v) el fundamento de legitimación política y la fuerza de determinadas instituciones (Estado

Los cambios y tensiones originados por la Revolución Industrial en Europa atrajeron la atención sobre la necesidad de proveer servicios básicos a la población y de mitigar las desigualdades sociales surgidas de este proceso. La discusión respecto del papel que debían de ejercer las instituciones públicas en el bienestar social se polarizó en torno a dos grandes posiciones: aquella que postulaba una intervención marginal del Estado y aquella que sostenía que el Estado debería de incrementar su intervención para reducir el conflicto social. A finales del siglo XIX el debate se fue decantando hacia la posición que demandaba una participación activa del Estado en la provisión social (Ordoñez, 2007:21). Los orígenes del Estado del bienestar se encuentran estrechamente relacionados con las capacidades de los poderes públicos de brindar protección social a sus habitantes. Históricamente, las instituciones públicas fueron incrementando su intervención en el desarrollo social, adquiriendo responsabilidades y funciones que tradicionalmente habían sido desempeñadas por instituciones privadas como las iglesias y las sociedades de beneficencia. Es un nuevo modelo de Estado que hace referencia a una forma concreta de intervención económica, política y social, que tiene como rasgo característico el uso de instrumentos de política (social y económica) para la provisión social.

Como todo fenómeno complejo, su estudio requiere de ser enmarcado en sus parámetros de tiempo y de espacio. Si bien no existe un acuerdo unánime entre los estudiosos del tema en torno a la fecha histórica en que emerge el Estado del bienestar, la mayoría de los autores suelen ubicarlo como un fenómeno propio de las economías capitalistas de posguerra en Europa con antecedentes que se remiten a tres experiencias particulares de política social (Mishra, 1992; Esping-Anderesen, 1990, 1999; Moreno, 2000).

Para ubicar sus orígenes históricos, tres fechas importantes destacan como hitos en torno al nacimiento de este modelo de Estado:

- a) 1834 con las denominadas “Leyes de Pobres” (*New Poor Laws*) en Reino Unido, donde el Estado comenzó a asumir las funciones que tradicionalmente realizaba la iglesia y otras instituciones benéficas.
- b) 1883-1911 con la creación del seguro social en la Alemania bismarckiana a través de la institucionalización de los Seguros Obligatorios Contributivos -contra las enfermedades, accidentes, invalidez y vejez-, donde los trabajadores pasaron a ser considerados sujetos de derechos.

- c) 1942 con el Reporte Beveridge (*Beveridge Report*) en Reino Unido, donde se sentaron las bases para universalizar el sistema de seguridad social ante los problemas de la guerra.

a) Las Leyes de Pobres y la ayuda pública

Varios autores sostienen que la provisión social pasó a ser un asunto de competencia estatal a partir del siglo XIX, producto de las tensiones que generó el proceso de industrialización (Polanyi, 1957; Mishra, 1992; Ritter, 1991; Barba, 2004). El momento que inauguró esta tendencia se ubica en las enmiendas hechas a las “Leyes de Pobres” (*Poor Laws*) en la Nueva Ley de Pobres (*New Poor Law*) en el Reino Unido en 1834.

Las primeras “Leyes de pobres” fueron decretadas en Reino Unido en 1795 y englobaban un conjunto de medidas monárquicas destinadas a proteger a los pobres.²⁰ Formaban un sistema de ayuda legal financiado con impuestos, estructurando un sistema de asistencia social que hasta entonces dependían de la filantropía y de la caridad de las iglesias y de otras instituciones de beneficencia como asilos, guarderías o casas de socorro (Barba, 2004:18; Moreno, 2000:21; Ritter, 1991).

Los efectos de la industrialización sobre la población alimentaron el debate a principios del siglo XIX sobre la reforma de los sistemas de asistencia social vigentes en algunos países europeos (Ritter, 1991:65).²¹

Si bien el proceso industrializador -que tuvo sus orígenes en Inglaterra con la Revolución Industrial en la segunda mitad del siglo XVIII- supuso una serie de avances y beneficios para Inglaterra, trajo también consecuencias negativas para sus habitantes. Dentro de las consecuencias negativas de la industrialización destacan la pauperización masiva que se dio en los centros industriales en la época de la primera industrialización (Ritter, 1991:66). El contexto social de los albores del siglo XIX estuvo marcado por una creciente población urbana cada vez más desigual, situaciones de indigencia y de

²⁰ Para una exposición detallada sobre la transformación ocurrida en la política social de cómo la asistencia abandonó la esfera privada para formar parte del ámbito público consúltese Barba (2004) y Ritter (1991). El trabajo de Ritter ofrece también un análisis completo sobre los orígenes históricos del Estado del bienestar.

²¹ La obra de Ritter (1991) ofrece un análisis pormenorizado sobre las reformas ocurridas en los sistemas de asistencia social en Inglaterra, Francia y Alemania.

desempleo masivo, donde nuevos conflictos sociales emergieron convulsionando a la sociedad. Estos conflictos alimentaron un debate interesante en torno al papel que debería de desempeñar el Estado en el bienestar social.

La respuesta a los nuevos problemas sociales asociados a la industrialización y a la urbanización vino a través de las enmiendas a la Ley de Pobres en 1834. La Nueva Ley de Pobres (*New Poor Law*) intentaba limitar los conflictos sociales al mínimo y establecer un marco jurídico que protegiese las condiciones de vida y de trabajo de los más desfavorecidos a través de la instauración de la “comprobación de medios” o necesidades, las “casas de trabajo” y la filosofía de “menor elegibilidad” (Hill, 1997:14-15)²².

La Nueva Ley de Pobres pretendía corregir los errores de la asistencia social de las décadas anteriores y dar una nueva respuesta al problema de la pobreza bajo los principios utilitaristas y liberales dominantes de la época. La nueva política social liberal con la filosofía de “menor elegibilidad” y la “comprobación de medios” (*means testing*) de vida para evaluar el grado de necesidad pretendía generar un efecto disuasorio de la ayuda y disciplinar la fuerza de trabajo (Ritter, 1991:70; Barba, 2004:18).

La filosofía de “menor elegibilidad” intentaba garantizar que la ayuda sería recibida por aquellos sujetos que estuvieran en las peores situaciones. Para garantizar que la ayuda resultara menos deseable que el trabajo asalariado, se instituyeron las “casas de trabajo” donde se imponía una fuerte disciplina. El principio de “menor elegibilidad” partía de la noción que aquellos pobres que no aceptaban ingresar a una casa de trabajo no estaban, por tanto, suficientemente necesitados; este efecto disuasorio de la ayuda fue pensado como un medio para disciplinar la fuerza de trabajo.

El sistema de ayuda a la pobreza fijó nuevas responsabilidades para los poderes públicos y trajo la asistencia social al ámbito estatal mediante la creación de una autoridad central administradora (Barba, 2004). De acuerdo con Polanyi (1975:120), las enmiendas a las leyes de pobres pueden ser consideradas como el punto de partida del capitalismo porque contribuyeron a estructurar un mercado laboral y a mercantilizar la fuerza de trabajo.

²² En Barba (2004: 18).

b) Los programas estatales de previsión social de Bismarck

Otra periodización común sobre los orígenes del Estado del bienestar suele ubicarlo a finales del siglo XIX con las leyes de seguridad social del gobierno de Bismarck en Alemania. La política de seguridad social de Bismarck, formada por los programas de pensiones, los seguros de enfermedad, accidentes e invalidez, representó un gran avance en materia de responsabilidad social ante los riesgos, lo que ha llevado a un gran número de autores a sostener la idea de que esos programas marcan el inicio del Estado del bienestar (Galbraith, 1989:229-240, citado en Ochando, 2002:28; Baldwin, 1992).

El seguro social nació en Alemania como una iniciativa del canciller Otto von Bismarck bajo una concepción innovadora que entendía a las prestaciones sociales como un derecho, rompiendo con la política social tradicional de asistencia pública a los pobres. La asistencia tradicional a los pobres fue sustituida por una política que suponía un cambio de objeto importante al dirigir la protección hacia los asalariados, marcando el inicio de una intervención estatal destinada a garantizar las prestaciones sociales de las clases trabajadoras (Isuani, 1991:11 y ss.).

Los primeros programas estatales de previsión social se implantaron en la década de 1880 con la legislación para la protección de los trabajadores frente a riesgos como enfermedad, accidentes, invalidez y vejez. El primer seguro que se introdujo fue la previsión contra enfermedades en 1883, seguido por el seguro contra accidentes en 1884 y el seguro de vejez e invalidez en 1889. Los seguros de pensiones para la invalidez y la vejez fueron los más revolucionarios en su época por la incertidumbre que implicaba calcular sus costes (Ritter, 1991:106). Durante los primeros años del siglo XX surgirían el seguro de desempleo (1906) y el Código de Seguros en 1911 que incluía pensiones de jubilación más elevadas (Kusnir, 1996:30, citado en Barba, 2004:19; Ritter 1991:81 y ss.). Estos programas funcionaban mediante un sistema de pago de cotizaciones a fondos de seguros de previsión a través de los cuales se intentaban cubrir situaciones de riesgo.

La legislación de los seguros estatales sentó las bases de la moderna seguridad social bajo un principio de obligatoriedad financiado por la contribución conjunta del Estado, los empresarios y los obreros (Flora, 1987; Ritter, 1991:82; Moreno, 2000: 22), donde la gestión de los seguros se realizaba bajo un modelo de organización nacional. Las dos

características distintivas de los seguros de previsión social alemanes, el hecho de ser contributivos²³ y su obligatoriedad, rompieron con las formas tradicionales de asistencia social conocidas hasta entonces e inauguraron una nueva etapa de protección estatal de los trabajadores frente a las situaciones de riesgo de clase y de riesgos de la trayectoria vital.

En lo que respecta a la forma contributiva de los seguros, destaca la contribución del Estado en la protección social. La seguridad social alemana estableció una aportación tripartita donde el Estado participaba en la financiación con un criterio uniforme en las prestaciones, ampliando el círculo de personas sujetas a la protección, con independencia de su oficio y de su condición social, extendiendo la protección a sectores sociales más allá de los pobres y miserables.

El segundo rasgo característico de este sistema de previsión social era el carácter obligatorio de la contribución. A diferencia de la obligación tradicional de protección a los trabajadores por parte de los empresarios, donde la aportación patronal era concebida bajo un principio patriarcal (Ritter, 1991:84), los programas estatales de seguros establecían un concepto de obligatoriedad como un derecho individual del asegurado a las prestaciones. Las prestaciones sociales fueron concebidas bajo la noción de derechos, donde los trabajadores asalariados pasaron a ser considerados sujetos de protección estatal y no pobres potenciales que recurrían a la asistencia social, como sucedía con la política social británica con las leyes de pobres (Flora y Heidenheimer, 1981).

La obligatoriedad del sistema de previsión social alemán, que serviría como el elemento base para la consolidación del seguro social, surgió en el marco de una política bisckmarckiana de un Estado intervencionista fuerte con una tradición administrativa de reformas “desde arriba” (*top-down*), en medio de un intento político por reducir los movimientos de corte socialdemócratas (Ritter, 1991:106; Rodríguez Cabrero, 1990:220).²⁴ Junto a estos factores, los problemas económicos y sociales pusieron de

²³ La idea de los seguros contributivos tiene raíces más antiguas que la legislación estatal sobre la previsión social, sin embargo, las aportaciones cooperativas entre los trabajadores y los patrones eran discrecionales y se limitaban a los integrantes de un oficio, principalmente, a los gremios de artesanos.

²⁴ Gerhard Ritter (1991) ofrece una interesante discusión en torno a cómo se consolida un clima intelectual propicio al intervencionismo estatal alemán con la continuidad de la tradición del pietismo y de la cameralística que concebían al Estado como un instrumento para provisión el bienestar, aunado con la filosofía liberal. Si se desea profundizar sobre los orígenes históricos de la formación del sistema de

relieve también la necesidad de una forma de seguridad social diferente a la asistencia pública a los pobres.

La mayoría de la bibliografía existente en torno al surgimiento de la legislación de los seguros estatales, pone el acento en las motivaciones políticas que dieron lugar al modelo de seguridad social, donde destaca el intento de neutralización política de las organizaciones socialdemócratas y de los sindicatos socialistas. Autores como Flora y Heidenheimer (1981) y Malloy (1986), interpretan a la política estatal de seguros como un instrumento con un objetivo doble, mantener el orden económico y social existente y apuntalar la legitimación del régimen monárquico.²⁵ Mientras que otros investigadores han visto en el proyecto de Bismarck una reforma social, aunque con alcances limitados, donde la política social de seguros cumplió un papel políticamente funcional de estabilización en un acuerdo de “pensiones a cambio de conceder el poder y la autoridad” (Baldwin, 1992: 24).

Si bien las motivaciones políticas han ejercido un peso considerable en el surgimiento de los seguros sociales, el nacimiento de los sistemas de seguros contributivos responde a una mezcla de intereses y de factores donde destacan, los intereses de las élites políticas y burocráticas, el clima intelectual, los movimientos sindicalistas, las organizaciones obreras, los líderes sociales, la crisis del sistema de asistencia, la dependencia hacia el mercado de trabajo con salarios míseros, el surgimiento del obrero industrial y los riesgos asociados a su trabajo y las oscilaciones de la economía, entre otros (Moreno, 2000:22; Ritter, 1991:85).

seguridad social en Alemania, Europa y Estados Unidos, consúltese Ritter (1991), quien presenta una exposición sobresaliente sobre los aciertos y los fallos en el desarrollo temprano del Estado Social a través de una óptica comparativa entre países.

²⁵En un escenario caracterizado por una fuerte movilización política de los obreros que participaban en organizaciones socialistas y por un Estado con una frágil unidad nacional, la necesidad de legitimación de la monarquía prusiana se hizo patente. La política de seguros sociales fue concebida como un instrumento que serviría para apaciguar los movimientos socialistas y socialdemócratas emergentes y ganar el apoyo de los obreros al Estado –en especial, de aquellos obreros industriales-. Peter Flora ha denominado a esta política una “política defensiva de integración y estabilización” que pretendía controlar el orden político, económico y social existente y pacificar a la clase trabajadora (Flora, 1986:47 y ss., 71 y ss.). Mientras que Malloy (1986) ha definido como *Statecraft* a esta intervención estatal que intenta conciliar la acumulación de capital y la legitimación política (Malloy, 1986:29).

El gran logro del seguro social sería el que se convertiría en la principal forma de previsión y de asistencia al individuo, eliminando las incertidumbres asociadas a los riesgos de la trayectoria para amplias categorías de trabajadores asalariados. Los programas de previsión social alemanes posibilitaron el reconocimiento público de algunas responsabilidades sociales y ejercieron gran influencia en el resto de países europeos, siendo adoptados por la mayoría de estos países durante las primeras tres décadas del siglo XX.

Durante el período de entreguerras, especialmente, se fue perfilando en los países europeos un modelo de previsión y solidaridad social que tendría por base los programas de seguros sociales de enfermedad, accidentes, incapacidad laboral, desempleo y pensiones de vejez que serían las estructuras constitutivas de lo que llegaría a conocerse después como el Estado Social (Flora y Heidenheimer, 1981).²⁶ A finales de los años veinte, 22 países europeos habían introducido programas de seguros de enfermedad (Moreno, 2000: 23). Mientras que fuera de los confines europeos, en Estados Unidos había puesto en marcha una política social novedosa que buscaba contener los efectos sociales originados por la Gran Depresión de 1929. Los programas de protección social estadounidenses se aglutinaron en torno a la política del *New Deal* de Franklin D. Roosevelt con programas sociales que fueron menos comprensivos que los programas europeos, lo que determinaría un rasgo característico del Estado del bienestar estadounidense.²⁷

Cabe señalar que, aunque existen experiencias de políticas de bienestar fuera de Europa -como fue el caso del gobierno de Roosevelt en Estados Unidos-, se considera que el

²⁶ Si bien resulta interesante la discusión en torno a las diferencias entre el Estado Social y el Estado del bienestar, este trabajo renuncia a tal objetivo, concentrándose en la evolución histórica del Estado del bienestar. El trabajo de Rodríguez Cabrero (1990) permite distinguir entre ambos tipos de Estado atendiendo al grado de subordinación de la política. Así, define al Estado social bismarckiano como el de una reforma social autoritaria con una política social “desde arriba” surgida como mecanismo para controlar la reproducción de la fuerza del trabajo. Mientras que por Estado del bienestar entiende al modelo institucionalizado de extensión de los derechos sociales surgido durante las tres primeras décadas del siglo XX con la intención de integrar a las clases trabajadoras en el sistema capitalista en un esquema negociado entre capital y trabajo (Rodríguez Cabrero, 1990:220).

²⁷ Para un análisis de la política social en Estados Unidos durante el período de entreguerras consúltese Theda Skocpol (1992). El Estado del bienestar en Estados Unidos de América ha sido caracterizado como un Estado ‘residual’ por la contribución marginal del Estado a través de la política social y por la ausencia de una provisión universal de servicios básicos a la población. La caracterización de los Estados del bienestar residuales o liberales se presenta en un apartado más adelante.

Estado del bienestar es una invención con orígenes netamente europeos, debido a que el principal desarrollo y consolidación se logra en tales latitudes.

c) La protección universal: El Reporte Beveridge

Si bien el sistema de previsión social bismarckiano a través de los seguros obligatorios contributivos goza de un apoyo significativo como hito fundacional del Estado del bienestar, ha encontrado también numerosos detractores. La crítica más fuerte que recibe la política social bismarckiana proviene de la concepción que tiene del individuo frente a la protección social del Estado. La idea de la que parte la política los seguros sociales es la de una monarquía de súbditos y no de unos ciudadanos dotados de derechos democráticos (Esping-Andersen, 1999:33).²⁸

La ausencia del concepto de ciudadanía social lleva a autores como Esping-Andersen (1990; 1999) y Mishra (1989) a ubicar el advenimiento del Estado del bienestar en la política social universal del capitalismo de posguerra. Esping-Andersen lo denomina “capitalismo del bienestar de la posguerra” (1999:13) y Mishra señala que es “un sistema social desarrollado en las democracias capitalistas industrializadas como Gran Bretaña, después de la segunda guerra mundial” (1989:56), denominándolo el Estado del bienestar de la postguerra (Mishra, 1992:30). De la misma manera, Therborn y Roebroek concluyen que “El Estado del bienestar es una institución principal irreversible de los países capitalistas avanzados” (Therborn y Roebroek, 1986:332). Así, el Estado del bienestar se entiende como una institución característica de las sociedades de la posguerra.

El año de 1942, año del reporte Beveridge, ha recibido un gran apoyo entre los estudiosos del Estado del bienestar como una fecha fundacional de éste, cuyos antecedentes inmediatos descansan en la experiencia bismarckiana de los seguros sociales (Moreno, 2000:23). Ahora bien, conviene analizar las circunstancias concretas que rodearon el nacimiento de dicho reporte y los elementos clave que lo han erigido como un hito en el desarrollo histórico del Estado del bienestar.

²⁸ Si bien en la seguridad social alemana los trabajadores asalariados eran considerados como una categoría sujeta a la protección estatal, la protección social no era universal ni consustancial al hecho de ser ciudadano.

El reporte Beveridge (*Beveridge Report*) surgió en Inglaterra en medio de una experiencia generalizada de inseguridad existencial que supuso el contexto de la Segunda Guerra Mundial. En este escenario de incertidumbre extendida, el gobierno británico solicitó a una comisión de expertos presidida por Lord William Beveridge un proyecto para examinar el sistema de protección social vigente que mostraba serios signos de agotamiento por la guerra. Una vez presentados los resultados de este estudio ante el parlamento británico, fueron publicados en 1942 bajo el título de *Social Insurance and Allied Service Report* -conocido como *Beveridge Report*-. Dicho reporte aportó los argumentos técnicos y sociales que justificaron hacer extensivas las prestaciones sociales al grueso de la población (Ordoñez, 2002: 25).

Entre las principales medidas que el reporte propuso destacaban: la integración de un sistema de seguridad social con protección frente a los riesgos tales como la enfermedad, el desempleo, la maternidad, la vejez y la viudedad, con el objetivo de cubrir a toda la población; la constitución de un Servicio Nacional de Salud (*Nacional Health Service*) gratuito y universal y la formación de un sistema de asistencia social nacional basado en la comprobación de medios, que complementara los subsidios de la seguridad social para asegurar un mínimo de subsistencia para las minorías (Robertson, 1992:146-147²⁹; Barba, 2005:21).

La parte central de las recomendaciones vertidas en el informe giraron en torno a la idea de universalizar la cobertura ante los riesgos sociales, sosteniendo que el Estado tenía la responsabilidad de mantener unos niveles mínimos de bienestar y seguridad para sus ciudadanos, independientemente de su capacidad contributiva (Ordoñez, 2002:26; Moreno, 2000). La universalidad de la cobertura de la población partía, a su vez, del reconocimiento de los derechos de “ciudadanía”, que garantizaba el derecho de todos -y no de unos pocos- de gozar de un mínimo de bienestar social (Mishra, 1992:31; Ritter, 1991:183; Ordoñez, 2007:24; Moreno, 2000:23).

El principio de cobertura universal de la seguridad social para todos los ciudadanos financiados por los contribuyentes se convirtió en la propuesta clave del informe Beveridge que configuraría un nuevo modelo de bienestar social que se haría extensivo a

²⁹ Citado en Ordoñez (2007: 24).

otros países. La propuesta resultaba novedosa también en lo que se refería al carácter de la financiación del conjunto de las medidas sociales; partiendo del supuesto de que los riesgos sociales eran compartidos por todos los individuos, sostenía que el bienestar social debería de financiarse mediante la base fiscal del Estado. El carácter solidario de la financiación de la seguridad social marcaría un nuevo giro en todas las experiencias conocidas hasta ese momento.

Finalizada la guerra y con la llegada del gobierno Laborista, el gobierno inglés adoptaría las recomendaciones de Beveridge que habían gozado de gran aceptación. A partir de 1945 se comenzó a aplicar el programa de seguridad social bosquejado en el informe, reformando el Sistema de Seguridad Social, creando el servicio nacional de salud gratuito y universal a través del *National Health Service* y aprobando la Ley de Asistencia en 1948 (*National Assitence*). Estas reformas estructuraron un modelo de protección social con una cobertura universal de la población, cubierta frente a un amplio abanico de riesgos y bajo una titularidad de derechos sociales (Mishra, 1992: 31). El sistema de bienestar británico de la posguerra supuso una serie de derechos sociales para los individuos donde las prestaciones se reconocían como una responsabilidad del Estado asociada a los derechos de ciudadanía, financiado a través de los contribuyentes bajo una filosofía de solidaridad en la financiación de los riesgos que son compartidos por todos los individuos (o bien, en palabras de Mishra, un modelo de “juntar los recursos de la sociedad y repartir los riesgos” (Idem,1992:31)).

Los principios de cobertura universal, de ciudadanía social y la socialización de los costes de los riesgos, dieron origen a una concepción de seguridad social distinta, haciendo del modelo británico un auténtico *Welfare State*. El máximo logro del *Beveridge Report* fue el de materializar los derechos sociales en derechos de ciudadanía por medio de la universalización de los programas sociales a toda la población y el de establecer una base solidaria en la financiación.

B) Génesis, desarrollo y crisis del Estado del bienestar

El nuevo Estado del bienestar surgido en la posguerra fue consolidando su propia naturaleza, diferenciándose del Estado liberal tradicional tanto en los objetivos como en los medios utilizados. La principal diferencia entre ambos tipos de Estado radica en que

mientras que el Estado liberal de derecho tenía por fin último garantizar la seguridad jurídica a las personas, el Estado del bienestar intenta garantizarle a los ciudadanos, además de seguridad jurídica, seguridad frente a la incertidumbre, esto es, frente a los riesgos vitales y frente a las situaciones de precariedad (Ojeda, 1993:19).

El término Estado del bienestar se utilizó para referirse al nuevo tipo de Estado del capitalismo de posguerra caracterizado por el compromiso del sector público con: el pleno empleo, la cobertura universal de servicios sociales básicos (educación, salud, pensiones y vivienda) y la garantía de unos ingresos mínimos a todos los ciudadanos (Mishra, 1992:24). El *Welfare state* de posguerra se ha nutrido y desarrollado en estrecha relación con otros componentes y procesos.

Mishra (1992) distingue dos componentes clave como pilares teóricos del Estado Benefactor; el componente keynesiano y el componente beveridgiano.³⁰ El componente económico o keynesiano justificaba el intervencionismo estatal en la economía de mercado. Las principales intervenciones estatales surgieron desde el lado de la demanda mediante el gasto público para asegurar el pleno empleo y mantener el crecimiento económico. Mientras que el componente social o beveridgiano introdujo el concepto de ciudadanía social, convirtiendo al estado en el responsable de asegurar unos niveles mínimos de bienestar a sus ciudadanos. En el componente social del Estado Benefactor destaca la provisión pública de los servicios sociales con cobertura universal bajo el principio de ciudadanía. La lógica de funcionamiento de este modelo de Estado se finca en su capacidad para integrar adecuadamente los dos campos de bienestar (crecimiento económico y justicia social) que suelen aparecer como contradictorios en las economías capitalistas (Mishra, 1992:33).

Adicionando más elementos al pensamiento de Mishra, Ordoñez identifica tres desarrollos interdependientes que confluyen en la conformación del Estado del bienestar: “el capitalismo, como modo de producción y sistema de valores dominantes; la democracia, como un medio de representación y recambio políticos fundado en el

³⁰ El componente ‘beveridgiano’ ha sido analizado en el apartado inmediato anterior, mientras que el componente ‘keynesiano’ se analizará con mayor detalle en un apartado posterior. En opinión de Picó, la corriente liberal-demócrata o pluralista concibe la extensión del Estado del bienestar también como una consecuencia de dos elementos de la modernización de la sociedad para hacer frente a la crisis: los postulados de Beveridge y Keynes (Picó, 1990:5).

principio de la igualdad ciudadana; y, por último, la evolución del Estado hacia formas de gobierno intervencionistas fincadas en objetivos de estabilidad económica, progreso social y legitimidad popular” (Ordoñez, 2007:27; Ordoñez 2002:28).

Ordoñez sostiene también que, la base del funcionamiento Estado del bienestar está formada por la suma de tres factores: una economía mixta, una democracia liberal y una política social extendida a grandes sectores de la población. Para este autor, a medida que los poderes públicos fueron adquiriendo mayores facultades para intervenir en la esfera económica y para generar efectos redistributivos, surgieron dos procesos que se adicionaron a la democratización de la sociedad y que constituyeron la base del funcionamiento del Estado del bienestar: “la formación de una economía mixta regulada por políticas y empresas públicas y la instrumentación de políticas sociales de cobertura universal.” (Ordoñez, 2002:29).

Entre las explicaciones más comunes sobre las causas históricas del surgimiento del Estado del bienestar, destacan: el cambio originado por la industrialización de algunos países europeos,³¹ que hace necesario equilibrar las desigualdades económicas y sociales que produce este modelo de sociedad; la fuerza de los movimientos procedentes de las organizaciones sociales de clase y los grupos de presión como los sindicatos y los campesinos, que presionaron para lograr la protección de sus colectivos; la emergencia de partidos políticos comunistas; la formación de coaliciones entre clases sociales y élites políticas;³²; los avances democráticos en materia de derechos ciudadanos, que dota de titularidades diversas a los individuos a través de los derechos de ciudadanía social; la orientación ideológica de los partidos en el gobierno, con la emergencia de partidos

³¹ La revolución industrial del siglo XVIII supuso grandes cambios económicos y sociales con la ruptura de los sistemas de organización social y la consolidación de una economía de mercado, esto que Polanyi ha denominado la Gran Transformación (Muñoz de Bustillo, 2000:19). Para una revisión más detallada sobre los cambios originados por el proceso industrializador consúltese a Muñoz de Bustillo 2000.

³² Una interpretación alternativa a las explicaciones sobre el surgimiento del Welfare State surgidas desde la perspectiva funcional-materialista, el enfoque de las clases sociales y las coaliciones y la teoría keynesiana, la ofrece el trabajo de Weir y Skocpol (1993), quienes elaboran un trabajo excepcional sobre la configuración de los estados del bienestar en Suecia, Estados Unidos y Gran Bretaña. Weir y Skocpol (1993) explican cómo las ideas keynesianas fueron introducidas en la estructura de Estado transformándose en políticas públicas durante los años de la ‘Gran Depresión’ a partir de un enfoque “estatista” que considera al Estado como un actor autónomo (Calvin y Velasco, 1997). Lo novedoso de su explicación reside en la dimensión institucional que sugieren para explicar el surgimiento y las modalidades de Estados del bienestar en estos tres países. Los rasgos estructurales de los Estados y las políticas públicas preexistentes son los factores que explican la diversidad de las respuestas nacionales a la crisis. Estos dos elementos aparecen como los hilos conductores que moldearon las orientaciones y la toma de decisión, formulando distintas estrategias para combatir a la depresión (Weir y Skocpol; 1993:226).

políticos comunistas; el cambio de interpretación (hacia el keynesianismo) acerca del papel que debía de jugar el sector público en el manejo de la crisis económica de la década de los treinta, que dotó de legitimidad a la intervención del Estado y los rasgos estructurales de los Estados y las políticas públicas preexistentes (Weir y Skocpol, 1993; Muñoz de Bustillo, 2000; 2000; Rodríguez Cabrero, 1996; Moreno, 2000).

La teorización sobre el nuevo papel del Estado benefactor de la posguerra se ha construido teniendo como disciplinas orientadoras a la sociología, la economía política y social y, en los últimos años, a la ciencia política. En la constitución teórica del Estado del bienestar han jugado un papel relevante las contribuciones multidisciplinarias, entre las que destacan el concepto de ciudadanía social, las ideologías dominantes en la época que permearon el pensamiento político – y, de manera particular, la teoría económica keynesiana-.

a) El concepto de Ciudadanía social

Una de las contribuciones más importantes en la consolidación del Estado del bienestar provino del concepto de *ciudadanía social* que suponía complementar los derechos civiles y políticos con el desarrollo de los derechos sociales. La noción básica del término ciudadanía tiene sus raíces en la *polis* griega, donde se entendía como una condición de pertenencia a la comunidad política (*politeia*). Este estatus de pertenencia plena a una comunidad política conlleva también una serie de derechos y deberes que deben de observar aquellos que lo detentan.

El impulso que ha recibido el concepto moderno de ciudadanía en el estudio sobre el Estado del bienestar es por considerar que éste vertebra el modelo político del nuevo tipo de Estado. Así, el Estado del bienestar ha sido entendido como la concreción institucional de la ciudadanía moderna.

La dimensión social del concepto de ciudadanía despertó el interés en los estudiosos del Estado del bienestar a partir de la conferencia impartida por Thomas H. Marshall en

1950.³³ La obra de Marshall, que tenía por propósito analizar la evolución de la ciudadanía en las sociedades capitalistas, distinguió tres ciclos históricos o estadios en la extensión de la ciudadanía que se correspondían con tres tipos de derechos: i) derechos civiles, ii) derechos políticos y iii) derechos sociales (Marshall, 1992)

i) El primer estadio de la moderna ciudadanía corresponde al de los derechos “civiles” característicos del siglo XVIII, cuyos postulados centrales descansan en el derecho a la libertad e igualdad ante la ley. El elemento civil de este tipo de ciudadanía está formado por las capacidades de ejercer las libertades individuales fundamentales (relativas a la vida, a la libertad de expresión, a la libertad de pensamiento y a la propiedad) bajo el amparo de la ley.

ii) El elemento “político” que define el segundo ciclo de ciudadanía, conocida como la ciudadanía política, está compuesto por los derechos políticos del siglo XIX, surgidos de la mano de la extensión del sufragio y la democratización de las reglas políticas de participación. Los derechos políticos están formados por los recursos de participación ciudadana en la vida política. El estatus de ciudadanía está ligado al derecho a elegir a los representantes de la comunidad política (derecho al voto); al derecho a ser elegido como representante (derecho a ser electo); así como al derecho a participar en la vida política (derecho de asociación, organización y reunión política) a través de partidos políticos u otras organizaciones políticas.

iii) Los derechos sociales característicos de la ciudadanía social, se corresponden con las garantías obtenidas con la consolidación de los estados del bienestar en las economías industriales del siglo XX. El elemento “social” garantiza de manera universal -es decir, a todos los ciudadanos por el simple hecho de serlo- el acceso a los medios necesarios para aspirar a una vida digna y al bienestar social. A través del derecho al trabajo remunerado y el derecho a la previsión social, se pretende garantizar un mínimo de bienestar económico y de seguridad para todos los individuos.

³³ La obra de este autor suele presentarse con varios años. La obra original corresponde al año de 1950, con el trabajo *Citizenship and Social Class*. Editada por Oxford University Press. El trabajo de Marshall que se ha consultado en este documento corresponde al año de 1992.

Si bien los primeras dos categorías de derechos civiles y políticos –que habilitaron al ciudadano a ejercer su libertad y participar en la estructuración política de la sociedad– fueron dotando de libertades y capacidades a los ciudadanos, Marshall considera que será la institucionalización de los derechos sociales materializados en el Estado del bienestar, la que consolidará el ejercicio pleno y efectivo de la participación política de los ciudadanos, imprimiendo de contenido real a la democracia política representativa (Marshall, 1992).³⁴

El concepto de ciudadanía social de Marshall ha sido de gran utilidad en el desarrollo teórico del bienestar, porque el argumento social del Estado del bienestar se centró en el reconocimiento a la calidad de “ciudadano”. La condición de ciudadanía quedó amparada en los Estados del bienestar a través de garantías formales en el ejercicio de los tres tipos de derechos. Las instituciones estatales en el modelo de Estado benefactor asumieron la responsabilidad de la promoción y tutela de los derechos civiles, políticos y sociales inherentes al estatus de ciudadanía.

Ahora bien, la noción de igualdad que subyace en los derechos de ciudadanía, no elimina las desigualdades materiales que pudieran existir entre los individuos. La igualdad de derechos, especialmente de aquellos relacionados con el bienestar de las personas, ha hecho soportables las diferencias originadas por el sistema de acumulación y ha atenuado los conflictos sociales que dichas diferencias conllevan (Moreno, 2000:34). Una de las funciones del Estado del bienestar ha sido precisamente, la de proveer una mayor igualdad de oportunidades vitales entre las personas a través de las garantías que otorgan los derechos de ciudadanía.

b) Los fundamentos ideológicos

Otro elemento presente en la discusión académica sobre la formación del Estado del bienestar se refiere a su orientación ideológica. Aunque existe una tendencia generalizada

³⁴ La concepción de ciudadanía social de Marshall adquirió un significado más allá de lo político, sosteniendo que, con la ciudadanía social se había cristalizado un tipo de democracia y de economía mixta en la que el Estado intervenía en la promoción y tutela de los derechos de los ciudadanos mediante las instituciones de asistencia y de seguridad social.

de atribuir a la filosofía socialdemócrata la paternidad ideológica exclusiva sobre el Estado del bienestar, varias doctrinas confluyen en la formación del capitalismo de bienestar de la posguerra. Ante la pluralidad de fundamentos ideológicos de los que el Estado del bienestar se nutre en su constitución, atender únicamente a los principios filosóficos de la socialdemocracia resulta limitado. Por ello, conviene –aunque de manera breve- atender la contribución que las diferentes ideologías han tenido en la constitución del Estado del bienestar.

La filosofía liberal y la conservadora constituyeron un gran empuje para el *Welfare State* porque, a pesar de las objeciones en torno a la intervención estatal, propugnaron por un nivel mínimo de asistencia pública. A la conquista de derechos y a la noción de igualdad subyacente en el pensamiento liberal, se unió la doctrina socialdemócrata, presionando por mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos y redistribuir la riqueza.

Las doctrinas del igualitarismo liberal y la conservadora se complementaron con la filosofía socialdemócrata que nutría el movimiento obrero, abogando por una igualdad de oportunidades vitales entre los individuos y por mayores garantías de bienestar social a través de los servicios estatales, la asistencia pública y la seguridad en el empleo.

Otra de las aportaciones significativas en la constitución del Estado del bienestar provino de las escuelas del pensamiento económico y, de manera especial, de la teoría económica desarrollada por John Maynard Keynes en su obra “Teoría general sobre el empleo, el interés y el dinero”. La consolidación y extensión del Estado del bienestar no se pueden entender sin los trabajos de Keynes, que sirvieron para establecer los principios teóricos que justificarían la intervención pública en la economía para promover el crecimiento y garantizar el pleno empleo. La consolidación del Estado del bienestar está asociada a la implementación de políticas económicas de intervención estatal para regular los mercados.

Los trabajos de algunos economistas de la escuela de Cambridge (Alfred Marshall y Pigou) anteriores a Keynes contribuyeron al intervencionismo estatal al postular la necesidad de la intervención pública para corregir las perturbaciones que el mercado pudiera generar, partiendo de la desconfianza en la capacidad de autorregulación del mercado para asignar de manera eficiente los recursos y para distribuir la riqueza

(Ordoñez, 2002:26). Sin embargo, el pensamiento económico más influyente que justificó la intervención estatal en las economías de posguerra surgió de la mano de J.M. Keynes. El trabajo de Keynes estableció algunos principios normativos para dar solución a los problemas de crecimiento y desempleo a través de instrumentos de política. Los escenarios de crisis resultado de la Gran Depresión de 1929 y la crisis económica producto de las dos guerras mundiales fueron el contexto propicio para arropar nuevas ideas que postulaban que los poderes públicos debían de intervenir en la economía a través de sus instrumentos valiosos, la política fiscal y la política monetaria, para perseguir tres objetivos: promover el crecimiento, mantener la demanda interna y garantizar el pleno empleo.

En concordancia con algunas ideas de corte keynesiano, el Estado del bienestar ha sido concebido también como un garante de la estabilidad macroeconómica, quien a través de diferentes medidas de intervención (particularmente, de estímulo de la demanda por parte del sector público) ha intentado sostener la demanda interna y promover el crecimiento sostenido de las economías nacionales.

La esencia del Estado benefactor descansa en la confluencia de tres dimensiones: política, económica y social. Los componentes de la tríada dimensional se traducirían a su vez en los objetivos del Estado del bienestar que se materializarían en la práctica en políticas de pleno empleo, de redistribución de la renta, de oportunidades políticas y de garantías de mínimos vitales que eliminaran situaciones de pobreza extrema.

A medida de que se fue dando la reconstrucción económica después de la guerra, con distintas intensidades y formas se fueron construyendo los Estados del bienestar en la mayoría de los países de Europa y en Estados Unidos. Los casos paradigmáticos han sido Inglaterra, Alemania y los países escandinavos (Suecia, particularmente), quienes asumieron la responsabilidad de garantizar el bienestar social y la protección de sus ciudadanos frente a los riesgos vitales, bajo el principio de derechos de ciudadanía. La generalización de las experiencias a lo largo del continente europeo debe mucho no sólo a la influencia de los casos alemán e inglés, sino también a la Organización Internacional del Trabajo en sus esfuerzos por extender la seguridad social y legitimar socialmente los programas de seguros, así como a la experiencia acumulada en política social de cada uno

de los países -como el caso francés con sus políticas sociales de corte nacional- en los que se instituyó dicho modelo de bienestar (Ordoñez, 2007:25).

c) Consolidación y crisis del Estado del bienestar

Las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial se caracterizaron por el crecimiento acelerado de las economías capitalistas, el sostenimiento de la demanda interna, elevados niveles de empleo y por el surgimiento de clases medias de trabajadores asalariados. Durante este periodo de bonanza económica se amplió también la cobertura de los servicios sociales y se mejoraron las prestaciones y los servicios. La bonanza económica de la posguerra, las mejoras en los servicios sociales y el amplio consenso logrado por el Estado, han llevado a algunos autores a identificar a este periodo como el de la verdadera consolidación del Estado del bienestar denominándolo la “Época Dorada” (*Golden Age*) del capitalismo del bienestar.

En la vasta literatura sobre el Estado del bienestar, existen diferentes versiones que ubican en periodos distintos los años que corresponden a la época dorada del *Welfare State*. Hugh Hecló (1981) distingue la consolidación del Estado del bienestar en un periodo temprano de entre guerras (1930 y 1940) y un periodo de expansión entre 1940 y 1960. Mientras que Johnson (1990:36)³⁵ ubica la consolidación del Estado del bienestar en el periodo posterior a 1945 y distingue varios fenómenos cuya influencia resultó decisiva para su consolidación en la posguerra: el impacto de la guerra con el consiguiente deseo de estabilidad; la lucha contra el comunismo y el fascismo; el compromiso con el pleno empleo ante el temor a la situación de desempleo que se presentó en el período de entreguerras; el crecimiento económico sostenido y la aceptación de la que gozaron las teorías keynesianas

En la misma línea argumentativa, Carlos Ochando (2002) sostiene que el Estado del bienestar se consolidó en la posguerra entre las décadas de los cuarenta y cincuenta. Para este autor tres acontecimientos históricos inciden en la consolidación del Estado del bienestar en el periodo de posguerra: las políticas intervencionistas desarrolladas por los gobiernos fascistas, la reacción contra el fascismo de un movimiento obrero cada vez más

³⁵ Cita de Ochando (2002:32 y33)

organizado y las medidas intervencionistas de la reconstrucción económica tras la guerra con el denominado Plan Marshall (Ochando, 2002:32).

Ramesh Mishra (1992) y Gerardo Ordoñez (2002; 2007) señalan que la década de los cincuenta y sesenta marcan el periodo de expansión acelerada del Estado benefactor, con la bonanza económica y la construcción de un entramado de instituciones públicas dedicadas al bienestar social en varios países europeos. Mishra (1992: 34-43) argumenta también que, aunado a las condiciones económicas que acompañaron a la expansión del *Welfare State*, se presentó un desarrollo teórico dominante que ayudó a legitimar al Estado del bienestar de posguerra.

Gosta Esping-Andersen propone una periodización distinta pronunciándose en contra de ubicar la década de 1950 como el período dorado del Estado del bienestar al señalar que, “si situamos la época dorada en las décadas de 1950 y 1960, veremos que seguramente no se trata de una época caracterizada por sus maduros Estados del bienestar y sus generosos derechos sociales” (1999:1). Así, sostiene que el auténtico periodo glorioso del capitalismo del bienestar se ubica en los años de 1960 y 1970, porque durante estos años maduraron las prestaciones y los servicios sociales, como lo evidencia el incremento en más de un tercio del gasto social en los países de la OCDE (Esping-Andersen, 199:1-2). A pesar de las diferencias que surgen a la hora de ubicar el periodo dorado del Estado del bienestar, todos los autores coinciden en que es posible asociarlo con la puesta en vigor de un sistema público de protección social y de políticas económicas de estímulo a la demanda por parte del sector público (keynesianas) en los años posteriores a Segunda Guerra Mundial (Rodríguez Cabrero, 1991; Mishra, 1992; Ordoñez, 2002; Moreno, 2000).

Los años sesenta y la primera mitad de los setenta pueden ser considerados los años gloriosos del Estado benefactor. Este periodo se caracterizó por el crecimiento económico alcanzado por las economías capitalistas, por la maduración de las prestaciones y de los servicios sociales y por el incremento sostenido del gasto público (Rodríguez Cabrero, 1996; Esping-Andersen, 2000; Moreno, 2000). Durante estos años el Estado del bienestar funcionó como garante de la estabilidad macroeconómica, manteniendo la demanda interna con políticas de pleno empleo y el crecimiento de la economía y gozó también de

un alto grado de legitimidad porque logró conciliar relativamente estos objetivos económicos con objetivos redistributivos.

El desarrollo de los Estados del bienestar en Europa se basó en el supuesto de una armonía entre los servicios sociales y la economía de mercado. Los servicios y las prestaciones sociales se mejoraron y se ampliaron en cobertura, financiados por una economía con un crecimiento sostenido y con elevados niveles de empleo. Con los logros relativos obtenidos en cuanto a sus objetivos económicos y sociales, el estado benefactor alcanzó también un amplio consenso social (Ordoñez, 2002:30).

El gran consenso alcanzado por el Estado del bienestar keynesiano por sus logros económicos y sociales durante los años sesenta se fracturó a mediados de la década de los 70 por las sombrías condiciones económicas (Mishra, 1992; Moreno, 2000; Artells, 1992: 108-109³⁶) En contraste con la bonanza de los años anteriores, la segunda mitad de los años setenta fue testigo de la crisis de los precios del petróleo y del colapso de los sistemas de cambio fijos. La recesión económica generó un estancamiento en la producción, elevó la inflación y el desempleo e incrementó el déficit público.

El déficit público fue un frente abierto que generó grandes tensiones tanto al interior de los Estados como en términos del acuerdo político que justificaba la intervención gubernamental en el Estado benefactor. Durante los años de bonanza del capitalismo del bienestar, los sistemas de protección social en los países de Europa occidental se habían cimentado en los presupuestos del pleno empleo y del crecimiento económico sostenido. Las crisis del petróleo de 1973 y 1978 alteraron drásticamente las economías europeas, modificando el escenario de prosperidad económica del que partían los sistemas sociales benefactores, lo que generó grandes presiones para la financiación del gasto social.

Mishra sostiene que, a finales de la década de los setenta, los factores materiales e ideológicos que dotaban de legitimidad al capitalismo de bienestar de posguerra como la bonanza económica y el modelo de racionalidad Keynes-Beveridge de intervención estatal se habían debilitado, cuestionando seriamente la validez del Estado del bienestar (1992:46). El contexto de crisis económica puso en entredicho la confianza en las teorías

³⁶ Citado en Ordoñez, 2002:31

keynesianas y en la capacidad del Estado para controlar la economía. La pérdida de confianza en el keynesianismo rompió también con el binomio Keynes-Beveridge al separar la política social y la económica, partiendo del supuesto de que el gasto social tenía consecuencias negativas sobre el mercado (Mishra, 1992:48).

Al mismo tiempo del malestar económico se hizo patente un malestar social, donde diferentes sectores sociales demandaban que el Estado del bienestar no había eliminado las diferencias que justificaron su creación. Estas demandas cobraron mayor fuerza a medida que se hacían evidentes las deficiencias en la prestación de los servicios sociales y la persistencia de la desigualdad en la distribución en el ingreso (Mishra, 1992:52 y ss; Ordoñez, 2002:31).

En este escenario sombrío donde el Estado del bienestar parecía haber encontrado sus límites materiales y donde se comenzó a erosionar el consenso político e ideológico (consenso keynesiano) en torno al mismo, quedó al descubierto la existencia de una crisis más profunda: la propia crisis del Estado del bienestar.

Las posiciones críticas que intentaban explicar la crisis del Estado benefactor cobraron mayor fuerza y se nutrieron de diferentes posturas ideológicas. El debate intelectual en torno al Estado del bienestar durante 1970 y 1980 se polarizó entre los argumentos críticos de los planteamientos neoconservadores y neomarxista para analizar la crisis. Ambas corrientes coincidieron respecto a los efectos de la crisis, pero diferían sobre las causas que la originaban y en los pronósticos sobre la evolución de la misma.

Las explicaciones sobre la crisis del Estado del bienestar desde las posturas neoconservadoras descansan sobre cuatro problemas clave: el crecimiento del gobierno, los “fallos del sector público”, el intervencionismo del estado keynesiano y la sobrecarga democrática del Estado (o la denominada crisis de gobernabilidad) (Mishra, 1992:58 y ss).

Uno de los argumentos más difundidos en las explicaciones sobre la crisis del Estado del bienestar ha sido el tamaño del gobierno. Todos los análisis sobre la crisis del *welfare state* surgidos desde posturas de la nueva derecha giran, con mayor o menor énfasis, en torno al problema del tamaño del sector público. Para los neoconservadores –con

Friedman y Hayek a la cabeza como los exponentes más destacados- el Estado del bienestar generó un gobierno que creció excesivamente por las demandas del mercado político y por los intereses de la burocracia, haciéndose cada vez más caro e ineficiente (Mishra, 1992: 60-64).³⁷

La tesis de los “fallos” del Estado o del sector público sostiene que si la justificación que dio origen a la intervención pública fueron los fallos del mercado, esta intervención produjo externalidades también. Esta tesis se encuentra estrechamente vinculada al problema del intervencionismo del Estado keynesiano, donde las críticas se centran en la excesiva regulación y cargas que éste impuso sobre la actividad económica; en el fuerte paternalismo que generó a través de la política social y en la indisciplina con la que se aplicaron las medidas económicas que condujeron a la inflación y a la desaceleración económica.

Para los neoconservadores, la intervención pública excesiva en el mercado y en la sociedad produjo importantes “fallos” en las economías capitalistas. Las críticas al Estado intervencionista del bienestar se centraban, especialmente, en los denominados “efectos perversos” de la financiación y de la política social. En lo que respecta a la financiación, sostenían que las altas cargas fiscales que el Estado benefactor imponía para poder financiar el gasto social desincentivaban la inversión y el espíritu emprendedor, desincentivando, en general, la participación de los agentes privados en la producción. Los argumentos relacionados con los “efectos perversos” de la política social arremetían contra el paternalismo de las prestaciones sociales. Consideraban que la política social generaba expectativas de bienestar que funcionaban como un desincentivo para el trabajo productivo inhibiendo el esfuerzo individual por mejorar sus condiciones de vida.

Además de los efectos perversos, la tesis de los “fallos” del Estado distinguía “fallos” en la eficiencia de los mecanismos burocráticos. Sostenía que la falta de competencia y la garantía de un empleo permanente para los funcionarios en la administración burocrática, redundaba en una baja eficiencia y en unos servicios deficientes.

³⁷ Para una exposición detallada sobre los argumentos neoconservadores acerca del crecimiento del gobierno por el mercado político, la burocracia y la competencia electoral, véase Mishra (1992:60-64)

En resumen, la tesis de los “fallos” del Estado defendía la idea de que el Estado del bienestar se había convertido en una institución paternalista y en una carga para la actividad productiva. El Estado intervencionista había regulado excesivamente la economía bajo esquemas administrativos de un sector público improductivo e irresponsable, limitando al libre mercado al reducir los incentivos de la iniciativa privada por la fuerte presión fiscal e inhibiendo el esfuerzo personal y estimulando la dependencia.

Es posible distinguir una corriente particular en los argumentos neoconservadores que explican la crisis del Estado del bienestar. Esta se refiere a la tesis de la crisis de la gobernabilidad con el problema de la “sobrecarga democrática del Estado”, que tiene en Niskanen y en los denominados teóricos de la ingobernabilidad: Crozier, Huntington y Watanuki a sus principales exponentes.

Desde una perspectiva con remanentes conceptuales de la teoría de sistemas, Crozier, Huntington y Watanuki (Crozier et al, 1975) impulsaron la tesis de la crisis de gobernabilidad democrática en su Informe sobre la Crisis de la Democracia para la Comisión Trilateral (Japón, Estados Unidos y Francia), argumentando que la gobernabilidad de las democracias occidentales estaba en riesgo por el exceso de demandas democráticas. El argumento neoconservador sostiene que en los sistemas políticos democráticos existe una sobrecarga del Estado por el “exceso” de democracia que existe en ellos, que da lugar a situaciones contradictorias: por un lado, facilita el surgimiento de demandas ciudadanas crecientes hacia el gobierno; mientras que por otro, la democratización ha puesto límites a la actuación gubernamental disminuyendo su autoridad y restringiendo su capacidad de acción (Mishra, 1992:70).

La sobrecarga del Estado se produce cuando las demandas ciudadanas exceden a la capacidad de respuesta del gobierno, lo que da como resultado problemas de gobernabilidad. Esta sobrecarga se genera en regímenes democráticos porque el sistema político facilita el surgimiento de demandas ciudadanas crecientes e ilimitadas hasta llevar al Estado a un punto de saturación, en la medida en que existen límites en la actuación del gobierno y en la financiación de la políticas. Las explicaciones sobre la crisis del Estado del bienestar desarrolladas desde la nueva derecha, sostenían que las políticas de bienestar social generaban expectativas crecientes en los ciudadanos que

estaban divorciadas de los recursos materiales existentes lo que hacía evidente la incapacidad de las instituciones gubernamentales para asimilar esas expectativas.

Los análisis desde la izquierda que se hicieron sobre la crisis del Estado del bienestar del capitalismo de posguerra ofrecieron una explicación estructural, partiendo de la premisa de que era producto de un modo de producción (capitalista) el cual tendía a reproducir. Los planteamientos señalaban también que en la reproducción del modo de producción capitalista se generaban las contradicciones que condujeron a su crisis. La interpretación marxista y neomarxista que se hizo sobre el desarrollo del este tipo de Estado y sobre su crisis, giró en torno a tres ideas: las necesidades del capital, la lucha de clases y las contradicciones del capitalismo (Mishra, 1992:117). De acuerdo con Mishra (1992:116), la noción de “contradicción” que nutre también los argumentos neoconservadores, alimentará gran parte de los análisis que se desarrollarán sobre la crisis.

La explicación marxista más difundida de la crisis es la que descansa en los trabajos de tres autores: James O’Connor (1973), Ian Gough (1979) y Claus Offe (1991), en lo que se ha denominado la tesis “OGoffe” (Moreno, 2000:28). De manera general, la tesis “OGoffe” sostiene que el Estado del bienestar provocaba una contradicción entre dos funciones clave del estado capitalista; la legitimación política y la acumulación del capital, en la reproducción del modo de producción. Dicha tesis tiene como punto de partida el trabajo pionero de O’Connor en 1973 con sus postulados sobre la crisis fiscal del Estado y la sobrecarga presupuestaria de las democracias occidentales.

El trabajo de O’Connor sobre la crisis fiscal ha resultado significativamente influyente en el pensamiento marxista, inaugurando una corriente de análisis que contempla al Estado del bienestar dentro de una concepción general de las contradicciones inherentes del Estado capitalista que se produce por la existencia de un conflicto entre dos de sus funciones básicas: la función de legitimación y la función de acumulación (Mishra, 1992:21; Moreno, 2000:28). Para O’Connor el Estado cumple estas dos funciones que resultan contradictorias: una función de acumulación cuando asume el papel de dirección de la economía y una función de legitimación, con el objetivo de regular el conflicto social (1973:7). La primera se refiere a las funciones económicas para garantizar el crecimiento económico y la acumulación privada del capital, mientras que la segunda está relacionada

con las funciones sociopolíticas relacionadas con la justicia social para la legitimación del orden social capitalista.

Sostiene que la “crisis fiscal” del estado es resultado del desarrollo contradictorio de dos situaciones: a) el conflicto entre las dos funciones principales del estado capitalista las cuales presionan sobre el presupuesto en diferentes sentidos y b) el hecho de que el gasto público crezca más de prisa (debido a que el estado asume responsabilidades crecientes) que los recursos (que permanecen mayoritariamente en manos privadas) de los que dispone el Estado para hacerle frente. Este último argumento es sobre el que O’Connor desarrolla la idea de la “sobrecarga presupuestaria” del gobierno, destacando la contradicción que existe entre las demandas sociales ilimitadas del mercado político que empujan los presupuestos gubernamentales limitados hacia el déficit público y conducen a una crisis fiscal (O’Connor, 1973:9).

Mientras que O’Connor interpreta al Estado del bienestar como una respuesta funcional al orden capitalista, Gough lo ve como el resultado de la lucha de clases, donde las prestaciones sociales representan una mejora de la clase trabajadora (1979: 32-38, 56). A pesar de los matices que existen entre la obra de Gough y la de O’Connor, la tesis marxista de las contradicciones del Estado entre sus funciones de legitimación y de acumulación es la que articula el pensamiento de ambos autores. Junto a ellos, Claus Offe desarrolla argumentos utilizando la metodología marxista y la perspectiva funcionalista de la integración social (Picó, 1990:20) planteando que, el Estado del bienestar ha controlado el desarrollo del capitalismo al asegurar la reproducción del orden social a través de sus instituciones políticas y administrativas que distorsionan la lucha de clases (Offe, 1991:143-146).

El elemento central de las posiciones marxistas en torno a la crisis del Estado del bienestar descansa en la idea de las contradicciones materiales del Estado capitalista, señalando que, en un principio, los programas de gasto social generaban un apoyo al Estado hasta que éste llegó a un punto de saturación con la crisis fiscal, lo que evidenció un conflicto entre los requisitos de acumulación del capital y las necesidades sociales, que generaron un círculo vicioso de contradicciones en el desarrollo material del Estado del bienestar. Junto a estos autores, Habermas señalaría también que los gobiernos promueven la acumulación del capital y la aceptación del capitalismo por los ciudadanos. Ambas

lógicas (acumulación del capital y la de legitimación) funcionando en un contexto de crisis fiscal provocan la sobrepolitización de las decisiones económicas, la crisis de racionalidad en los aparatos públicos y un sobre énfasis en los gastos de legitimación. Para este autor, la crisis del Estado del bienestar ha abierto una fisura en la gobernabilidad de las democracias, sosteniendo que esta crisis no descansa en el Estado sino en la esencia misma del capitalismo. La crisis de gobernabilidad que se expresa en una crisis de legitimación del sistema capitalista por la inadecuación que existe sus tres subsistemas; el económico, el político-administrativo y el normativo o cultural.

En general, es posible sostener, siguiendo a Meny y Thoenig (1992) que el debate sobre la crisis del Estado del bienestar que se nutrió con argumentos tanto de la izquierda como de la derecha, se articuló en torno a tres grandes ejes; los efectos de su crecimiento sobre las economías capitalistas; el funcionamiento burocrático y sus implicaciones sobre el sistema democrático. Estos ejes se corresponden a su vez con tres dimensiones de la crisis; una dimensión económica, una gerencial y una dimensión político-ideológica. La dimensión económica de la crisis se refiere a la disociación que existe entre las demandas sociales y los recursos económicos con los que cuenta el Estado. La dimensión la gerencial alude a la sobrecarga del Estado y a la ineficiencia en sus respuestas. Mientras que la dimensión político-ideológica de la crisis se expresa en la dificultad de compatibilizar el Estado del bienestar y la democracia, lo que se materializa en una crisis de gobernabilidad (Meny y Thoenig, 1992).

El intenso debate intelectual al que fue sometido el Estado del bienestar a finales de la década de los setenta, así como las transformaciones socioeconómicas que experimentaron sus sociedades (envejecimiento poblacional y efectos de la post-industrialización) motivaron su reestructuración. Las soluciones previstas para superar la crisis de las que fueron partidarios la mayoría de los gobiernos que llevaron a cabo reformas de sus sistemas de bienestar en la década de los ochenta fueron la contención del gasto social, políticas de racionalización del gasto público, la privatización de la oferta de servicios y prestaciones del bienestar y la desregulación del mercado. Si bien las primeras respuestas gubernamentales apuntaron en una dirección que parecía vaticinar el desmantelamiento del Estado del bienestar, no se produjo. Si bien el Estado del bienestar ha sido objeto de reformas, su viabilidad no se somete más a cuestión. Las instituciones

del Estado del bienestar como necesarias para generar condiciones sociales más igualitarias gozan hoy de un consenso relativamente amplio.

Las diferencias en intensidad y profundidad de las estrategias de reforma llevadas a cabo en los Estados del bienestar obedecen, en parte, a la particularidad de cada uno de ellos.³⁸ Los apartados siguientes discuten sobre la forma en cómo se ha abordado el bienestar desde una visión comparativa y presentan las tipologías principales que se han desarrollado sobre el Estado del bienestar y, en particular, sobre los regímenes de bienestar.

3. ENFOQUES EN LA INVESTIGACIÓN COMPARATIVA SOBRE EL BIENESTAR SOCIAL

La producción teórica acerca de los sistemas de bienestar tiene una tradición relativamente larga. Hasta mediados de 1970 los análisis sobre el Estado del bienestar se desarrollaron desde una visión genérica, sin rescatar apenas las diferencias que pudieran existir entre las diferentes experiencias. Los primeros esfuerzos por construir tipologías sobre la provisión del bienestar surgieron de la mano de los trabajos pioneros de Titmuss (1974), Furniss y Tilton (1977) y Mishra (1977), quienes atrajeron la atención acerca de las variaciones que existían en los estados del bienestar en los países desarrollados (Sainsbury, 1996:1). A partir de entonces, la corriente dominante en los estudios sobre el Estado del bienestar ha tenido como sello distintivo al análisis comparativo.

Diane Sainsbury (1996) ha identificado cuatro modelos o enfoques (*approaches*) que han dominado los estudios comparativos sobre el fenómeno del Estado del bienestar:³⁹

1. El enfoque de los “tipos ideales opuestos” (Wilensky y Lebeaux, 1958; Titmuss, 1974; Mishra, 1977; Korpi, 1984).
2. El enfoque “inductivo” (Furniss y Tilton, 1977; Esping-Andersen y Korpi, 1987).

³⁸ Para ahondar en la reforma del estado del bienestar consúltese Del Pino (2004).

³⁹ Para analizar detalladamente cada uno de los modelos y las críticas hechas a los mismos, consúltese el trabajo de Diane Sainsbury. La exposición de los tres primeros enfoques que se presenta a continuación, se basa en la obra de Sainsbury (1996: capítulo 1), por lo que las referencias bibliográficas presentadas han sido tomadas de la misma obra. Las excepciones son las obras de Titmuss (1974) y de Esping-Andersen (1987, 1990) y de Esping-Andersen y Korpi (1987).

3. El enfoque de los “ejes de diferenciación” (Jones, 1985; Therborn y Roebroek, 1986; Pierson, 1991).
4. El enfoque de “regímenes de bienestar” (Esping-Andersen, 1987,1990).

El primer enfoque o aproximación teórica es la de los “tipos ideales opuestos” (*polar ideal types*). Este enfoque se refiere a la construcción de modelos analíticos basados en tipos ideales opuestos que destacan las diferencias más importantes que existen entre los países en la provisión del bienestar. Estas construcciones ideales-típicas se aplican a distintas realidades que son examinadas según la distancia que guarden con los atributos genéricos del modelo ideal. La distinción polar o de opuestos más utilizada ha sido la de la provisión del bienestar “residual” e “institucional”. El trabajo de Wilensky y Lebeaux (1958) fue el primero en establecer esta distinción al caracterizar a los tipos de bienestar residual como aquellos donde la familia y el mercado asumen un papel prominente en la provisión del bienestar y la provisión estatal es marginal; mientras que los tipos institucionales son aquellos donde la provisión pública del bienestar asume un papel central. Con base en esta distinción, Richard Titmuss (1974) desarrolló su trabajo clásico sobre los Estados del bienestar.⁴⁰ La distinción de Titmuss sobre el bienestar residual e institucional inauguró una tendencia de estudios comparativos sobre los sistemas de bienestar que se apoyaron en la construcción de modelos ideales opuestos. Siguiendo la tendencia de los tipos ideales contrastantes, otros autores han añadido nuevas dimensiones para diferenciar los tipos de bienestar, entre las que destacan: el nivel del gasto social, el tipo de financiación, la amplitud del rango de prestaciones y beneficios, el grado de cobertura, la ideología y los agentes de la provisión, el tipo dominante de programas sociales y los niveles de beneficio (Sainsbury, 1996:11). Diane Sainsbury (1996) resume en la siguiente tabla (No. 1) las dimensiones que se han añadido al enfoque de los tipos ideales basados en el binomio residual-institucional.

⁴⁰ Titmuss construyó una tipología de provisión del bienestar atendiendo a la forma en como operaba la política social, distinguiendo tres modelos: *residual welfare model*, *industrial achievement-performance model* y el *institucional redistributive model*. El modelo residual es aquel donde la política pública funciona como una ayuda temporal y compensatoria cuando ‘fracasan’ los otros canales de provisión de bienestar, la familia y el mercado. El modelo de “desempeño industrial” tiene como tarea proveer un mínimo estándar de protección a través de la seguridad social y la provisión pública se complementa en gran medida con la provisión del mercado. En el tercer modelo, la política social se concentra en objetivos redistributivos (1974:1-30). Si bien la tipología de Titmuss contempla tres modelos, fueron los tipos de bienestar residual e institucional como tipos opuestos, la tipología que resultaría altamente influyente en los estudios comparados sobre la provisión del bienestar en los países occidentales.

Tabla 1. Dimensiones de diferenciación del modelo de tipos ideales residual-institucional

Dimensión	Modelo Residual	Modelo Institucional
Porcentaje del gasto social	Bajo	Alto
Nivel de beneficios	Precario	Adecuado
Rango de servicios y beneficios legales	Limitado	Extenso
Cobertura de la población	Minoritaria	Mayoritaria
Tipo de programa dominante	Selectivo	Universal
Importancia de los programas de prevención de necesidades	No existen	Sustancial
Compromiso con el pleno empleo	Secundario	Primario
Tipo de financiación	Contributiva/Tasas	Impositiva
Papel de las organizaciones privadas	Importante	Marginal
Ideología sobre la intervención estatal	Mínima	Óptima
Redistribución con base en la necesidad como un valor	Marginal	Secundaria

Fuente: Reproducido de Diane Sainsbury, 1996. *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge: Cambridge University Press. Tabla 1.1.

Un segundo enfoque es el inductivo (*inductive approach*), descrito por Sainsbury como aquél que comienza con el examen de un país en particular o un conjunto de países (especialmente, Estados Unidos, Reino Unido y Suecia) para destacar las características distintivas de sus Estados del bienestar y, con base en ellas, construir una tipología de los mismos. Al poner el acento en los objetivos y las metas de la intervención pública, Furniss y Tilton han distinguido tres tipos de intervención estatal: el Estado positivo, Estado de la seguridad social y Estado del bienestar social (Sainsbury, 1996).

A diferencia del modelo inductivo, el denominado enfoque de los “ejes de diferenciación” (*two underlying axes of variation*) elabora una clasificación de los Estados del bienestar con base en la elección de dos ejes de variación que permiten construir una tipología más amplia que la del enfoque de los tipos ideales. Estos estudios se apoyan en una base empírica extensa y buscan identificar las diferencias en los modelos de bienestar mediante escalas generales que se valen de continuos; con base en los ejes de diferenciación se intenta determinar las variables que tienen un mayor peso explicativo a través de medidas estadísticas de correlación. Dentro de las tipologías que se han construido con base en este enfoque, Sainsbury destaca la de Jones (1985) y la de Therborn y Roebroek (1986). En el trabajo de Jones, uno de los ejes de diferenciación corresponde al nivel del gasto social y el otro al tipo de política social. Este segundo eje es un continuo entre el modelo de éxito industrial y el modelo institucional de Titmuss. Mientras que Therborn y Roebroek introdujeron en su trabajo nuevas dimensiones de diferenciación: un eje que distingue el grado de institucionalización de las políticas de pleno empleo que se combina

con el eje del grado de compromiso con la seguridad social (reflejado en un mayor o menor gasto público).

El cuarto enfoque se apoya en el análisis de *clusters* (racimos) para la agregación de atributos de bienestar y se ha centrado en la construcción teórica de los “regímenes de bienestar que surgió a finales de los años ochenta. En el análisis de *clusters*, no se observa el comportamiento de los países de manera individual -el diseño metodológico consiste en correlacionar variables para agrupar países en regímenes-, sino racimos de países que son agrupados con base en diferentes dimensiones definitorias. El enfoque de régimen de bienestar se apoya en el marco analítico de la economía política y la teoría de los recursos del poder y se ha beneficiado del desarrollo de la sociología histórica comparada (Skocpol, 2003, citado en Draibe, 2006). Es el enfoque más reciente que ha ganado una aceptación creciente en los círculos académicos y se ha convertido en el más influyente en los esfuerzos por tipificar la producción y distribución del bienestar en los países desarrollados y en proceso de desarrollo.

A) El Régimen de bienestar: su uso epistemológico

La nota distintiva del enfoque de régimen de bienestar (*welfare regimen approach*) es que teóricamente se centra en el estudio de los regímenes más que en el de Estados del bienestar. La investigación comparativa sobre los Estados del bienestar que se desarrolló durante la década de 1970 y 1980 buscaba explicar el porqué de las diferencias entre los países en la producción y distribución del bienestar (Hecló, 1974; Esping-Andersen y Korpi, 1985; Flora y Heidenheimer, 1986; Castles, 1986, 1993). Pretendiendo encontrar las pautas diferenciadoras, estos trabajos se centraron en el examen de las medidas públicas del bienestar social que se aplicaban en los distintos países. Si bien estos estudios contemplaban también el papel del mercado en la provisión de los servicios de bienestar privados, los análisis sobre la participación de las esferas no estatales (privadas) en el bienestar social, fueron agrupados bajo el paraguas teórico del Estado del bienestar.

Junto a Esping Andersen, Moreno señala que, en este contexto, el concepto Estado del bienestar resultó limitado porque lo que se analizaba era la producción conjunta del bienestar y no sólo la provisión estatal (Moreno, 2000; Esping-Andersen, 1999:34-5). Ante la necesidad de acuñar un término que reflejara con mayor fidelidad los desarrollos

en la investigación comparativa de los sistemas de bienestar, surgió un concepto alternativo que gozó de gran aceptación académica: el concepto de “regímenes de bienestar”⁴¹ desarrollado por Gosta Esping-Andersen (1990) para las democracias occidentales avanzadas. La idea de régimen de bienestar es la aportación conceptual y metodológica de Esping-Andersen a la investigación comparativa del bienestar.

El concepto acabado de régimen de bienestar (*welfare regimen*) fue propuesto por Gosta Esping-Andersen en 1990 en su obra *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, construida bajo el paradigma analítico de los recursos de poder (*power resource approach*).⁴² El término se hizo popular a principios de la década de los noventa en el marco de los estudios comparativos que se realizaron en torno a las reformas del sector público en los Estados del bienestar en algunos países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Barba, 2007:45; Goodin et al.,1999).

La amplia aceptación de la que gozaron los trabajos de Esping-Andersen (1987, 1990, 1999) en la investigación sobre las variaciones en la producción y asignación del bienestar en las economías postindustriales de la OCDE, posicionó con superioridad el uso epistemológico del concepto. El enfoque de régimen de bienestar ha ejercido una gran

⁴¹ Que en un primer momento los denominaría “regímenes de políticas” (*policy regimes*) y los definiría como: “Los arreglos institucionales específicos adoptados por las sociedades en su búsqueda de trabajo y bienestar. Una organización dada de las relaciones entre Estado y economía se asocia con una lógica particular de la política social. Los regímenes son definidos en términos de las relaciones entre el Estado y la economía” (Esping-Andersen, 1987:6-7).

⁴² Para la conceptualización de los tres mundos del bienestar, Gosta Esping-Andersen se apoya en la “teoría (o enfoque) de los recursos de poder” (*power resources theory o power resources approach*) que surgió desde la década de 1960, difundiéndose ampliamente una década después de la mano de autores de la “escuela escandinava” como Walter Korpi (1974, 1978, 1985), Gosta Esping-Andersen (1985, 1987, 1990) y también Andersen y Korpi (1985) (O’Connor y Olsen, 1998; Korpi, 1998). La teoría de los recursos de poder tiene como hipótesis clave la idea de que “la distribución de los recursos de poder es variable, modificándose sobre el tiempo y entre países” (Korpi, 1998: vii). La aproximación al poder desde esta perspectiva ejerció una gran influencia sobre los trabajos en torno a los Estados del bienestar en las economías altamente industrializadas porque, a diferencia de la escuela *behaviorista*, se enfocaba en situaciones donde las diferencias de poder entre los actores eran relativamente pequeñas -como sucedía en estos países- y no en aquellas en conflictos visibles y profundos, como proponía esta última. La escuela de pensamiento de los recursos del poder destaca el valor de la política y de la movilización de clase como instrumentos de cambio y, desde el neo-institucionalismo, subraya el papel que desempeñan las instituciones y el legado histórico en los procesos redistributivos y en la consolidación de los diferentes regímenes de bienestar. En los procesos de consolidación de los regímenes, esta perspectiva destaca los recursos de poder de los actores colectivos, principalmente los sindicatos, en la formación de las coaliciones de poder que implantaron los sistemas de bienestar social (Korpi, 1985). Para ahondar en la teoría de los recursos de poder, consúltese Olsen y O’Connor (1998: 3-33).

influencia en el avance teórico y metodológico en la literatura sobre el bienestar y ha sentado las bases contemporáneas de los estudios comparados en la materia. Durante las dos décadas posteriores al trabajo sobre los “tres mundos” del bienestar, el enfoque sobre los regímenes de bienestar ha cobrado un desarrollo significativo (producto del fructífero debate al que ha sido sometido), generando una rica producción de análisis y estudios que se han extendido más allá de los confines tradicionales de los países desarrollados.

Para Esping-Andersen, un régimen de bienestar alude a las articulaciones que existen entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad para la producción y asignación de bienestar. Definiendo a los regímenes de bienestar como:

“La forma conjunta e interdependiente como el bienestar es producido y asignado por el estado, el mercado y la familia” (1999:34-35).

Otras definiciones han seguido a la definición de Esping-Andersen y han agregado nuevos elementos o complejizado los iniciales. Taylor-Gooby (1996) define al régimen de bienestar como una constelación de arreglos sociales, políticos y económicos que alimentan a un sistema de bienestar particular, que a su vez soporta un patrón de estratificación social que retroalimenta su propia estabilidad (1996:199-200). Al igual que Esping-Andersen, la propuesta conceptual de Taylor-Gooby se ubica en el seno de dos aproximaciones teóricas: la escuela de la economía política y la del nuevo institucionalismo histórico; lo que explica el énfasis que el autor pone en la idea de que el mercado de trabajo, la esfera doméstica y el Estado son elementos que interactúan para moldear una estructura social particular.

El concepto de régimen de bienestar surgió como una categoría analítica intermedia -entre las categorías generales y abstractas de los tipos ideales (como Estado del bienestar) y la historicidad radical de las situaciones concretas- que, al mismo tiempo que conserva atributos generales, es capaz de captar la especificidad de los casos particulares. Una aportación significativa del término es que permite incorporar variables explicativas de carácter histórico y estructural del tipo “senda-dependiente” (*path-dependency*) que están presentes en el proceso de constitución del régimen. Analíticamente hablando, es un término compuesto, donde destaca la noción de régimen.

La idea de régimen alude a las fuentes teóricas del neoinstitucionalismo histórico, la economía política y la teoría de los recursos de poder, que enfatizan la relación que existe entre esferas diversas enmarcadas sistemáticamente en un orden legal y organizativo. Un régimen» hace referencia a un conjunto de reglas, instituciones e intereses que moldean el comportamiento de los individuos y tienden a reproducirse a través del tiempo, dependiendo en gran medida de las trayectorias pretéritas (Gough, 2004). Se trata de una construcción histórica que imprime a sus instituciones una trayectoria dada de lucha de clases, de coaliciones políticas y de grupos sociales, que expresan valores e intereses (*the power theory*). La noción de régimen en el concepto compuesto, intenta dar cuenta de que, en las interdependencias específicas entre el Estado, la economía y la esfera doméstica existe un complejo de atributos legales y organizacionales que se entretajan sistemáticamente (Esping-Andersen, 1990:2).

Estas interdependencias entre esferas diversas forman lo que Esping-Andersen denomina la tríada del bienestar, a la que señala que es posible añadir una cuarta fuente como elemento residual: las organizaciones de voluntarios sin fines de lucro (Esping-Andersen, 1999:35). Mientras que el planteamiento de la tríada del bienestar ha tenido una gran influencia orientando la investigación empírica sobre el bienestar, la propuesta de incluir en el análisis al sector comunitario como una cuarta fuente, se enfrenta con serios problemas metodológicos a la hora de intentar medir su contribución.

El modelo teórico del régimen de bienestar ha tenido dos grandes logros; el superar la visión estado-céntrica de la política social al examinar el comportamiento de otras instituciones como la familia, el mercado y el sector comunitario en la distribución de los riesgos sociales; así como el incorporar la dimensión histórica que remite a las configuraciones estructurales previas y de distribución del poder entre grupos sociales (*power-resource approach*) que están presentes en la configuración de un régimen dado. La propuesta teórica del régimen de bienestar ha dado lugar a una rica producción de trabajos comparados sobre regímenes en el resto del mundo. En lo que respecta a la forma en cómo se ha utilizado el enfoque, éste ha permitido establecer una tipología inicial de regímenes o mundos de bienestar en las democracias occidentales desarrolladas con base en tres elementos:

- La relación público/privada (Estado-mercado-familia) en la producción del bienestar,
- La calidad de los derechos sociales (medida a través de la des-mercantilización de los servicios sociales y la política social) y
- Los patrones de estratificación social que el régimen reproduce.

El eje analítico que sustenta la tipología de los tres mundos del capitalismo del bienestar de Esping-Andersen es la mezcla público-privada en la producción y distribución del bienestar (el régimen propiamente dicho), mientras que el grado de des-mercantilización y los modos o efectos de estratificación que producen el Estado del bienestar funcionan como dimensiones definitorias (Esping-Andersen, 1999:74). Más tarde el mismo autor añadiría otro criterio de identificación, el grado de des-familiarización (*de-familialization*), que hace alusión a las políticas que maximizan la autonomía financiera del individuo, reduciendo su dependencia de la familia y los cónyuges.⁴³

El primer elemento que destaca el enfoque de régimen de bienestar denota una matriz institucional público-privada de los proveedores de bienestar, también denominada *welfare mix*.⁴⁴ Aunque el concepto sostiene que en la producción y distribución del bienestar participan tres esferas (Estado, mercado y familia), en la práctica la investigación sobre regímenes se ha centrado en la interacción que se teje entre el mercado y el Estado, dejando a un lado a la esfera familiar por las dificultades metodológicas que se presentan a la hora de medir su contribución al bienestar.

El segundo elemento es el de des-mercantilización (*de-commodification*). Este es un concepto clave que funciona como una dimensión definitoria de los regímenes de bienestar en cuanto a sus diferencias en la calidad de los derechos sociales. Apoyándose

⁴³ La des-familiarización (*de-familialization*), expresa el grado en que se logra reducir la dependencia del individuo respecto de la familia o los cónyuges. Mientras que por el contrario, el familiarismo –traducido también como familismo- (*familialism*) denota una carga de obligaciones de bienestar elevadas a la unidad familiar (Esping-Andersen, 1999:45).

⁴⁴ En el trabajo original de Esping-Andersen (1990) sobre los “Tres Mundos del Bienestar esta dimensión hacía referencia a la mezcla público-privada (especialmente entre el Estado y el mercado) en la producción del bienestar. El concepto de “agregado de bienestar (*welfare mix*) es planteado por Gough (2004) en su crítica al enfoque de regímenes de bienestar de Esping-Andersen para hacer patente la contribución de otras esferas al bienestar social como pueden ser la esfera doméstica, la comunitaria y la internacional. Sin embargo, en su obra revisada sobre los regímenes de bienestar, Esping-Andersen (1999) reconoce que la tríada original de Estado, mercado y familia puede ampliarse y considerar a otros productores de bienestar, sosteniendo que es más adecuado denominarla *welfare mix*.

en la concepción inicial de Karl Polanyi,⁴⁵ Esping-Andersen desarrolla el concepto de des-mercantilización para explorar las diferencias que existen en la calidad de los derechos sociales en los distintos regímenes. La des-mercantilización hace referencia al nivel de prestaciones y servicios sociales estatales (ofrecidas como derechos) que permiten a los ciudadanos cubrir sus necesidades independientemente de su participación en el mercado (Esping-Andersen, 1990; 1999). Es una medida sintética del grado de protección del que gozan los individuos frente a las fuerzas del mercado.

El concepto de des-mercantilización aparece como el principio clave para concebir a la ciudadanía social de Marshall porque “aspira a captar el grado en que los estados del bienestar debilitan el nexo monetario al garantizar unos derechos independientes de la participación en el mercado” (Esping-Andersen: 1999:43-4). La des-mercantilización ocurre cuando los servicios y las prestaciones sociales son ofrecidos bajo la titularidad de un derecho que garantiza a los ciudadanos un nivel de bienestar sin tener que depender del mercado; por lo que la mera presencia de la política social no significa des-mercantilización, si no logra emancipar a los individuos del mercado (Esping-Andersen, 1990). La variable grado de des-mercantilización captura también las variaciones ideológicas que existen en cada régimen, las cuales son un reflejo del “acuerdo político” alcanzado en cada uno de ellos.

Los modos de estratificación (*modes of stratification*) o solidaridades, constituyen el tercer elemento de los regímenes de bienestar. Los modos de estratificación se refieren a los efectos de estratificación social que resultan de las formas de interacción entre los Estados, los mercados y las familias en la provisión del bienestar (aunque el análisis empírico se concentra la influencia que la política social ejerce sobre la estratificación social). Según las formas de interacción dominante entre los países, Esping-Andersen

⁴⁵Desde las trincheras de la economía política Karl Polanyi (1957) sostuvo que, en la producción de los medios materiales para su subsistencia, la economía de mercado convierte al trabajo en una mercancía (*commodity*) y exige que todos los ingresos procedan de las relaciones mercantiles. Esta mercantilización (*commodification*) de la fuerza de trabajo supone un problema porque lleva a la destrucción de la propia sociedad (Polanyi, 1975: 126-132). Para Polanyi, si bien en el siglo XIX el capitalismo hizo extensiva la inseguridad en la sociedad al mercantilizar la fuerza de trabajo, se ha tratado de mitigar sus efectos a través de la intervención social del Estado. La intervención estatal a través de la política social, ha sustraído del mercado a la fuerza de trabajo, independizando a los individuos de las reglas del mercado, los ha “des-mercantilizado”. Partiendo de esta concepción, en el estudio sobre los sistemas de bienestar se entiende que, una necesidad resulta ‘des-mercantilizada’ -es decir, extraída del mercado-, cuando el estado asume la responsabilidad de satisfacerla emancipando al individuo del mercado.

distingue diferentes efectos de estratificación o modos de solidaridad que le permiten diferenciar entre regímenes de bienestar.

A continuación se discute el uso que se le ha dado al concepto de régimen de bienestar. En primer lugar se expone la forma en como se ha utilizado a éste para construir una tipología con base en los países desarrollados de la ODE - destaca la tipología construida con base en países como Estados Unidos, países de Europa continental y los países escandinavos-. Posteriormente, se discute la utilidad del enfoque para examinar contextos con niveles de desarrollo y patrones institucionales distintos a los que originalmente se diseñó. Para concluir analizando las aportaciones del enfoque sobre régimen de bienestar (*welfare regimen approach*) en la construcción de tipologías del bienestar en América Latina.

a) El uso del enfoque de régimen de bienestar en los países de la OCDE

La tipología inicial sobre los mundos de bienestar del capitalismo del bienestar desarrollada por Esping-Andersen para los países de la OCDE distingue entre tres tipos de regímenes (Esping-Andersen, 1990; 1999):⁴⁶

1. Régimen de bienestar Liberal
2. Régimen de bienestar Conservador
3. Régimen de bienestar Socialdemócrata

El régimen de bienestar liberal se distingue por su carácter residual que se expresa en niveles de desmercantilización modestos y en una fuerte presencia del mercado en la provisión del bienestar. Este régimen “refleja el compromiso político de minimizar el Estado, individualizar los riesgos y fomentar las soluciones de mercado” (Esping-Andersen, 1999:74). El régimen de bienestar liberal es residual porque parte de una concepción restringida acerca de los tipos de riesgos que deben de ser considerados como riesgos sociales, limitando su ayuda a un rango de riesgos específicos (riegos

⁴⁶ Como el mismo Esping-Andersen lo reconoce, su trabajo guarda una estrecha correspondencia con la tipología elaborada por Titmuss sobre la política social. Así, el régimen de bienestar liberal se corresponde con el modelo residual de Titmuss (1974), el conservador con el de éxito industrial y el régimen de bienestar socialdemócrata con el modelo institucional.

considerados como inaceptables)⁴⁷ como son la protección a los discapacitados o a los pobres extremos. El carácter residual del régimen liberal se hace patente también en las garantías sociales que ofrece. La política social en este régimen es dualista y la asistencia social se encuentra sesgada en favor de ciertos sujetos específicos -que suelen ser los más pobres o los más vulnerables- y se caracteriza por la fuerte presencia de programas de comprobación de medios (*means testing*). La solidaridad ante los riesgos en este régimen es de carácter individual, partiendo del supuesto de que la mayoría de los ciudadanos se valen por sí mismos para obtener bienestar a través del mercado. La presencia de los servicios de bienestar privados es otro elemento central del régimen. En el régimen liberal el mercado asume un papel dominante en la provisión del bienestar –ya que el planteamiento residual supone asignar mínimos riesgos al Estado y máximos al mercado– por la fuerte confianza que existe en las soluciones de mercado en la forma de bienestar ocupacional y de seguros privados (Sainsbury, 1996: 12). Dentro de los países que se consideran en el régimen liberal destacan los países anglosajones: Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Canadá e Irlanda.

La característica dominante del régimen de bienestar conservador radica en su mezcla de segmentación de estatus y familiarismo. Los esquemas de la seguridad social en el régimen conservador son centrales pero están diferenciados según el estatus (especialmente, la diferenciación profesional). La seguridad social está segmentada por categorías de beneficiarios y esta segmentación reproduce una estructura societal y de ingresos determinada. En este régimen el mercado tiene una presencia marginal en los servicios de bienestar en contraste con la fuerte presencia de la familia. El elemento conservador del régimen se hace evidente también en su elevado grado de familiarismo,⁴⁸ por lo que los beneficios sociales están sesgados en función del modelo “varón cabeza de familia” y la unidad familiar se considera como la responsable del bienestar de sus miembros. Presenta un grado de des-mercantilización elevado para el hombre proveedor, bajo la premisa de que, asegurando el ingreso del cabeza de familia, la familia puede hacerse cargo del bienestar de sus miembros (*male bread-winner model*). El último

⁴⁷ Por riesgos inaceptables se entienden aquellos riesgos que los seguros privados no están dispuestos a asegurar. Los campos de riesgos que los seguros privados no están dispuestos a cubrir suelen ser los que afectan a los ancianos, los discapacitados o los trabajadores no cualificados. Sobre estos riesgos véase Esping-Andersen, 1999:38).

⁴⁸ El familiarismo se entiende como “la combinación de la protección social sesgada a favor del ‘varón cabeza de familia’ y el carácter central de la familia como dispensadora de cuidados” (Esping-Andersen, 1999:45).

atributo del régimen conservador descansa en su modelo de solidaridad dominante, que no contempla un reparto colectivo de los riesgos sino un planteamiento corporativista en el que los riesgos se comparten en función de la pertenencia a un estatus (atendiendo principalmente a una diferenciación por profesiones) sobre una base contributiva. En este régimen se engloba a países de Europa continental como: Alemania, Francia, Austria, Bélgica y Holanda.

La esencia del régimen de bienestar socialdemócrata radica en el reconocimiento de los derechos sociales, en la cobertura universal de la población y en unos niveles de subsidios generosos. Se caracteriza por unos niveles de desmercantilización elevados, unos beneficios universales, una concepción amplia de los riesgos sociales que se refleja en una cobertura global de riesgos, una presencia marginal de los servicios privados de bienestar y por un reparto solidario de los riesgos financiados mediante una base impositiva. En síntesis, los rasgos distintivos de este régimen son el rol central que tiene el Estado en la provisión social, sus elevados grados de desmercantilización y su orientación hacia el igualitarismo. Los países agrupados en el régimen socialdemócrata son los países escandinavos: Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia

En la tarea de distinguir entre diferentes regímenes de bienestar en el mundo, se han identificado diversos elementos que han permitido establecer distinciones entre los países. Entre los elementos más frecuentes utilizados para la categorización de los regímenes, destacan:

- El papel jugado por el Estado, la familia y el mercado en la producción del bienestar
- El locus o espacio de solidaridad dominante (mercado, Estado o familia)
- El tipo de solidaridad dominante (individual, corporativa, universal, familiar)
- Los modelos ideológicos sobre los que descansa el sistema de bienestar
- El propósito básico de la política social
- Las prestaciones centrales de la política social
- Los valores de la política social
- El grado de intervención estatal
- El grado de desmercantilización que permite la política pública

- El tipo de prestaciones que ofrece la política pública de bienestar (amplitud y rango de las prestaciones)
- Los valores sociales que reproduce
- El carácter público o privado del sistema de prestaciones
- El tipo de categorías sociales que reconoce como beneficiarios
- El modelo de familia que reproduce
- La orientación de las coaliciones políticas que le dieron origen

Estos elementos han permitido agrupar a los países en “mundos” o regímenes de bienestar en las economías avanzadas. Un resumen de las características de los tres regímenes de bienestar desarrollados arriba se presenta en la tabla No. 2, que incorpora también un cuarto régimen, el denominado “mundo mediterráneo” del bienestar.

Esta tipología logra capturar importantes variaciones entre los diferentes países analizados, los cuales son Japón, Estados Unidos y las economías desarrolladas de Europa. Si bien la categorización ha resultado sumamente influyente en el análisis comparativo sobre los regímenes de bienestar, no ha estado exenta de críticas.⁴⁹

Tabla 2. Características de los “mundos” del bienestar de los países desarrollados

Dimensiones	Regímenes de bienestar			
	Liberal	Conservador	Socialdemócrata	Mediterráneo
Instituciones productoras de bienestar:				
▪ Familia	Marginal	Central	Marginal	Central
▪ Mercado	Central	Marginal	Marginal	Marginal
▪ Estado	Marginal	Subsidiario	Central	Subsidiario
Grado de desmercantilización	Mínimo	Alto (para el cabeza de familia)	Máximo	Medio
Espacio de solidaridad	Mercado	Familia	Estado	Familia
Modo de solidaridad predominante	Individual	Corporativismo Familia Estatismo	Universal	Familiar Estatismo
Ejemplos modales	Estados Unidos	Alemania Francia	Suecia	España Italia
Efectos de estratificación	Selectividad y focalización	Mantenimiento de estatus (ocupación, sexo)	Igualitarismo	Familismo y División sexual

Fuente: Construcción propia con base en reproducción parcial de Esping-Andersen, 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Tabla 5.4. Para la columna sobre el régimen Mediterráneo se ha utilizado información de Moreno, 2000. *Ciudadanos Precarios*.

⁴⁹ Un recuento sintético de las críticas a Esping-Andersen se encuentra en Gough, 2004: cap. 1.

Una de las críticas más recurrentes suele centrarse en la categorización que hace de algunos países dentro de un tipo de régimen. Diversos autores sostienen que existe una ambigüedad en los estudios de caso cuando se contrasta empíricamente la tipología y piensan que algunos países deberían de ser considerados “mundos” independientes (Castles y Mitchell, 1993; Sainsbury, 1996; Leibfried, 1992; Ferrera, 1995, 1996; Moreno, 2000; Jones, 1993). En particular, se han considerado tres mundos adicionales: el llamado régimen mediterráneo que agrupa a Italia, España, Grecia y Portugal; el régimen Japonés y el mundo de las antípodas (que agrupa a Australia y Nueva Zelanda).⁵⁰ Otro cuestionamiento se refiere a la ausencia de una visión de género en la concepción de los “mundos” de bienestar. La crítica feminista ha llamado la atención sobre el hecho de que la construcción de la tipología se ha realizado en torno a la figura del trabajador masculino proveedor y esposa cuidadora (*male bread-winner model*) y arguye que para superar esta deficiencia analítica deben de considerarse ambos sexos en el análisis (tanto en la matriz de provisión, los resultados de bienestar y los efectos estratificadores) (Orloff, 1993, Sainsbury, 1996, O’Connor, Orloff y Shaver, 1999). Los estudios de género se han dedicado a examinar el rol de la mujer como proveedora de bienestar, como beneficiaria de políticas y como actores y sujetos de derechos; su contribución principal al fenómeno del bienestar radica en el análisis que hace sobre los efectos de los programas y los derechos sociales en la estratificación sexual. La crítica feminista a los regímenes de bienestar se centra, de manera especial, en el concepto de desmercantilización –que tiene validez para los individuos que se encuentran en una situación mercantilizada previa– porque resulta deficiente para describir adecuadamente la relación que existe entre los estados del bienestar y las mujeres, ya que el trabajo femenino suele ser no remunerado (Orloff, 1993: 318; Sainsbury, 1996: 32-46).

Los programas representativos de la desmercantilización como medida del bienestar han sido objeto también de críticas. Éstas consideran que, el énfasis dominante que se ha puesto en los programas de protección social, de mantenimiento de los ingresos y en el

⁵⁰ Los argumentos a favor de considerar a Japón y a los países mediterráneos como regímenes adicionales a los tres mundos se centran en el papel nodal que tiene la familia en la producción del bienestar en estos regímenes, en los tímidos niveles de desmercantilización de los servicios sociales que ofrecen y en las dinámicas híbridas que se presentan en su interior. Una buena discusión sobre el régimen mediterráneo se ofrece en Ferrera, 1995 y 2000 y Moreno, 2000. Mientras que los trabajos de Jones, 1993 y Goodman y White, 1998 ofrecen una interesante argumentación sobre el régimen de bienestar en Japón. En su trabajo reciente sobre los tres mundos del bienestar revisados, Esping-Andersen (1999) ofrece una discusión sobre la pertinencia de considerar o no a estos mundos.

mercado de trabajo, ha minusvalorado otros componentes del bienestar como son los programas de educación, de salud, de desarrollo de capacidades y de inversión en capital humano. La idea original de Esping-Andersen de medir los resultados de bienestar a través de la des-mercantilización es sustituida en Gough (2004) por indicadores alternativos para los países en desarrollo. Gough argumenta que la des-mercantilización no resulta una dimensión válida para medir los resultados de bienestar en contextos en desarrollo debido a que se trata de países con una precaria mercantilización de la fuerza de trabajo. Critica también el énfasis dominante que la des-mercantilización pone en el mercado de trabajo y en los programas de protección social por ignorar otras acciones de bienestar como pueden ser aquellas que intentan disminuir la exclusión social y promover en el capital humano; por lo que llama la atención hacia nuevas medidas de los resultados del bienestar percibido como *well-being*,⁵¹ que consideren la protección contra el proceso vital y aminoren la exclusión como son las medidas de la pobreza, del desarrollo humano y de la satisfacción de las necesidades (Gough, 2004:31-6).

A este enfoque se le reprocha también el ser estático y, por tanto, incapaz de explicar los cambios que suceden en los regímenes de bienestar (Gough, 2004; Esping-Andersen, 1999), así como centrarse en las instituciones domésticas ignorando la dimensión internacional y los juegos de poder que acontecen en ella (Gough, 2004).

Otra crítica que ha cobrado cada vez mayores adeptos se centra en las esferas que forman la tríada del bienestar. Esta es una de las críticas más profunda de la que se ha hecho merecedor el enfoque de régimen de bienestar. En su propuesta original, Esping-Andersen se centró en las relaciones Estado-mercado, privilegiando el análisis del Estado como institución productora y distribuidora de bienestar, mientras que la unidad familiar estuvo ausente en los trabajos empíricos sobre los regímenes. En su trabajo posterior sobre los tres mundos del bienestar revisados (1999), ha reconocido su ausencia y ha

⁵¹ El *well-being* surge como un concepto que busca proponer nuevas medidas para evaluar el bienestar humano. En especial, destaca el trabajo de Doyal y Gough (1991), donde estos autores parten de una distinción entre necesitar y querer o entre necesidades y deseos (*needs* y *wants*). Mientras que la necesidad se refiere a una categoría particular de metas que son universales, el querer algo deriva de una preferencia individual. La necesidad es universal y descansa sobre la creencia de que si tales necesidades no son satisfechas, las ocurrirán daños objetivos. Así, Doyal y Gough identifican dos necesidades básicas (*basic needs*) –como prerrequisitos universales- que deben de ser satisfechas o resultas para todos los individuos: salud física y autonomía; y distinguen también satisfactores universales para dichas necesidades (también denominadas como necesidades intermedias): comida y agua adecuada, vivienda, cuidados de salud, seguridad, entre otros. Para una discusión detallada sobre la conceptualización del bienestar humano como *well-being*, consúltese a Doyal y Gough (1991) y también Gough y Wood (2004:16-8).

destacado el papel central que juega la familia como productora y consumidora de bienestar, señalando que: “la economía familiar (...) es el <<fundamento social>> de las economías postindustriales” (1999:6). Adicionalmente, retomando las críticas feministas sobre el papel de la familia (y, en particular, de la mujer) en la provisión del bienestar, ha reexaminado el concepto de des-mercantilización y utilizado el término de “des-familiarización” (*de-familialisation*) como un concepto análogo, para medir el grado en el que el bienestar social libera a las mujeres de las responsabilidades familiares (Esping-Andersen, 1999:45).⁵²

Finalmente, se ha cuestionado la validez del marco analítico para estudiar realidades muy distintas a la de los países desarrollados. Se critica que los análisis sobre los regímenes de bienestar estén dominados por la experiencia de unos pocos países, siendo la mayoría de ellos países desarrollados europeos (Gough, 2004; Haggard y Kaufman, 2008), por lo que las generalidades que se desprenden de la investigación empírica pierden su capacidad explicativa al ser trasladadas a otros países con niveles de desarrollo distintos. Es en este campo donde Ian Gough, Geof Wood y Philippa Bevan (2004) han desarrollado una propuesta teórica que pretende contribuir al análisis del bienestar en contextos dominados por la informalidad en los arreglos institucionales, la fragilidad de los Estados y la inseguridad en general.

b) El uso del enfoque de régimen de bienestar en los países en desarrollo

En medio de los cuestionamientos realizados al enfoque de regímenes de bienestar por su limitada capacidad para explicar la producción y asignación del bienestar en contextos caracterizados por la ausencia de Estados del bienestar consolidados como son los latinoamericanos, asiáticos o africanos, la aportación más reciente de Ian Gough y Geof Wood (2004) con sus familias de regímenes de bienestar otorgan validez al concepto de régimen de bienestar fuera de los países desarrollados.

⁵²El concepto original de ‘*de-familialisation*’ surgió desde las corrientes feministas que llamaron la atención sobre la contribución de la esfera familiar al bienestar (en particular en lo que se refiere al trabajo no remunerado de las mujeres en los hogares). El término fue sugerido por Ruth Lister como un criterio paralelo al de ‘*de-commodification*’ para evaluar con mayor precisión los derechos sociales de las mujeres, y fue definido como “el grado en el cual los individuos pueden mantener estándares de vida socialmente aceptables independientemente de las relaciones familiares, el trabajo remunerado o la provisión social” (1994:37, citado en Sainsbury, 1996:39).

La propuesta conceptual neomarxista de Ian Gough y sus colegas ha cobrado importancia en los últimos años en la investigación sobre el bienestar en regiones en desarrollo. Toma como marco analítico el enfoque de régimen de bienestar pero parte de una concepción más general de la idea de los regímenes, ya que en lugar de encasillar a estas regiones dentro de las tipologías clásicas de Estados del bienestar, proponen una nueva tipología, donde los regímenes de bienestar forman una única “familia”, apareciendo dos nuevas familias más de regímenes, de seguridad informal y de inseguridad. El término régimen se convierte en una idea más general que denota a un conjunto de reglas e instituciones surgidas de una mezcla de imposición jerárquica de formas de poder político y de relaciones informales en la interacción cara a cara. Gough considera que el enfoque de régimen de bienestar ofrece cuatro elementos valiosos para analizar los países en desarrollo por las siguientes cuestiones (Gough y Wood, 2004:26):

- Se concentra en una matriz institucional amplia de interacciones entre el sector público, el sector privado y los hogares para producir y distribuir bienestar. El concepto de régimen de bienestar pone énfasis en la estructura institucional que moldean la intervención social, los procesos familiares y del mercado para construir un agregado (o mezcla) de bienestar (*welfare mix*).
- Toma en consideración también a los resultados de bienestar (*welfare outcomes*) para estimar el bienestar o malestar real de los individuos.
- La idea de la estratificación (*stratification*) es una aproximación desde la economía política de los recursos de poder político presentes en el régimen que “incrusta a las instituciones de bienestar en las estructuras profundas de la reproducción social”.
- Facilita la agrupación de países con características de bienestar en común.

Si bien Gough considera que el aparato conceptual que ofrece el enfoque de régimen de bienestar resulta de gran utilidad, cree también que éste presenta algunas limitaciones derivadas de las premisas de las que parte, que sólo pueden tener validez en contextos como los que se presentan en las democracias occidentales desarrolladas. Por ello, para trasladarlo al examen de los países en desarrollo deben de realizarse algunas distinciones preeliminarias. En primer lugar, advierte que el enfoque original espingandersiano considera a regímenes de Estado del bienestar (*welfare state regimes*) más que a regímenes de bienestar (*welfare regimes*) de forma genérica. Esto obedece a las particularidades del contexto en el que surgió el enfoque, países desarrollados de la

OCDE con una realidad concreta: un modo de producción capitalista dominante basado en la división del trabajo entre la propiedad del capital, un estado con autonomía relativa y un empleo a través del mercado de trabajo formal como la principal fuente de ingresos (Gough, 2004:27). La propuesta teórica de Esping-Andersen sobre los regímenes de bienestar se ha construido bajo estas premisas que no resultan adecuadas para investigar contextos caracterizados por una alta informalidad en el empleo; elevados conglomerados de población que no obtienen ingresos formales ni regulares; una marcada división sexual del trabajo; la presencia de grandes sectores de población excluidos del acceso a servicios básicos; instituciones dependientes de arreglos clientelares o patrimonialistas y por una política pública permeada por los intereses privados. De ahí que surjan problemas interpretativos a la hora de analizar el bienestar en regiones que presentan una realidad distinta a la formalidad en el empleo, la autonomía estatal y la titularidad de derechos sociales, característicos de los regímenes de Estado del bienestar de los países desarrollados.

Explorar la lógica de producción y asignación del bienestar en contextos diferentes a las democracias occidentales desarrolladas, exige empezar por considerar los contrastes que se presentan en los países en desarrollo en donde el escenario de legalidad y formalidad se desdibuja para dar paso a regiones caracterizadas por una alta precariedad, informalidad e inseguridad. A diferencia de la gran formalidad y seguridad que existe en los regímenes de Estado del bienestar, los regímenes denominados de seguridad informal (Wood) y de inseguridad (Bevan), muestran una serie de diferencias. En un ejercicio sintético, Ian Gough (2004:28-32) recoge los contrastes que Wood y Bevan identifican en la construcción de los regímenes mencionados, donde destacan:

1. La coexistencia de diferentes modos de producción que interactúan con el modo capitalista. Además de la división del trabajo capitalista, existe la producción directa de bienes materiales y servicios, el empleo en mercados informales, el papel productivo de los recursos de la comunidad y las relaciones familiares.
2. Las formas de dominación de los distintos modos de producción que se combinan con formas de explotación, dando como resultado la exclusión y la coerción de categorías sociales o comunidades.
3. La idea de medios de subsistencia (*livelihoods*) reemplaza a la idea del salario propia de los mercados laborales formales. Los medios de subsistencia hacen

referencia al gran abanico de estrategias que se utilizan para generar el sustento: trabajo familiar, campesinos, artesanos, servidumbre, entre otras.

4. Los estados se encuentran débilmente diferenciados de los sistemas sociales y de poder que los rodean. La débil diferenciación institucional se refleja en la permeabilidad negativa del estado a los intereses privados que dominan sobre el interés público. Las relaciones políticas son particularistas, basadas en las reciprocidades personales y consideradas elementos de intercambio sobre la base de una desigualdad de poder entre el “patrón-cliente”. Esta débil diferenciación institucional lleva a un modelo dominante de relaciones clientelares con una desigualdad subyacente.
5. Existe una fuerte presencia del nivel internacional que afecta a las instituciones y estructuras domésticas. La diversidad de instituciones y actores involucrados influyen en la propia matriz institucional y en los resultados de bienestar que de ella se derivan. Adicionalmente, los países que dependen de la ayuda internacional o las remesas, enfrentan problemas para establecer acuerdos políticos internos porque los financiadores externos proporcionan una parte importante de bienestar formal, lo que refuerza la seguridad informal del régimen.
6. La noción de desmercantilización como medida de bienestar llega a ser inoperante, pues la conducta económica no está completamente mercantilizada y los estados y mercados tienen fronteras poco claras. Por lo que propone como medida de bienestar el *well-being*.

Tomando en consideración estas advertencias, Gough y Wood sostienen que el concepto de régimen de bienestar conserva su validez como estrategia heurística para analizar el fenómeno del bienestar en regiones como América Latina, el sudeste asiático y África. Gough y sus colegas han desarrollado su propuesta teórica con base en este concepto para analizar el fenómeno del bienestar fuera de los confines de los países desarrollados desde los lentes conceptuales de la economía política y la sociología política. El modelo que proponen resulta valioso por diferentes motivos: parte de una concepción más amplia del término de régimen de bienestar; considera a la informalidad como un elemento clave en la reproducción de la seguridad y la inseguridad; adiciona nuevos elementos al *welfare mix*, transformando la tríada del bienestar en cuatro vértices; destaca la dimensión internacional del régimen y sugiere la construcción de conceptos alternativos al de desmercantilización para medir el bienestar en los países en desarrollo.

Con base en el aparato conceptual de régimen de bienestar, analizan las estructuras y los actores formales e informales que participan en el agregado de bienestar que generan resultados de bienestar y efectos de estratificación específicos. Su propuesta parte de una concepción más genérica de la idea de régimen de bienestar -considerando no sólo a los regímenes de Estado del bienestar-, ya que analiza contextos caracterizados por prácticas e instituciones permeadas por la informalidad y la inseguridad. Siguiendo el planteamiento de Gough, entienden por régimen de bienestar (*welfare regime*): “al conjunto de arreglos institucionales, prácticas y políticas que afectan los resultados de bienestar y los efectos de estratificación en contextos sociales y culturales diversos” (2004:26). Esta idea del régimen denota el conjunto de formas de poder político que aparecen de manera formal e informal en una estructura determinada y refleja las premisas marxistas sobre las relaciones caracterizadas por el conflicto y las influencias externas.

Su trabajo es un análisis comparativo sobre las regiones subdesarrolladas y en desarrollo (África, Sudeste asiático y Latinoamérica) que son clasificadas en diferentes tipos de regímenes. Los criterios que consideran para caracterizar a los regímenes son:

- Modo de producción dominante
- Forma de relación social dominante
- Fuente de sustento dominante
- Forma de movilización política
- Autonomía estatal
- Actores institucionales que participan en la producción de bienestar
- Resultados de bienestar
- Desarrollo dependiente de la senda histórica (*path-dependent development*)
- Naturaleza de la política social

Con base en estos elementos, han construido una tipología de *welfare regimes*. Tomando el lenguaje de la taxonomía biológica (familia, género y especie), han identificado tres tipos ideales de familias de regímenes:

1. Regímenes de Estado del bienestar (*Welfare state regimes*)
2. Regímenes de seguridad informal (*Informal security regimes*)

3. Regímenes de inseguridad (*Insecurity regimes*)

Los regímenes de Estado del bienestar forman la primera familia que se caracterizan por un modo de producción capitalista dominante, Estados legítimos, mercados laborales eficientes y una fuerte formalidad en las interacciones entre las instituciones que forman el *welfare mix*. Estos regímenes están presentes en países donde la gente puede esperar satisfacer sus necesidades vía su participación en los mercados laborales y/o a través de la provisión estatal, instituciones que protegen exitosamente a los individuos frente a los riesgos sociales. Se corresponden con los “mundos” del bienestar de los países de la OCDE y representan a una “familia” con tres géneros: liberal, conservador y socialdemócrata. Los regímenes de seguridad informal son la aportación teórica de Geof Wood, quien señala que se distinguen por las grandes dosis de informalidad que rigen los arreglos entre las esferas que forman la matriz institucional para producir el bienestar. Para él, un régimen de seguridad informal “refleja un conjunto de condiciones donde la gente depende fuertemente de las relaciones familiares y la comunidad para satisfacer sus necesidades de seguridad” (Wood, 2004:35-cap.2). En general, estos regímenes son característicos de las regiones en desarrollo como América Latina y Asia. Mientras que los regímenes de inseguridad son la propuesta de Philippa Bevan para caracterizar a aquellos regímenes que tienen por nota distintiva a la incertidumbre derivada de una gran fragilidad institucional, un Estado débil sujeto a las influencias externas y unos arreglos informales inequitativos (incorporación adversa) que dominan las relaciones entre las esferas del agregado del bienestar. Estos regímenes suelen ser característicos de los países de África. Las características distintivas de cada una de las tres familias se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Familias de regímenes de bienestar

Dimensiones	Régimen de Estados del bienestar	Régimen de seguridad informal	Régimen de inseguridad
Modo de producción dominante	Capitalismo: progreso tecnológico y explotación	Economía campesina, dentro de un capitalismo periférico; mercados informales; desarrollo desigual.	Capitalismo predatorio. Economía de subsistencia.
Relaciones sociales	Explotación y desigualdades de mercado.	Abigarrado: Explotación, exclusión y dominación.	Multiplicidad de formas de exclusión, incluyendo destrucción.
Medios de subsistencia (livelihoods)	Acceso al mercado de trabajo formal; transferencias.	Cartera diversificada de medios de ganarse la vida. No previsión.	Cartera diversificada de medios de vida con conflicto extensivo.
Formas de movilización política	Coaliciones de clase, partidos políticos basados en agendas de temas y acuerdos políticos.	Difusas y particularistas, basadas en identidades adscriptivas y relaciones clientelares.	Difusas, fluidas y volátiles. Ausencia de gobernabilidad y garantías de seguridad personal.
Formas de Estado	Estados relativamente autónomos, instituciones democráticas, fiscalidad, sector público.	Débil diferenciación entre el Estado y otros sistemas de poder. Captura privada.	Estados colapsados o criminales con poderes fácticos, fronteras porosas y disputadas.
Matriz institucional	Welfare mix: mercado (de trabajo, financiero, de servicios sociales), Estado (transferencias, servicios, redistribución) y familia (estrategias)	Amplia matriz de responsabilidad institucional, con influencias externas poderosas y permeabilidad negativa.	Precario: permeabilidad extrema negativa y fluidez. Conflicto, inestabilidad y desbordamiento de la inseguridad transfronteriza.
Resultados de bienestar	Desmercantilización en grado diverso: inversión en salud y capital humano.	Inseguridad modificada mediante derechos informales e incorporación adversa que bloquea una reforma radical.	Inseguridad intermitente extrema. Círculo vicioso de inseguridad, vulnerabilidad y sufrimiento.
Desarrollo “senda dependiente”	Régimen conservador, liberal y socialdemócrata: reproducción	Menor dependencia de su trayectoria: rupturas de régimen.	Desequilibrio político y caos. Inexistencia de instituciones.
Naturaleza de la política social	Poderes compensatorios basados en la diferenciación institucional.	Menor diferenciación política: permeabilidad, contaminación y actores extranjeros.	Inexistente. Sólo la élite dirigente y sus agentes ejecutantes, subordinados y clientes escapan a la indigencia.

Fuente: Reproducido de Gough y Wood, 2004. *Insecurity and Welfare regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge, Cambridge University Press. Figura 1.3.

El segundo elemento meritorio de la propuesta es el del rescate de la informalidad y de la comunidad. Al destacar la informalidad en los procesos de producción y distribución del bienestar, Geof Wood ofrece una perspectiva más sociológica que legalista sobre la titularidad de derechos. Se mueve de la noción de titularidad de derechos sociales propia de la legalidad del mundo desarrollado, hacia una noción “extra-legal” en los países en desarrollo en donde los derechos sociales pueden ser encontrados bajo la forma de

arreglos informales ya sea en la comunidad o en la esfera familiar. Wood arguye que en los países pobres, la idea de la titularidad de derechos tal y como se conocen en el mundo desarrollado es inoperante o está degradada y que la mayoría de los individuos dependen de los arreglos familiares y comunitarios para proveerse bienestar (2004: cap. 2).⁵³

Gough y sus colegas transforman la tríada de bienestar en un cuadrado al añadir a la “comunidad” a las otras tres esferas que participan en el agregado de bienestar. La dimensión comunitaria en la mezcla institucional adquiere una gran presencia sobre las otras tres esferas. La noción de comunidad representa un abanico ampliado de prácticas institucionales que van desde las redes personales a pequeña escala como pueden ser los grupos, clanes o villas, hasta redes de capital social más abstractas como las organizaciones no gubernamentales (ONG’s) de carácter internacional (2004:6). La figura de la comunidad está íntimamente relacionada con la dimensión internacional que proponen estos autores para el análisis, pues sostienen que en los países más pobres, los actores internacionales juegan un rol central por la confianza que existe en las transferencias internacionales a través de las ayudas para la cooperación y el desarrollo, la inversión privada y las remesas.

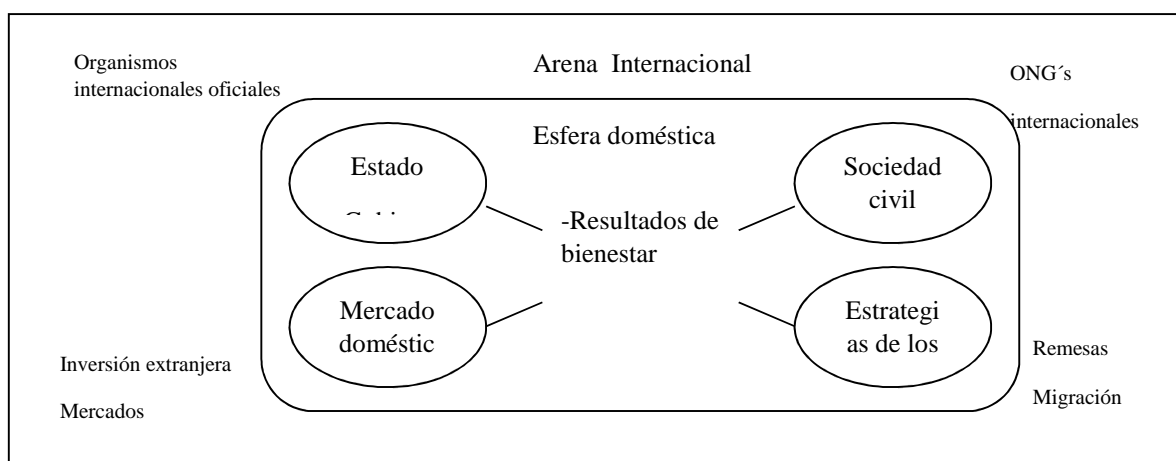
La gran aportación de este marco de análisis está en el hecho de incorporar a la esfera internacional. La importancia concedida a la arena internacional denota el contenido marxista de la propuesta, cuyos autores sostienen que, para ahondar en la comprensión de los regímenes de bienestar en los países en desarrollo, es necesario reconocer el papel que desempeñan las influencias externas a las que están sometidas las instituciones y las estructuras de dichos regímenes. La dimensión internacional cobra gran significado en el análisis de Gough, quien considera que ésta está presente en la matriz institucional de la siguiente manera: la dimensión internacional del Estado está relacionada o se corresponde con las organizaciones internacionales de carácter oficial; la del mercado con el capital transnacional; la comunitaria con las ONG’s internacionales y la unidad familiar con la migración y las remesas producto de ella (2004:6). La dimensión internacional se convierte así, en un elemento clave de la propuesta de Gough y sus colegas sobre regímenes de bienestar en vías de desarrollo. El siguiente diagrama No. 1 ilustra la

⁵³ Considerar a la informalidad como un elemento central en los regímenes de bienestar refleja las condiciones en las que se produce el bienestar en contextos dominados por la poca confianza en la política social o en el mercado de trabajo como satisfactores de sus necesidades, por lo que las personas recurren a los apoyos familiares o comunitarios para garantizar su bienestar.

propuesta de estos autores mediante la matriz institucional reformada con componentes desde el ámbito nacional y desde la arena internacional.

Finalmente, destaca también la construcción de un concepto alternativo al de “desmercantilización”, con la intención de medir con mayor fidelidad la provisión de bienestar de los individuos que integran el régimen. Gough y sus colegas sostienen que los regímenes de Seguridad Informal o de Inseguridad muestran un desempeño deficiente del Estado en su tarea de garantizar la protección de los derechos sociales. Ante las deficiencias de la intervención estatal para provisiónr bienestar, los individuos suelen recurrir a los arreglos informales comunitarios o familiares, para obtener servicios sustitutivos o complementarios a la provisión estatal. Ahora bien, los arreglos informales que se dan dentro de la comunidad generalmente asumen la forma de relaciones clientelares, por lo que proponen el concepto de “de-clientelización” (*de-clientelisation*) como medida *proxy* de la mejora de la calidad de los derechos sociales. La “de-clientelización se refiere al grado en que la asignación de recursos de bienestar se aleja de las relaciones particularistas de las redes sociales de apoyo inmersas en la comunidad (2004).

Diagrama 1. Propuesta analítica del régimen de bienestar según Gough



Fuente: elaboración propia con base en Gough y Wood (2004).

El enfoque de regímenes de bienestar resulta altamente útil porque con base en él es posible analizar una estructura institucional que moldea un conjunto de prácticas e instituciones de la intervención social, combinada con estructuras y procesos del mercado, la familia y la comunidad, para construir un agregado de bienestar que, a su vez,

produce resultados de bienestar -que influyen en la definición de intereses y en la distribución de recursos de poder entre los individuos-, los cuales tienden a reproducir el régimen a través del tiempo (Esping-Andersen, 1990;1999; Gough y Wood, 2004). A manera de resumen, siguiendo a Gough es posible sostener que, el enfoque de régimen de bienestar puede ser interpretado como una ecuación de tres elementos que permiten:

- estimar la contribución de cada una de las instituciones proveedoras de bienestar (*welfare mix*),
- analizar los resultados de bienestar (*welfare outcomes*) de este esquema de provisión y
- los efectos de estratificación (*stratification effects*) que produce y lo reproducen.

El modelo conceptual de regímenes de bienestar es valioso como herramienta heurística para debatir acerca del bienestar en el mundo en desarrollo. En particular, Gough y Wood han aplicado este enfoque para analizar las experiencias del bienestar en América Latina, el Sudeste asiático y Europa oriental y África. La aplicación empírica⁵⁴ de este modelo ha distinguido una clasificación preliminar de regímenes de bienestar en el mundo en desarrollo que se muestra a continuación (Tabla 4).

⁵⁴ La identificación empírica de los regímenes se realizó mediante el análisis de cluster, a través de la operacionalización de los conceptos de 'agregado de bienestar' y 'resultados de bienestar', utilizando como indicadores el gasto público en salud y educación, el gasto privado de bolsillo en educación y los flujos internacionales medidos por los montos de la ayuda internacional y las remesas.

Tabla 4. Clasificación de regímenes de bienestar en los países en desarrollo

Denominación	Características	Países por conglomerados
Regímenes de Estado del bienestar consolidados o potenciales (<i>Actual or potencial welfare state regimes</i>)	Elevado compromiso estatal (gasto público) y resultados de bienestar relativamente altos.	Tailandia Bielorusia, Bulgaria, Rep. Checa, Hungría, Lituania, Polonia, Rep. Eslovaca, Ucrania, Uzbekistan, Argelia, Túnez, Kenya, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Colombia
Regímenes de seguridad informal más eficaces (<i>More effective informal security regimes</i>)	Gasto público promedio con resultados de bienestar relativamente buenos y bajos flujos internacionales.	Indonesia, Filipinas, Vietnam, Sri Lanka, Armenia, Irán, Líbano, Marruecos, Siria, Rep. Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, Uruguay
Regímenes de seguridad informal menos eficaces (<i>Less effective informal security regimes</i>)	Resultados de bienestar pobres con bajo gasto público y dependencia moderada de los flujos externos.	Camboya, Bangladehs, Nepal, Pakistán, Camerún, Madagascar, Tanzania, Togo
Regímenes de inseguridad dependientes del exterior (<i>Externally dependent insecurity regimes</i>)	Resultados de bienestar precarios y fuerte dependencia de la ayuda internacional o de las remesas.	Lagos, Burkina Faso, Burundi, Chad, Etiopía, Ghana, Malawi, Mali, Mozambique, Senegal, Uganda.

Fuente: Elaboración propia con base en Gough y Wood, 2004. *Insecurity and Welfare regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.

c) El uso del concepto de régimen de bienestar en América Latina: Caracterización de los regímenes de bienestar latinoamericanos.

Examinar el bienestar en países como los latinoamericanos, caracterizados por elevados grados de desigualdad social y pobreza, representa un gran reto para los marcos analíticos que se han propuesto inicialmente para el estudio de este fenómeno en Europa Occidental. Por mucho tiempo, la reflexión académica en torno a los sistemas de bienestar social en la región se ha mostrado reticente a utilizar el término *Estado del bienestar* para definir a los sistemas de protección social implementados en la posguerra, cuestionando incluso el hecho de que en América Latina exista o haya existido un modelo de bienestar susceptible de ser denominado así.⁵⁵ Si bien el debate sobre si es posible hablar de un Estado del bienestar en América Latina continúa abierto, en la última década se ha avanzado en la comprensión de los sistemas de protección social latinoamericanos, a la luz de los

⁵⁵ Autores como Sonia Draibe y Manuel Riesco (2006) se cuestionan sobre si existe o ha existido algo que se pueda categorizar como Estado del bienestar social, mientras que Juliana Martínez Franzoni (2006,2007) se pregunta si es posible hablar de bienestar en una región de profundos malestares.

conceptos y las categorías analíticas que propone el enfoque de régimen (o regímenes) de bienestar.

El análisis integrado de la política, la historia y la economía que plantea el marco interpretativo de los “regímenes de bienestar, ha permitido comprender el surgimiento de sistemas de bienestar en regiones con modernización tardía (Draibe y Riesco, 2006). El enfoque de “regímenes de bienestar ofrece un instrumental teórico y metodológico que permite aprehender las realidades latinoamericanas en torno al bienestar social y examinar las diferencias que existen entre los países respecto a ello. Las categorías analíticas intermedias que propone este enfoque han ampliado la capacidad explicativa de los estudios comparativos sobre el bienestar en la región y han hecho posible captar con mayor fidelidad los procesos históricos que subyacen en la construcción de cada uno de los sistemas de bienestar social. Así, el *welfare regimen approach* ha enriquecido la investigación comparativa sobre los modelos de bienestar social latinoamericanos, ampliando la comprensión sobre los sistemas de protección social y sobre las políticas derivadas de éstos, al integrar al análisis comparado de la política social nuevas dimensiones: la del desarrollo económico, la de las dinámicas familiares, la de género, la de la trayectoria histórica y la de la estratificación social. Las nuevas dimensiones que contempla este enfoque han resultado de gran utilidad porque han permitido superar el análisis tradicional sobre el bienestar latinoamericano centrado en la comparación de los programas y las políticas sociales.

Algunos autores sostienen que si bien la investigación comparativa sobre la política social en la región ha sido de gran provecho para avanzar en la comprensión del tema del bienestar, ésta se ha apoyado en gran medida en un enfoque fragmentado que ha aislado a la política social de otras dimensiones –con gran frecuencia, disociándola de la política económica- (Draibe y Riesco 2006:8; Martínez Franzoni, 2007:5-6). Por ello, para aprehender la complejidad que entraña el bienestar social en la región, es menester relacionar los sistemas de política social con el desarrollo económico, las trayectorias históricas y las institucionales; en suma, es necesario incorporar nuevas dimensiones que amplíen las capacidades analíticas sobre el fenómeno.

Las propuestas teórico- metodológicas de Gosta Esping-Andersen (1990, 1999) y de Ian Gough y Geoff Wood (2004) han servido como herramientas heurísticas para analizar el

bienestar en Latinoamérica, abriendo una importante línea de investigación comparativa sobre los regímenes de bienestar en la región. El marco analítico del *welfare regimen approach* al centrarse en los arreglos institucionales entre el mercado, el estado, la familia y la comunidad para la producción del bienestar, en sus resultados y en sus efectos de estratificación, ha brindado una gran oportunidad para profundizar en la comprensión del fenómeno en países en desarrollo. En palabras de Barba, el concepto de régimen de bienestar “ha demostrado (...) ser muy apropiado para analizar las relaciones cambiantes entre política social, modelos económicos y estrategias domésticas” (2004:9).

El enfoque de régimen de bienestar ha tenido eco en la investigación comparativa del bienestar en la región, de ahí que, en la última década, los trabajos comparados sobre los regímenes de bienestar latinoamericanos se hayan incrementado, ampliando el conocimiento sobre los mismos y contribuyendo al conocimiento de la protección social de los países en desarrollo en general. Si bien la literatura sobre los regímenes de bienestar en la región no resulta tan vasta como la producción académica sobre los regímenes de bienestar de las economías desarrolladas, destacan los estudios comparados de: Fernando Filgueira (1998), Carlos Barba (2004), Armando Barrientos (2004), Juliana Martínez Franzoni (2007), Sonia Draibe y Manuel Riesco (2006) y Mario Marcel y Elizabeth Rivera (2008).

Hasta la década de 1990, los estudios sobre el bienestar en América Latina habían estado dominados por la tradición analítica centrada en una institución: el estado. La producción teórica se enfocaba así, en los efectos de la intervención estatal a través de la política social -y particularmente, de las políticas y programas de combate a la pobreza-, donde los conceptos de pobreza y desigualdad dominaban los análisis sobre el bienestar. Entre los primeros estudios comparados sobre los sistemas de prestaciones sociales en la región, destaca el trabajo de Mesa Lago en 1978, en donde propuso una clasificación atendiendo al origen temporal de su creación (especialmente, de los programas de pensiones, los seguros de enfermedad y de maternidad) y al grado de desarrollo alcanzado.

Con base en dichos elementos, Mesa-Lago diferenció entre países “pioneros”, “intermedios” y “tardíos”, (2004:13-14, 2008:68). Entre los países “pioneros” se

considera a Argentina, Chile y Uruguay, Brasil, Cuba y Costa Rica (2008).⁵⁶ Fueron los que tempranamente introdujeron programas de seguridad social que datan desde el año de 1919 hasta la década de los treinta. Se caracterizan por tener una cobertura significativa de prestaciones sociales (entre el 70-85%) y el mayor desarrollo de los programas de seguridad social. Los sistemas “intermedios” corresponden a aquellos instituidos entre las décadas de los cuarenta y cincuenta, influenciados por la OIT. Se distinguen por una maduración institucional y una cobertura media (entre el 45 y 20%) e incluye a países como México, Colombia y Perú. En el caso de los sistemas “tardíos”, estos países incluyen a Bolivia y El Salvador, Paraguay, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Haití y República Dominicana, quienes fueron los últimos en establecer sus sistemas de seguridad social (finales de los años cincuenta y principios de los sesenta) y los que muestran un desarrollo y una cobertura más precaria de los mismos.

Si bien el trabajo de Mesa-Lago ha resultado influyente en la literatura sobre los sistemas de protección social latinoamericanos, su clasificación resultó lineal y evolutiva antes que tipológica (Filgueira, 1998:81).⁵⁷ Los análisis más comprensivos sobre los sistemas de bienestar en la región, surgieron de la mano de Fernando Filgueira en 1998, quien apoyándose, en parte, en la propuesta de Mesa-Lago, explicó la naturaleza de los regímenes de bienestar a partir de variables estructurales bajo el enfoque de régimen de bienestar. El trabajo de Filgueira fue el primero en demostrar la utilidad del enfoque de régimen de bienestar de Esping-Andersen (1990) para analizar la producción y los resultados de bienestar, así como sus efectos de estratificación y abrió una veta de investigación comparativa sobre los sistemas de bienestar social latinoamericanos que trascendieron al análisis tradicional de la política social. Recurriendo a variables de carácter estructural y de evolución histórica como claves explicativas”, consideró la relación que existe entre los sistemas de bienestar social y las estrategias nacionales de desarrollo del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), para reconstruir la lógica sociopolítica de la formación de los Estados sociales en la región,

⁵⁶ En su primer trabajo (1978) Mesa-Lago consideró como países pioneros a Argentina, Chile y Uruguay, agrupando posteriormente a Cuba, Brasil y Costa Rica. Este último fue considerado como un país pionero por el grado de desarrollo de la seguridad social que se ha alcanzado en dicho país, a pesar de que su sistema se instituyó hasta la década de los cuarenta.

⁵⁷ Filgueira hace una crítica a la clasificación de Mesa-Lago por ser lineal y evolutiva, ubicando a los países “en un continuo de desarrollo de políticas sociales antes que en una clasificación tipológica de Estados sociales” (1998:81) y sostiene que la comprensión y comparación de los regímenes de bienestar requieren de clasificaciones tipológicas como las que ofrecen las variables estructurales y de tipo “*path dependent*”.

centrándose en el papel de la economía y el mercado laboral, en la articulación entre las instituciones públicas y la política social, en los procesos de incorporación a los sistemas de protección social y en la estratificación.

Las interpretaciones de Filgueira con base en indicadores como la cobertura de los programas sociales, los niveles de desmercantilización, las condiciones de acceso y los resultados de estratificación que generan los sistemas de protección social, se sintetizaron en una tipología de Estados sociales latinoamericanos para el periodo de 1930-1970:

- Regímenes de “universalismo estratificado” (Uruguay, Argentina y Chile)
- Regímenes “duales” (Brasil, México) y
- Regímenes “excluyentes” (de El Salvador, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia y Ecuador)

La caracterización de los regímenes de bienestar latinoamericanos en “universalismo estratificado”, “duales” y excluyentes”, rompió con la tradicional forma de analizar al bienestar en América Latina como un régimen único, evidenciando que existen estructuras diferenciadas de producción y distribución del bienestar social en la región que responden a diferentes “claves explicativas”.⁵⁸ Asimismo, abrió el camino hacia una nueva tipología de regímenes según las formas de articulación de la política social con el modelo de desarrollo sustitutivo de importaciones, mediante el análisis integrado de la política economía y la política social. La tipología de Filgueira sobre Estados sociales latinoamericanos fue construida para el periodo de 1930 a 1970, antes de las reformas políticas y económicas de la década de 1980 que sucedieron a la crisis económica,

⁵⁸Tradicionalmente se consideraba que América Latina representaba un modelo único de bienestar que se correspondía con el “régimen conservador” europeo de Esping-Andersen. Las semejanzas con el régimen conservador radicaban en la concepción corporativa que se tenía sobre el bienestar, la segmentación por estatus que mantenía y por ser altamente “familiarista”. Los elementos más conservadores del régimen latinoamericano estaban presentes en: a) las garantías sociales que otorgaba con base en el modelo “*male bread-winner*”, donde el varón adopta el rol de proveedor del sustento y los miembros de la familia dependen de él tanto económicamente como por ser el portador de derechos (a través del empleo formal), mientras que la mujer asume una fuerte carga de responsabilidades de bienestar mediante el trabajo no remunerado en el hogar; b) en el acceso segmentado a los beneficios, excluyendo de la protección a grandes sectores de la población que no formaban parte del proyecto industrializador como fueron los trabajadores rurales y los trabajadores del mercado informal (Barba 2004:18). La apreciación del régimen latinoamericano como un modelo único se desprendía del hecho de considerar el desarrollo de las políticas sociales y de los sistemas de prestaciones sociales como una trayectoria homogénea asociada a la fase expansiva del Modelo de Sustitución de Importaciones (Filgueira, 1998; Barba, 2004).

transformando algunas las trayectorias en materia de bienestar social en países determinados.

El “universalismo estratificado” se caracteriza por tener políticas de bienestar extendidas pero estratificadas según la ocupación. Dentro de este régimen se encuentran Argentina, Chile y Uruguay –coincidiendo con los países “pioneros” de Mesa-Lago-.⁵⁹ La primera nota distintiva de este régimen la constituye la extensión de la protección social a la mayor parte de la población. Estos países protegen (al menos hasta finales de los años setenta) a una parte mayoritaria de su población a través de la figura de la seguridad social y los servicios de educación primaria y secundaria eran de carácter universal; ofreciendo también altos grados de desmercantilización a través de sus sistemas de bienestar. La segunda característica del régimen deriva de la estratificación en los mecanismos de acceso a la seguridad social y en sus beneficios. El acceso a las prestaciones sociales está altamente estratificado según la pertenencia ocupacional, generando capas de beneficiarios; donde los trabajadores al servicio del Estado y los profesionales, los trabajadores urbanos en general, tienen un acceso garantizado a los beneficios sociales pero estratificado en calidad, mientras que los trabajadores informales, rurales y desempleados fueron incorporados tardíamente con beneficios más precarios y rangos de riesgos más limitados (Filgueira, 1998:85). Filgueira sostiene que, si bien este modelo de bienestar se caracteriza por su estratificación, ésta no se refleja en la estructura social debido a que la extensa cobertura de los servicios sociales sirve como “amortiguador” de la estratificación social (Filgueira, 1998:85). Estos elementos hacen que este modelo del bienestar sea el que más se asemeje al tipo “conservador” de Esping-Andersen (Huber, 1995, citado en Filgueira, 1998).

Los regímenes “duales” son aquellos que combinan una protección estratificada para el trabajador formal a través de la seguridad social (y una exclusión para el resto de los sectores) con una cuasi-universalidad en servicios como la educación y niveles significativos de cobertura en salud. El modelo dual produce una estratificación mayor que el anterior, lo que agudiza la estratificación social. Los países identificados dentro de

⁵⁹ A diferencia de Mesa-Lago, Filgueira sostiene que la madurez que alcanzaron estos sistemas sociales estriba no en su creación temprana, sino en la economía política peculiar del Modelo de Sustitución de Importaciones en cada país.

este régimen son Brasil y México, los más grandes de América Latina, tanto en extensión territorial como en población. Estos regímenes presentan un desempeño notable en algunas materias como la educación (que resulta cuasi-universal en el nivel primario) y en la protección social -asociada al mercado formal de trabajo-. Sin embargo, debido a que a que la protección social es más estratificada que en el régimen anterior, alcanzan una cobertura menor de la población y acentúan la estratificación social porque, a diferencia de los regímenes de universalismo estratificado, carecen de una cobertura universalizada de servicios. La seguridad social está vinculada al mercado laboral del sector formal y se encuentra altamente estratificada. En contraste con la protección social que brinda al trabajador urbano formal, excluye a amplios sectores de la protección: a la población rural, a los trabajadores del mercado informal y a los desempleados. Este carácter dual del régimen;⁶⁰ protección estratificada para los sectores urbanos del mercado formal y desmercantilización moderada para el resto de la población, profundiza la estratificación social.

El régimen denominado “excluyente” está representado por los países de El Salvador, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia y Ecuador. Se caracteriza por tener una cobertura poblacional muy limitada y una marcada segmentación entre los que están dentro de la protección social y aquellos que están fuera de la misma. Este modelo es altamente excluyente en la seguridad social, incorporando sólo a un sector limitado de trabajadores privilegiados: funcionarios del Estado, profesionistas y un número muy reducido de trabajadores formales. Los niveles de cobertura que ofrecen son limitados (hacia 1970 representaban el 20% de la población), dejando desprotegidos a los sectores más amplios de la población: trabajadores del sector informal, trabajadores rurales, amplios grupos de trabajadores del sector formal y los desempleados (Filgueira, 1998:91). Una característica importante en estos regímenes se refiere a la “captura” del Estado hecha por las élites regionales. Esta peculiaridad se refleja también en los sistemas de protección y seguridad, a través de una incorporación

⁶⁰ El dualismo del régimen está presente también en las formas de incorporación política de los sectores populares. Filgueira sostiene que ésta se ha realizado través de formas políticas no democráticas, clientelares y patrimonialistas, para las zonas menos desarrolladas y un corporativismo vertical en las áreas de mayor desarrollo, lo que ha generado una forma dual de incorporación que incrementa las diferencias de poder y de beneficios entre las áreas (1998:88). Una exposición interesante sobre la relación que guarda la clientelización con los modelos de bienestar, como criterios de acceso y de inversión, se ofrece en su mismo trabajo (pp.98 y ss).

elitista de grupos de población que gozan de amplios privilegios. La tabla 5 que se presenta a continuación, muestra de manera sintética la propuesta de Filgueira sobre los tres modelos de bienestar latinoamericanos.

Tabla 5. Estados sociales latinoamericanos (1930-1970) según Filgueira

Denominación	Características	Países
Universalismo Estratificado	Políticas de bienestar extendidas mayoritariamente entre la población pero estratificadas según la ocupación. Presentan altos grados de desmercantilización.	Argentina, Chile y Uruguay
Duales	Combinan una protección estratificada para el trabajador formal (y una exclusión para el resto de los sectores) con una cuasi-universalidad en algunas políticas. Presentan indicadores más bajos de bienestar social.	México, Brasil
Excluyentes	Políticas de bienestar elitistas, que incorporan a la seguridad social a un sector privilegiado, mientras el grueso de la población permanece sin protección social. Muestran precarios grados de bienestar social.	El Salvador, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia y Ecuador

Fuente: Elaboración propia con base en información de Filgueira, 1998. "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", en *Ciudadanía y Política social*, Brian Roberts (ed.). San José: FLACSO/ SSRC.

Retomando la clasificación de Filgueira (1998), Carlos Barba (2004) ha analizado la transición de los regímenes de bienestar latinoamericanos a raíz de las reformas económicas y sociales posteriores a 1970,⁶¹ y el impacto que éstas han tenido sobre la producción y distribución de bienestar en cada una de las experiencias.

Los trabajos de Carlos Barba (2004; 2005) se inscriben en la tradición weberiana de los "tipos ideales". Para este autor, los regímenes de bienestar en América Latina refieren a expresiones concretas de construcciones más abstractas, los paradigmas de políticas sociales.⁶² Tomando elementos weberianos y del enfoque de régimen de bienestar, aborda

⁶¹ Distinguiendo entre el inicio temporal de las reformas, la velocidad con la que se implementaron y el tipo de reformas que se llevaron a cabo; las estrategias de crecimiento y empleo seguidas y las reformas ocurridas en el plano social (focalización y descentralización de la política social, reformas al sistema de pensiones y creación de redes de protección social).

⁶² La clave de la propuesta de Carlos Barba (2004, 2005) descansa en la noción conceptual de "paradigma" aplicada al desarrollo de la política social. Para definir los paradigmas Barba toma como punto de partida la idea de la política social como un eje articulador de tres dimensiones: la del poder político, la mercantil y la doméstica; la forma en como estas dimensiones se relacionen entre sí determina a su vez, cómo se integra un paradigma de bienestar (Barba, 2005:28). Partiendo de los "paradigmas" como tipos ideales, utiliza como categoría teórica intermedia al "régimen de bienestar, como un concepto que media entre la abstracción de los paradigmas y las situaciones específicas donde éstos se articulan y adquieren características relacionadas con la historia de la política social de cada lugar. Apoyándose en este último

de manera integrada el desarrollo histórico de la política social y su vinculación con el modelo de industrialización por sustitución de importaciones; así, su investigación sobre el bienestar latinoamericano se centra en una concepción ampliada de la política social como un eje articulador del Estado, el modelo económico y los sistemas de protección social. Apoyándose en las interpretaciones de Filgueira sobre la relación que guardan los sistemas de bienestar social con el paradigma de desarrollo cepalino de ISI, Barba argumenta que los procesos de ajuste económico y de reforma social han seguido trayectorias heterogéneas al aplicarse sobre tres estructuras de distribución del bienestar social.⁶³ Siguiendo la clasificación de Filgueira, ha denominado a estos tres regímenes: “universalistas”, “duales” y “excluyentes”. En opinión de Barba, cada uno de ellos corresponde a:

“tres formas históricas de articulación entre las instituciones públicas y la política social, el funcionamiento de la economía, particularmente del mercado de trabajo y las estrategias de bienestar de los hogares” (2003:420-64, citado en Barba 2004:18).

concepto, analiza y compara los distintos modelos de bienestar que surgen Latinoamérica después de las reformas.

⁶³ El trabajo de Carlos Barba (2004) inicia con una crítica a aquellos planteamientos que consideran a América Latina como un régimen único, el del bienestar conservador. Señala que al aplicar las categorías analíticas que propone el marco interpretativo de los regímenes de bienestar se suele tratar el bienestar en Latinoamérica como un modelo homogéneo y uniforme, similar al régimen conservador o corporativista europeo (Huber, 1995) y arguye que esta comparación es reduccionista y parte de premisas que no se corresponden con la realidad latinoamericana. Así, sostiene que los retos para la conceptualización del bienestar en contextos fuera de los países centrales de la OCDE, como lo es América Latina, descansan en tres aspectos: i) la imposibilidad de aplicar mecánicamente las tipologías de los regímenes de bienestar clásicos, ii) la dificultad de abordar a la región como un todo uniforme y iii) la necesidad de considerar que reformas similares producirán resultados distintos. Barba plantea que no pueden aplicarse de manera mecánica las tipologías porque, a diferencia de los Estados del bienestar de las economías desarrolladas, los estados democráticos en la región han sido intermitentes; no se han garantizado los derechos sociales a toda la población; la clase obrera en la región ha sido débil y poco organizada por lo que no ha sido un factor crucial en la política social, además, coexisten formas de movilización política que se asemejan a los regímenes conservadores junto a un sistema de beneficios personales y clientelares; los niveles de industrialización y de ingresos que se han presentan en la región están muy alejados de los que han distinguido a los países de la OCDE; los mercados son imperfectos, segmentados y han sido incapaces de imponer el salario como la fuente principal de ingresos; la política social ha incluido elementos distintos a los prototipos europeos (reformas agrarias, subsidios al consumo, etc); los niveles de bienestar alcanzados son muy inferiores a los que se han logrado en las economías desarrolladas. Como un segundo punto, Barba destaca que no puede abordarse la región como un todo por las grandes diferencias (territoriales, demográficas, económicas, de indicadores sociales, etno-culturales, etc) que existen entre los países que la forman, que se vuelven más agudas en el plano del bienestar social (diferente desarrollo y grados de institucionalización de los sistemas de prestaciones sociales, distintos grados de exclusión social, entre otros). Finalmente, sostiene que la aplicación de agendas semejantes de reformas económicas y sociales en casos distintos producirá resultados diferenciados, más que apuntar a un modelo único de bienestar (Barba, 2004: 13-5).

Los regímenes de bienestar “universalistas” en América Latina se asemejan a los regímenes conservadores por sus esfuerzos por universalizar las prestaciones, por la presencia de las organizaciones obreras y por la vinculación de la protección social al mercado del trabajo del sector formal. Incluyen a Chile, Argentina, Uruguay y a Costa Rica –este último no estaba considerado en la clasificación inicial de Filgueira-. Hacia 1970, estos países mostraban los niveles de gasto social más altos, la mayor cobertura en seguridad social, salud y educación, los mejores indicadores vitales y las menores diferencias etno-culturales y los menores niveles de pobreza.

Los regímenes “duales” (Brasil, México, Colombia y Venezuela) y “excluyentes” (Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay y la mayoría de los países centroamericanos, excepto Costa Rica y Panamá) de la región destacan por tener un menor gasto social y menores grados de desmercantilización del bienestar que se evidencian en un descenso de los indicadores vitales, en una menor cobertura de la población y mayores índices de pobreza; así como por tener una mayor heterogeneidad étnico-cultural, una fuerte informalidad en sus mercados laborales y un fuerte carácter regresivo en los sistemas de protección social. Barba (2003:444-64) señala que, en los regímenes “duales” estas características se manifiestan de forma dual, privilegiando a los sectores urbanos organizados que nutrían al proyecto de industrialización y excluyendo al resto de la población no relevante para el modelo ISI; mientras que los regímenes “excluyentes” dejaban fuera de la protección social a la mayoría de la población (citado en Barba, 2004:19). La tabla 6 muestra a manera de resumen las características centrales de la tipología de regímenes latinoamericanos de Carlos Barba.

Tabla 6 .Tipología de regímenes de bienestar en Latino América según Barba

Denominación	Características	Países
Universalistas	Universalidad en las prestaciones sociales, presencia dominante de las organizaciones obreras y una protección social vinculada al mercado formal del trabajo. Tienen altos niveles de gasto social y de cobertura en seguridad social, salud y educación y muestran los mejores indicadores en esperanza de vida, mortalidad infantil, alfabetismo, precariedad laboral, índices de pobreza y concentración del ingreso.	Argentina, Chile, Uruguay y Costa Rica
Duales	Estrechamente relacionados con el paradigma regional, privilegian la protección de los sectores urbanos relevantes para el modelo de industrialización (ISI) y excluyen a la población que no resulta relevante para el modelo. Muestran un descenso gradual en los indicadores de bienestar social, una mayor informalidad en el mercado laboral y sistemas de protección social regresivos.	México, Brasil, Colombia y Venezuela
Excluyentes	Dejan fuera de la protección social a la mayoría de la población. Muestran los niveles más bajos de cobertura, de gasto social y de desmercantilización del bienestar social, que se refleja en un descenso significativo de los indicadores vitales. Tienen una mayor heterogeneidad etno-cultural, mayores índices de pobreza y una mayor precariedad laboral, situaciones que se agudizan por el carácter fuertemente regresivo de sus sistemas de protección social.	El Salvador, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia y Ecuador

Fuente: Elaboración propia con base en Barba 2004, Régimen de bienestar y reforma social en México. Santiago de Chile: CEPAL. *Serie de Políticas Sociales*, Núm. 92.

Dos elementos destacan en la investigación de Barba, la referencia a los resultados de bienestar que se logran en cada uno de los regímenes reformados y los efectos de estratificación que se generan. Más que enfocarse en la desmercantilización del bienestar, este autor destaca el desempeño de cada régimen en torno a “la satisfacción de necesidades básicas”, apoyándose en los indicadores que dan cuenta de los niveles de pobreza, precariedad laboral, cobertura en seguridad social, salud y educación, concentración del ingreso, indigencia y el Índice de Desarrollo Humano. Por lo que concluye que, según la naturaleza de cada régimen, las reformas económicas y sociales han tenido impactos diferenciados, generando resultados de bienestar o “rendimientos” - como él los denomina- distintos. La tabla 7 reproduce los rendimientos de los regímenes de bienestar reformados. Igual de interesante resulta la reflexión que este autor realiza sobre los modos de incorporación y de exclusión que la lógica de actuación de cada régimen reproduce en términos de los sectores de la población que son incorporados y aquellos que quedan fuera de la protección social.

7. Rendimiento de los regímenes de bienestar latinoamericanos reformados según Barba (década de los noventa)

Indicadores	Regímenes universalistas	Regímenes duales	Regímenes excluyentes
Precariedad laboral (CEPAL 1999)	Media	Alta	Muy alta
Desempleo (CEPAL 2001)	Alto (1)	Medio (2)	Bajo
Cobertura de la seguridad social (Mesa Lago 2001)	Alta	Baja	Muy baja
Gasto social (Cominetti y Ruiz 1998)	Alto	Medio	Bajo
Políticas universales (Barba 2003)	Alto desarrollo	Desarrollo medio	Bajo desarrollo
Crecimiento del PIB per cápita (CEPAL 2001a)	Alto	Bajo	Bajo
Pobreza (CEPAL 2001a)	Baja	Media	Alta
Concentración del ingreso	Media	Muy alta	Muy alta
Elasticidad pobreza/PIB (CEPAL 2001a)	Alta (3)	Baja (4)	Baja
Elasticidad indigencia/PIB (CEPAL 2001a)	Baja	Baja	Baja
Niveles de vida (Astorga y Fitzgerald 1998)	Altos	Medios	Bajos
IDH (PNUD 1999)	Altos	Medios altos	Medios bajos
IPH-1(PNUD 1999)	Bajos niveles de exclusión social	Altos niveles de exclusión social	Niveles muy altos de exclusión social

Fuente: Reproducido de Barba 2004, Régimen de bienestar y reforma social en México. Santiago de Chile: CEPAL. *Serie de Políticas Sociales*, Núm. 92. Cuadro 1.

A pesar de que el análisis de Barba incluye a algunos componentes clave del enfoque de régimen de bienestar, se concentra en la política social y en el mercado, obviando el papel de la familia como productora y distribuidora de bienestar. El análisis de la “tríada del bienestar se desdibuja y la importancia de la familia se reconoce sólo de manera tangencial, sin concentrarse en los recursos específicos de bienestar que ésta genera para el bienestar social.

Apelando también a la temática del desarrollo –así como a la del análisis histórico de larga duración-, Sonia Draibe y Manuel Riesco (2006) combinan la teoría de la modernidad con el examen de los procesos económicos y sociales propios del estado desarrollista y proponen una modalidad de Estado del bienestar en Latinoamérica, el denominado Estado desarrollista de bienestar social latinoamericano (EDBSLA). Partiendo del concepto clásico de Estado desarrollista elaborado por la CEPAL y de las

construcciones teóricas sobre el estado desarrollista de bienestar asiático,⁶⁴ Manuel Riesco (2005) propone el término Estado desarrollista de bienestar social latinoamericano con la intención de rescatar la relación que existe entre la política económica y social en el estado desarrollista. Según Riesco, los sistemas de protección social en América Latina jugaron un papel esencial –más decisivo aún que en los casos asiáticos- en la evolución del estado desarrollista al promover la modernización y la urbanización de las estructuras sociales y productivas (Riesco, 2005, en Draibe y Riesco, 2006: 25-6). Draibe y Riesco (2006) argumentan también que, si bien el EDBSLA fue el responsable del proceso de modernización en la segunda mitad del siglo XX, éste entró en crisis (asociada en parte, al éxito de algunas de sus políticas, como la explosiva urbanización, que terminó por hacer inviable los límites del modelo) y se encuentra actualmente en un proceso de redefinición. El trabajo de estos autores resulta altamente novedoso por incorporar en la reflexión académica sobre el bienestar latinoamericano el marco analítico de la teoría de la modernidad con la finalidad de comprender el surgimiento y desarrollo de los Estados del bienestar latinoamericanos en un contexto de industrialización tardía.⁶⁵ A pesar de los esfuerzos por diferenciar las trayectorias de bienestar en la región, la propuesta de Draibe y Riesco más que centrarse en regímenes de bienestar, pone el énfasis en la sobre generalización de un solo modelo de bienestar, el del estado desarrollista de bienestar social latinoamericano, cuyo eje central es el estado.

Otra aportación teórica en la investigación sobre el bienestar social en América Latina la constituye el trabajo de Armando Barrientos (2004) desde el enfoque de régimen de bienestar. Partiendo de una perspectiva comparativa, Barrientos (2004) intenta caracterizar el régimen de bienestar dominante en América Latina, con base en los cambios en la producción del bienestar que se han registrado en las dos últimas décadas en la región. El elemento clave en el trabajo de Barrientos es el vínculo que existe entre la protección social y el mercado de trabajo. Para explorar los cambios en la producción del bienestar en Latinoamérica, analiza las alteraciones ocurridas en la política social (en especial, en la seguridad social y la salud) ligadas estrechamente a los cambios sufridos

⁶⁴ El concepto original de estado desarrollista de bienestar (*Developmental Welfare State*) fue elaborado por varios autores –(Gough (1999), Holliday, 2000, Kwon, (2002))- para describir a los sistemas asiáticos de protección social, centrándose en la relación que existe entre la política económica y la social (Draibe y Riesco, 2006).

⁶⁵ Apoyándose en la tipología de las rutas hacia la modernidad de Gorän Therborn, estos autores identifican cuatro grandes pautas en la región según el desarrollo histórico, los sistemas de familias y las zonas de influencia cultural.

en las instituciones del mercado del trabajo (en particular, los relacionados con el incremento de la informalidad y la precariedad del empleo) e incluye una evaluación de los resultados de bienestar derivados de esos cambios.

El enfoque teórico del que parte es el de régimen de bienestar (*welfare regime approach*), de donde toma la idea de la «producción del bienestar» que entiende como la articulación de programas e instituciones –incluidas el Estado, mercados y hogares– para garantizar la protección contra los riesgos sociales (Barrientos, 2004:121). La concepción inicial de régimen de bienestar de Esping-Andersen es robustecida en el trabajo de Barrientos con la propuesta teórica de Gough y Wood (2004) en dos aspectos: i) tomando en consideración el peso que la informalidad tiene en América Latina⁶⁶ y ii) evaluando de los resultados de bienestar a través de medidas de “satisfacción de las necesidades humanas” (*well-being*) antes que mediante la desmercantilización.

El marco analítico que utiliza Barrientos presenta los tres componentes centrales del régimen de bienestar: la articulación de las instituciones productoras de bienestar que constituyen el agregado de bienestar (*welfare mix*), asociado con resultados de bienestar específicos (*welfare outcomes*), los cuales reproducen a su vez a través de los efectos de estratificación, el agregado de bienestar. En el agregado de bienestar (*welfare mix*), Barrientos distingue entre dos grandes proveedores de bienestar: los hogares y la provisión mixta generada por el Estado y el Mercado.⁶⁷ Los resultados de bienestar

⁶⁶ La idea de la informalidad refleja un conjunto de condiciones donde la gente depende en gran medida de las relaciones familiares y comunitarias para satisfacer sus necesidades. Según Gough (2004:33), en países en desarrollo la informalidad es un factor clave para entender la generación de bienestar a través de patrones de intercambio en la esfera doméstica o comunitaria que están débilmente relacionados con la idea formal de derechos que existe en los países desarrollados.

⁶⁷ La capacidad de provisión de bienestar de los hogares es medida a través de dos dimensiones: el tamaño y estructura de los hogares y las transferencias intra-hogar. El tamaño y la estructura de los hogares es una clasificación que distingue entre hogares mono-parentales, hogares nucleares y hogares compuestos y pretende ser una variable que dé cuenta de la vulnerabilidad económica de los miembros del hogar, partiendo del supuesto que los hogares extendidos podrían constituir una respuesta frente a los riesgos (en la medida en que aseguran mayores fuentes de ingresos para el sustento familiar, particularmente para aquellos grupos de hogares de bajos ingresos). En lo que respecta a las transferencias privadas al interior de la esfera familiar, no existen estadísticas nacionales que permitan contabilizarlas, por lo que se apoya en estudios de caso que han intentado medir estas transferencias privadas.

Mientras que la producción de bienestar del Estado y del Mercado es examinada de manera conjunta porque, en su opinión, en América Latina resulta difícil distinguir con claridad la provisión autónoma que realiza cada una de estas esferas. La tradición que ha existido en la región de una provisión mixta entre el Estado y el mercado –especialmente, en cuanto a la seguridad social se refiere–, hacen difícil distinguir entre las aportaciones específicas que realizan cada una de estas esferas al bienestar social. Por lo anterior expuesto, Barrientos aborda la producción mixta Estado-mercado de bienestar en dos aspectos: la seguridad social (el papel del Estado en cuanto a la regulación y financiación de los fondos de seguridad social y composición de los fondos) y la protección del empleo (el mínimo de derechos que establece el estado para

(*welfare outcomes*) son medidos a través de indicadores de desempleo, pobreza, desigualdad y cobertura social de la población (principalmente en salud y educación). Mientras que los efectos de estratificación (*stratification effects*) son analizados bajo la noción de que éstos han reproducido y reforzado los cambios ocurridos en el *welfare mix* en la región, enfocándose en un elemento en particular: la segmentación en el mercado de trabajo como el “filtro” clave de la estratificación. En este sentido, identifica tres procesos de estratificación que han reforzado los cambios en el *welfare mix*: los cambios en el mercado de trabajo, en las relaciones laborales y en los instrumentos de protección social; el aumento de la desigualdad en el empleo y de los niveles de informalidad y la presencia de las instituciones privadas en la producción del bienestar.

Combinando las propuestas de Esping-Andersen y de Gough y Wood, Barrientos sostiene que durante las dos últimas décadas, las múltiples reformas a las que han estado sometidos los países de América Latina han transformado el régimen de bienestar en la región de uno “conservador-informal” (*conservative- informal welfare regimen*) en otro “liberal-informal” (*liberal-informal welfare regime*) (Barrientos, 2004:139-52).

Barrientos argumenta que, a principios de la década de 1980, los países latinoamericanos compartían rasgos importantes con el régimen de bienestar conservador europeo, caracterizados por la fuerte presencia de la seguridad social como la principal fuente de protección social vinculada al empleo formal, la naturaleza estratificada de la seguridad social y la segmentación de los servicios de salud y educación. Ahora bien, a los rasgos conservadores del bienestar, se suman las condiciones particulares de los países latinoamericanos; en particular, en lo que se refiere a la fuerte dosis informalidad presente. En contraste con los regímenes conservadores europeos, en América Latina existe un alto grado de informalidad en el empleo, por lo que las instituciones formales y los programas de bienestar benefician sólo a una parte de la población (aquella que forma parte del mercado de trabajo formal). A diferencia de la fuerte protección que gozan los trabajadores del sector formal, los trabajadores informales carecen de cobertura, por lo que tienen que recurrir a las estrategias familiares para proveerse bienestar. Esta

los trabajadores formales –compensación, regulación para la contratación y el despido-, los estándares de protección mínima obligatoria contra ciertos tipos de riesgos, la fijación de una contribución mínima y si existe la obligatoriedad o no de afiliación de los trabajadores a la seguridad social). Mientras que analiza también la provisión pública de salud y educación.

situación lleva a Barrientos a caracterizar al régimen de bienestar latinoamericano hasta antes de las reformas, como un régimen “conservador-informal”.

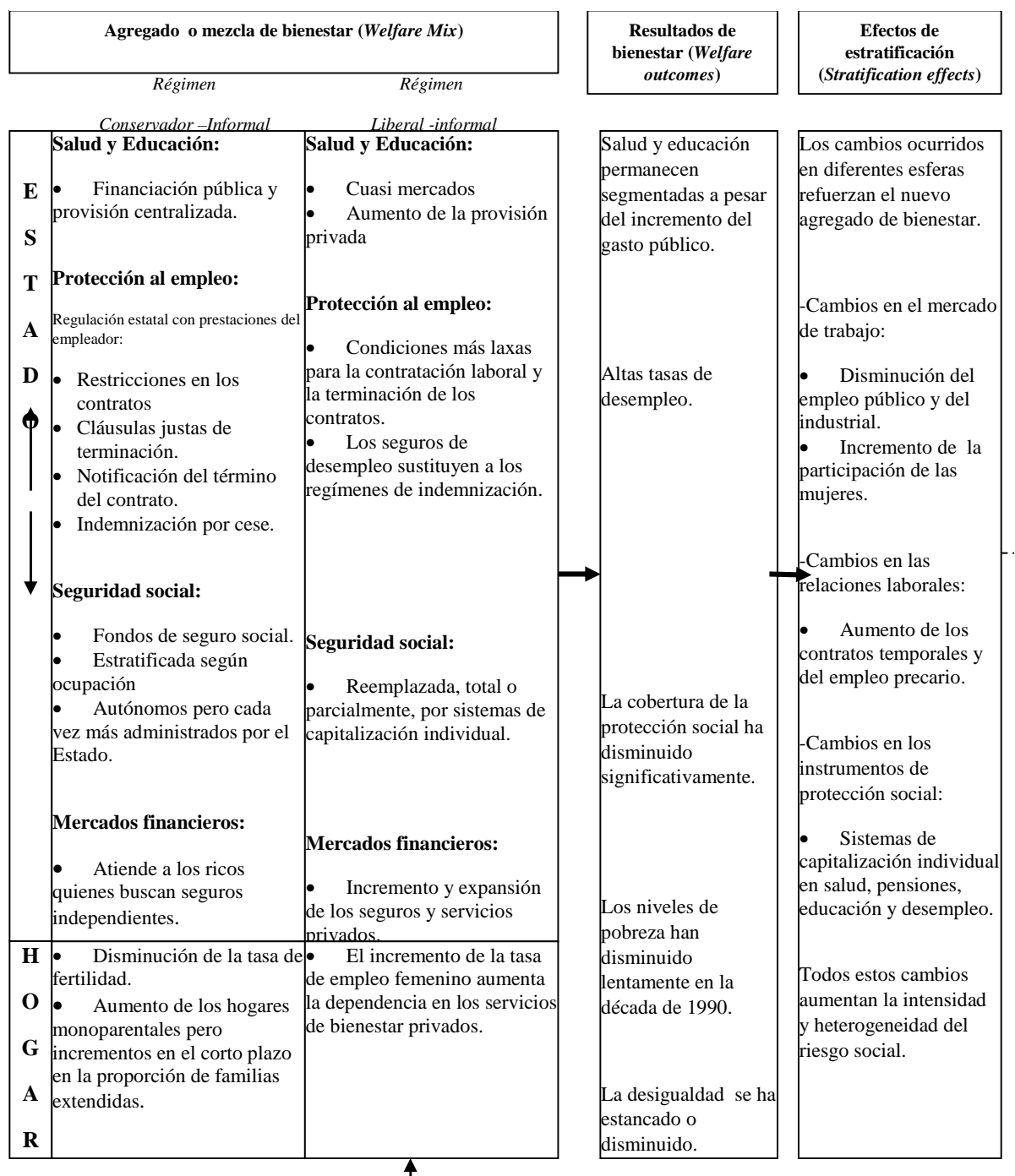
Ahora bien, los procesos de cambio provocados por las reformas estructurales de 1990, que se caracterizaron por la liberalización del comercio y del mercado de capitales, las políticas de estabilización y contracción del gasto, la privatización y la desregulación del mercado de trabajo; modificaron sustancialmente la producción del bienestar en Latinoamérica. Según Barrientos (2004), el cambio en la estrategia de desarrollo – de la industrialización por sustitución de importaciones por otra denominada de crecimiento orientado a las exportaciones- ha tenido impactos significativos en el “*welfare mix*” y ha afectado profundamente a tres componentes clave del bienestar: la seguridad social, la protección del empleo y la provisión pública de salud y educación (2004: 142 y ss). En lo que respecta a las reformas en la seguridad social (y, en especial, en los sistemas de pensiones), éstas se distinguen por la reducción de las prestaciones y la implementación de sistemas de capitalización individual;⁶⁸ las instituciones del mercado de trabajo han sufrido cambios también, relajando la protección del empleo; mientras que las reformas en salud y en educación han incrementado la descentralización y la presencia de la provisión privada. El tono dominante de las reformas en la región ha sido el de la retirada (*retrenchment*) de los instrumentos de protección estatal, la dependencia de los seguros privados y la flexibilización en el empleo, transfiriendo la responsabilidad ante los riesgos sociales del estado y los empresarios hacia los individuos; asemejándose así al régimen de bienestar liberal pero, a diferencia de éste, carece de políticas residuales eficaces por lo que los individuos dependen fuertemente de la informalidad para proveerse bienestar. Por todo ello, Armando Barrientos sostiene que las reformas ocurridas en los diferentes países parecen dar lugar a la convergencia en Latinoamérica hacia un régimen de bienestar único: el régimen “liberal-informal”. El diagrama 2 ilustra las características dominantes del régimen de bienestar conservador-informal y el liberal- informal.

La aportación distintiva del análisis de Barrientos es que considera las prácticas informales de los hogares y las instituciones del mercado de trabajo. Su investigación

⁶⁸ Para un análisis detallado de la reforma en el sistema de pensiones en América Latina consúltese Barba (2004: 22-4).

sobre el bienestar se centra en la informalidad de los mercados de trabajo y la debilidad de los Estados y resulta más comprensiva que los estudios anteriores.

Diagrama 2. Regímenes de bienestar en América Latina antes y después de las reformas según Barrientos



Fuente: Reproducción modificada de Barrientos, Armando, 2004, "Latin America: towards a liberal-informal welfare regime", en Gough Ian and Geof Wood (eds.), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press. Figura 4.1.

Si bien el trabajo es altamente meritorio, encuentra límites también. La principal crítica que se le hace radica en la generalización excesiva que hace del régimen latinoamericano, al ubicar a toda la región en un solo régimen de bienestar; pues la caracterización de los países en un régimen único, el denominado “liberal-informal”, no permite aprehender las diferencias que existen entre los países en la producción del bienestar (Sunkel, 2006:7; Martínez Franzoni, 2006:11). La sobre generalización del bienestar social latinoamericano oculta también el hecho de que las reformas económicas y sociales de corte similar llevadas a cabo en la región, dieron lugar a resultados distintos, produciendo rendimientos de bienestar diferenciados; la aplicación de reformas semejantes no condujo de forma automática ni uniforme a la sustitución del paradigma de bienestar regional conservador o corporativo por otro residual y deslocalizado (Barba, 2004:14-5). A esta crítica, se adiciona aquella que reclama que el género está ausente en su trabajo como una dimensión central en la estratificación en la región (Sunkel, 2006; Martínez Franzoni, 2007).

Tratando de superar las carencias de los trabajos anteriores, Juliana Martínez Franzoni (2006; 2007) ha hecho un esfuerzo por rescatar los componentes clave que forman la arquitectura del bienestar latinoamericano durante el periodo que va de 1998 a 2003. Su trabajo es un esfuerzo por comparar las diferencias que existen entre los países en la producción y asignación del bienestar con una visión sensible a la estratificación socioeconómica y del género. Desde esta perspectiva, desarrolla una tipología de regímenes de bienestar atendiendo a cuatro dimensiones de análisis: el grado de mercantilización de la fuerza de trabajo, el nivel de desmercantilización del bienestar, la familiarización del bienestar y el desempeño del régimen.⁶⁹ Para identificar a los regímenes utiliza el análisis de *clusters* aplicado a los 18 países que forman la región (Brasil y los hispano-parlantes con excepción de Cuba) y distingue tres grandes *clusters* o conglomerados de bienestar:

⁶⁹ Para medir la primera dimensión incluye diez variables que intentan reflejar la capacidad y calidad del mercado laboral para proveer ingresos; la desmercantilización se mide a través de diez indicadores que den cuenta del grado de bienestar que permiten las políticas sociales; la familiarización del bienestar pretende estimar la participación de los hogares –y del trabajo femenino en particular- en el bienestar social mediante nueve variables; finalmente, el desempeño del régimen mide los resultados alcanzados en términos de desarrollo humano e incluye cinco grandes medidas.

- El Estatal-productivista (Argentina y Chile)⁷⁰
- El Estatal-proteccionista (Brasil, México, Costa Rica, Panamá y Uruguay)
- El Familiarista (Colombia, Ecuador, Perú, R. Dominicana, El Salvador, Guatemala, Venezuela; altamente familiarista: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay)

En el régimen estatal-productivista se encuentran Chile y Argentina. El carácter productivista de este régimen hace referencia a un Estado que intenta ser funcional al mercado y compensar sus fallos (interviniendo en aquellas áreas abandonadas por el mercado o protegiendo a la población que está fuera del intercambio mercantil). En este régimen el acceso al mercado de trabajo y a los ingresos formales es máximo, lo que pone en relieve que estos países logran mercantilizar su fuerza de trabajo con mayor éxito que los otros. La orientación productivista de este régimen se hace evidente en el acento que pone en las políticas públicas de formación de capital humano –que promueven el desarrollo del mercado- y en el bajo nivel de desmercantilización que las políticas sociales aseguran, ya que la salud, la seguridad social y la educación están sujetas al poder adquisitivo de la mayoría de la población y las políticas públicas desmercantilizan el bienestar principalmente para aquella parte de la población que no puede adquirirlo en el mercado.

El régimen estatal-proteccionista tiene como eje de bienestar social a la protección social y a la provisión del estado. Los países que lo forman son Brasil, México, Costa Rica, Panamá y Uruguay. En este régimen el acceso a los ingresos a través del salario es menor que en el régimen estatal-productivista. Los países con un régimen de bienestar centrado en la protección del estado presentan una protección social máxima con altos niveles de desmercantilización, aunque ésta es estratificada. Si bien la política social y los servicios sociales logran un alto grado de desmercantilización, la cobertura está estrechamente vinculada al mercado formal del trabajo –basada en un modelo de protección social según la contribución- y estratificada según el estatus ocupacional, por lo que el bienestar resulta estratificado también.

⁷⁰ El régimen “estatal-productivista” ha sido denominado también por Martínez-Franzoni como “productivista- informal” o “informal-productivista” (como lo denominaría en su primer trabajo, 2006).

El tercer conglomerado de bienestar que identifica Martínez Franzoni es el régimen familiarista.⁷¹ La característica central de este régimen es la fuerte presencia de los arreglos informales a los que recurren los individuos para la provisión bienestar. En este régimen el Estado y el mercado de trabajo domésticos muestran pocas capacidades para proveer bienestar, dejando a amplios sectores de la población fuera de la protección social, mientras que la esfera internacional tiene un gran peso a través de las organizaciones internacionales y los mercados de trabajo transnacionales. La mercantilización de la fuerza de trabajo es incipiente, por lo que el acceso a los ingresos a través del salario es mínimo y una gran proporción de la población depende de medios de vida (*livelihoods*) provenientes del trabajo informal, de las ayudas familiares a través de las remesas y de los recursos de las organizaciones internacionales. Martínez Franzoni identifica diferencias de grado entre los países que conforman este tercer régimen, distinguiendo entre regímenes familiaristas: Colombia, Ecuador, Perú, R. Dominicana, El Salvador, Guatemala, Venezuela; y regímenes altamente familiaristas: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay. Los regímenes familiaristas a través de la intervención pública logran pobres resultados de bienestar en términos de desarrollo humano, pobreza y en equidad de género (según Martínez Franzoni, el trabajo femenino remunerado y no remunerado alcanza el pico máximo en estos regímenes).

La tabla 8 resume las dimensiones analíticas que contempla el trabajo de Martínez Franzoni para analizar a los regímenes de bienestar latinoamericanos. Además de las cuatro dimensiones clave que considera esta autora, mercantilización, desmercantilización, familiarización y desempeño del régimen, la tabla contempla otras dos dimensiones, el proveedor principal de bienestar y la fuerza de la arena internacional, que, en su conjunto, permiten caracterizar con mayor precisión a los conglomerados de bienestar identificados por Martínez Franzoni.

⁷¹ El régimen familiarista latinoamericano de Martínez Franzoni dista mucho del régimen conservador de Esping-Andersen (1999) y -en menor medida- del *familismo* del régimen mediterráneo de Moreno (2000). La principal diferencia radica en que el régimen familiarista latinoamericano está dominado por la informalidad, que se manifiesta en la escasa participación del estado en la producción del bienestar y en la mínima mercantilización de la fuerza de trabajo, por lo que la cartera de recursos de bienestar de los que dispone la población son mayoritariamente informales.

La conclusión a la que llega Martínez Franzoni en su trabajo es que “los regímenes de bienestar actuales en América Latina comparten un rasgo común: son en gran medida informales, es decir, que a la luz de mercados laborales ineficientes y políticas públicas débiles o inexistentes, los arreglos familiares y comunitarios desempeñan un papel central” (2007: 31). Aunque los tres regímenes se caracterizan por la informalidad, muestran variaciones también en cuanto a la forma en cómo interactúan estos arreglos informales con la política pública y los mercados laborales, por lo que la informalidad como nota distintiva de los modelos de bienestar latinoamericanos ejerce efectos diferenciados en cada régimen.

La investigación comparativa de Martínez Franzoni se ha posicionado fuertemente como un trabajo referente sobre el bienestar latinoamericano por el marco interpretativo del que parte (que combina los postulados de Esping-Andersen y de Gough y Wood) y por el análisis estadístico en el que se apoya. Para caracterizar a los tres regímenes, esta autora recurre al análisis cuantitativo de 34 indicadores.

Tabla 8. Características de los regímenes de bienestar en América Latina según Martínez Franzoni

Dimensiones analíticas	Regímenes de bienestar		
	1. Régimen estatal-productivista	2. Régimen estatal-proteccionista	3. Régimen familiarista/altamente familiarista
Proveedor principal de bienestar	Mercado	Estado	Familia
Grado de Mercantilización	Gran éxito en mercantilizar la fuerza de trabajo.	Menor éxito en mercantilizar la fuerza de trabajo. Coexisten ingresos formales con ingresos informales.	Precaria mercantilización de la fuerza de trabajo. Domina una cartera variada de medios de vida a través de ingresos del trabajo informal y las remesas.
Grado de Desmercantilización	Bajo nivel de desmercantilización a través de la política pública. El bienestar está sujeto al poder adquisitivo privado.	Altos niveles de desmercantilización del bienestar pero a través de políticas sociales estratificadas y segmentadas.	Grandes sectores de la población excluidos de la protección social. El bienestar depende en gran medida de la esfera familiar.
Grado de Familiarización	Bajo	Medio	Alto
Desempeño del régimen	Indicadores elevados en cuanto a tasas de mortalidad, IDH relativo al género y esperanza de vida escolar.	Menor calificación en tasas de mortalidad, IDH relativo al género y esperanza de vida escolar.	Indicadores muy por debajo de los otros dos conglomerados.
Presencia de la Arena internacional	Marginal	Marginal	Gran presencia a través de las ONG's internacionales y los mercados de trabajo transnacionales (remesas).

Fuente: Elaboración propia con base en Martínez Franzoni (2007).

Las críticas a su estudio se centran precisamente en este punto. Álvaro Espina (2008:7) critica que el trabajo de Martínez Franzoni no considere ningún indicador sobre los sistemas de pensiones, cuando las reformas ocurridas en la seguridad social en la región han modificado sustancialmente los sistemas de protección social. A pesar de las críticas, el trabajo goza de una amplia aceptación en los círculos académicos por superar el análisis tradicional de la política social, incluir la cartera de arreglos informales a los que grandes sectores de la población en la región recurren para proveerse ingresos y bienestar -a través de las estrategias domésticas (trabajo no remunerado) e internacionales de los hogares (remesas)- y considerar los resultados de bienestar que produce cada régimen según una orientación de *well-being*.

Como se ha mencionado, en la última década se han incrementado los estudios comparativos sobre el bienestar latinoamericano. Los trabajos se han alimentado del enfoque de régimen de bienestar, considerando las dimensiones analíticas de Esping-Andersen (1990,1999) y -los trabajos más recientes- e incorporando también las propuestas de Gough y Wood (2004) para analizar los regímenes de bienestar en contextos en desarrollo. Las investigaciones de Barrientos (2004) y Martínez Franzoni (2006, 2007), tienen en común los criterios analíticos de los que parten para abordar el bienestar en la región –aunque le confieren distinto peso a cada uno de ellos, lo que los lleva a conclusiones distintas-. Otro trabajo que comparte estos atributos es el de Marcel y Rivera (2008), quienes han adoptado la terminología de Gough (2004), Esping-Andersen (1999) y Filgueira (1998) para describir a los regímenes de bienestar latinoamericanos. En los trabajos de Mario Marcel y Elizabeth Rivera (2008) la informalidad juega un papel clave en el análisis de la producción y asignación del bienestar en la región, por lo que han añadido la economía informal a los proveedores de bienestar clásicos, remodelando el *welfare mix* según cinco grandes proveedores: estado, familias, mercado, empresas y la informalidad.⁷² Además de añadir un quinto proveedor, otra novedad en el trabajo de

⁷² Marcel y Rivera (2008) estiman la provisión de la informalidad mediante de indicadores van desde la economía informal hasta las actividades criminales: el empleo informal, la economía “gris” la evasión y las actividades ilegales. Mientras que el suministro de bienestar estatal se estima a través del gasto en servicios sociales y de los mecanismos de distribución estatales. Para analizar el papel de las familias como proveedores consideran la estructura familiar, el cuidado infantil, el empleo femenino y las remesas. La provisión del mercado la examinan según el gasto privado en servicios sociales, la cobertura de los seguros privados y el ahorro. Mientras que la empresa como proveedor se analiza según los programas ocupacionales y las mutualidades laborales.

estos autores es que los efectos de estratificación son percibidos en términos de “cohesión social”.

Utilizando el análisis histórico (observando el papel jugado por el sindicalismo y los patrones de desarrollo productivo) y el análisis de clusters o conglomerados para examinar cada uno de los cinco proveedores de bienestar en 17 países de la región (Brasil y los países de habla hispana, excepto Cuba y R. Dominicana),⁷³ Marcel y Rivera distinguen cuatro regímenes de bienestar en Latinoamérica: Potenciales Estados del bienestar, Régimen conservador, Régimen dual, Régimen informal-desestatizado.

Apoyándose en la terminología de Gough, estos autores identifican a Uruguay, Brasil, Chile, Costa Rica y Argentina como regímenes de Estados del bienestar potenciales. Los primeros dos países son los que más se asemejan a los Estados del bienestar socialdemócratas europeos, aunque con resultados de bienestar muy distantes de los estándares europeos, por lo que adquieren el adjetivo de potenciales. En estos países el Estado asume el papel de proveedor principal de bienestar, junto con otros suministradores secundarios, el mercado, las empresas y, en menor medida, la familia. Los potenciales Estados del bienestar de Marcel y Rivera se caracterizan también por ser los países que se han beneficiado de un proceso de modernización más profundo, tener los niveles de urbanización más altos de la región, poseer una mayor continuidad democrática, por la presencia un sindicalismo autónomo, ser pioneros en la expansión de la seguridad social, y –con excepción de Costa Rica- haber seguido el modelo ISI como estrategia de desarrollo económico.

El régimen conservador es el segundo régimen en la tipología de Marcel y Rivera, formado por México, Venezuela y Ecuador. Aunque el Estado y el mercado son proveedores importantes de bienestar, los proveedores principales son la empresa y la familia. La seguridad social y los beneficios sociales que suministra el Estado están segmentados según la adscripción laboral. En estos países el Estado dispone de recursos

⁷³El análisis de conglomerados para los cinco proveedores de bienestar considera 42 variables estadísticamente significativas (13 relacionadas con la provisión de servicios estatales, 4 para el mercado, 7 para la familia, 4 para las empresas y 12 para la informalidad, que incluye la economía “gris”, la economía “negra” y las actividades criminales) (Marcel y Rivera, 2008).

provenientes del petróleo y los hidrocarburos, descuidando los ingresos fiscales que son altamente volátiles. Suelen ser países altamente corporativistas con un sindicalismo que ha crecido al amparo del Estado bajo prácticas clientelares.

El tercer conglomerado de bienestar es aquel formado por Bolivia, Colombia y Panamá, que forman el régimen dual. En estos países el Estado y las empresas coadyuvan parcialmente a la provisión de bienestar, sin embargo, el Estado y el mercado tienen dificultades para imponerse como suministradores del bienestar formal, por lo que la informalidad gana terreno. Estos países cuentan con amplios sectores sociales que dependen de ingresos que no proceden del trabajo asalariado, sino que provienen, en su mayoría, de la economía sumergida. Al igual que la informalidad, otra nota distintiva de este régimen es el nivel de conflicto interno que existe, especialmente en Colombia y Bolivia, sociedades con fracturas sociales y con conflictos políticos significativos, con Estados que enfrentan problemas por controlar el territorio.

El régimen informal desestatificado integrado por El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Paraguay, como su nombre lo indica, es el que presenta los niveles de informalidad más altos. En este grupo de países el estado y el mercado enfrentan mayores dificultades para imponer sus lógicas formales y priman las relaciones precapitalistas y premodernas. Los proveedores de bienestar principales son la informalidad (economía informal y las actividades ilegales) y la familia, mientras que el Estado, el mercado y las empresas figuran débilmente como dispensadores de bienestar. El régimen informal desestatificado está formado por los países con los niveles de pobreza más elevados y los índices de desarrollo humano más bajos. Estos países son también aquellos que han tenido un proceso de urbanización más lento por lo que presentan una ruralidad más extendida. Se caracterizan también por un escaso grado de institucionalización y por un contexto político dominado por los conflictos armados (excepto Paraguay) y los enfrentamientos entre los poderes oligárquicos.

La utilización del enfoque de régimen de bienestar para analizar la complejidad de la protección social y los riesgos sociales a los que se enfrentan los individuos en “una región de profundos malestares” como América Latina, ha significado una gran contribución teórico-conceptual para el entendimiento del bienestar social, al ayudar a comparar y reconstruir los regímenes de bienestar concretos que existen en la región a

través del análisis de los sistemas de protección social que prevalecen en cada uno de ellos, de la amplitud y cobertura de los derechos sociales que garantizan a sus ciudadanos, de la estructura de sus mercados laborales y de la estratificación social que generan.

La aportación concreta del enfoque de regímenes de bienestar en la comprensión del fenómeno latinoamericano ha sido la de destacar el papel que juegan las estructuras familiares y los acuerdos informales en la producción y asignación del bienestar, superando la visión clásica centrada en las estructuras gubernamentales y en la política social. Al traer a la escena al trabajo no remunerado en el hogar, al trabajo informal y al papel de la inmigración, se ha generado una comprensión más amplia del fenómeno del bienestar que considera a todas las esferas que participan en su producción, otorgando un papel nodal a los arreglos informales que surgen en el seno de los hogares o del sector no formal del empleo.

La investigación de los sistemas latinoamericanos de protección social centrada en el concepto de regímenes de bienestar ha ampliado las capacidades analíticas de las dimensiones que forman las estructuras de protección social: los sistemas familiares, los sistemas de valores, el mercado laboral, el vínculo entre la política social y la política económica.

Los trabajos sobre la caracterización de los regímenes latinoamericanos⁷⁴ han permitido identificar factores cruciales que se deben de tener en cuenta al interpretar el bienestar en la región, entre los que destacan: el peso que la informalidad juega en el mercado laboral y en el trabajo no remunerado en el hogar y la relación peculiar que existe entre la política económica y la política social. Este último elemento ha dotado de una “identidad” particular al bienestar en Latinoamérica, por el fuerte peso que ha jugado la dimensión productivista del desarrollismo en los países de la región, supeditando la política social a los requerimientos de la política económica.

Este capítulo ha pretendido ser un recorrido desde el problema del bienestar social y los riesgos sociales a los que están expuestos los individuos, las formas de protección social

⁷⁴ Una aportación significativa a la comprensión del fenómeno es el trabajo de Carlos Barba (2007) en donde, desde una perspectiva comparativa, analiza la transición de los regímenes de bienestar latinoamericanos durante la década de los noventa.

que se han diseñado para garantizar su bienestar y las formas en cómo el bienestar social ha sido abordado desde los desarrollos teórico-conceptuales de la investigación comparativa sobre los regímenes de bienestar. El objetivo de este último apartado ha sido la de revisar la producción reciente en la literatura comparada sobre los regímenes de bienestar en Latinoamérica, destacando las líneas de investigación que sugieren una comprensión más extensa del fenómeno, así como las potencialidades analíticas que éstas abren, identificando aquellos conceptos y dimensiones que permiten arrojar pautas provechosas para el análisis de los sistemas de bienestar social que surgieron y se han desarrollado en los diferentes países de la región.

Avanzar en la comprensión de las estructuras de provisión social que existen en América Latina requiere de explorar las potencialidades analíticas que sugieren los diversos estudios sobre los regímenes de bienestar que existen hoy en día para identificar pautas conceptuales que permitan comprender en su cabalidad a los regímenes de bienestar presentes en Latinoamérica.

A continuación a manera de una breve nota metodológica, se presenta la estrategia analítica de la investigación, que recoge los elementos teóricos para aplicarlos al estudio de caso mexicano.

4. ESTRATEGIA ANALÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CASO

A) PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de dos tipos, descriptiva y explicativa. Es descriptiva porque tiene por propósito caracterizar al régimen del bienestar en México y es un estudio explicativo porque indaga sobre las causas que han originado las limitadas capacidades del Estado en materia de protección social.

El propósito que guía la investigación es analizar la arquitectura institucional del Régimen del Bienestar en México para identificar los principales retos a los que se enfrenta el Estado en la construcción de un modelo de bienestar que garantice el acceso efectivo a los derechos sociales que establece formalmente la Constitución Política. Para ello,

utilizará los elementos teórico-metodológicos que propone el paradigma de los Regímenes del Bienestar.

Dos preguntas guían la investigación ¿Qué régimen de bienestar ha construido la estructura institucional de la política social en México? ¿Cuáles son los desafíos para construir una seguridad social universal? La hipótesis sugerida para la primera pregunta es que el Régimen del Bienestar en México es segmentado, excluyente y dual. Mientras que los retos y limitaciones a las que se enfrenta el actual régimen de bienestar en el país para garantizar a los ciudadanos su protección ante riesgos como la enfermedad, la vejez, la dependencia o el desempleo están relacionados con el financiamiento y la estructura funcional.

B) OPERACIONALIZACIÓN CONCEPTUAL

Para caracterizar el régimen de bienestar dominante en México, se utiliza el enfoque de régimen de bienestar (*welfare regime approach*) desarrollado por Esping-Andersen (1990), de donde se toma la idea de producción del bienestar que se entiende como la articulación de esferas –Estado, mercados y hogares- para garantizar la protección contra los riesgos sociales. La propuesta teórica de los regímenes del bienestar tiene tres componentes, los cuales sirven de ejes para articular la estrategia analítica de esta investigación:

- El concepto de “agregado de bienestar” (*Welfare Mix*). Que permite estimar la contribución de las instituciones o esferas proveedoras de bienestar. Para los fines de la investigación, interesa en especial la contribución de dos instituciones (Estado y mercado) de las tres que forman la tríada del bienestar espingandersiana.
- Los resultados de bienestar (*welfare outcomes*) derivados del esquema de provisión. Éstos serán evaluados mediante medidas de des-mercantilización (*de-commodification*) del bienestar.
- Los efectos de estratificación (*stratification effects*) que resultan del agregado de bienestar.

Partiendo del “enfoque de régimen de bienestar” será posible: estimar la contribución de cada una de las instituciones proveedoras de bienestar (*welfare mix*), analizar los

resultados de bienestar (*welfare outcomes*) de este esquema de provisión y los efectos de estratificación (*stratification effects*) que produce y lo reproducen. Estos elementos se convertirán en las dimensiones de análisis de esta investigación: la relación público/privada (Estado-mercado) en la producción del bienestar en México en lo que respecta a las principales prestaciones como salud, educación, seguros sociales y vivienda; la calidad de los beneficios sociales (medida a través de la ‘desmercantilización’ que permiten los servicios de bienestar social) y los patrones de estratificación social que el régimen del bienestar mexicano reproduce a través del esquema de beneficios sociales.

Con base en este planteamiento teórico, la estrategia analítica es la siguiente:

a) Las instituciones proveedoras de bienestar (“agregado de bienestar” (*welfare mix*))

La dimensión “agregado de bienestar” pretende estimar la contribución de dos de los tres grandes proveedores de bienestar: el Estado, el Mercado y la Familia. La investigación se centrará en las dos primeras instituciones que son los proveedores de bienestar formal.

- El Estado. La aportación del Estado al bienestar social será analizada según su papel en la provisión de seguridad social (prestaciones de salud, vivienda y seguro social) y en los programas sociales. Para ello, se analizará el rango de derechos que garantiza. Su contribución se estimará a través aspectos como: los roles y las responsabilidades que la Constitución ha establecido al Estado en materia de seguridad social, la provisión pública que hace de estas prestaciones y las formas de acceso a los bienes y servicios de bienestar.
- El Mercado. La aportación del mercado se examinará en dos dimensiones, como oferente de bienes y servicios y como proveedora, a través los ingresos que proporciona el mercado laboral.

Para estimar la contribución del mercado como proveedor, se analiza la estructura laboral (tasa de ocupación, de desempleo y subempleo) y los tipos de ingresos que proporciona (formales o informales). Mientras que su contribución como oferente, se observa en el rango de servicios privados que éste provee. Para ello, se analiza el gasto

de bolsillo que hacen los ciudadanos en los servicios típicos de bienestar, centrándose especialmente en el gasto en servicios de salud.

b) Resultados de bienestar (*Welfare Outcomes*)

Esta segunda dimensión medirá el desempeño del régimen de bienestar mexicano según las políticas y servicios sociales, tomando como punto de comparación los Estados de bienestar clásico. La medida sintética para evaluar los resultados o productos de bienestar (*welfare outcomes*) será la cobertura efectiva, que sintetiza la información sobre el acceso de la población a los servicios de bienestar. Es un indicador que se relaciona con tres conceptos: a) cobertura de los servicios de bienestar, b) el uso de los servicios y c) el acceso a los mismos.

Interesa conocer el papel del Estado en cuanto a quiénes protege, con qué nivel de beneficios y con qué grado de gratuidad. Para estimar el desempeño de la política de bienestar se utilizarán indicadores de gasto público, indicadores de cobertura y el portafolio de prestaciones que se ofrecen. La evaluación de los resultados de bienestar se hará atendiendo: i) al rango de riesgos que cubre; ii) al grado de cobertura (porcentaje de población asegurada); iii) al nivel de gratuidad (portafolio de prestaciones y porcentaje de gratuidad que ofrece).

A partir de estos indicadores, se podrá estimar el grado de desmercantilización que ofrece la estructura institucional de bienestar, esto es, el grado de protección pública del que gozan los individuos frente al mercado.

c) Efectos de estratificación (*Stratification effects*)

Finalmente, se evaluarán los efectos de estratificación social de las políticas y servicios sociales en torno a:

1. El modelo de solidaridad según el patrón del financiamiento. Modalidades de financiamiento dominantes, especialmente en la atención de la salud: capitalización individual, de base contributiva o de base fiscal.

2. Las categorías de beneficiarios. Categorías de beneficiarios de la seguridad social y los segmentos de población beneficiaria de los servicios de salud. Estimación según grupos de ocupación y quintiles de ingresos.
3. Modalidad dominante de provisión (pública o seguros privados). Provisión pública o del sector privado dominante.
4. Enfoque de política dominante. Universalismo, focalización o la coexistencia de ambas modalidades.
5. Modelo de ciudadanía que construye el régimen. La forma en cómo se asignan las prestaciones de bienestar se encuentran estrechamente vinculadas con modelos de ciudadanía que pueden ser asignaciones corporativas o universales, dando lugar a ciudadanías corporativas o sociales.

d) Definición de conceptos

- **Política pública de bienestar:** Es el conjunto de intervenciones públicas en áreas relacionadas con el bienestar de la sociedad. A esta intervención pública en áreas consideradas como responsabilidad del Estado se le conoce con el nombre de política social y adopta la forma de programas y políticas de protección social y de prestación de servicios básicos,
- **Bienestar:** Se entiende como la capacidad para hacer frente a incertidumbres tales como los riesgos relacionados con la enfermedad, la vejez, la discapacidad, el desempleo, el divorcio o la muerte.
- **Régimen de bienestar:** Se refiere a la manera combinada e interdependiente como el bienestar es producido y asignado por el estado, el mercado, la familia y la comunidad (Esping-Andersen, 2001). Los regímenes de bienestar se distinguen entre sí según varíe la distribución de responsabilidades sociales entre el Estado, el mercado, la familia y el tercer sector.
- **Des-mercantilización (*de-commodification*).** Hace referencia al nivel de prestaciones y servicios sociales estatales (ofrecidas como derechos) que permiten a los ciudadanos cubrir sus necesidades independientemente de su participación en el Mercado.

CAPÍTULO II. ORÍGENES Y DESARROLLO DEL RÉGIMEN DEL BIENESTAR EN MÉXICO: 1917-2014

Si bien el desarrollo teórico-conceptual sobre el bienestar social latinoamericano comparado ha abierto nuevas vetas de investigación sobre este tema en la región enriqueciendo el análisis del fenómeno, ha desatendido también las aproximaciones empíricas de los casos individuales. La investigación reciente sobre los regímenes del bienestar en la región ha privilegiado el análisis comparativo entre países prestando poca atención a la reconstrucción de las sendas de desarrollo de la arquitectura del bienestar social en los países concretos. Comprender la configuración actual de los regímenes de bienestar en Latinoamérica exige empezar por reconstruir la senda histórica del bienestar social en cada uno de los países de manera particular.

En el marco de los estudios comparados, el régimen de bienestar mexicano ha sido categorizado bajo diferentes nombres, un régimen dual (Filgueira, 1998; Barba, 2004) o un régimen Estatal-proteccionista (Martínez Franzoni, 2007). Si bien estas categorías han sido de gran utilidad para realizar comparaciones entre diferentes regímenes de bienestar en América Latina, no permiten profundizar en detalle en el conocimiento de las pautas históricas que dieron lugar a la actual arquitectura del bienestar en México ni concentrarnos pormenorizadamente en las interacciones que se establecen entre las diferentes esferas que producen y asignan bienestar.

La estructura que presenta hoy la producción y asignación del bienestar social en el país tiene sus orígenes en tres grandes procesos, el de la formación de un sistema político autoritario hegemónico, el de la vinculación de las políticas de bienestar a la política económica y el del cambio de un paradigma de bienestar conservador hacia uno de bienestar residual o liberal. Con la intención de enmarcar referencialmente la discusión posterior (relativa a los desafíos y retos a los que se enfrenta el régimen), este capítulo pone de relieve los cimientos que han dado origen a la arquitectura actual del régimen de bienestar mexicano caracterizada por la segmentación, la estratificación, la residualización y la elevada presencia de recursos de bienestar provenientes del empleo informal y de la esfera familiar.

Este capítulo analiza de forma sintética la evolución histórica del régimen y se divide en tres grandes etapas: i) Los cimientos del Estado corporativo, donde se analiza la relación especial que se estableció entre la política económica y la política social durante el periodo del gobierno posrevolucionario (1917-1940) en el que se instauró un orden político de partido hegemónico. ii) Continúa con un análisis del sistema de protección social que se construyó durante el Estado Desarrollista (1940-1982). La etapa del Estado desarrollista incluye dos secciones, la primera explora cómo la política de bienestar social se supeditó a la política económica y cómo se construyeron las bases del modelo de seguridad social; mientras que la en términos de cobertura, nivel de gratuidad y tipos de riesgos cubiertos, así como las consecuencias que tuvo sobre estructura social en general. iii) Finalmente, una tercera etapa explora la transición del régimen que ocurre en el contexto de las reformas de ajuste estructural, donde se observa el desmantelamiento del Estado Desarrollista y la construcción de un modelo de protección que pone el acento en las políticas residuales. Se divide a su vez en cuatro secciones: a) El sexenio de 1982-1988 que se caracteriza por la contracción del gasto público a raíz de la crisis económica; b) el periodo de 1988-2000, que tiene por rasgos distintivos el incremento de la oferta privada en servicios de bienestar y la disminución de la presencia del Estado en los servicios de salud y de pensiones para el retiro, así como la focalización de la política social; c) la época de los gobiernos de la alternancia política (2000-2012), que analiza las iniciativas de los gobiernos del Partido Acción Nacional, donde destaca el seguro en salud (Seguro Popular) y d) un análisis breve de la política social de los dos primeros años de gobierno del sexenio de Enrique Peña Nieto, donde destaca la estrategia asistencial.

1. LOS CIMIENTOS DEL BIENESTAR SOCIAL EN MÉXICO, 1917-1940

Como se ha mencionado, la arquitectura actual del bienestar social en México tiene sus raíces más profundas en tres procesos particulares: el derivado de la conformación de un orden político corporativo y clientelar, la relación especial que se estableció entre la política de bienestar y la política económica y la evolución hacia un paradigma de bienestar residual o liberal. Es conveniente iniciar analizando los primeros de estos procesos debido a que gran parte de los rasgos que observa hoy el diseño del bienestar en el país se explican por el carácter intervencionista y corporativista del Estado surgido de la Revolución Mexicana.

Con el propósito de reconstruir los orígenes históricos del modelo de bienestar social surgido de un orden político no democrático, este apartado se ha organizado en dos secciones. La primera de ellas inicia con una reconstrucción sintética de las responsabilidades en materia de bienestar social atribuidas al Estado posrevolucionario con el propósito de comprender las características centrales que adquiriría la política social mexicana durante el periodo que va de 1917 a 1940. Una segunda sección de este apartado se concentra en la relación que existió entre la política social y la política económica en el periodo denominado como el del Estado Desarrollista (1940-1982); la intención de esta sección es poner de manifiesto el vínculo peculiar que existió entre la política pública de bienestar social y el modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), donde la primera se desarrollaría estrechamente vinculada a los requerimientos de la política económica.

A) El orden político autoritario y la política social mexicana: el proceso de formación del bienestar social posrevolucionario (1917-1940)

El rasgo característico de este periodo fue el de la configuración de un sistema político autoritario cuya fuente de legitimidad descansaba en su origen revolucionario con un mandato constitucional que dotaba al Estado de una fuerte vocación interventora y paternalista en lo que se refería a la dirección del desarrollo económico y social, apoyada en una firme estructura vertical y corporativa (Barba, 2003, citado en Barba, 2004).⁷⁵ El acentuado carácter corporativo y autoritario del sistema político implantaría, por consecuencia, un modelo de bienestar social que reproduciría los rasgos más distintivos del orden político, su corporativismo, donde la política social quedaría subordinada a las necesidades de legitimación social, económicas y de control político del nuevo orden.

El Estado mexicano surgido del movimiento armado de 1910 tiene como signo distintivo el emanar de una revolución social que lo dota de legitimidad, siendo investido de legalidad mediante la Constitución de 1917. Ésta le daría salida a una doble tensión

⁷⁵ Barba (2004) ha resumido los rasgos distintivos del periodo del nacimiento del régimen de bienestar mexicano (1917-1940) de la siguiente forma: “La herencia fue un orden sociopolítico autoritario y corporativo, legitimado a través de la manipulación ideológica de su origen revolucionario, de la escatología cristalizada en la Constitución del 17 y de la intervención paternalista del Estado a cambio de lealtad política y subordinación social a las formas de organización propuestas por el Estado (Barba 2003 TIII:679-695; citado en Barba 2004:27).

originada por el movimiento armado: la ocupación legal del gobierno y la garantía de un cambio pacífico y la incorporación de las reformas sociales que dotaron de legitimidad a dicho gobierno (Martínez, 1997:237). El texto Constitucional fijó las bases de un nuevo Estado, el Estado posrevolucionario que intentaría dar respuesta a las demandas de los movimientos que dieron origen a la lucha armada, dotándolo de grandes poderes y atribuciones que se personificarían en la figura del presidente. La figura de un Ejecutivo fuerte obedecía al reclamo de pacificación del país, a la necesidad de un mando omnipotente capaz de dirigir la reconstrucción del mismo y a la urgencia de hacer realidad las demandas revolucionarias.

Los grupos y movimientos populares que lucharon durante la Revolución conformaron una coalición para gobernar y representaron una exigencia creciente para que sus demandas fueran satisfechas. El pacto entre las fuerzas revolucionarias se sustentó en una plataforma social que quedó formalizada en la Constitución de 1917 (Warman, 1994). El mandato revolucionario plasmado en la Constitución de 1917 definió al Estado como el promotor de la justicia social y del bienestar social y estableció las que serían las funciones esenciales del Estado: rector de la actividad económica y promotor de la justicia social (atribuciones que han sido consideradas como los orígenes del surgimiento del *Welfare State* en Europa);⁷⁶ estas funciones se convertirían en los ejes que guiarían en el plano formal la actuación del Estado mexicano en torno a sus responsabilidades económicas y sociales. El texto constitucional plasmaría un diseño inicial de Estado que iría adquiriendo nuevas características y responsabilidades hasta constituirse en el plano normativo en un Estado sumamente intervencionista en lo económico y en lo social hacia finales de la década de los setenta.

En lo que se refiere a las atribuciones económicas, la Constitución otorgó al Estado amplias facultades para intervenir en todas las esferas de la vida pública y, particularmente, en todas las arenas del desarrollo, dotándolo también de atribuciones para limitar o cancelar derechos (individuales de propiedad o de libertad de empresa) por motivos “de utilidad pública” y cuando “ofendan los derechos de la sociedad” (Ordóñez, 2002:39). La intervención estatal sería así considerada como una estrategia para promover el interés público. Para llevarla a cabo, el Estado adquirió también grandes capacidades

⁷⁶ En opinión de Ordóñez (2002:40), la Constitución mexicana dotó formalmente al Estado de dos de las características fundamentales, aunque no suficientes, del Estado del Bienestar.

de regulación, donde destacan (Ordóñez, 2002: 55-6): sus facultades en materia impositiva; su potestad para limitar la libertad de empresa, administrar monopolios públicos y evitar los privados; imponer aranceles al comercio y controlar la política monetaria mediante un banco central; su potestad para decidir sobre la distribución social del territorio y de los recursos naturales, expropiar y definir las modalidades de la propiedad privada, lo que le permitió regular la propiedad comunal para llevar a cabo el reparto de tierras y realizar expropiaciones de empresas (como el petróleo, minería y electricidad) y su facultad para regular los mercados de trabajo (estableciendo condiciones mínimas de contratación y derechos del trabajador), lo que le permitiría conciliar y arbitrar los conflictos laborales (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Arts. 4, 27, 28, 123 y 131). Estas atribuciones erigirían al Estado como el gran árbitro y rector de la vida económica nacional.

En contraste con las potestades constitucionales atribuidas al Estado en materia económica, las responsabilidades estatales en materia social serían más limitadas. La Constitución de 1917 le asignó pocas responsabilidades en lo que se refiere a las políticas de bienestar social relacionadas con el derecho a los servicios de salud, de educación, vivienda y alimentación. Ordóñez (2002: 39-0, 59) ofrece tres razones para justificar la posición secundaria que las medidas de bienestar ocuparon en el modelo constitucional: la primera alude a la debilidad organizativa y financiera del Estado naciente que le impedía comprometerse con una reforma social de grandes dimensiones; una segunda explicación se refiere a que los problemas y demandas más urgentes en aquella época se centraban en los derechos de los trabajadores y en la reforma agraria y no en los servicios sociales; y, finalmente, al hecho de que a principios del siglo XX las políticas de bienestar no figuraban con protagonismo en las agendas de los gobiernos occidentales. A pesar de que las medidas de bienestar no serían el eje central de la actuación del nuevo gobierno, las reformas posteriores realizadas a la Constitución dotarían al Estado mexicano de capacidades para constituirse en el protector de los intereses sociales de sus ciudadanos, al menos en el plano formal.

Las dos décadas posteriores a la Constitución de 1917 fueron las de la pacificación de los movimientos armados surgidos en la revolución y las de la creación de una nueva institucionalidad política y económica que permitiera gobernar al nuevo gobierno. La precaria situación política y económica que experimentaba el país en los años posteriores

a la lucha armada hizo que los gobiernos revolucionarios prestaran poca importancia a la política social y que la intervención directa del Estado se concentrara en la construcción de un tejido institucional que dinamizara la economía y garantizara la estabilidad política (Warman, 1994; Ordóñez, 2002). En el plano político, durante la etapa de formación de instituciones destaca en 1929 la fundación de la que sería la institución política más importante del país por cerca de 70 años, el Partido Nacional Revolucionario (PNR), que en 1938 cambiaría su nombre por el Partido de la Revolución Mexicana (PRM) y más tarde, en 1946, por el Partido Revolucionario Institucional (PRI). Este partido se convertiría en la plataforma política que acogería a los poderes regionales (cacicazgos) que amenazaban a la estabilidad nacional, aglutinando a la élite militar y política que gobernaría los siguientes años al país. La intervención del Estado en materia económica se concentró en la creación de instituciones que servirían como motor del desarrollo, entre las que destacan la Secretaría de Comisiones y Obras Públicas, el Banco de México, la Comisión Nacional de Riego, el Banco Nacional de Crédito Agrícola, Nacional Financiera y la Comisión Nacional de Irrigación (Warman, 1994: 8-9).⁷⁷ Las tareas de reconstrucción económica y de pacificación absorbieron los precarios recursos financieros del Estado y monopolizaron la atención gubernamental, relegando a la política de atención del bienestar a un plano secundario.⁷⁸

Las acciones de los primeros gobiernos posrevolucionarios en materia social se ciñeron a las responsabilidades que le fueron impuestas por el orden constitucional, estipuladas en los artículos 3º, 4º y 123. El artículo 3º estableció el carácter obligatorio de la educación primaria y la responsabilidad del Estado de proporcionarla. El artículo 4º estipulaba la responsabilidad de protección sanitaria y el 123 establecía el derecho al trabajo y derechos laborales relacionados con el derecho a huelga, el salario mínimo, la jornada laboral

⁷⁷ La Secretaría de Comunicaciones y Obras Pública (SCOP) fue creada en 1920 y dentro de sus funciones destaca la consecución de grandes proyectos de inversión pública, principalmente la construcción de carreteras. El Banco de México (originalmente Banco Único de Emisión) nace en 1925 como un banco central bajo el control gubernamental, cuyas funciones principales fueron la emisión de la moneda y ser una institución de crédito. En 1926 se crea la Comisión Nacional de Riego –para impulsar la reforma agraria- y el Banco Nacional de Crédito Agrícola con la intención de impulsar el crédito rural y en 1934 se funda Nacional Financiera (NAFINSA) como una banca de desarrollo.

⁷⁸ Al término de la revolución, la situación financiera del Estado era muy precaria. En 1921 el presupuesto estatal con respecto al PIB era del 4.6% y existía un fuerte endeudamiento público (por las deudas contraídas durante la lucha armada y por la necesidad de mantener un gasto militar elevado para contener los levantamientos que surgieron posteriormente). La deuda y el gasto militar representaban más de la mitad del presupuesto de egresos y minaban la capacidad del Estado para ampliar sus funciones públicas, por lo que los recursos que se destinaron a las tareas sociales fueron muy reducidos (Ordóñez, 2002:60-5).

máxima, la responsabilidad del empresario de indemnizar a los trabajadores por accidentes en el trabajo o por enfermedades profesionales, entre otros. Los ejes de la política de bienestar se centraron en dos campos, la educación y los programas de salud preventiva. Los compromisos sociales en materia de servicios de educación, salud, vivienda y seguridad social, adquirieron un papel peculiar –en especial, en los tres últimos servicios-, ya que su provisión descansaba en una mezcla de responsabilidades compartidas entre las instituciones públicas, los empresarios y los trabajadores. Para Ordóñez (2002:56), “la aplicación de las políticas de bienestar se hizo depender de estructuras mixtas de instrumentación con posibilidades de cobertura social diferenciadas”. El carácter mixto de la provisión hizo co-responsables a los empresarios y a los trabajadores, especialmente en lo que a seguridad social y vivienda se refiere. La tabla No. 9 muestra la distribución de responsabilidades que definió el orden constitucional en materia de servicios sociales para los tres agentes.

En lo que se refiere a la educación, según lo estipulado en el artículo 3º, el Estado era el responsable de regular la oferta privada de los servicios educativos y de garantizar la gratuidad de la enseñanza primaria que se impartía en los planteles públicos, mientras que a los empresarios se les impuso la obligación de crear escuelas para sus trabajadores. La responsabilidad inicial de impartir la educación primaria gratuita recayó en los ayuntamientos con la intención de asegurar que el servicio educativo se haría extensivo a la población; sin embargo, los ayuntamientos no contaban con las capacidades necesarias para llevar a cabo tal misión por lo que en 1921 se creó la Secretaría de Educación Pública (SEP) (Moctezuma, 1994:108-9). La SEP nació como una institución centralizada que se encargaría de extender la educación primaria gratuita a todo el país y se erigiría en uno de los pilares institucionales de la política social en México. A pesar de estos esfuerzos, en la práctica, la aspiración de acceso universal a los servicios educativos plasmada en la Constitución de 1917 se enfrentaba a serios obstáculos, ya que dependía de la capacidad de los establecimientos públicos (Ordóñez, 2002: 57).

Tabla 9. Asignación de responsabilidades para la provisión de servicios sociales (Según Constitución de 1917)

Servicios de bienestar social	Agentes responsables		
	Estado	Empresarios	Trabajadores
Educación	Proporcionar educación primaria gratuita en los planteles públicos	Establecer escuelas para sus trabajadores y comunidades de influencia	
Salud	Regular la oferta privada de servicios educativos		
• Preventiva	Control de epidemias y enfermedades exóticas, alcoholismo y drogadicción.		
• Servicios personales		Establecer enfermerías para sus trabajadores y comunidades de influencia	
Seguridad social	Promover la creación de cajas de seguros populares (invalidez, vida, cesación involuntaria de trabajo, accidentes y otros)	Indemnizar por accidentes en el trabajo o por enfermedades profesionales	Aportar recursos para la creación y operación de las cajas de seguros populares
Vivienda	Promover la creación de cooperativas para la construcción de viviendas	Proporcionar a sus trabajadores viviendas en alquiler	Aportar recursos para la creación y operación de las cooperativas de vivienda

Fuente: Ordóñez, Gerardo (2002), *La política social y el combate a la pobreza en México*. México: UNAM/SEDESOL. Cuadro 1.

Este compromiso compartido entre patrones y el Estado existía también en materia de salud (artículo 4º), donde se responsabilizó a los empresarios de proveer asistencia sanitaria –servicios personales de salud no preventiva- a sus trabajadores y a sus comunidades de influencia, mientras que la acción gubernamental se dedicaba en exclusiva a tareas de salud preventiva (intervención estatal en los casos de epidemias, enfermedades exóticas, alcoholismo y drogadicción). El periodo de gobierno de Venustiano Carranza (1917-1920) concentró los recursos financieros destinados al bienestar social a la creación de dos organismos encargados de la protección a la salud dependientes de la Presidencia de la República: el Consejo de Salubridad General (CSG) y el Departamento de Salubridad Pública (DSP) (Ordóñez, 2002:65). Ambos organismos se limitaron a aplicar únicamente medidas sanitarias preventivas, sin ofrecer una protección sanitaria extensiva como era la aspiración formal del artículo 4º constitucional. En materia de seguridad social y vivienda –acorde con el artículo 123-, las garantías del Estado se reducían a fomentar la creación de un sistema de cajas de seguros populares y a promover la formación de cooperativas para la creación de vivienda con la participación

conjunta de empresarios y trabajadores (Ordóñez, 2002, 57-65). Antes de la Constitución de 1917 el régimen de Porfirio Díaz había dejado a grandes masas de trabajadores fuera de la protección estatal⁷⁹ por lo que el artículo 123 contemplaba el primer esfuerzo de formación de un incipiente sistema de previsión social a través de las cajas de seguros populares. La responsabilidad del Estado en estas cajas de seguros (que incluían la protección contra riesgos por accidentes, invalidez, muerte o por cesación involuntaria de trabajo) era limitada, ya que sólo era el encargado de promover su creación, mientras que el compromiso más fuerte recaía en los empresarios y trabajadores, quienes debían de crearlas y hacerlas funcionar, destinando recursos para ello. A los empresarios, se les impuso la obligación de pagar indemnizaciones por accidentes en el trabajo o por enfermedades profesionales, mientras que los trabajadores debían de aportar recursos para la creación y operación de las cajas. El ordenamiento constitucional establecía también que el Estado tenía la facultad para fomentar la creación de cooperativas de vivienda e imponía a los patronos la obligación de proporcionar a sus trabajadores viviendas en alquiler, mientras que los trabajadores eran los encargados de aportar recursos para crear estas cooperativas y mantenerlas en funcionamiento. Un avance en materia de seguridad social se dio en 1929 con la reforma al artículo 123 que incorporaría un nuevo seguro al sistema de previsión social -el seguro de enfermedades-⁸⁰ y decretaría la expedición de la Ley del Seguro Social. Dicha ley, que no sería expedida sino hasta 1943, marcaría un hito en la seguridad social mexicana porque serviría de base para la creación de la institución más importante en este ámbito, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Durante el periodo posterior a 1917, el Estado actuó como un árbitro del sistema de previsión social sin participar activamente en la consolidación de un sistema robusto de seguridad social.

La política de bienestar social del periodo posrevolucionario presenta serias limitaciones porque no logra garantizar derechos sociales para los ciudadanos. El derecho a la

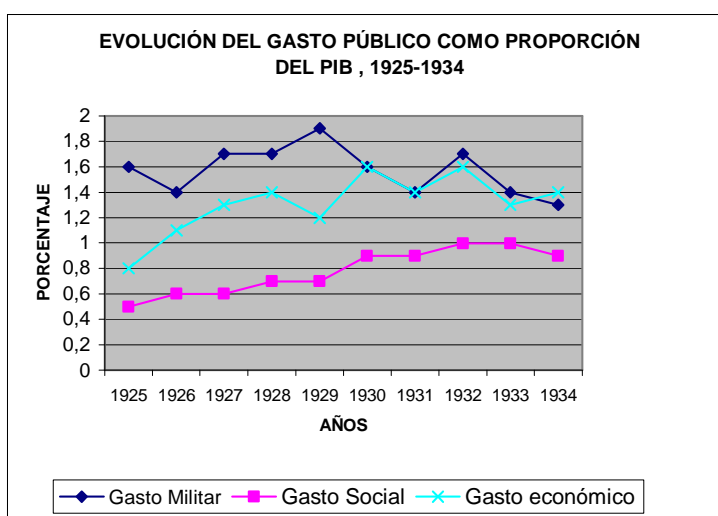
⁷⁹Carrillo (1991:38-9) sostiene que las excepciones a esta ausencia de protección estatal a los trabajadores durante el Porfiriato fue la existencia de dos regulaciones estatales en materia de previsión social que reconocían la responsabilidad de los patronos en caso de accidentes de trabajo (ordenamiento de 1904 del Estado de México y el ordenamiento de 1906 de Nuevo León). Para asegurarse protección los trabajadores recurrían a las mutualidades sin que mediase ninguna actuación pública.

⁸⁰ Genéricamente se ha denominado *previsión social* a los mecanismos que buscan prevenir contingencias y combatir los riesgos, donde se han incluido las formas de mutualismo, sociedades de apoyo, los seguros privados y la asistencia social. La previsión social como tal, surge asociada a la cuestión laboral, de ahí que comunmente se haga alusión al conjunto de seguros relacionados con los riesgos laborales, considerados actualmente como un derecho de los trabajadores.

gratuidad de la educación primaria presenta limitaciones de cobertura al estar sujeto a la capacidad de los establecimientos públicos. En lo que se refiere a los servicios de salud, el Estado otorga unas garantías sociales restringidas, pues no establece un principio de cobertura universal ni una protección sanitaria plena (ya que se circunscribe a objetivos muy elementales de salud preventiva). Mientras que en el plano de la seguridad social tampoco se establecieron garantías suficientes, el papel del Estado se limitó a fomentar la creación de cajas de seguros populares y de sociedades cooperativas para la construcción de vivienda. Ordóñez (2002:59) ha expresado estas limitaciones de la política social posrevolucionaria de la siguiente forma: “los derechos asociados a los bienes y servicios típicos del Estado del bienestar no ocuparon un lugar en el texto original de la Constitución. Los compromisos gubernamentales que se desprenden de su articulado se encuentran sujetos a limitaciones de cobertura (en educación primaria), a objetivos elementales (en el caso de la salud preventiva), a las aportaciones de los trabajadores (en seguros y viviendas) y a una cierta confianza en el papel de los empresarios como proveedores de algunos de estos servicios.”

Los primeros gobiernos revolucionarios asumieron, en la práctica, tímidos compromisos con el bienestar social, como se expresa en la composición del gasto público durante el periodo de 1925-1934, donde el gasto social ejercido durante esos años no superó el 1% del PIB (Gráfica 1). Los esfuerzos y recursos que estos gobiernos destinaron para la pacificación del país, la conformación de un nuevo régimen político y la creación de una institucionalidad económica que permitiera mejorar las condiciones financieras de la nación (Warman, 1994; Ordóñez, 2002), explica en gran medida los limitados avances de la política social durante los primeros años de la reconstrucción nacional.

Gráfica 1. Gasto público federal como proporción del PIB



Fuente: Elaboración propia con base en información de Ordoñez, Gerardo (2002). Cuadro 4

Si bien partir de 1917 se fue institucionalizando un nuevo Estado que intentaría, en el plano normativo –a través de reformas sucesivas-, constituirse en el garante de derechos sociales para sus ciudadanos, los cambios más notables del periodo posrevolucionario en materia de bienestar social se registrarán durante el gobierno del General Lázaro Cárdenas (1934-1940). El periodo cardenista marca el inicio de una institucionalidad más fuerte en apoyo a la política social y ha sido considerado por algunos autores como el germen del estado social mexicano (De la Garza, 1988). El diseño normativo que había ido perfilando el orden constitucional en materia de protección social desde 1917 se correspondería de facto con el tejido institucional desarrollado durante el cardenismo. Estos años dotaron al Estado mexicano de la estructura institucional -pública y política- que se convertiría en el rasgo distintivo del sistema político de partido hegemónico: su carácter intervencionista y corporativo, que definiría también las particularidades del compromiso social del Estado con respecto a sus ciudadanos.

El cardenismo sentó las bases del corporativismo que fungió como la espina dorsal del sistema político organizando al partido (que había cambiado su nombre de PNR a Partido de la Revolución Mexicana) en cuatros grandes sectores, el obrero, el campesino, el popular y el militar⁸¹. La estructura sectorial del PRM aglutinaba a las grandes

⁸¹El sector militar desaparecería de las filas del partido en 1940 y sus miembros se incorporarían al sector popular del partido a través de la Confederación Nacional de Organizaciones Populares (CNOP) creada en 1943.

organizaciones y centrales sindicales como la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM), la Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM) y la Confederación Nacional Campesina (CNC). La conversión del partido de caudillos en una organización corporativa configuró un nuevo esquema de relaciones entre el Estado, o más específicamente, entre el presidente⁸² y la sociedad, comprometiendo al primero a llevar a cabo reformas sociales. Los avances más significativos durante este periodo en materia de política de bienestar social se llevaron a cabo también en el campo de la educación y la salud.

En el ámbito educativo los objetivos estatales se centraron en garantizar el acceso universal a la educación primaria, regular a los planteles privados, fomentar la construcción de instalaciones educativas en el área urbana y rural e incrementar el gasto. El gran logro del periodo cardenista se dio con la reforma al artículo 3º constitucional en 1934 que estableció como un derecho social el acceso a la educación primaria, siendo ésta gratuita y obligatoria. Con la pretensión de hacer efectivo este derecho, los objetivos estatales se centraron en fomentar la construcción de escuelas en el medio rural y en las zonas urbanas y en incrementar el gasto público para capacitar y contratar a nuevos profesores⁸³. Mientras que en lo que respecta a otros niveles educativos, los esfuerzos estatales se centraron en la educación técnica y en la capacitación para el trabajo.

La responsabilidad social del Estado en materia de salud se centró en la salud preventiva, incrementando el gasto destinado a estos programas y creando una serie de organismos y figuras para cubrir a la población urbana y rural. Ordóñez (2002:71) considera que el principal avance en materia de salud pública es el cambio en la concepción de la política, que pasa de la noción de beneficencia como caridad a la de asistencia como una responsabilidad pública. Producto de este cambio, en 1937 se crea la Secretaría de

⁸² Uno de los méritos que se le reconocen a Cárdenas fue el de haber conducido a la institucionalización de la figura presidencial (González, 1988:29-72) con actos como la expulsión de Calles, la desaparición de la escena política del presidente saliente y la concentración de instrumentos de poder del líder del partido en el Ejecutivo nacional que condujeron a la supeditación de los otros dos poderes -Legislativo y Judicial- y convirtieron al Presidente en turno en el líder natural del partido.

⁸³ Con la finalidad de extender la educación primaria al medio rural se creó en 1936 el Consejo técnico de Educación Agrícola y se llevaron a cabo programas de construcción de escuelas campesinas y agrícolas y de capacitación de profesores rurales (Rives Sánchez, 1984:343, citado en Ordóñez, 2002: 69).

Asistencia Pública (SAP) con la que el Estado se responsabiliza de proveer atención médica y alimentos a los niños y a sectores marginados.

El modelo de protección social que perfiló el cardenismo si bien se centró en dos grandes pilares, educación primaria universal y salud preventiva, implementó también acciones en el terreno la política alimentaria y la seguridad social. En materia de alimentación, el Estado intervino en la producción y distribución de alimentos básicos. Dos acciones destacan en este sentido, la creación en 1936 los Almacenes Nacionales de Depósito, S.A. (ANDSA), que se encargarían de almacenar alimentos y de regular y financiar los precios de los productos agrícolas para garantizar un precio razonable a los productores y el abasto a los consumidores (Ayala, 1988:206; Rives Sánchez, 1984:353; citados en Ordóñez, 2002:72).

En lo que respecta a la seguridad social, el cardenismo buscó asegurar la protección para los trabajadores del sector público paraestatal en cuanto a riesgos asociados al trabajo. Los principales beneficiarios fueron los trabajadores públicos que habían surgido de los recientes procesos de nacionalización⁸⁴: ferrocarrileros, electricistas y trabajadores de la industria del petróleo, quienes obtuvieron privilegiados esquemas de seguridad social (algunos de los cuales persisten hasta nuestros días); junto a estos trabajadores del sector paraestatal se otorgaron beneficios especiales a los militares de mediano y bajo rango que habían servido al régimen cardenista (Brachet-Márquez, 1994:78)⁸⁵. Brachet-Márquez (1994: 71-82) ofrece una explicación sobre por qué fueron estos sectores los privilegiados del sistema. Sostiene que, ante los problemas internos (derivados de la posibilidad de un golpe de Estado de parte de los seguidores de Calles) y externos (las presiones internacionales por las políticas de nacionalización) el gobierno de Cárdenas se apoyó en

⁸⁴ La política económica del cardenismo fue la de una economía mixta con un Estado que se erigió motor del desarrollo nacional interviniendo en la economía como regulador y productor. Las acciones más emblemáticas de esta política fueron la nacionalización de los ferrocarriles (1937) y el petróleo (1938), la creación de empresas paraestatales como la Comisión Federal de Electricidad (1937) y el incremento de la participación estatal en industrias estratégicas como la minera y la eléctrica (Tello, 2007: 219-253).

⁸⁵ Hasta 1940 los únicos grupos de población que gozaban de algún tipo de beneficios de la seguridad social fueron los trabajadores del sector paraestatal que laboraban en las actividades estratégicas (petróleos, ferrocarriles y energía eléctrica); los trabajadores del Estado, que disponían de prestaciones más limitadas relacionadas con pensiones por vejez, invalidez, muerte o cese voluntario del trabajo a través de la Dirección General de Pensiones Civiles (1925) y los militares (Departamento de Pensiones Militares) (Ordóñez, 2009:413; Brachet-Márquez, 1994:78).

las organizaciones de trabajadores y en los sectores militares afines que se convirtieron en aliados del régimen (en una relación –con los trabajadores- que alternó momentos de negociación y de confrontación) para proporcionarle estabilidad, por lo que el Estado les aseguró beneficios especiales bajo una lógica clientelar y corporativa. Así, es posible sostener que el origen histórico de la seguridad social mexicana es producto de un doble proceso relacionado con la búsqueda de estabilidad política por parte del nuevo gobierno y con la satisfacción de las demandas populares.

Aunque la política de bienestar social durante el cardenismo presenta grandes avances con respecto a sus antecesores, particularmente por el reconocimiento de derechos y el compromiso público que el Estado adquirió en ciertos ámbitos, presenta también serias carencias. Mientras que el Estado asumió activamente la tutela del derecho a la educación y a la salud preventiva, el resto de medidas de bienestar relacionadas con el derecho a la protección integral de la salud, a la vivienda y a un sistema universal de seguridad social, fueron dejadas en un segundo plano.

Una de las contradicciones más aparentes en este sentido descansa en el modelo de seguridad social que el periodo posrevolucionario diseñó. En materia de seguridad social es importante destacar que, si bien la creación de un modelo de previsión social para los trabajadores del sector paraestatal sentó un precedente en los esquemas de seguridad social posteriores, al estar basado en la diferenciación de beneficios según la adscripción laboral se convertiría a la larga en un obstáculo para la creación de un sistema de cobertura universal en el país (Brachet-Márquez, 1994: 78; Laurell, 1996: 19). El incipiente esquema de seguridad social cardenista estableció una serie de beneficios sólo para los trabajadores del sector paraestatal y excluyó al resto de trabajadores de ellos, creando categorías diferenciadas de beneficiarios -al vincular las prestaciones a actividades concretas- lo que generó un modelo de seguridad social altamente segmentado que se reproduciría hasta nuestros días. Un elemento característico del modelo de protección social que se forjaría durante el cardenismo sería el carácter conservador que garantizaba la protección para los trabajadores del sector paraestatal y excluía a grandes sectores de trabajadores de la protección pública.

Hasta 1940, la tónica de los gobiernos revolucionarios en materia de bienestar social estuvo marcada por la incorporación de las principales demandas revolucionarias en el

terreno de la educación, el reparto de tierras y la salud preventiva. La política social posrevolucionaria sería, en un primer momento, el resultado del equilibrio de fuerzas derivado del pacto revolucionario y de la movilización popular que centraría sus objetivos en la educación y en la reforma agraria,⁸⁶ dejando de lado los reclamos en torno a otros servicios básicos de bienestar, particularmente, los servicios personales de salud, la alimentación y la vivienda. En contraste con los sólidos compromisos que el Estado fue adquiriendo en materia de educación y salud preventiva, las responsabilidades estatales en torno a los demás servicios de bienestar fueron limitadas. Más que avanzar hacia una dirección que permitiera la consolidación de un Estado del bienestar que garantizara el acceso universal a los servicios básicos de salud, vivienda, alimentación y la protección frente a riesgos como el desempleo, los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, la invalidez o la viudedad, la política de bienestar social del Estado mexicano se caracterizó por ser un instrumento de control político (Brachet-Márquez, 1994) supeditado o complementario de la política económica (Gordon, 1999; Barba, 2004; Ordóñez, 2002), lo que dio como resultado un modelo de bienestar frágil y altamente segmentado que permanece vigente.

Sobre las nociones a partir de las cuales se ha articulado la discusión en torno al nacimiento y desarrollo de la política de bienestar social en México, Carlos Barba (2004) ha distinguido dos perspectivas para el periodo de análisis de 1917-1982. La primera de ellas se refiere a aquellos autores que conciben a la política social como los cimientos de un Estado social autoritario o de un Estado del bienestar (De la Garza, 1988:28; Soria, 1988:201). Mientras que un segundo enfoque destaca el carácter estatista de la política social (Brachet-Márquez, 1994; Farfán, 1997; Barba, 1997; Gordon, 1999; Valencia, 2000; Ordóñez, 2002). Esta segunda vertiente pone el acento en el carácter autoritario, centralista y corporativo del sistema político mexicano para explicar la subordinación de la política de bienestar tanto a intereses de legitimación social y de control político (Brachet-Márquez, 1994; Barba, 1995; Ward, 1989), así como en la lógica de

⁸⁶ Warman (1994:8) ha señalado que la política social mexicana en sus inicios es producto de la movilización popular que buscaba satisfacer sus demandas de justicia social. Para él, los grupos y los movimientos populares que lucharon durante la Revolución definirían, en una etapa inicial, los objetivos y las prioridades de esta política. Dichos movimientos centrarían sus reclamos en la educación y en la reforma agraria, de ahí que, en la búsqueda de pacificación del país, estas demandas hayan sido incorporadas tempranamente en la Constitución y formalizadas en los artículos 3° y 127.

industrialización económica (Laurell, 1996; Farfán, 1997; Barba, 1997; Gordon, 1999; Ordóñez, 2002; Valencia, 1995). El punto de acuerdo entre ambas perspectivas es el carácter tutelar del Estado y, en gran medida, el corporativismo de éste. Este segundo enfoque sobre el sistema de bienestar social mexicano –y, en especial, la corriente que destaca la estrecha relación entre la política social y la política económica- es el que ha predominado en la producción literaria sobre esta materia. Es en esta aproximación en la que se apoya la exposición posterior.

2. EL RÉGIMEN DE BIENESTAR DEL ESTADO DESARROLLISTA: EL MODELO ECONÓMICO Y EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL MEXICANO, 1940-1982

Una vez analizados los cimientos de la política social en el periodo posrevolucionario, esta segunda sección analiza la arquitectura del modelo de bienestar social en el país entre los años de 1940 a 1982, periodo durante el cual se llevó a cabo el proceso de industrialización vía sustitución de importaciones. En especial, se centra en el vínculo que se estableció entre la política social y la política económica del desarrollo industrializador, debido a la gran influencia que este modelo económico ejerció en la conformación del sistema de bienestar social mexicano.

Durante el periodo que se revisa emergieron una serie de instituciones centrales que configurarían el sistema contemporáneo de protección social en el país. Dicho sistema giraría en torno a la estrecha relación entre dos políticas, la de bienestar social y la política económica de la industrialización, articuladas según una lógica clientelar y corporativa del Estado autoritario (Gordon, 1999). En el análisis del periodo comprendido entre 1940 y 1982 sobre los orígenes del régimen del bienestar mexicano es posible distinguir junto con Ordóñez (2002) dos grandes etapas –que denominaremos aquí subperiodos-: la de los años que van de 1940 a 1972, considerados los años de implementación del modelo ISI y de la institucionalidad de bienestar social asociada a él y la de los años de 1973 a 1982 que se caracterizan por los intentos de reorientar las políticas de bienestar hacia el medio rural tras los signos de desgaste que mostraba el modelo económico y tras el reconocimiento de las desigualdades que éste había generado.⁸⁷

⁸⁷ Ordóñez divide la trayectoria de la política social para estos años en dos periodos, 1940-1972 y 1973-1982, al sostener que entre 1972 y 1973 se presentan cambios significativos en esta política que permiten considerar dos periodos. El primero corresponde a los años de la industrialización económica durante los

A) La política económica de la industrialización: 1940-1972

El subperiodo comprendido entre estos años se caracteriza por la orientación de la política de bienestar según las exigencias del crecimiento industrial (Ordóñez, 2002:41,73-90), así como por la estrecha relación que se estableció entre el sistema político autoritario y la política económica de la industrialización (Barba, 2004:28) por la cual el Estado implementó una serie de instrumentos para subsidiar el modelo de desarrollo económico y legitimar el régimen político.

A partir de 1941, con la administración de Manuel Ávila Camacho (1941-1946) se puso en marcha en el país un proyecto de industrialización orientado hacia el mercado interno denominado Industrialización por Sustitución de Importaciones. Este gran giro en la estrategia económica impulsada por el Estado supuso también una reforma en cuanto al resto de políticas públicas se refiere. En particular, la política social fue reorientada en apoyo al modelo de crecimiento económico y sufrió grandes cambios hasta convertirse en un mecanismo complementario –y en gran sentido, subordinado- de la política de industrialización (Barba, 2004:28; Ordóñez, 2002:41).

La estrategia económica de industrialización por sustitución de importaciones que promovió la modernización de las estructuras productivas y sociales en el ámbito urbano generó nuevas masas de trabajadores asalariados que fueron incorporados a las actividades propias de la economía urbana. El marcado acento urbano del proyecto de industrialización alteró la distribución de recursos de bienestar entre el medio urbano y el medio rural, orientando la política de bienestar social hacia el primer ámbito en favor de los nuevos grupos sociales que apuntalaban el proyecto modernizador y en perjuicio de

cuales se diseña una estructura institucional donde la política social se subordina a los requerimientos del proyecto económico, funcionando como subsidiaria de éste. Mientras que los años de 1973-1982 son los de una política social que se reorienta hacia el desarrollo rural, donde destacan los esfuerzos por ampliar la cobertura en el campo y los programas de combate a la pobreza rural. Barba (2004) argumenta también que el periodo de 1940-1982 durante el cual se desarrolla el estrecho vínculo entre la política social y la política económica está marcado por dos subperiodos (1940-1970 y 1970-1982), donde el primero corresponde a la implementación y auge del modelo ISI en el que la política social actúa como complementaria al modelo, mientras que el segundo periodo está marcado por los signos de desgaste del modelo económico y el carácter corrector de la política social. Ambos autores coinciden en que es posible descomponer el análisis del régimen de bienestar mexicano durante 1940-1982 en dos periodos o subperiodos. Aunque la periodización adoptada corresponde a la de Ordóñez, se consideran también muchas de las aportaciones analíticas de Barba en la discusión de los subperiodos.

las estructuras tradicionales del medio rural (Ordóñez, 2002:73; Barba, 2003:695-6, citado en Barba 2004:28). Esta reorientación de la política social hacia el medio urbano y hacia las nuevas categorías laborales surgidas del proyecto industrializador contribuyó progresivamente a acentuar las desigualdades en términos de atención del bienestar entre el campo y la ciudad, así como entre los sectores sociales al interior de los centros urbanos.

La década de los cuarenta marcó un hito en lo que se refiere a la arquitectura institucional que daría forma al sistema de bienestar social surgido del proceso de industrialización por sustitución de importaciones. El año de 1943 fue la fecha clave en la que sucedieron una serie de reformas que transformarían a la seguridad social y al sistema de salud. La primera y más importante fue la expedición de la Ley del Seguro Social, que serviría como carta fundacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), una institución que pretendía ofrecer protección contra los riesgos sociales asociados a los riesgos de clase y de la trayectoria vital para grandes sectores asalariados a través de seguros contributivos.

La transformación en una sociedad industrial planteó una serie de riesgos específicos que exigían de una intervención estatal. La provisión del bienestar a través de la política pública se produjo bajo los supuestos de la nueva sociedad industrial cuyos rasgos determinantes descansaban en su base económica: una economía dominada por la producción industrial que demandaba de trabajadores de baja cualificación para atender a los sectores manufactureros que ofrecían altos niveles de empleo e ingresos estables para la población. El sector industrial se convirtió en el sector clave del modelo económico ISI, por lo que una prioridad gubernamental fue la garantizar la estabilidad en el mercado laboral que lo proveía de fuerza de trabajo. Dicho mercado tenía como prototipo al trabajador industrial de baja cualificación predominantemente masculino y coexistía con una estructura familiar con una marcada división de género donde el hombre proporcionaba el ingreso familiar y la mujer se encargaba del cuidado de los hijos y del hogar.

Bajo este escenario, el sistema de protección social que se diseñó en el país durante la década de los cuarenta -que pretendía gestionar unos riesgos particulares asociados al modelo de industrialización económica- centró su atención en el bienestar el trabajador

del mercado formal. A través de la Seguridad Social el Estado priorizó la protección del trabajador industrial, favoreciendo especialmente la protección del obrero industrial predominantemente masculino. Acorde con un modelo de protección del “cabeza de familia” denominado “*male bread-winner model*” -porque en su gran mayoría se trataba de un hombre-, el seguro social mexicano protegía no sólo al trabajador sino también a sus dependientes. La política de protección social mexicana se construyó bajo los perfiles de riesgo que predominaban en esa época, centrándose en la protección del trabajador industrial masculino para garantizar los ingresos familiares y el bienestar al resto de la familia que componía el hogar y bajo principios corporativos, al incorporar a los sectores que brindaban apoyo al régimen político, los trabajadores del sector paraestatal y los militares.⁸⁸

La Ley del Seguro Social diseñó un sistema de seguridad social financiado a través de un mecanismo tripartito de cuotas obligatorias de los patrones, los trabajadores y la contribución del Estado. En sintonía con los esquemas de seguridad social que existían en el mundo que ponían el acento en las prestaciones relacionadas con la cuestión laboral y, en especial, acorde con el contexto latinoamericano, los servicios y las prestaciones que contemplaba esta Ley protegían al trabajador frente a tres tipos de riesgos: i) Accidentes y enfermedades profesionales; ii) Enfermedades generales y maternidad y iii) Vejez, invalidez y muerte⁸⁹. A diferencia de los sistemas de seguridad social que se

⁸⁸ Conviene recordar el legado del gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940) en torno a la protección privilegiada de los trabajadores del Estado, ferrocarrileros, petroleros y electricistas, principalmente. Por lo que a la protección pública de los trabajadores del sector paraestatal se sumaban los trabajadores formales del sector industrial. Esto es, la seguridad social en México se construyó bajo los perfiles de riesgo de la sociedad industrial típica –protección del trabajador industrial- y bajo un principio corporativo y clientelar que incorporó a los aliados del régimen político –protección para los trabajadores del sector paraestatal y militares-.

⁸⁹ Los esquemas de seguridad social que existían en el mundo protegían a los trabajadores frente a cinco grupos de riesgos: accidentes y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, vejez, invalidez y muerte, desempleo y asignaciones familiares. En la década de los sesenta los riesgos que estaban cubiertos en casi todo el mundo eran los accidentes de trabajo (en el 98% de los países) y los riesgos de vejez, invalidez y muerte (77%) (Yukawa, 1969, cuadro 1); lo que pone en relieve el hecho de que las prestaciones de la seguridad social estaban aun fuertemente relacionadas con la cuestión laboral, como sistemas de previsión. En América Latina los riesgos que gozaban de mayor cobertura eran, además de los dos mencionados, el seguro por enfermedades generales y por maternidad, mientras que los riesgos menos cubiertos fueron el desempleo y las asignaciones familiares. En sintonía Latinoamérica, dentro de los riesgos cubiertos por la seguridad social en México durante este subperiodo destacan los seguros contributivos para proteger al trabajador ante diversas situaciones relacionadas con su carácter laboral, mientras que las políticas de desempleo y de asignaciones familiares estuvieron prácticamente ausentes. Si bien en México no existió una política robusta de asignaciones familiares como tal, este campo fue cubierto parcialmente a través de los servicios asistenciales que prestaba el Instituto Nacional de Protección a la

desarrollaron en los países avanzados en este mismo periodo, en México los seguros por desempleo y las asignaciones familiares estuvieron ausentes (Yukawa, 1969:18). La seguridad social funcionó como una política de protección de los trabajadores para garantizar la estabilidad del mercado de trabajo de la economía industrial y otorgó poca importancia a la atenuación de las desigualdades que existían entre diversos sectores sociales, lo que explica la nula o escasa atención que se prestó a los riesgos que afrontaban los individuos ante la pérdida de ingresos por desempleo y a los programas de subsidios familiares como instrumentos para disminuir la diferencia de los niveles de vida entre los hogares.

La Ley ampliaba el acceso a la seguridad social a grandes sectores de trabajadores, incorporando no sólo a los beneficiarios anteriores (petroleros, ferrocarrileros, electricistas y militares), sino también a los trabajadores que tuvieran alguna relación contractual de trabajo en empresas públicas, privadas, mixtas o en sociedades cooperativas. Si bien esta Ley pretendía ampliar la seguridad social a amplios sectores de la población, el carácter contractual-contributivo que establecía suponía en la práctica serios límites para el acceso de grandes grupos. Al instituir la figura del contrato como la base de la obligatoriedad para la contribución, restringía el acceso a la seguridad social para aquellos trabajadores que no tenían una relación formal del trabajo; la afiliación al seguro del IMSS fue sólo obligatoria para un número reducido de trabajadores que laboraban bajo contrato en empresas paraestatales, privadas y de la administración social; mientras que el resto de la sociedad quedaba excluida de la obligatoriedad y sólo podía acceder a la seguridad social de manera voluntaria (Ordóñez, 2002:41,77; 2009:413).

El carácter contributivo tuvo también un gran peso en la trayectoria que seguiría el sistema de protección social en México; Ordóñez (2004:77-8) considera que el vínculo que se estableció entre la seguridad social y sus fuentes de financiamiento no públicas definió a los potenciales beneficiarios del sistema: los grupos sociales surgidos del proyecto de industrialización y aquellos núcleos urbanos que mostraban un mayor potencial industrial. El aspecto contractual-contributivo de la seguridad social derivó en un esquema restrictivo en donde sólo los trabajadores que participaban en el mercado

Infancia (INPI) dentro de los que destacaron la distribución de desayunos escolares y la atención médica infantil (Yukawa, 1969: 38).

formal del empleo gozaban de esta protección, mientras que el resto de la población (trabajadores rurales, trabajadores que participan en el mercado informal del trabajo o empleados que participan precariamente en el sector formal) quedaba fuera de ella. El sistema de bienestar social que configuró dicha Ley -y las instituciones que de ella se desprendieron- estaba estrechamente relacionado con el modelo de desarrollo económico que se llevaba a cabo en el país, de ahí que sus limitaciones se expliquen por la pretensión de ser funcional al proyecto económico.

A raíz de la Ley del Seguro Social, en 1943 (aunque se pondría en marcha en 1944) nació el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la intención de otorgar atención médica y una serie de prestaciones a los trabajadores asalariados. Durante sus primeros años, el Instituto se centró en el desarrollo de servicios e infraestructura médica, en la construcción de viviendas y en la creación de infraestructura deportiva y recreativa (teatros, centros deportivos, balnearios, entre otros centros), contando con pocos trabajadores asegurados (Gordon, 1999:54).⁹⁰ Los servicios y la infraestructura orientada a la atención del bienestar privilegiaron a las ciudades que mostraban un potencial industrial y a aquellas categorías de trabajadores de la economía formal que emergieron del proyecto de industrialización (principalmente, al trabajador industrial), poniendo en relieve el papel que esta institución jugó como complementaria al proyecto económico. El componente público del modelo de financiación del IMSS (con aportaciones estatales que provenían de la tributación general) hizo también que en la práctica esta institución se convirtiera en una fuente de financiación subsidiaria de la actividad industrial; las aportaciones financieras hechas por el Estado a esta institución fueron en ascenso desde su creación, incrementándose a un ritmo anual cercano al 20% durante los primeros años, desplazando a los recursos que se destinaron a los servicios de salud asistencial y preventiva (Ordóñez, 2002:78).

En lo que respecta a los servicios sanitarios, durante este periodo ocurrió un cambio significativo. En 1943 los servicios de salud preventiva y asistencial que originalmente

⁹⁰ Entre 1944 y 1946 el IMSS incorporó a 246,537 trabajadores (Gordon, 1999:54). En 1960 el número de afiliados casi se quintuplicó ascendiendo a 1,201,000 y en 1965 sumaba 2,210,000 asegurados, brindando servicios y prestaciones de bienestar a 6,816,000 personas entre familiares y pensionados (Ordóñez, 2002:84, cuadro 1), lo que representaba una cobertura del 16.4% de la población. La evolución del número de derechohabientes del IMSS se presenta más adelante en la tabla 11, que evidencia la lógica expansiva que siguió la seguridad social en el país.

estaban divididos en dos instancias, el Departamento de Salubridad Pública (encargado de la primera) y la Secretaría de Asistencia Pública (asistencia social), se fusionaron en una nueva institución: la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Con la creación del IMSS un año después, la SSA fue desplazada de las prioridades gubernamentales, como puede desprenderse de observar la distribución de los recursos entre ambas instituciones cuando en 1978 el 10 por ciento del presupuesto del IMSS proveniente de la partida estatal equivalía a la mitad del presupuesto de la SSA (López Acuña, 1987; citado en Gordon, 1994:55).

La presencia de dos instituciones robustas, originó dos sistemas de provisión en lo que a la atención a la salud se refiere: el seguro social y la asistencia social; la primera en manos del IMSS y la segunda atendida por la SSA (Ordóñez, 2002:41; Gordon, 1999:55). Ordóñez (2002:41) sostiene que, “De acuerdo con la estrategia gubernamental estas instituciones jugarían un papel complementario al proveer sus servicios a dos poblaciones distintas”.⁹¹ El siguiente diagrama (No. 3) muestra el esquema dual que se originó según la estructura institucional de atención a la salud.

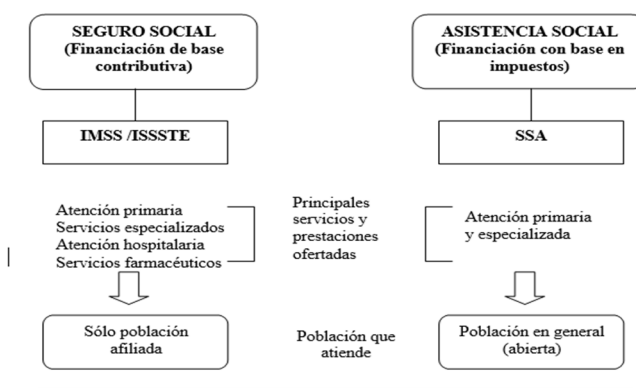
Ambos sistemas de provisión recibieron un trato diferencial por parte del Estado, siendo el IMSS el que recibió proporcionalmente mayores recursos que la SSA, a pesar de atender a una población menor y con ingresos estables. Este esquema dual de provisión - uno para trabajadores del mercado formal del trabajo y otro para la población abierta- que privilegió a un sector de la economía contribuyó a reforzar las distancias entre la

⁹¹ En la década de los sesenta aparecería una tercera institución dirigida a proporcionar prestaciones de seguridad social a los trabajadores estatales que cobraría gran importancia, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). La atención pública de la salud se dividió entre estas tres instituciones que atendían a diferentes tipos de población, observando variaciones significativas en cuanto a la cantidad y calidad de los servicios que prestaban y actuando de forma independiente sin ningún tipo de coordinación. Aunque son tres las instituciones entre las que se distribuyeron las responsabilidades de atención a la salud, es posible distinguir dos sistemas de provisión, ya que tanto el IMSS como el ISSSTE ofrecían protección para los trabajadores del sector formal, mientras que la SSA proveía atención para el resto de la población no asegurada, denominada población abierta. El sistema de asistencia pública dirigido a los sectores no incorporados a la seguridad social sustituyó el concepto de beneficencia por una noción de asistencia como una responsabilidad pública, brindando dos tipos de atención: salud preventiva y cuidado infantil, siendo el más importante el primero, cuya atención estaba a manos de la Secretaría, mientras que para la protección infantil se crearon en 1961 el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y en 1968 el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) (Barba, 2004: 28).

población, al presentar grandes variaciones en la calidad y cantidad de los beneficios y las prestaciones que ofrecían (Gordon, 1999:54-5).

A la segmentación originada por el esquema dual de protección social, se sumaba una estratificación al interior de los beneficiarios de la seguridad social según categorías ocupacionales. Esta estratificación estaba asociada a una naturaleza corporativa Estado-sociedad apoyada en prácticas clientelares de intercambio de apoyo político por prestaciones de bienestar, donde las diferencias en la cantidad y calidad de las prestaciones entre los grupos de trabajadores dependían del poder de negociación de sus organizaciones sindicales, dando lugar a diferentes regímenes de seguridad social (Gordon, 1999: 53-5).

Diagrama 3. Esquema dual de provisión en los servicios de atención a la salud, 1960



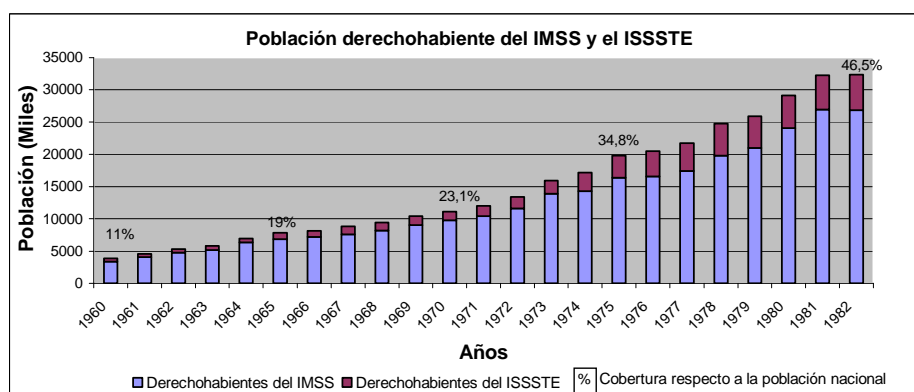
El hecho de que el sistema de seguridad social naciera estrechamente vinculado al corporativismo estatal (articulado a través de una red clientelar de sindicatos y corporaciones sectoriales ligadas al PRI), dio como resultado regímenes de seguridad social diferenciados según distintos grupos de trabajadores, entre los que destacan los de los militares y los trabajadores del sector paraestatal (PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, CFE). Mientras que para todos los trabajadores del sector formal de la economía se garantizó un mínimo de prestaciones relacionadas con la previsión social (seguros por enfermedad o accidentes de trabajo, jubilaciones, maternidad, entre otros), los beneficios y las prestaciones adicionales (acceso a viviendas, créditos, acceso a infraestructura deportiva y recreativa colectiva) se reservaron sólo para ciertos grupos de trabajadores. Al distribuir los beneficios por categorías socioprofesionales, otorgando servicios

diferenciados según el grupo de trabajadores del que se tratase, los servicios de salud y las prestaciones de la seguridad social fueron altamente estratificados. A esta estratificación de las prestaciones y de los servicios de atención a la salud entre los trabajadores del sector formal de la economía contribuyó también un esquema institucional organizado de forma horizontal según la adscripción laboral -distintas instancias para diferentes adscripciones- que proporcionó beneficios selectivos para los sectores más organizados, burócratas, ferrocarrileros, petroleros y electricistas (Gordon, 1999:56).

Bajo este esquema institucional de beneficios organizado según categorías profesionales, se crearon en la década de los sesenta varias instancias y programas dirigidos a ciertos sectores. En especial, destaca la fundación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que fusionó a los organismos encargados de la atención del bienestar de estos trabajadores, entre ellos, a la Dirección General de Pensiones Civiles. El ISSSTE cubriría seguros de accidentes y de enfermedades profesionales y no profesionales, jubilación, maternidad, invalidez y muerte y extendía algunas prestaciones al ámbito familiar estableciendo el derecho de la familia a recibir atención médica y medicinas gratuitas, el acceso a la vivienda en arrendamiento o compra, a centros recreativos y vacacionales y a tiendas con productos de bajo coste (Ordóñez, 2002:80). Durante estos años se crearon también otras instituciones que prestaban servicios de salud y de seguridad social para algunos grupos de trabajadores del sector paraestatal como los ferrocarrileros, petroleros y azucareros (López Acuña, 1987:15; citado en Gordon, 1999:56). Todo ello bajo una modalidad corporativa donde los beneficios de la seguridad social se otorgaron en forma de privilegios a los grupos más organizados.

El IMSS y el ISSSTE como instituciones de protección social beneficiaron a grandes grupos de trabajadores y a sus familias, como se puede observar en el Gráfico No. 2 que muestra a los derechohabientes de seguridad social en México entre 1960 y 1982 y el porcentaje de cobertura que ambas instituciones garantizaron, pasando de un 11 por ciento de cobertura en 1960 a cubrir casi a la mitad de la población (46.5 %) en 1982.

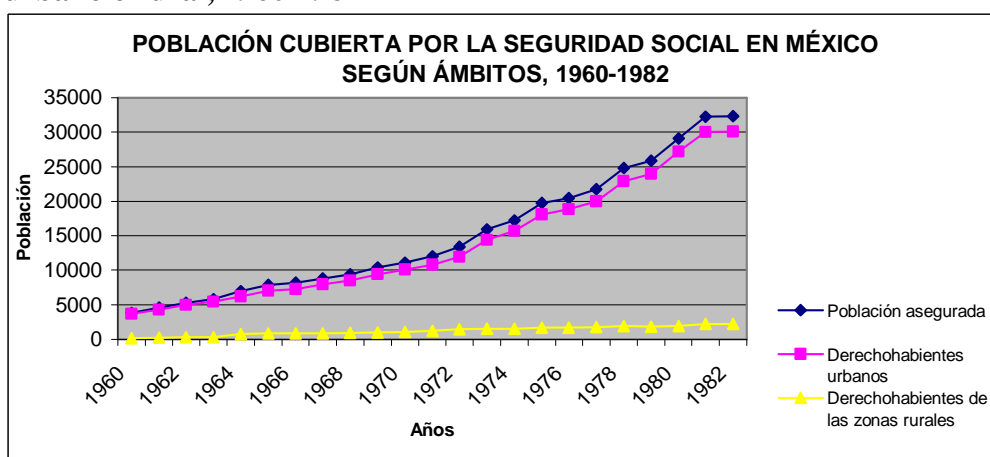
Gráfica 2. Población beneficiaria de la Seguridad Social en México, 1960-1982



Fuente: Elaboración propia con base en información de Ordóñez (2002:84,102, cuadro 8 y 10)

Si bien estas instituciones reportaron varios beneficios para los derechohabientes, el vínculo que se estableció entre el empleo formal y la protección social tuvo graves consecuencias sobre el modelo de bienestar asociado a los servicios de seguridad social, generando una gran segmentación y estratificación. Al establecer el carácter obligatorio de la protección sólo para aquellos trabajadores del sector formal del empleo se dejó al descubierto a grandes sectores de la población, entre ellos, la población del medio rural y los trabajadores de la economía informal. La mayoría de los habitantes del campo quedaron al margen de esta protección, ampliándose las diferencias entre el campo y la ciudad (Gráfico No. 3). En 1960 la población beneficiaria de la seguridad social era en un 96.5 por ciento urbana y dos décadas después el 93.5 por ciento de los derechohabientes provenía de este mismo ámbito (Ordóñez, 2002: cuadros 8 y 10). Como se podrá observar más adelante, en general, la política de atención al bienestar social durante este periodo marginó al medio rural en favor del desarrollo urbano.

Gráfica 3. Evolución de la cobertura en Seguridad Social en México según medio urbano o rural, 1960-1982



Fuente: Elaboración propia con base en información de Ordóñez (2002:84,102, cuadro 8 y 10)

Si bien la política de bienestar privilegió a los centros urbanos, las prestaciones y los servicios en este medio no fueron distribuidos por igual entre la población. Los trabajadores del sector formal fueron los que gozaron de la mayor parte de los beneficios –diferenciados en calidad y cantidad según el tipo de adscripción laboral de dichos trabajadores–, mientras que un gran número de trabajadores que estaban fuera del empleo formal no contaron con protección, por lo que la política de bienestar contribuyó a reproducir las desigualdades en la distribución del ingreso en las esferas urbanas al marginar al sector de trabajadores informales que crecía con gran rapidez y a mantener las desigualdades entre los habitantes de las ciudades y del campo al prestar poca o nula atención a estos últimos.

A diferencia del gran impulso que recibieron la salud y la seguridad social durante este subperiodo, la educación, que seguía siendo otro de los pilares de la política social mexicana, registró un avance más tímido que en los años anteriores. Los objetivos en este terreno se centraron en la lucha contra el analfabetismo, en combatir los rezagos de la cobertura en el medio rural y en la capacitación de trabajadores agrícolas e industriales (Ordóñez, 2002: 85-6). Durante el gobierno de López Mateos (1959-1964) se puso en marcha un Plan que buscaba garantizar el carácter obligatorio y gratuito de la educación primaria, que se acompañó de la creación de una instancia encargada de la impresión y distribución gratuita de los textos (Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos). El gobierno siguiente centró sus objetivos en la educación media y en el adiestramiento para el trabajo agrícola e industrial, así como en incrementar los niveles de escolaridad de la

población; dentro de las acciones implementadas destacan la creación de las Escuelas Tecnológicas Agropecuarias destinadas al medio rural y los programas de Adiestramiento Rápido de Mano de Obra para capacitar e instruir a trabajadores industriales, así como la reducción del analfabetismo entre la población mayor de 15 años (Ordóñez, 2002:85). Los frutos más notables ocurrieron en el nivel primario, donde a finales de 1970 se alcanzó la cobertura universal de la población entre 6 y 14 años, no así en los niveles escolares siguientes donde a medida que se incrementaban resultaban más excluyentes (Barba, 2004:31). A pesar de estos logros, la oferta educativa siguió siendo insuficiente para atender a las demandas que suponía el ritmo de crecimiento poblacional del país y no se logró resolver el rezago educativo del campo (Ordóñez, 2002:86).

Durante la década de los sesenta y setenta, progresivamente el Estado fue ampliando sus funciones reguladoras y redistributivas. La política alimentaria sufrió un cambio cuando en 1961 se creó la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) encargada de regular la producción y distribución de alimentos, convirtiéndose en la responsable del abasto social de granos básicos (Gordon, 1999:57). Ésta estableció un control de precios utilizando como instrumentos los precios de garantía de los granos básicos y las importaciones y aseguró también la distribución de alimentos a través de una red de tiendas, que operaban principalmente en la Ciudad de México y, sólo marginalmente, en algunas comunidades campesinas. Para Ordóñez (2002:87) tanto la estrategia de contención de precios como la de distribución de los productos que aplicó la CONASUPO tuvieron un doble efecto negativo en favor del desarrollo urbano. La contención de precios perjudicó a los productores de granos básicos, entre los que se encontraban los campesinos más pobres, agravando la situación económica del campo; mientras que la distribución benefició sólo ocasionalmente a las zonas rurales, por lo que en la práctica los subsidios públicos fueron a parar a sectores medios y populares de los centros urbanos. Por ello, en el plano material ambas estrategias -distribución de los productos y regulación de los precios- actuaron como un mecanismo redistributivo a favor del desarrollo urbano.

La transformación urbana es el rasgo distintivo de este subperiodo. Estos años están marcados por el acelerado proyecto de urbanización que experimentó el país, que transformó significativamente las estructuras productivas y sociales. En lo que respecta a la estructura productiva, se pasó de un modelo económico primario-exportador basado en

el agro tradicional a un modelo de industrialización sustitutiva de importaciones que incorporó a los trabajadores del campo convirtiéndolos en asalariados. La transformación económica estuvo acompañada también de grandes cambios en el plano social. La población creció a grandes tasas y fue adquiriendo un perfil más urbano. Las ciudades se convirtieron en los centros de acogida de nuevos miembros, la mayoría de ellos, trabajadores y sus familias que migraron del campo y se convirtieron en asalariados, aparecieron nuevas categorías salariales y con ellas, nuevas necesidades asociadas.

En suma, la urbanización generó nuevas exigencias que debían de ser satisfechas. Una de las necesidades más apremiantes durante este proceso de urbanización fue la vivienda. Para atender a la presión constante de los nuevos asalariados que demandaban habitación, el Estado creó diferentes instituciones y fondos para la construcción y el crédito habitacional. La política de vivienda popular registró un impulso en 1954 con la puesta en marcha del Fondo de las Habitaciones Populares (FONHAPO) que pretendía ofertar vivienda en las ciudades más importantes y con la creación del Instituto Nacional de la Vivienda (INV) (que se transformaría en el Instituto Nacional para el Desarrollo de la Comunidad y la Vivienda Popular –INDECO-) dirigido a sectores de la población del ámbito urbano y rural que no podían beneficiarse de las instituciones que ya existían. En 1963 se fundó el Programa Financiero de Vivienda (PFV), formado por dos fondos, el Fondo de Operación y Descuento Bancario a la Vivienda (destinado a la construcción de viviendas de interés social) y el Fondo de Garantía y Apoyo a los créditos de la Vivienda (encargado de garantizar el crédito para aquellos beneficiarios que no podían sujetos de crédito en la banca privada) (Ordóñez, 2002:89). Los fondos de este programa funcionaron en conjunto con otros organismos públicos que ofertaban vivienda a ciertos grupos de trabajadores.

En los años siguientes el Estado siguió extendiendo sus responsabilidades en cuanto a la provisión de vivienda pública, fundando en 1972 dos institutos que se convertirían en los pilares de la política de vivienda del país: el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT) y el Fondo para la Vivienda de los Trabajadores al Servicio del Estado (FOVISSSTE).⁹² El INFONAVIT se encargaría de atender la

⁹² De la Garza (1988:157) sostiene que la creación del INFONAVIT (y de otras instituciones relacionadas con prestaciones a los trabajadores) debe de entenderse como una respuesta gubernamental a los movimientos de insurgencia obrera que surgieron durante los primeros años del gobierno de Echeverría. Para este autor, los esfuerzos reformistas del Estado durante este periodo incluyen, además del tejido

demanda de los beneficiarios del IMSS (supliendo sus tareas en cuanto a la construcción de unidades habitacionales para sus asegurados) y funcionaba con el mismo esquema tripartito de financiamiento, mientras que el FOVISSSTE atendería la demanda de los trabajadores del gobierno federal. Ambos organismos se convirtieron en la pieza clave de la política de vivienda, incrementando la presencia pública en el financiamiento y la construcción habitacional, que llegó a superar a la producción privada. Además de esta abrumadora participación del Estado, la política de vivienda se distinguió también por su marcado sesgo urbano y por su inclinación a atender la demanda habitacional de los asalariados. A pesar de los esfuerzos –a través del INDECO- por ofrecer vivienda popular a la población que no era beneficiaria de ninguna institución y aquella que vivía en el medio rural, la política habitacional estuvo fuertemente dominada por el INFONAVIT y el FOVISSSTE, quienes concentraron la mayor cantidad de los recursos públicos, imponiendo un fuerte sesgo urbano y en favor de los trabajadores del sector formal de la economía.

Al igual que la política de salud y seguridad social, la política de vivienda inclinó la balanza de la protección social en favor de las clases urbanas y, particularmente, de aquellos grupos de población que gozaban de condiciones laborales más favorables -trabajadores vinculados formalmente a las actividades industriales y trabajadores del Estado-, perpetuando la situación privilegiada de estos sectores. El sesgo urbano de las diferentes políticas de bienestar que se implementaron hasta 1972 provocó que los recursos de bienestar se concentraran en el medio urbano y en los mercados formales, ampliando la brecha entre este ámbito y el rural, en el cual habitaba una cantidad importante de población que quedó fuera de los servicios y prestaciones de bienestar. Los principales beneficiarios de estas políticas en México durante este subperiodo fueron las clases medias urbanas y, especialmente, aquellos trabajadores industriales y los que mantenían una relación privilegiada con el gobierno a través de los sindicatos.

La política de bienestar social de los años que van de 1940 a 1972 articulada alrededor de cuatro grandes rubros - seguridad social, salud, vivienda y educación- se convirtió en un componente esencial del Estado Desarrollista mexicano. La construcción de un sistema de protección social de las características mencionadas ha sido entendida por algunos

institucional en materia de vivienda, la creación del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (FONACIT), la ampliación de la cobertura del IMSS y las reformas al artículo 123 constitucional.

autores (Barba, 2004; Gordon; 1999; Ordóñez, 2002) como una estrategia complementaria o subsidiaria de la política económica. Entendida así, la política de bienestar y el modelo de protección que de ella se desprende, pueden explicarse a la luz de su complementariedad al proyecto de industrialización económica que privilegió a las actividades económicas y a las categorías sociales relevantes para el proceso de industrialización; siendo los principales destinatarios del conjunto de políticas sociales la población urbana incorporada de manera formal a las actividades industriales con mejores niveles de organización y de representación política (Mesa Lago, 1978), mientras que los grandes perdedores fueron aquellos pobladores rurales vinculados a las actividades productivas tradicionales y los trabajadores vinculados al sector informal de la economía. Este peculiar diseño de la política de bienestar originó un sistema de protección social que excluía a grandes sectores de población que se encontraban en una situación económica más desventajosa, por lo que contribuyó a reproducir y acentuar las desigualdades que se generaban en el plano económico (Ordóñez, 2002:90), en lugar de reducirlas como fue el propósito de los servicios sociales de los Estados del Bienestar europeos.

Los servicios y las prestaciones de bienestar surgidos de las políticas de salud, seguridad social y vivienda que se implementaron en el país, cuyo acceso dependía del empleo formal y la contribución a los mismos, generaron un modelo de protección social limitado. El carácter contractual-contributivo que inspiró el acceso diferenciado a los beneficios impidió desarrollar un modelo que protegiera de manera general a la población frente a riesgos como accidentes profesionales y enfermedades profesionales, maternidad, jubilación (riesgos de clase), enfermedad, invalidez, viudedad, vejez y muerte (riesgos de la trayectoria vital) con base en una recaudación impositiva que financiara políticas de cobertura universal. Para Gordon (1999:53), el modelo mexicano se asemejó durante este periodo al modelo conservador bismarckiano “que fomenta la integración social y promueve la vigencia de los derechos sociales, a la vez que impulsa la subordinación del individuo al Estado y coloca a los trabajadores bajo la autoridad de éste. También alienta la protección social estableciendo categorías de beneficios y aplicando una modalidad corporativa.”

A pesar de las semejanzas que pudieran existir con el modelo conservador continental, el sistema de bienestar social en México adquirió durante este periodo características

propias, combinando la estratificación con políticas universales o cuasi-universales.⁹³ Mientras que la seguridad social –y la salud y vivienda, en su mayoría– fueron de base contributiva y de acceso limitado destinada sólo a los trabajadores vinculados al mercado formal de trabajo, otros sectores de políticas, como la educativa, se inspiraron en objetivos de provisión universal financiados a través de la recaudación impositiva. Aunque el sistema de bienestar mexicano articuló una serie de prestaciones que se asemejaron con los Estados del Bienestar europeos de la posguerra, los servicios y las prestaciones fueron más limitadas y los beneficios se distribuyeron de manera desigual entre la población. El ideal que inspiró la formación de este modelo no fue el de la integración social ni el de una cultura de derechos de ciudadanía social, sino el de un sistema de bienestar que fuese funcional al proyecto económico de la industrialización (Ordóñez, 2002; Barba, 2004), manteniendo las diferencias que surgían de la actividad económica. Antes que atender a un ideal de derechos universales asociados a la ciudadanía social, la política de bienestar social mexicana se diseñó en clave dual desde la propia Constitución, estableciendo una diferenciación entre los derechos ciudadanos y derechos de los trabajadores (Laurell, 1996:19).⁹⁴ Esta distinción resultó relevante a la hora de diseñar instituciones e implementar acciones para materializar estos derechos, originando un sistema de bienestar dual con base en dos esquemas: la seguridad social contributiva (que incorporó a los asalariados formales) y la asistencia social de base impositiva (destinada principalmente a los no asalariados y a los asalariados informales), que se diferenciaron en cuanto a la cantidad y la calidad de las prestaciones y los servicios que proveían –concentrando los mayores recursos el primer esquema–, teniendo efectos considerables sobre la estratificación social.

⁹³ La combinación en Latinoamérica de políticas universales o cuasi-universales con la protección estratificada ha recibido múltiples denominaciones, entre las que destacan la de “régimen dual” de Filgueira (1998) y Barba (Barba, 2004, 2005); aunque ambos autores llamen igual a esta combinación, ponen el acento en diferentes variables para caracterizarlos.

⁹⁴ Para Laurell (1996) el carácter dual de la política de bienestar social proviene de la propia Constitución que impone cierta tensión entre los derechos de los ciudadanos y los derechos de los trabajadores, estableciendo enunciados generales y ambiguos con respecto a los primeros, mientras que reconocía de manera más precisa y con garantías de cumplimiento los segundos, que estaban condicionados por una relación contractual de trabajo. Esta dualización resultó relevante a la hora de materializar los derechos, ya que originó instituciones y acciones diversificadas, según se tratase de la figura del seguro social o de la asistencia social, teniendo efectos importantes de estratificación social porque “separa a los ciudadanos en dos grandes grupos homogéneos [...] los no asalariados o asalariados informales y los asalariados asegurados (Laurell, 1996:19).

B) Crisis del modelo ISI y políticas de bienestar en el ámbito rural: 1973-1982.

Producto de las acciones anteriores, a principios de la década de 1970 existía en el país un tejido institucional y de políticas de bienestar desplegadas por el Estado en varios campos, educación, vivienda, salud, alimentación y seguridad social, dirigidas mayoritariamente a la población que estaba integrada formalmente al modelo de crecimiento económico de Industrialización por Sustitución de Importaciones. Durante estos años se hizo evidente también que el modelo ISI había generado una gran desigualdad social y un crecimiento desequilibrado entre el campo y la ciudad, por lo que eran necesarias acciones que corrigieran las inequidades auspiciadas por este modelo de crecimiento económico (Barba, 2004; Ordóñez, 2002). La política de bienestar que se desplegó durante la década de los setenta y los primeros dos años de los ochenta fue concebida para intentar corregir estos fallos (Barba, 2004:28). Las medidas correctoras surgieron mediante la estrategia del “desarrollo compartido” diseñada por el gobierno de Echeverría (1970-1976) que pretendía, entre otros objetivos, disminuir las desigualdades surgidas en el terreno económico –a través de la redistribución del ingreso- como una salida a la crisis de legitimidad que enfrentaba el Estado mexicano a raíz de los acontecimientos políticos de 1968 (De la Garza, 1988:144-7).

Dentro de las políticas públicas que intentaban corregir los fallos del modelo ISI destacan de manera especial, las acciones sociales orientadas hacia los sectores más vulnerables tanto en el ámbito urbano como en el rural.⁹⁵ A partir de 1973, la política social registró un cambio de dirección orientándose a la creación de programas de combate a la pobreza dirigidos a grupos de población específicos. Gordon (1999) ha referido este periodo como el surgimiento de programas focales en el marco de políticas expansivas universales – como ejemplo de estas últimas la de educación-. Los programas de bienestar más emblemáticos de la década de los setenta que intentaban satisfacer las necesidades de los grupos de población que habían quedado marginados de las políticas de bienestar fueron aquellos orientados al combate de la pobreza en el medio rural a través del Programa de

⁹⁵ Una explicación de esta reorientación de la política social hacia el ámbito rural puede desprenderse del trabajo de De la Garza (1988:160) quien señala que la crisis económica fue especialmente aguda en el agro mexicano (crisis de los precios agrícolas que se manifestó en 1966 y de los salarios), mermando los ingresos de los campesinos y elevando el subempleo de los mismos.

Inversiones para el Desarrollo Rural (PIDER) y mediante la Coordinación general del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR).⁹⁶

En lo que al medio rural se refiere, el PIDER fue creado en 1973 –con fondos del Banco Mundial- con el objetivo de crear proyectos de corte económico y social e incrementar la inversión pública en infraestructura en el sector rural. Su labor principal consistió en financiar proyectos productivos comunitarios para proporcionar empleo a la población campesina y dotar de infraestructura a las zonas rurales (Gordon, 1999:58-9). Otras acciones de bienestar orientadas al campo surgieron en este mismo año cuando el IMSS puso en operación el Programa IMSS-Solidaridad Social, cuyo objetivo era proporcionar servicios de salud asistencial -a través de consultas generales, la dotación de algunas medicinas y la construcción de clínicas rurales- a la población abierta, especialmente, a los habitantes de las zonas rurales (Gordon, 1999:57; Ordóñez, 2002:93).⁹⁷

La COPLAMAR surgió en 1977 y marcó un hito en los programas de combate a la pobreza en el país. Surgió con un objetivo redistributivo de carácter focalizado: canalizar recursos a la población cuyo nivel de vida había sido identificado como más bajo. Durante una primera etapa se dedicó a investigar las causas estructurales de la pobreza, a definir unos criterios para medir los niveles de marginación y a establecer parámetros mínimos de bienestar que servirían para elaborar programas sociales y evaluar los alcances de los mismos (Gordon, 1999:59). Como su nombre lo indica, fungía una coordinadora de acciones públicas multisectoriales –originalmente, los denominados “programas

⁹⁶ Un indicador de cómo la política de bienestar se orientó a principios de la década de los setenta hacia el medio rural lo constituye el gasto público. Entre 1971 y 1976 los apoyos al campo fueron en ascenso, las partidas presupuestales dedicadas al desarrollo rural y al regional crecieron exponencialmente y la participación del gasto en estos rubros en el presupuesto federal registró un incremento del 5.8 al 10.1% y del 1.1 a 3.3% respectivamente (Ordóñez, 2002:91). Tanto el PIDER como la COPLAMAR surgidas como medidas correctoras del desequilibrio entre el campo y la ciudad -que se produjo a raíz del modelo de crecimiento económico de Industrialización por Sustitución de Importaciones- desempeñaron un papel importante en la mejora del nivel de vida de la población de las zonas rurales. Sin embargo, lejos de constituirse en instrumentos permanentes de la política pública de bienestar social, fueron acciones puntuales que se desaparecieron en la década siguiente.

⁹⁷ Este esfuerzo público por proporcionar servicios de salud asistencial a la población no derechohabiente, siendo la gran mayoría de ella habitantes del medio rural, tuvo un alcance limitado debido a las serias restricciones financieras con las que contó el programa (Gordon, 1999:57). La Secretaría de Salubridad y Asistencia incursionó también en el ámbito rural en 1977 con la creación de dos programas -que después serían fusionados en el Programa de Salud Rural-, el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR), que tenían por objetivo formar a mujeres de la comunidad como auxiliares en salud –dotadas con un botiquín básico de enfermería y de medicinas que podían prescribir- y capacitarlas en tareas de planificación familiar, respectivamente (Ordóñez, 2002:93).

institucionales” que eran desarrollados en su mayoría por diez organizaciones que se encargaban de atender a grupos marginados (grupos indígenas, campesinos cañeros pobres y habitantes de las zonas áridas, principalmente)- destinadas a grupos de beneficiarios específicos. A partir de 1979 esta estrategia sufrió un cambio al ubicar a las comunidades –ya no a grupos de beneficiarios- como la unidad básica de trabajo de la coordinación e incrementar la oferta y cobertura de sus servicios a través de convenios con otras secretarías e instancias (Ordóñez, 2002).⁹⁸

En lo que respecta al incremento de la oferta de servicios prestados por la COPLAMAR en el área rural, destaca por su alcance el Programa Solidaridad Social-IMSS. Este programa contribuyó a reforzar el esquema dual de provisión en los servicios de salud formado por el IMSS y la SSA, pero a diferencia de sistema dual originario (el IMSS atendiendo a los trabajadores del sector formal y la SSA a la población no derechohabiente), esta dualidad se expresaba ahora en el monopolio del IMSS de la atención de la salud en el ámbito rural, mientras que la SSA se dedicaba a la población abierta de las zonas urbanas, ampliando su oferta con la creación de nuevos institutos especializados (psiquiatría, estudios de la farmacodependencia, salud mental, senectud y enfermedades respiratorias) (Ordóñez, 2002:98). Al igual que las acciones anteriores, en materia de salud esta década estuvo dominada por el objetivo de satisfacer las necesidades de los sectores más vulnerables. En este sentido, se fundó en 1977 el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que desplegaría acciones en el ámbito de los cuidados materno-infantiles y para la atención de grupos vulnerables (González-Navarro; 1985:317). Otras acciones que se registraron en el terreno de la salud fueron los intentos por establecer un sistema nacional de salud a través de la Coordinación de los Servicios de Salud Pública en 1981 (COPLAMAR, 1983:123-4; citado en Ordóñez, 2002:99). Los esfuerzos por diseñar un sistema nacional fueron en vano y hasta fechas recientes no existe en el país un esquema coordinado de atención de la salud, sino que coexisten diferentes instituciones con objetivos múltiples y duplicados que continúan concentrando

⁹⁸ Una exposición más detallada sobre el origen y desarrollo de la COPLAMAR y del PIDER, se ofrece en Ordóñez (2002), en especial, pp 94-7, 170-89. Este autor destaca dentro de los convenios más importantes los celebrados con el IMSS para ampliar la cobertura de los recursos médicos, con la CONASUPO para distribuir alimentos en las zonas rurales, con la Comisión Federal de Electricidad como un programa complementario a los anteriores para electrificar a los poblados beneficiarios de los otros dos convenios, el convenio con la Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas sobre sistemas de agua potable y obras de caminos rurales y, finalmente, un convenio firmado con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y la de Agricultura y Recursos Hidráulicos para la creación de empleo a través de sociedades cooperativas.

los recursos públicos en los centros urbanos y en las instituciones de seguridad social formales, dejando a amplios segmentos de población fuera de cualquier tipo de protección pública.

En materia de seguridad social, en 1973 se reformó la Ley del Seguro Social (LSS) del IMSS con la intención de ampliar la protección obligatoria a toda la población económicamente activa, incorporando especialmente, a los trabajadores del medio rural. Con ello se pretendía hacer obligatoria la seguridad social para los sectores que inicialmente fueron dejados al margen. La extensión del régimen obligatorio de la seguridad social a los trabajadores agrícolas seguía conservando el carácter contractual de la Ley original de 1943, por lo que la protección social sólo se garantizaba para aquella población que contaba con un contrato formal de trabajo. Tratando de superar este obstáculo e incluir al mayor número de personas, en 1974 se reformó el artículo 123 constitucional⁹⁹ para considerar el acceso de los campesinos y de los no asalariados a la seguridad social. Ordóñez (2002:100) considera que, si bien esto podría traducirse en la práctica en el derecho de todos los individuos y sus familias a gozar de estos beneficios, en la realidad sólo “ha quedado como un propósito de gobierno. Quizás como una forma jurídica de completar las responsabilidades sociales del Estado con la población en edad de trabajar”. Estas reformas a la LSS y al artículo 123 y las posteriores (seguridad obligatoria para trabajadoras domésticas, ejidatarios y pequeños propietarios) han seguido la vía del *jure* para garantizar formalmente una serie de derechos a los ciudadanos que de *facto* no han logrado hacerlos efectivos.

Junto con la gran presencia de la política de combate a la pobreza, la política pública de educación, vivienda y alimentación mostró también grandes avances. En lo que se refiere a la política educativa durante los años que van de 1973 a 1982, destaca la preocupación del Estado por hacer efectivo el derecho a la educación, intentando sortear los problemas de acceso a la oferta de servicios. Durante estos años se pretendió resolver los rezagos de la política relacionados principalmente con la deficiente cobertura de la demanda, la desigualdad en el acceso a los servicios educativos y con los problemas de exclusión que presentaban los niveles de enseñanza más altos. La estrategia pública diseñada para tales

⁹⁹ La reforma establecía que “Es de utilidad pública la Ley de Seguridad Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”. (DOF, 31-XII-1974).

fines contempló: incrementar la cobertura de la enseñanza primaria, especialmente a las comunidades rurales; programas para alfabetizar a la población; planes y programas de adiestramiento tecnológico para actividades agrícolas, pesqueras e industriales; la apertura de nuevos centros de educación media, media superior y superior y programas de apoyo a la investigación.

Con el ánimo de hacer realidad el derecho social a la educación primaria, el gobierno de Luis Echeverría (1971-1976) fundó el Consejo Nacional de Fomento Educativo en 1971 que desarrollaría un papel importante en los años posteriores al facilitar el acceso a la educación elemental a las comunidades rurales más marginadas y se instrumentaron modalidades intensivas y abiertas para realizar estos estudios (Prawda, 1987:31; Latapí, 1975:1331; citados en Ordóñez, 2002:104). Para atender el problema del analfabetismo, a finales del gobierno de López Portillo (1977-1982) se ejecutó el Programa Nacional de Alfabetización y se creó el Instituto Nacional de Educación de los Adultos; el desempeño de ambos logró reducir el analfabetismo del 25 al 17 por ciento de la población (Ordóñez, 2002:107). Continuando la estrategia del periodo anterior de adiestramiento tecnológico para el trabajo, los gobiernos de Echeverría y López Portillo crearon varios centros de formación profesional y enseñanza técnica: escuelas técnicas secundarias, centros de estudios tecnológicos a nivel bachillerato e institutos tecnológicos superiores. Una estrategia relacionada con el combate al problema de la desigualdad y la exclusión en el acceso a la educación fue la creación de múltiples centros educativos de nivel medio superior y superiores, bajo el supuesto de que la apertura de estos planteles garantizaría el acceso a amplios sectores de la población disminuyendo la desigualdad y la exclusión -más alta a medida que se incrementaba el nivel de enseñanza- que existía en estos niveles.¹⁰⁰ Finalmente, una novedad de la política durante este subperiodo fue la creación y financiación de programas de apoyo a la investigación, donde destaca la creación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) que se convertiría en la entidad rectora de esta actividad en el país.

¹⁰⁰ Una explicación sobre el incremento de centros de educación media superior y superior que se dio en México durante la década de los setenta sostiene que éste debe entenderse a la luz de la represión del movimiento estudiantil de 1968. Esta estrategia del Estado en materia de educación superior, en especial, en lo que se refiere a la creación de centros de investigación y de educación superior – particularmente, la Universidad Autónoma Metropolitana (1973) y la Universidad Pedagógica Nacional (1978)- responden a una estrategia gubernamental para congraciarse con aquellos sectores de la sociedad con fuertes demandas políticas insatisfechas.

La gran actividad de la política educativa en este subperiodo se refleja en el gasto público, donde los presupuestos educativos crecieron durante estos años a un promedio anual de 13.7%, duplicando su volumen en términos del PIB (de 1.9 a 3.8%) y alcanzando el valor más alto hasta entonces (Ordóñez, 2002:106-7). Si bien se registraron grandes logros, la política educativa siguió presentando deficiencias, especialmente en lo que se refiere a la cobertura de la demanda y a la desigualdad subsistente en cuanto al ámbito (urbano o regional) y al sexo (mujeres con tasas más altas de analfabetismo y de menor escolaridad). La política de vivienda que había registrado un avance considerable en los años anteriores -articulada en un entramado institucional que tenía como pilares al INFONAVIT y al FOVISSSTE- continuó desempeñando un papel activo, consolidando una posición dominante en la construcción y la financiación habitacional.¹⁰¹ Durante estos años se fortalecieron a los organismos e instituciones públicas que proporcionaban vivienda a grupos asegurados (INFONAVIT, FOVISSSTE, CFE, PEMEX), por lo que el compromiso estatal de provisión de vivienda se centró también en aquella población incorporada al sector formal de la economía y, especialmente, a los sectores industriales y urbanos, dejando fuera de la oferta inmobiliaria pública al resto de la sociedad que no era beneficiaria de estos organismos. Con esta tendencia la política habitacional del Estado perpetuó las inequidades que existían en la distribución de los beneficios al privilegiar a los sectores urbanos con mayor capacidad de pago y con empleo formal. La tabla No. 10 muestra la composición de los beneficiarios en materia de vivienda según el nivel de ingreso y las instituciones que les proveían de esta prestación en 1974. De la información presentada se puede desprender el pronunciado perfil urbano y segmentador que siguió esta política a favor de las capas medias urbanas que contaban con ingresos estables, atendiendo marginalmente a los sectores de bajos ingresos y con menor capacidad de pago en el área urbana y a los habitantes rurales.

¹⁰¹ Dentro de las acciones de este subperiodo destacan también el convenio entre la Secretaría de Asentamientos de Humanos y Obras Públicas y la COPLAMAR para mejorar la vivienda en el ámbito rural y la sustitución del FONHAPO y el INDECO por el Fideicomiso del Fondo Nacional de Habitaciones Populares (llamado también FONHAPO) (Ordóñez, 2002:109).

Tabla 10. Beneficiarios de las políticas de vivienda según nivel de ingresos e instituciones (porcentajes), 1974

Institución proveedora	Población con ingresos medios (predominantemente urbana)			Población de bajos ingresos (urbana y rural)	
	INFONAVIT (Antes el IMSS)	FOVI	Empleados públicos (DDF y de la Federación- FOVISSSTE-)	FONHAPO	INDECO
	40%	23,60%	21,2%*	5,50%	7,30%

* Los empleados de la Federación obtenían esta prestación a través del FOVISSSTE

Fuente: Elaboración propia con base en información de Ordóñez, (2002:108), nota al pie.

En el terreno de la política alimentaria se registraron novedades importantes. Durante estos años se crearon programas y estrategias orientados a mejorar el bienestar en el medio rural. La caída progresiva de la producción y del ingreso en el campo a partir de 1965 hacía urgente la intervención pública. Como se ha mencionado, para revertir el deterioro del campo y del bienestar de los habitantes de las zonas rurales se pusieron en marcha varias estrategias e iniciativas donde destacan: la inversión en proyectos productivos e infraestructura a través del PIDER; el rescate de los productores de alimentos básicos y la distribución de alimentos a la población rural (Programa CONASUPO-COPLAMAR) y otro programa complementario para fomentar la producción agrícola y mejorar la dieta básica (Sistema Alimentario Mexicano); estos dos últimos fueron creados a principios de los años ochenta. El Programa CONASUPO-COPLAMAR tenía como tarea central garantizar el abasto de alimentos a través de la regulación de precios de garantía y de la creación de incentivos (créditos y subsidios) para la producción agrícola. Al igual que el programa Conasupo-Coplamar, el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) otorgaba crédito y subvenciones para fomentar la producción agrícola con la intención final de reducir la dependencia alimentaria de maíz y frijol desde el exterior –apoyándose también en una política de precios de garantía más altos-, a la vez que pretendía mejorar el consumo alimenticio asegurando la distribución de alimentos para la población que estaba en situación de desnutrición y subsidiaba el consumo con el propósito de mejorar la dieta. A pesar de estos programas, esta política no modificó la situación previa a la década de los setenta ni logró revertir la desigualdad en la distribución del consumo de alimentos entre sectores de la población; los mayores beneficiarios siguieron siendo los grupos urbanos con ingresos medios mientras que los habitantes rurales y la población de escasos recursos fue beneficiada en menor medida (Spalding, 1985; Lustig, 1989; citadas en Ordóñez, 2002:112-4).

Los años que componen este subperiodo fueron muy activos en lo que respecta a la creación de instituciones y políticas públicas de atención al bienestar, así como los de mayor crecimiento del gasto social. Esta etapa resulta clave para comprender el carácter actual del régimen de bienestar mexicano por dos motivos, porque durante ella se crearon las instituciones que fungirían como los pilares de la política de bienestar social del país -IMSS, SSA, INFONAVIT, ISSSTE, FOVISSSTE-,¹⁰² así como por vincular la derechohabiencia (especialmente, en lo que se refiere a prestaciones de seguridad social y vivienda) a una base contractual-contributiva, estableciendo así el empleo formal y la contribución como los principios rectores para el acceso de los mexicanos a los servicios y las prestaciones de bienestar. Si bien la etapa posrevolucionaria imprimió características importantes al modelo de bienestar social, fueron los años de 1940 a 1982 durante los cuales se perfilaron los rasgos característicos del régimen de bienestar mexicano que sufriría alteraciones mediante reformas sucesivas a partir de la década de los ochenta. Los cimientos del sistema de bienestar mexicano actual descansan sobre la base de un orden político posrevolucionario corporativo, autoritario y proclive a medidas paternalistas – antes que a acciones efectivas de reconocimiento de derechos- y sobre una estrecha relación entre la política económica y la política de bienestar que han generado una arquitectura de bienestar dual y estratificada.

Barba (2004:28,29) ha puntualizado algunos elementos que distinguen el modelo de bienestar social que se desarrolló durante este periodo:

- Un mercado de trabajo que funcionaba bajo el modelo de “*breadwinner system*”.
- Un programa de reforma agraria como elemento discursivo del régimen político utilizado como control social.
- Instituciones asistenciales que proveían atención de la salud primaria para la población abierta y ayudas familiares (sobre todo a través de programas de alimentación materno-infantil) para la población urbana no derechohabiente.

¹⁰² La política pública de atención al bienestar se articuló alrededor de estas instituciones en torno a varios ejes: salud, seguridad social, educación, vivienda y alimentación. Las instituciones creadas durante estas cuatro décadas - la única excepción sería la SEP que había sido creada en 1921- se convirtieron en los pilares de la política de bienestar social del país en materia de salud, seguridad social y vivienda, mientras que en el terreno alimentario la política fue más errática. Si bien la creación de la CONASUPO y sus programas supuso un gran avance en esta materia, en la práctica surgieron problemas operativos y restricciones financieras que limitaron su actuación y mermaron sus objetivos por lo que no logró consolidarse como una institución clave como sí lo hicieron las otras instituciones en los demás ámbitos.

- Un sistema educativo que segmentaba a la población escolar (privilegiando a la población urbana de clase media) y que sólo alcanzó niveles de universalidad en el nivel primario.
- Un tejido de instituciones de seguridad social destinado a los trabajadores urbanos del empleo formal que los segmentaba según su adscripción (empleados privados, públicos, fuerzas armadas, petroleros, etc). Este tejido institucional funcionó como el “mecanismo de articulación entre el modelo ISI, el intercambio corporativo entre el Estado y sus aliados urbanos de la coalición industrializadora y el *breadwinner system*” (Barba, 2004:29).
- Políticas alimentarias con un marcado perfil urbano que transfirieron recursos a sus sectores medios y populares, marginando a la población rural.
- Programas de vivienda que tenían como destinatarios a la misma población beneficiaria de la seguridad social, reproduciendo su carácter segmentario y estratificador de la estructura social.
- Programas de infraestructura social vinculados a intercambios clientelares bajo fines electorales.
- Programas sociales focalizados para reasignar recursos al ámbito rural (surgidos en 1973), que en general operaron con bajos niveles de coordinación y una duplicidad de tareas, fueron efímeros y utilizados con fines políticos.

A manera de resumen, la siguiente sección describe la arquitectura de este régimen de bienestar durante el periodo analizado, destacando algunos de los elementos referidos arriba. Al mismo tiempo, aborda las consecuencias que esta arquitectura ha tenido analizando los rendimientos o productos de bienestar que ha generado, así como sus efectos sobre la estructura social.

3. RESULTADOS DE BIENESTAR Y EFECTOS DE ESTRATIFICACIÓN DEL RÉGIMEN DE BIENESTAR MEXICANO, 1940-1982

Durante estas cuatro décadas los servicios de atención al bienestar dieron cuenta de un modelo de bienestar social que tenía como nota distintiva la tutela del Estado en la provisión de servicios relacionados con la educación, la salud, la previsión social, la vivienda y la alimentación. El Estado intervino –no sin serias limitaciones- en casi todos los ámbitos del bienestar que eran responsabilidad pública en los Estados del Bienestar

avanzados.¹⁰³ Sin embargo, esta intervención estuvo condicionada por dos elementos que hacen peculiar el régimen de bienestar social del país: la lógica del orden político autoritario, corporativo y clientelar y la estrecha relación que se estableció entre la política de bienestar y la política económica de la industrialización.¹⁰⁴ La política pública de atención al bienestar se articuló alrededor de las necesidades del modelo económico ISI funcionando en algunos momentos como apoyo a éste y otras veces intentando corregir sus fallos (Ordóñez, 2002; Barba, 2004). La vinculación de esta política a los intereses del proyecto económico en un escenario político marcado por la presencia de mecanismos autoritarios hizo que la política del bienestar se convirtiera en un reflejo del orden político corporativo, reproduciendo las desigualdades sociales que tenían su origen en el plano económico (entre los trabajadores clave de la industrialización y aquellos que no eran útiles al modelo) y político (entre los sectores que estaban incorporados al partido hegemónico y los que estaban fuera de él). La responsabilidad pública sobre el bienestar social estuvo condicionada por este contexto, por lo que las instituciones de protección social y los servicios de bienestar que se desplegaron durante estos años conformaron un sistema dual y estratificado que reforzó las inequidades entre los mexicanos.

En lo que al carácter dual o segmentador del sistema de bienestar social se refiere, es posible ubicar sus orígenes en el propio diseño constitucional que distinguía entre derechos universales y derechos de los trabajadores, generando dos sistemas de bienestar: el seguro social contributivo y la asistencia social (Laurell, 1996). Barba (2004:19,28) sostiene que la dualización del bienestar en el país se manifiesta materialmente en el hecho de que se privilegió la protección de los sectores urbanos organizados que eran funcionales al proyecto económico ISI mientras que se limitó el acceso a la protección estatal a la población que no resultaba relevante para dicho modelo. Este esquema dual: grandes beneficios para los sectores de población relevantes para la economía y beneficios limitados o nulos para el resto de población no relevante, dio lugar a un sistema de bienestar que orientó de forma privilegiada los servicios de atención del

¹⁰³ Las excepciones fueron la intervención pública para la promoción del pleno empleo y los programas de asignaciones familiares para la distribución de la renta entre hogares.

¹⁰⁴ Esta aseveración se apoya en la idea de Barba (2003 TIII:728; citado en 2004) quien sostiene que el orden institucional del régimen de bienestar que estuvo vigente hasta 1982 fue producto de una doble racionalidad, la del poder político y la de la estrategia económica -ello en un intento por caracterizar el régimen político según una concepción de economía política como un arreglo institucional entre la esfera económica, las instituciones políticas y sociales-. Por lo que el entramado institucional obedeció así a un doble intento, mantener el control social y legitimar el orden político y apoyar el proyecto económico transfiriendo recursos a los grupos sobre los que descansaba la estrategia económica.

bienestar a los sectores medios urbanos organizados que laboraban formalmente en las actividades clave de la economía (siendo los mayores beneficiarios los trabajadores urbanos organizados, empleados públicos y las clases medias) y excluyó sistemáticamente a otros sectores (en su mayoría, campesinos, trabajadores informales urbanos y mujeres).

A imponer la dualización o segmentación como el patrón en la distribución del bienestar contribuyó en gran medida el diseño de la seguridad social que estableció un sistema de prestaciones y servicios bifurcado: uno para trabajadores formales que incluía las mayores prestaciones y era obligatorio según una base contributiva y otro para trabajadores que laboraban en actividades económicas no prioritarias o bien en el sector informal y que sólo incluía un mínimo de garantías. Esta segmentación coexistió con una estratificación para los trabajadores formales basada en un esquema de beneficios clientelares que operaban en función de la pertenencia a diferentes organizaciones corporativas constituidas por categorías laborales -donde el rango de las prestaciones dependía de la intermediación sindical-. Este esquema de beneficios diferenciados según la adscripción laboral (o mejor dicho, sindical) generó un modelo de protección estratificada para el trabajador formal.

La estratificación en el acceso a los servicios de bienestar entre diferentes grupos de trabajadores se produjo cuando se otorgaron amplias prestaciones en forma de privilegios a aquellos trabajadores que pertenecían a empresas paraestatales -petroleros de PEMEX y electricistas de la CFE, principalmente- y a los trabajadores del Estado mientras que otras categorías de trabajadores formales gozaban sólo de un mínimo de prestaciones. Esta estratificación de los servicios del bienestar y de las prestaciones sociales según diferentes categorías ocupacionales y sindicales estaba estrechamente vinculada a la naturaleza corporativa del Estado mexicano que se apoyaba en prácticas clientelares de intercambio de apoyo político por prestaciones de bienestar; de ahí que las diferencias en la cantidad y la calidad de los beneficios entre los diversos grupos de trabajadores se expliquen por el poder de negociación de sus sindicatos vinculados a una corporación sectorial del partido hegemónico (Gordon, 1999). Bajo una lógica clientelar los servicios y las prestaciones de bienestar se estratificaron por categorías de beneficiarios y dicha segmentación reprodujo una estructura de ingresos y una estructura societal determinada, concentrando la mayor parte de los elementos de bienestar en el mercado de trabajo

formal, la población urbana y en las clases medias, que contaban con ingresos estables y elevados.

Mientras que la estratificación generó un esquema de beneficios diferenciados para el trabajador formal según la categoría ocupacional, el carácter dual del sistema del bienestar derivó en dos consecuencias importantes: una diferenciación marcada en el acceso a los servicios de bienestar entre los habitantes del campo y los de la ciudad y entre el trabajador del sector formal de la economía y el trabajador informal. Bajo este esquema, la población rural estuvo fuera de los objetivos de la protección social y de los servicios públicos de bienestar hasta la década de los setenta, cuando fue incorporada bajo una filosofía más acorde a un paternalismo que a derechos de ciudadanía social; mientras que los trabajadores del sector informal vieron limitado su acceso a los servicios de bienestar y a las prestaciones sociales. El hecho de que gran parte de los servicios y las prestaciones de bienestar fueran de base contributiva hizo que grandes grupos de la población quedaran fuera de la protección estatal. El esquema de derechohabiente contributiva marginó a los trabajadores del sector informal que resultaban ser los grupos más vulnerables al no contar con un salario seguro y tener ingresos precarios.

Bajo los patrones de segmentación y estratificación se construyó durante este periodo un sistema de protección social -que está vigente hasta nuestros días- socialmente regresivo que aseguraba una cobertura diferenciada para los trabajadores formales de la economía urbana y que dejaba fuera ella o confería menores prestaciones a los trabajadores informales y del medio rural, quienes, paradójicamente, resultaban ser los más necesitados de estos servicios.

La cobertura en materia de seguridad social es un indicador aproximado de los resultados en términos de bienestar que arroja el régimen para este periodo. Esto nos permite ver quiénes están dentro de la protección estatal y quiénes fuera, en especial, interesa analizar quiénes quedan fuera porque nos permite aproximarnos a la fragilidad o fortaleza del Estado para asegurar servicios de bienestar a sus habitantes. La tabla No. 11 muestra el número de asegurados en el país de 1960 a 1982, indicando el porcentaje de la población nacional que gozaba de los servicios y las prestaciones de la seguridad social (protección ante enfermedades generales y maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, vejez, invalidez y muerte), mientras que evidencia también la proporción de ciudadanos

que carecían de estos beneficios de bienestar. A partir de sus resultados se puede observar cómo se fue incrementando paulatinamente la cobertura en dos décadas, pasando del 11 por ciento de asegurados a cubrir a cerca de la mitad de la población (46 por ciento) en 1982. Ofrece también información sobre las diferencias que existían en la cobertura según se tratase de las zonas urbanas o del ámbito rural; destacando el rasgo eminentemente urbano de la seguridad social, donde el 93,1 por ciento de la población asegurada procedía de este ámbito en detrimento de la protección de los habitantes de las zonas rurales.

Tabla 11. Población con protección social por el mecanismo de la Seguridad Social en México, 1960-1982

Año	Derechohabientes en el país				Derechohabientes según las principales instituciones de Seguridad Social					
			Ámbito		Derechohabientes del IMSS (miles)			Derechohabientes del ISSSTE (miles)		
	Total (miles)	% población nacional	Urbano	Rural	Afiliados	Familiares y pensionados	Total	Afiliados	Familiares y pensionados	Total
1960	3848	11	96,5	3,5	1201	2159	3360	130	358	488
1961	4567	12,6	94,5	5,5	1419	2645	4064	133	370	503
1962	5288	14,1	94,6	5,4	1594	3183	4777	134	377	511
1963	5800	15	94,4	5,6	1703	3497	5200	163	437	600
1964	7003	17,5	88,9	11,1	2070	4277	6347	177	479	656
1965	7887	19	89,7	10,3	2210	4606	6816	261	810	1071
1966	8171	19,1	89,5	10,5	2315	4860	7175	301	695	996
1967	8828	19,9	90,2	9,8	2447	5164	7611	368	849	1217
1968	9440	20,6	89,9	10,1	2633	5554	8187	391	862	1253
1969	10403	22	90,7	9,3	2902	6174	9076	421	906	1327
1970	11121	23,1	90,7	9,3	3121	6652	9773	431	917	1348
1971	12015	24,1	90,1	9,9	3233	7197	10430	469	1116	1585
1972	13405	26	89,1	10,9	3581	8011	11592	532	1281	1813
1973	15966	30	90,4	9,6	3901	9976	13877	617	1471	2088
1974	17212	31,3	91,3	8,7	4020	10286	14306	856	2050	2906
1975	19787	34,8	91,3	8,7	4306	12032	16338	1013	2436	3449
1976	20471	34,9	91,9	8,1	4338	12214	16552	1087	2832	3919
1977	21745	35,9	91,9	8,1	4554	12824	17378	1213	3154	4367
1978	24784	39,6	92,3	7,7	5157	14632	19789	1438	3556	4994
1979	25867	40	92,8	7,2	5500	15488	20988	1408	3472	4880
1980	29110	43,5	93,5	6,5	6369	17756	24125	1435	3550	4985
1981	32235	47,3	93,1	6,9	7112	19804	26916	1532	3788	5320
1982	32353	46,5	93,1	6,9	7037	19848	26885	1584	3884	5468

Fuente: Ordóñez (2002), cuadros 8 y 10

Además de los rasgos mencionados, otra característica de la política de bienestar de este periodo fue la mezcla que se dio entre universalismo y conservadurismo (Gordon, 1999). La puesta en marcha de esta política supuso la combinación entre objetivos universalistas donde el disfrute del bienestar se concebía como un derecho y una noción conservadora donde el acceso a los servicios y las prestaciones de bienestar estaba mediatizado por la contribución que se hiciera a los mismos. La concepción universalista que sostenía el disfrute de elementos de bienestar como un derecho universal garantizado por el Estado era la que guiaba la política educativa. A pesar de los problemas prácticos por garantizar la educación primaria universal, el principio que orientaba la provisión pública en este rubro era el de un derecho social. Mientras que un conservadurismo orientó la provisión

de otros servicios de bienestar, en especial, los que se refieren a la seguridad social y la vivienda. Lejos de intentar garantizar la igualdad y la redistribución material –como pretendían los objetivos universalistas-, las prestaciones de la seguridad social y de vivienda estaban condicionadas por una base contributiva que favorecía la desigualdad social. La lógica que guió la intervención pública en la distribución del bienestar no fue la de la construcción de una ciudadanía social; en lugar de ciudadanos, el régimen político privilegió a sus clientelas y a los sectores económicos funcionales al proyecto de industrialización. Lejos de intentar garantizar derechos de ciudadanía social, otorgaba privilegios a una parte de los habitantes que eran funcionales al modelo económico o al sistema político que se encontraban organizados en estructuras corporativas (donde los grandes beneficiarios fueron los trabajadores al servicio del Estado y de las empresas paraestatales agrupados en sindicatos), por lo que esta filosofía puede denominarse como aquella que intenta garantizar derechos de “ciudadanía corporativa” antes que derechos de ciudadanía social.

La combinación entre universalismo y conservadurismo tuvo a un éste último como la concepción dominante en la solidaridad del modelo de protección social mexicano. Sólo la educación, la política alimentaria y la salud primaria se financiaron a través de la tributación general distribuyendo el riesgo entre toda la población, mientras que la seguridad social y la vivienda –en su mayoría- lo hicieron de manera contributiva a través de un esquema tripartito (Estado-patrón-trabajador).¹⁰⁵ Así, el modelo de solidaridad del régimen de bienestar no contempló un reparto colectivo de los riesgos entre todos los habitantes sino que el riesgo fue compartido en función de la pertenencia a una organización o categoría socio profesional. La paradoja del régimen de bienestar mexicano es que, si bien no se dio un universalismo en la provisión, la financiación de los servicios de bienestar que estaban destinados a la población derechohabiente contributiva fue más o menos universal, pues el Estado destinaba gran parte del presupuesto público a su financiación en una lógica clientelar de intercambio de prestaciones de bienestar por apoyo político.

¹⁰⁵ En lo que respecta a la seguridad social, el único esquema en donde la solidaridad fue un valor dominante de este modelo de protección social fue en el sistema de pensiones (hasta 1992) que se basó en un régimen de reparto en donde las contribuciones de la generación presente financiaban las de las generaciones futuras.

Siguiendo a Barba (2004:29) es posible sostener que el régimen de bienestar mexicano desplegado durante este periodo puede interpretarse como el producto de una serie de elementos que se aplicaron en el plano social bajo una lógica de segmentación, articulándose según:

- Un orden político de prácticas e instituciones políticas autoritarias
- Una política social que combina servicios sociales de corte universal con programas focalizados para el combate de la pobreza que están desconectados del modelo de acumulación y con programas de apoyo a estrategias familiares.
- Una distribución de los servicios y las prestaciones de bienestar que se materializa en instituciones de seguridad social excluyentes y en instituciones asistenciales que no ofrecían derechos sociales a sus beneficiarios.

La tabla No. 12 intenta resumir de manera esquemática los rasgos que definen el régimen de bienestar mexicano durante estas cuatro décadas que se caracterizan por la vinculación especial entre las políticas de bienestar y el proyecto económico de la industrialización del país.

Tabla 12. Características del Régimen de Bienestar en México, 1940-1982

I. Instituciones que participan en la producción de bienestar	
<ul style="list-style-type: none"> • Estado • Mercado • Familia 	Nivel de participación: Central Marginal Subsidiaria
II. Desempeño de la política pública de bienestar	
<ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza de la política (tipo de programas dominantes) • Tipo de riesgos que cubren los programas de bienestar (rango de riesgos cubiertos) • Principales políticas de bienestar que pone en marcha el Estado • Criterio predominante para la distribución del bienestar (como un derecho universal, contributivo o por situación de necesidad) • Nivel de beneficios que asegura la política pública. 	Existe una mezcla entre programas universales y selectivos, donde predominan estos últimos con base en una lógica corporativa. - Enfermedades generales y maternidad - Vejez, invalidez y muerte - Accidentes y enfermedades profesionales - Abastecimiento de alimentos básicos - Habitación Educación, seguridad social, salud, vivienda y alimentación. La figura contributiva a través del seguro social es el criterio dominante, aunque se combina con prestaciones universales (otorgadas como servicios públicos) y asistenciales (que requieren comprobación de medios) que tienen una menor presencia en las políticas de bienestar. Diferenciados según el grupo de población del que se trate. Los beneficios y las prestaciones sociales que se desprenden de las políticas

	<p>de bienestar son, en su mayoría, limitados y estratificados según la ocupación. Los principales beneficios que garantiza son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Educación primaria gratuita (como una prestación universal) -Seguridad social (bajo un criterio contributivo ofrece beneficios estratificados según la ocupación). -Salud. Bajo un esquema dual, de asistencia social y seguro social. Ofrece atención primaria para amplios sectores de la población (bajo la modalidad de asistencia) y atención especializada y servicios farmacéuticos sólo para derechohabientes (bajo la modalidad del seguro social). -Vivienda (prestación disponible en su gran mayoría sólo a través del seguro social). -Alimentación (bajo la modalidad de asistencia social, previa comprobación de medios).
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de cobertura de la población • Compromiso con el pleno empleo • Valor que guía la intervención estatal (la redistribución o el mérito) 	<p>Bajo nivel de cobertura para la población en general.</p> <p>No existe. El pleno empleo no es uno de los objetivos de la política de bienestar.* La política ha tenido poco éxito en mercantilizar la fuerza de trabajo (la mayor mercantilización se logró en los sectores industriales y de servicios de la economía urbana), por lo que coexisten ingresos formales con ingresos informales.</p> <p>La redistribución no es el objetivo central de las políticas de bienestar. Más que buscar las transferencias de ingresos entre diversos sectores económicos y sociales para atenuar las desigualdades, las reproduce –sin alterar la estructura de la distribución existente–, concentrando el bienestar en beneficio de los estratos sociales y económicos de clase media urbana.</p>
III. Efectos de estratificación del régimen	
<ul style="list-style-type: none"> • Modo de solidaridad predominante (según el patrón de financiamiento de las principales políticas de bienestar). • Principales categorías de beneficiarios de las políticas de bienestar • Modalidad dominante de la provisión de bienestar • Sistema de valores familiares que reproduce • Tipo de ciudadanía que supone 	<p>Acorde con el patrón dominante para la distribución del bienestar –de base contributiva–, el modo de solidaridad del régimen puede denominarse Corporativista Contributivo.</p> <p>No considera un reparto colectivo de los riesgos (sobre una base impositiva) sino un planteamiento corporativista en el que los riesgos se comparten en función de la pertenencia a una categoría ocupacional sobre una base contributiva.</p> <p>Sectores urbanos y clases medias relevantes para el modelo económico de industrialización (trabajador industrial y de servicios) y para la legitimidad del orden político (trabajadores del sector paraestatal – PEMEX, CFE y profesores- y militares).</p> <p>Estatual y familiar</p> <p>Al priorizarse la protección del trabajador industrial, se favoreció especialmente al obrero industrial y al burócrata que eran predominantemente masculinos –especialmente, el obrero–, reproduciendo un modelo de protección del “varón cabeza de familia” (<i>male bread-winner model</i>) del que se hacía depender el bienestar del resto de la unidad familiar.</p> <p>“Ciudadanía Corporativa” adscrita a una fuente laboral más que de Derechos Sociales. **</p>

* Aunque se crearon programas de adiestramiento técnico y para fomentar el empleo en las zonas rurales, fueron acciones aisladas y efímeras.

**En sentido estricto, las políticas de bienestar social mexicanas de este periodo son una mezcla entre derechos universales (en el caso de la educación primaria) y conservadurismo en donde los beneficios sociales se otorgan bajo una lógica contributiva vinculada al trabajo formal (la seguridad social).

Fuente: Elaboración propia

A manera de resumen es posible sostener que, a diferencia de las experiencias de los Estados del Bienestar desarrollados en Europa que implementaron tempranamente un robusto sistema de bienestar social, el régimen de bienestar que se forjó en México durante el periodo que va de 1917 a 1982 fue limitado y segmentado: garantizó la protección universal sólo en ciertos rubros (educación y salud preventiva) con tímidas y erráticas intervenciones en el resto de servicios de bienestar (alimentación y vivienda), estableció categorías de beneficiarios (en particular a los trabajadores del sector público y paraestatal) segmentando el bienestar y excluyó de la protección estatal a grandes sectores de la población, especialmente aquellos que no contaban con un contrato formal de trabajo. La filosofía que guió la intervención pública en la distribución del bienestar no fue la de garantizar derechos de ciudadanía social, sino la de otorgar derechos a los habitantes que eran funcionales al modelo económico y al sistema político y que se encontraban organizados en estructuras corporativas. Estas intervenciones dan cuenta de que en la concepción dominante en el diseño de un sistema de protección social en México estuvo ausente la intención de desarrollar una ciudadanía social a través de la extensión de derechos sociales universales (Farfán, 1997: 35-6; Ordóñez, 2002; Barba, 2004), mientras que primó la noción de la política social como una política clientelar al servicio de los intereses económicos y de legitimación y consolidación de un orden político autoritario (Barba, 2004: 27).¹⁰⁶ Por ello, más que avanzar en la construcción de un Estado del bienestar que garantizara el acceso universal a los servicios básicos de bienestar y la protección integral frente a los riesgos sociales, los rasgos distintivos del régimen del bienestar mexicano durante este periodo fueron la dualización y la estratificación -como el reflejo de la “clienterización del bienestar a través de la mediación de estructuras corporativas-.

¹⁰⁶ Barba (Barba, 2003:677-695; citado en Barba, 2004: 27) destaca el fuerte legado que tuvo el régimen autoritario en la construcción del régimen del bienestar en el país. Sostiene que la herencia del periodo posrevolucionario (1917-1940) fue la de un orden sociopolítico autoritario y corporativo legitimado a través de su origen revolucionario, la de un Estado paternalista con una vocación fuertemente interventora en lo económico y en lo social que se apoyó en una estructura corporativa vertical de organizaciones obreras y campesinas y en una política social altamente clientelar. La política adquirió este carácter por el paternalismo estatal que proporcionaba beneficios a cambio de la subordinación a las formas de organización corporativa del partido oficial.

4. LA TRANSICIÓN DEL RÉGIMEN: DEL ESTADO DESARROLLISTA AL RÉGIMEN DE BIENESTAR RESIDUAL: 1983-2014.

La década de los ochenta marca el inicio de la transición del régimen de bienestar social heredado del Estado Desarrollista hacia un régimen más residual. Dicha transición puede analizarse en cuatro etapas: i) El sexenio inmediato al inicio de la crisis económica con Miguel de la Madrid (1982-1988); ii) la residualización de la política social, que incluye los años de la recuperación económica con Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) y la privatización de servicios con el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000); iii) las acciones de los gobiernos de la alternancia política (los sexenios de Vicente Fox (2000-2006) y Felipe Calderón (2006-2012)) que combinan políticas focalizadas con tímidos avances hacia procesos de universalización y; iv) una breve reflexión sobre los dos primeros años del gobierno de Enrique Peña Nieto con una marcada estrategia asistencialista.

La crisis económica de 1982 marca el fin de una etapa en la construcción del régimen de bienestar en el país que se caracterizó por una política social subordinada al modelo de desarrollo económico cuyo eje era la industrialización. Los efectos económicos de la crisis se hicieron patentes en la reducción del 30% del gasto en desarrollo social (Ordóñez, 2014:9). Con la contracción del gasto público, la política social dio un giro hacia programas residuales, desmantelando el Estado de bienestar desarrollista.

Los primeros años de la década de los ochenta marcan un parte aguas con respecto a los años anteriores. En estos años, el modelo de industrialización sustitutiva de importaciones (ISI) entró en una crisis grave y, a partir de entonces, el Estado Desarrollista experimentó un programa de reestructuración que pretendía modificar la estrategia económica orientando el mercado hacia el exterior. En 1982 la crisis económica fue de grandes proporciones, con una creciente deuda externa, elevadas tasas de inflación y un gran déficit público. Para resolver este problema el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988) firmó un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI) para renegociar la deuda y quedó condicionado a implementar un programa de ajuste al gasto público y a realizar reformas económicas. Las políticas de estabilización y de ajuste para reducir el déficit fiscal recomendadas por los organismos internacionales se centraron en el control de la inflación, la desregulación, la liberalización comercial, la reforma tributaria y la

privatización de las empresas estatales (como una forma de allegarse de recursos)¹⁰⁷. Las políticas de austeridad y de ajuste del gasto público que llevaron a cabo los gobiernos para combatir las crisis económicas (1982, 1994-1995) durante la década de los ochenta y noventa, implicaron una serie de reformas y recortes al gasto que afectaron seriamente a la política de bienestar social.

En este escenario de crisis, la década de los noventa marcó un giro en la política de bienestar social que se volvió cada vez más liberal y residual. La responsabilidad estatal se hizo cada vez más débil y fue cediendo el lugar a una responsabilidad individual, en donde los ciudadanos adquieren protección ante diversos riesgos a través del mercado. La incursión de la esfera privada en la provisión del bienestar se hizo manifiesta no sólo en la seguridad social (que terminó por transformar el seguro social en un seguro privado en cuanto al sistema de pensiones se refiere) sino también en los servicios de salud, donde los servicios privados crecieron también. El modelo de seguridad social que fue creado en los años cuarenta se transformó radicalmente en un modelo más residual de bienestar, haciendo del mercado un importante y, por tanto, haciendo de la incertidumbre la regla dominante en el bienestar futuro de los mexicanos. Las transformaciones más importantes de la política de bienestar social ocurrieron en materia de salud y seguridad social – especialmente, en el sistema de pensiones por jubilación del IMSS y el ISSSTE- durante la década de los noventa bajo los gobiernos Carlos Salinas de Gortari (1989-1994) y Ernesto Zedillo (1994-2000).

A) La contracción del gasto público y las políticas de bienestar: 1983-1988

Las políticas de ajuste estructural impuestas por el FMI en 1982, tuvieron un fuerte impacto sobre el presupuesto de los programas sociales (que descendió de 17.8% en 1981 a 5.7% en 1988 con relación al PIB, Ordóñez, 2014:20). Los programas más afectados

¹⁰⁷ Durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se pondrían en marcha las reformas estructurales establecidas por el FMI y el BM bajo el nombre de “Pacto de Estabilidad y Crecimiento Económico”, que tenía por estrategia la apertura comercial y la firma de un Tratado de Libre Comercio con los vecinos del norte, la desregulación económica y financiera y la privatización de importantes organismos paraestatales y de la propiedad ejidal. En esta misma tónica, el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000) continuó el proceso de reforma estructural a través de programas de estabilización económica como la “Alianza para la Recuperación Económica (1995)” o la “Alianza para el Crecimiento Económico” (1996), cuyos ejes continuaron siendo la desregulación, la liberalización financiera, la desincorporación de paraestatales y la reforma al sistema de pensiones del IMSS (Barba, 2004:33).

fueron los que se orientaban a combatir la pobreza rural, mientras que las áreas de atención que mayores recortes presupuestales tuvieron fueron: desarrollo regional (56%), desarrollo urbano (40%), educación (30%), salud (21%, especialmente la SSA cuyo descenso fue del 30%) (Ordóñez, 2002:118).

La mayoría de los programas de combate a la pobreza rural desaparecieron y sólo se salvaron de la extinción –que no del recorte - los programas que el IMSS y la CONASUPO tenían con COPLAMAR, así como las instituciones que tenían misiones específicas (Ordóñez, 2014:19-0 y 2002:116-120).¹⁰⁸

La política alimentaria experimentó una fuerte contracción durante este periodo. En 1983 se eliminó el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) y se reorientó la política de alimentos hacia los sectores más empobrecidos de la población. En ese mismo año, se crea el Programa para la Producción, Abasto y Control del paquete Básico de Consumo popular con el propósito de garantizar el abasto de productos básicos y proteger el poder adquisitivo y la CONASUPO reestructuró sus funciones y pasó de ser una institución distribuidora de alimentos y de aplicar subsidios generalizados a importadora de granos y aplicar subsidios focalizados (Barba (2003); en Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:284). Las acciones de subsidios focalizados beneficiaron mayoritariamente a los sectores urbanos y se aplicaron de manera irregular por la complejidad burocrática para acceder a los beneficios (Brachet y Sherraden, 1993:345; citado en Ordóñez, 2002:135).

De forma paradójica, en medio del descenso de los recursos destinados a los programas sociales y lo que parecía ser el desmantelamiento del Estado desarrollista del bienestar, en 1983 se reformó el artículo 4º. de la Constitución, estableciendo el derecho universal a la protección de la salud y al disfrute de una vivienda digna. La Constitución le otorgó al Estado un papel proactivo en materia de vivienda y de la salud, en un contexto de una severa crisis financiera.

La política educativa durante este periodo registró un descenso en las tasas de crecimiento que se habían registrado en el sexenio anterior en términos de infraestructura, número de

¹⁰⁸Los Programas del IMSS-COPLAMAR -dirigido a brindar servicios de salud en el medio rural- y el CONASUPO-COPLAMAR, cuyo objetivo era ofrecer productos básicos a precios baratos. Y los institutos y fideicomisos como el Instituto Nacional Indigenista (INI), el Fideicomiso de la Palma (FIDEPAL) y la Comisión Nacional de Zonas Áridas (CONAZA) (Ordóñez, 2002:119).

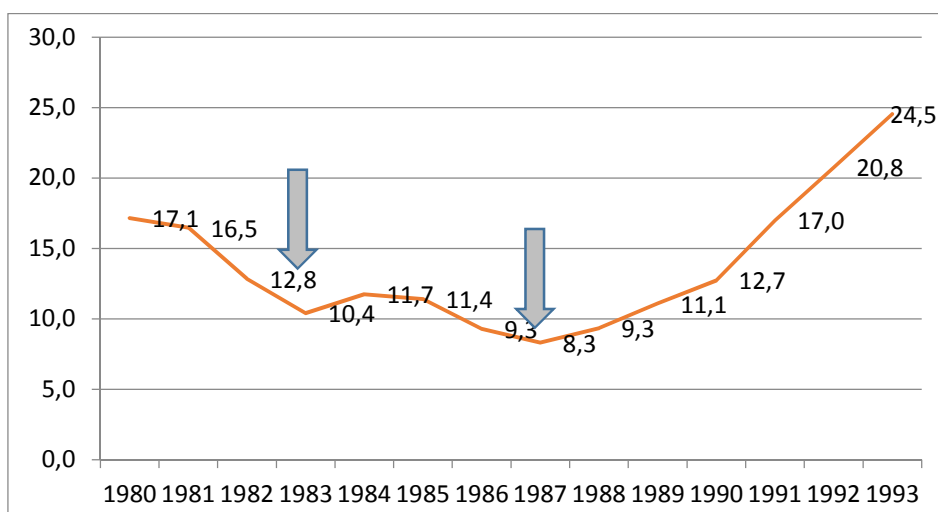
profesores y cobertura (Ordóñez, 2002:127-8). En términos del gasto público, en 1982 el gasto en educación representaba el 12.8 por ciento del gasto social y en 1983, había descendido al 10.4 por ciento, registrando el descenso más pronunciado en 1987 (8.3%), para continuar en ascenso en los años posteriores (Ver gráfica no. 4).¹⁰⁹

Entre 1983 y 1984, se establecieron las bases para la descentralización de la educación, donde la Secretaría de Educación Pública conservaría las funciones normativas, de evaluación y supervisión y las entidades federativas tendrían las facultades para la administración y coordinación de los servicios. En 1987, con excepción del Distrito Federal y el Estado de México, se habían transferido estas competencias a los gobiernos subnacionales, lográndose en 1993 la descentralización de los servicios a los 31 gobiernos estatales. (Ordóñez, 2002: 127).

Los logros más significativos en la política educativa durante el periodo que va de 1982 a 1988, son el descenso de la población en edad escolar que no asiste a la escuela primaria (de 4.7 millones a 2.5 millones) y el incremento en la proporción de mayores de 15 años con estudios posteriores a la instrucción primaria (que pasó de 9.9 a 21 millones) (Ordóñez, 2002:129).

¹⁰⁹ En 1986 se produjo un desplome de los precios internacionales del petróleo, lo que impactó negativamente en las finanzas públicas del país. “El choque externo en 1986 fue de magnitud muy considerable. La pérdida de ingresos por exportaciones petroleras fue equivalente a la pérdida de la producción total de alimentos en el país” (VI Informe de Gobierno, Miguel de la Madrid Hurtado). En 1987, el gasto público en educación se contrajo nuevamente, registrando un ascenso en los años posteriores, hasta representar en 1993 el 24.5 por ciento del gasto social.

Gráfica 4. Evolución del Gasto en Educación, 1980-1993



Fuente: Gasto neto devengado del gobierno federal por clasificación administrativa. CEFP, Cámara de Diputados

A raíz de la reforma, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se transformó en 1985 en Secretaría de Salud (SS) y se fomentó la descentralización de estos servicios hacia las entidades federativas y a los municipios bajo la figura de los Sistemas Estatales de Salud (SESA) y los Sistemas Locales de Salud (SILOS), respectivamente, en el marco del Sistema Nacional de Salud. El capítulo III analiza puntualmente la reforma a la política de salud desde 1983 en adelante, por lo que se comenta en este capítulo se comenta de manera general la evolución de la política.

A pesar de los problemas económicos, la seguridad social siguió creciendo en términos de provisión y cobertura, aunque de forma desigual entre el ámbito urbano y el rural, siendo las ciudades las que concentraron los beneficios¹¹⁰. En 1982 el 46.5 por ciento de la población contaba con algún tipo de cobertura y al final del sexenio (1988) el 54.4 por ciento de la población eran derechohabientes (Ordóñez, 2002, cuadros 10 y 13). Si bien los datos sobre la cobertura evidencian un ascenso, autores como Friedmann, Lusting y Legovini (1997:391-4, en Ordóñez, 2002:124), sostienen que es posible que el aumento de los derechohabientes esté relacionado con la disminución de los ingresos, lo que ocasionó que algunas personas que acudían a los servicios privados, optaran por la atención en las instituciones públicas.

¹¹⁰ En el sexenio de 1982-1988, los recursos destinados al Programa IMSS-COPLAMAR, cuya población objetivo era el ámbito rural, descendieron; la aportación de este programa a la salud asistencial pasó de 27.8% en 1982 a 13.9% en 1988 (Ordóñez, 2002:125).

Si bien la política de educación y de salud observaron un comportamiento parecido (menores ritmos de crecimiento de los indicadores de personal, cobertura e infraestructura), la política de vivienda registró una expansión acelerada,¹¹¹ un comportamiento atípico para el escenario de crisis económica. Derivado de la reforma al artículo cuarto de la Constitución en 1983 donde la vivienda se estableció como un derecho social, se creó la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE) (que tenía por objetivo coordinar la planeación territorial urbana, la gestión ambiental y la política de vivienda), el Sistema Nacional de Vivienda (que pretendía coordinar los esfuerzos gubernamentales dispersos en este sector) y, en 1984, el Programa Nacional para el Desarrollo de la Vivienda y, siguiendo la estrategia de la descentralización de los servicios públicos, se transfirieron a los estados y municipios las facultades de planeación y administración de sus territorios (Ordóñez, 2002:129-130).

La política de vivienda permitió extender la oferta habitacional hacia los sectores populares, con un sesgo hacia la población urbana. Combinó acciones de programas permanentes¹¹² con acciones puntuales, destacando en éstas últimas los programas de reconstrucción que se crearon para atender a la población que resultó damnificada por el sismo de 1985.

Durante la década de los ochenta, la arquitectura de la política social siguió la trayectoria que se había perfilado desde 1940 (programas sociales segmentados por grupos poblacionales), con beneficios diferenciados para la población. El cambio más significativo fue la eliminación y reducción del presupuesto de los programas de combate a la pobreza en el medio rural y la focalización de los subsidios al consumo, medidas que privilegiaron el medio urbano sobre el rural (Barba (2003); en Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:284).

¹¹¹ Algunas cifras sobre el número de acciones habitacionales que se desarrollaron durante este sexenio señalan que se superó en 32% a la cantidad que se registró entre 1925 y 1982 y el financiamiento habitacional aumentó en promedio 13.5% anual entre 1983 y 1988 (Ordóñez, 2002:131-132).

¹¹² Instituciones y fondos como el INFONAVIT, FOVISSSTE, FONHAPO y el Fondo de Vivienda para las fuerzas armadas (FOVIMI).

B) La residualización del bienestar: 1988-2000

Mientras que la política de bienestar social que se implementó durante el inicio de la crisis económica se caracterizó por el crecimiento modesto en la prestación de los servicios pero con un deterioro en términos de la calidad y por el sesgo en favor de la población urbana (Ordóñez, 2002:138), la década de los noventa marcará un giro en la participación del Estado en la financiación y provisión de prestaciones de bienestar. De manera general, las reformas de ajuste estructural que llevaron a la reducción del gasto público e incentivaron la presencia de privados en la oferta de servicios de bienestar, contribuyeron a minar la responsabilidad del Estado sobre la protección social de sus ciudadanos.

Si bien, durante esta época se observa una mayor presencia de agentes privados en la provisión de servicios de seguros y de educación y una menor presencia del Estado en la provisión, resulta paradójico observar también la creación de un ambicioso programa de combate a la pobreza, el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) que daría lugar a la creación de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 1992, la obligatoriedad de la educación secundaria y la reforma al artículo 3º. constitucional en 1993 que reconoció como un derecho social el acceso a los niveles básicos de enseñanza (instrucción preescolar, primaria y secundaria).

El PRONASOL surgió en enero de 1989 en medio de una crisis de legitimidad del gobierno entrante, por el desempeño económico del gobierno anterior y por una elección presidencial muy cuestionada en 1988. Ante los cuestionamientos de las elecciones del Ejecutivo, una de las primeras acciones del sexenio fue la creación de un programa social de sendos alcances.¹¹³ La política social del sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), tuvo como sello distintivo la focalización. Los programas y acciones se rigieron por una lógica de selectividad, donde los beneficiarios fueron la población en situación de pobreza y pobreza extrema (Ordóñez, 2002:140).

Durante el sexenio de Salinas las políticas sociales recibieron un financiamiento significativo, el crecimiento en promedio anual del presupuesto fue del 12%, recuperando

¹¹³ Algunos autores sostienen que el Pronasol utilizó las viejas prácticas clientelistas y sirvió para relegitimar al gobierno de Salinas y lograr el apoyo social a las políticas de ajuste (Barba, 2003, en Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:286).

los niveles de participación que tenía en 1981 y en 1994 alcanzó un máximo histórico del 9.2% del PIB (Ordóñez, 2014: 21).

Las áreas de política social que tuvieron un mayor crecimiento en el gasto programable fueron el desarrollo regional, desarrollo urbano, la educación y la salud, mientras que el gasto que decreció fue el que se destinaba a la CONASUPO (Ordóñez, 2002:141).

El periodo salinista se caracterizó por los procesos de descentralización de la salud y la educación. Aunque la transferencia de las competencias y recursos¹¹⁴ a las entidades federativas estuvo marcada por contradicciones, la toma de decisiones y los recursos financieros siguieron concentrados en la Federación, mientras que la operación y provisión de los servicios quedaron en manos de los gobiernos subnacionales (Barba 2003:801-804; citado en Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:285). La llamada descentralización de la salud no se correspondió con una vertebración del poder entre los tres órdenes de gobierno, sino que la Federación siguió concentrando las principales competencias en la toma de decisiones y las entidades federativas se convirtieron en meros ejecutores. Por ello, más que un proceso de descentralización se trató de un proceso de desconcentración de funciones de la federación hacia los estados y municipios.

En el caso de la salud, se desconcentraron los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para ser operados por los municipios pero que continuaron bajo la administración de funcionarios federales y este proceso estuvo marcado por las desigualdades regionales en cuanto recursos humanos, físicos y financieros (Barba 2003:811; citado en Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:285). Dentro de los logros de este periodo destacan las acciones preventivas y de vigilancia epidemiológica, como la creación del Consejo Nacional de Vacunación y el fortalecimiento de los programas de control y prevención de enfermedades infecto-contagiosas (Ordóñez, 2002:145).

La descentralización de la educación se llevó a cabo en 1993 a través del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica y Normal y la Ley General de Educación. Al igual que la salud, la transferencia de competencias a las entidades

¹¹⁴ A partir de 1990 se incrementaron los recursos financieros hacia los estados y municipios, sin embargo, casi la mitad de esos ingresos estuvieron condicionados por la Federación por lo que la decisión de inversión de las entidades federativas venía etiquetada previamente desde el centro. Para un análisis detallado sobre el proceso de descentralización fiscal en México, véase Hernández, D. y Villa, S. (2010).

federativas fue limitada, sólo se transfirieron recursos físicos y financieros (Barba, 2003; citado en Barba, Ordóñez y Valencia, 2007).

La política social del sexenio salinista incentivó la participación del sector privado en sectores como las pensiones y vivienda y supuso una orientación hacia acciones residuales con el papel central del programa focalizado PRONASOL de combate a la pobreza. Como ejemplos, entre 1992-1993 se creó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y se reformó el INFONAVIT, lo que permitió trasladar las operaciones financieras que realizaban las instituciones públicas de seguridad social al sector privado;¹¹⁵ y en 1993 se dio la focalización de subsidios a través de la creación de Procampo (Barba 2003; citado en Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:286).¹¹⁶

a) Las reformas liberalizadoras de la seguridad social: 1994-2000

La residualización del régimen de bienestar social en México se hizo más pronunciada durante el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000). En este periodo se reformaron los servicios de salud y el sistema de pensiones de los principales pilares de la seguridad social mexicana heredada del Estado Desarrollista: el IMSS y el ISSSTE, con lo que el Estado disminuyó su responsabilidad social en estos rubros. Mientras que los programas de combate a la pobreza se focalizaron aún más que en el periodo anterior.

Al igual que lo sucedido en 1982, los inicios del sexenio de 1994-2000, estuvieron marcados por una profunda crisis económica. En diciembre de 1994 el país entró en una crisis en donde se dio una severa devaluación de la moneda. Durante 1995, el gasto público se contrajo y el gasto social también; mientras que en 1994 este último representaba el 9.2 por ciento del PIB, en 1995 fue el 8.3 (cálculos propios con base en Anexo 2. Ordóñez, 2014). La crisis evidenció la fragilidad de la economía del país y permitió justificar los cambios que se produjeron en la política social.

¹¹⁵ El SAR fue creado en 1993 y sustituyó el sistema de reparto colectivo o de bolsa común, por una individualización de las aportaciones tripartitas que se depositaban en cuentas individuales únicas para cada pensionado. La reforma más profunda al sistema de pensiones ocurriría en el sexenio siguiente (1994-2000), cuando se modificaría la Ley del Seguro Social (1995) y la Ley de Sistemas de Ahorro para el retiro (1996) (Ordóñez, 2002: 150).

¹¹⁶ Procampo sustituyó los subsidios a los precios de los productos agrícolas básicos por subsidios focalizados en los productores de granos (Barba 2003; citado en Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:286).

En el escenario de crisis económica, la política social se supeditó a las estrategias económicas y modificó sus objetivos de intervención. Adquirieron protagonismo los programas de dotación de capital humano– Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA)- y de activación laboral (*workfare*) –Programa de Empleo Temporal y Programa de Becas de Capacitación para Desempleados que, aunque ya existía, adquirieron mayor presencia-. El programa de combate a la pobreza PRONASOL fue reemplazado por PROGRESA.¹¹⁷ Este reemplazo obedeció a tanto a razones económicas –la crisis- como políticas –la ruptura entre Zedillo y Salinas-(Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:287). A diferencia de PRONASOL, PROGRESA puso el acento en acciones de desarrollo de capital humano y en una mayor focalización (dirigía la atención a los grupos en pobreza extrema en el ámbito rural y a los segmentos más vulnerables). Se conservaron también los programas de subsidio a la oferta alimentaria como DICONSA, LICONSA Y FIDELIST (Barba, Ordóñez y Valencia, 2007:288).

La crisis financiera del sistema de pensiones del IMSS abrió el camino en 1992 para liberalizar el sistema de pensiones públicas de retiro de esa institución basado en el reparto general, incorporando un sistema privado de capitalización individual. Con esta modificación, se sometió al régimen de pensiones más importante de la seguridad social mexicana a la lógica del mercado y se preparó el terreno para la implantación de un régimen de pensiones privado. Estas acciones se llevaron a cabo bajo el argumento de que la privatización de las pensiones suponía una buena estrategia para resolver los problemas financieros que enfrentaba el sistema de reparto del IMSS y serviría para incrementar el ahorro interno de la economía mexicana y promover la creación de nuevas fuente de empleo, creando así un círculo virtuoso (Treviño y Álvarez, 2008:149; Barba T.III: 841-5, citado en Barba 2004:37).

La Ley del Seguro Social (DOF, 24 de febrero de 1992) en materia de pensiones por jubilación se reformó en 1992 con la intención de trasladar algunas actividades financieras realizadas por el IMSS al sector privado mediante la creación de un Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) en 1993. El SAR funcionaba como un mecanismo adicional de ahorro que consistía en la creación de cuentas individuales para los trabajadores del sector público y privado donde los patrones contribuían de forma

¹¹⁷ Para profundizar en las diferencias entre estos programas véase Ordóñez (2002), quien ofrece un análisis detallado sobre los programas de combate a la pobreza en México hasta el año 2000.

obligatoria (Hernández, 2009:144; Gutiérrez, 2002:103)¹¹⁸. Ulloa (1999:215) sostiene que el SAR surgió como una estrategia financiera de ahorro personal, adicional al sistema de reparto tradicional del IMSS que estaba vigente hasta entonces. Para esta autora, la puesta en marcha del SAR configuró un modelo de pensiones basado en dos grandes regímenes o pilares, el reparto y la capitalización individual, que involucraba una gestión privada o mixta. En esta primera etapa, la aportación individual fue concebida como complementaria al sistema de pensiones de reparto genérico; cohabitando así un sistema de reparto público y otro de ahorro privado. Para regular y supervisar el Sistema de Ahorro para el Retiro, en 1994 se creó la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) con una naturaleza tripartita y se expidió la Ley para la coordinación de los sistemas de ahorro para el retiro.

En 1995 se aprobó la Nueva Ley del Seguro Social (que entró en vigor en 1997), inspirada en la experiencia chilena de la reforma de los sistemas de pensiones que se llevó a cabo en la década de los ochenta (Briceño, 2008:178). Esta Ley estableció un nuevo régimen de pensiones basado en un sistema de capitalización individual administrado por instituciones privadas en donde la cuantía de la pensión por retiro¹¹⁹ dependería de la capacidad de ahorro del trabajador. El nuevo régimen de pensiones sustituyó al modelo de retiro basado en el sistema de reparto genérico por uno de capitalización o ahorro individual (donde los recursos provienen de cuotas patronales y del ahorro del trabajador), donde la acumulación de fondos y su inversión son gestionadas por entidades financieras privadas denominadas Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) y Sistemas de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (Siefores) (Treviño y Álvarez, 2008:149-150; Hernández, 2009:1148).¹²⁰

¹¹⁸ Los patrones estaban obligados a contribuir con el 2% de las nóminas de sus trabajadores a las instituciones bancarias que los trabajadores hubieran elegido, quienes cobraban a estos últimos los gastos de gestión asociados al manejo de cuentas. Esta contribución fija ha sido conocida también como la “cuota social”. (Scott, 2005: 64; Hernández, 2009:144-5). Una exposición más detallada sobre la historia y funcionamiento del SAR se presenta en Hernández (2009), especialmente Pp. 144-7.

¹¹⁹ La pensión o seguro de retiro correspondía en el antiguo sistema de pensiones al seguro por Cesantía en Edad Avanzada y Vejez que incluía también invalidez y muerte (IVCM). Con la reforma a la Ley del Seguro Social, el IVCM se descompuso en dos seguros: el de invalidez y vida (IV) y el de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV) (Gutiérrez, 2002:104).

¹²⁰ El nuevo modelo de capitalización individual generó la aparición de varias entidades financieras especializadas de carácter privado que obtienen beneficios ya sea por las comisiones que cobran al trabajador o por la rentabilidad que obtienen por la inversión de los fondos. Las Afores se encargarían de administrar el periodo de acumulación de fondos, mientras que las Siefores serían las encargadas de invertirlos y las aseguradoras de pensiones (AP) intervendrían en el periodo el que se tuviera que realizar el pago de las pensiones.

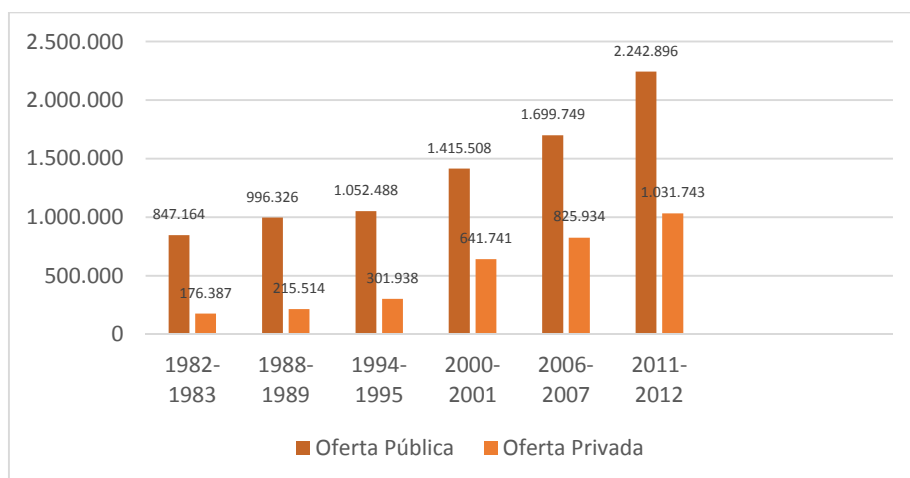
Con esta reforma se fortalecieron las entidades privadas pero no se lograron los objetivos de ahorro y de crecimiento que habían incentivado la puesta en marcha del nuevo sistema, los principales beneficiarios fueron las entidades financieras intermediarias, con lo que los ahorros de los trabajadores pasaron a beneficiar al sector privado y no lograron superar los problemas de financiamiento público (Ham y Ramírez, 2008: 9). Así, el sistema de retiro creado durante el Estado Desarrollista que se caracterizó por contar con beneficios definidos, estratificados y corporativos, por una gestión pública y por la dispersión institucional, fue reemplazado por otro de administración privada de cuentas de ahorro individuales en donde el esfuerzo personal a través de la contribución se asocia directamente con los beneficios de retiro, por lo que no logra corregir la diferenciación, desigualdad, dispersión, fragilidad y la limitada cobertura del modelo protección social anterior (Ham y Ramírez, 2008: 8).

El desmantelamiento del régimen público de pensiones colectivas con monto predefinido (o de beneficio definido) basado en el reparto y la solidaridad intergeneracional permitió también el reemplazo de la figura del seguro social por la del seguro privado donde la responsabilidad es puramente individual, con lo que la protección del Estado en este rubro tiende a desaparecer. Después de más de una década de operación, el nuevo sistema de capitalización individual ha mostrado serias limitaciones como una medida que permita asegurar la protección económica en la vejez y ha sido ineficaz para resolver el problema de la crisis en las finanzas públicas (Ham et al, 2008:6).

Otra característica de este periodo es la marcada presencia de los agentes privados en la provisión de servicios de bienestar. Como se ha comentado arriba, la reforma al sistema de pensiones dio como resultado la presencia del sector privado en ese rubro.

La educación fue otro rubro en donde se observó una mayor oferta de servicios privados. Durante la década de los noventa se registra el crecimiento más acelerado de la oferta educativa privada en la educación superior. Entre 1995 y 1996, la tasa de crecimiento fue del 12.6%, lo doble de lo que creció la oferta pública (6%) (Villa, 2013: 86). La siguiente gráfica (No. 5) muestra la evolución de la matrícula en educación superior de 1982-2012, donde se muestra el incremento en términos de instituciones de educación superior, que el sector privado ha registrado hasta el 2012.

Gráfica 5. Evolución de la matrícula en educación superior por tipo de oferta, 1982-2012



Fuente: Villa, Lorena (2013). Gráfica 1

b) Resultados de bienestar, 1993-2000

El régimen de bienestar de la década de los noventa supeditó la política social a las directrices económicas que imponían las reformas de ajuste estructural. La residualización se observó en la eliminación de los subsidios generalizados, la reducción o el retiro de la participación del Estado en el sistema de pensiones y en el fomento del sector privado en la provisión de bienes y servicios de bienestar. La lógica que orientó la provisión y la cobertura de la política social fue la focalización y no la extensión de beneficios para toda la población. En términos de resultados de bienestar, a mediados de la década de los noventa, se observaban los siguientes indicadores (Tabla No.13).

Tabla 13. Cobertura social de la política de bienestar, 1993-1994

Dimensión	Educación	Salud asistencial	Seguridad social	Vivienda	Alimentación	Combate a la pobreza	Total
Cobertura social	61%	<33%	50%	<50%	n.d.	19%	<50%

Nota: Por cobertura social se entiende la proporción de la población que es atendida por las instituciones o programas que integran a cada política y en el caso de la educación se refiere al porcentaje de matrícula inscrita de todos los niveles educativos.

Fuente: Anexos 3 y 3a. del primer informe de gobierno de Ernesto Zedillo, 1995. Tomado de Ordóñez, 2002: 166.

La cobertura total de todos los sectores que componen la política social evidencia que, de cada 2 mexicanos, 1 estaba sin protección en uno o más de los rubros.

C) La política de bienestar social de los gobiernos de la alternancia. Focalización y extensión de la cobertura: 2000-2012.

Durante los tres primeros años del sexenio de Vicente Fox (2000-2006) continuó la tendencia residualizadora, aunque con algunas variantes. El acento siguió puesto en los programas de combate a la pobreza extrema pero modificó el enfoque de PROGRESA, que fue sustituido por el programa OPORTUNIDADES. Éste fue un programa más amplio en cuanto a la población que se había fijado atender PROGRESA. Además de atender a las zonas rurales marginadas, consideró a los sectores urbanos y suburbanos en situación de marginación, incorporando en el 2005 a 5 millones de hogares que representaban a 1/4 de la población (Barba, Ordóñez, Valencia, 2007:288).

También destacan la formulación de un conjunto de programas focalizados como Hábitat, Microrregiones, Desarrollo de Comunidades indígenas, que serían agrupados en la estrategia “Contigo” (Ordóñez, 2014:22). Así como los esfuerzos en el combate a la discriminación, con la reforma al artículo 1 de la Constitución que hizo expresa la prohibición a toda forma de discriminación y la promulgación de su ley secundaria en 2003.¹²¹

El rasgo distintivo del periodo Foxista fue la creación del Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular en 2004. Esta sería una estrategia vanguardista para brindar protección en salud a la población que carecía de ella, que equivalían a más de la mitad de los mexicanos.

Por la importancia que ha tenido esta reforma en la política de salud, el capítulo III de este trabajo está dedicada a analizar las transformaciones que se han registrado en este sector, los resultados de bienestar que ha producido y los impactos que ha generado en el bienestar en general.

¹²¹La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación que impuso al Estado la obligación de establecer medidas compensatorias para favorecer la igualdad de oportunidades. Esta legislación en conjunto con la Ley General de Desarrollo Social (que ratificaba como derechos sociales la salud, la educación, la alimentación, la vivienda, el trabajo, la seguridad social y la no discriminación) que se publicó en 2004, contribuirían a la creación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social (CONEVAL). (Ordóñez, 2012a; citado en Ordóñez, 2014: 23).

La política social del sexenio de Felipe Calderón (2006-2012) siguió las pautas del gobierno anterior en cuanto a programas de transferencias de rentas condicionadas se refiere, donde la focalización siguió siendo un principio relevante para la provisión de los beneficios. Adicionalmente a OPORTUNIDADES se instrumentaron otros programas de transferencias de rentas como 70 y más, que brindaba una renta monetaria para mayores de 70 años que habitaran en localidades menores a los 30,000 habitantes (Ordóñez, 2014:23).

Si bien durante el sexenio anterior se sentarían las bases del Seguro Popular, el crecimiento más acelerado en términos de cobertura y de extensión de las prestaciones se registraría durante este sexenio (Ver capítulo III). El Seguro Popular alcanzaría en 2012 la meta de afiliación que se había planteada y el Sistema de Protección Social en Salud incluiría nuevos programas como Embarazo Saludable y Seguro Médico Nueva Generación; este último debería de proporcionar atención a todos los niños entre 0 y 5 años, aunque en su arranque, sólo cubría a los bebés que hubiesen nacido a partir del 1 de diciembre de 2006, discriminando a todos los niños menores de 5 años que nacieron antes de dicha fecha (Ordóñez, 2014:24). Los principales logros en la política social durante este sexenio se presentaron en materia de salud y pueden observarse en el capítulo siguiente.

Si bien la política de bienestar social durante los gobiernos de la alternancia conservaron la focalización y la provisión residual en los programas, constituyeron avances hacia procesos de universalización, especialmente en cuanto al acceso a la salud se refiere, aunque aún se encuentran distantes de proveer estos bienes y servicios bajo la titularidad de derechos sociales.

D) La política social de 2012-2014 ¿Alternativa asistencialista?

El último periodo que se refiere en este trabajo incluye los dos primeros años del sexenio de Enrique Peña (2012-2018). Dentro de los elementos más sobresalientes en esta corta temporalidad se encuentran la modificación del programa OPORTUNIDADES por PROSPERA, que articula y coordina la oferta institucional de los programas sociales. El cambio más importante entre ambos programas es que este último considera acciones de continuidad para los beneficiarios, proporcionando apoyos para la incorporación de los

beneficiarios jóvenes a la universidad y prioridad para incorporarse en programas de capacitación para destrezas laborales o el autoempleo –Programa Bécate-.

Conserva la estructura programática de los dos sexenios anteriores con pequeñas variaciones, como la modificación que se hizo al programa de transferencias monetarias de 70 y más que redujo en 5 años la edad para ser beneficiario, por lo que se denomina 665 y más.

En general, la política social observa un corte más asistencialista que sus predecesores. Como ejemplo, está el Sistema Nacional para la Cruzada Contra el Hambre que, a través de comedores comunitarios, ofrece alimentos preparados a grupos vulnerables. Esta estrategia, más que articular una política alimentaria robusta, es una acción puntual de asistencialismo puro.

CAPÍTULO III. LOS GIROS EN LA POLÍTICA SOCIAL Y LA NUEVA ARQUITECTURA DEL BIENESTAR. EL SEGURO POPULAR Y ¿EL UNIVERSALISMO EN LA SALUD?

En la década de los noventa ocurrieron tres fenómenos: a raíz de las reformas ocurridas en la seguridad social (en donde se abrió al sector privado la posibilidad de proveer bienes y servicios de bienestar en materia de salud y pensiones para el retiro), progresivamente el Estado disminuyó su responsabilidad en este rubro y descuidó la calidad de la provisión; el mercado no logró absorber la demanda de empleo y el mercado laboral se caracterizó por elevadas tasas de desempleo, subocupación y empleo informal; y la política social se volvió más focalizada y residual. La combinación de estos factores produjo consecuencias importantes sobre el bienestar de la población porque el acceso a los servicios públicos se hizo más segmentado, excluyente y de una menor calidad en la atención.

A principios del siglo XXI, más de la mitad de la población en México (aquellos segmentos que no contaban con una relación de trabajo formal) carecían de protección social. En medio de este escenario, el Estado asumió un rol protagónico en la responsabilidad que tiene sobre el bienestar de sus ciudadanos y puso en marcha una iniciativa para garantizar la atención en materia de salud denominada Seguro Popular, que abre una alternativa en la ruta por construir políticas sociales universales en México.

Por la importancia que esta reforma ha tenido para el país en términos de cobertura y por las evidencias internacionales que existen sobre los beneficios que los instrumentos de protección de la salud con base en mecanismos no contributivos proporcionan en términos de equidad social y blindaje ante las crisis económicas, este capítulo centra su atención en analizar el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud, el Seguro Popular. Las conclusiones que se presentan abarcan tanto los resultados de bienestar de la política de salud como los resultados del régimen de bienestar en su conjunto.

Para ello, se divide en tres grandes apartados. El primero presenta los rasgos distintivos de las reformas en materia de salud desde 1980, destacando los procesos de descentralización de la atención para la población no asegurada. El apartado 2 está dedicado al análisis de la creación del Seguro Popular en Salud, con la conformación en el 2004 del Sistema de Protección Social en Salud; describe la forma como funciona y su estructura de financiamiento. Mientras que un tercer apartado aborda los resultados del

Seguro Popular en términos de cobertura, calidad en la atención, gasto de bolsillo y evolución del gasto público, y concluye con un balance general sobre su desempeño.

1. LAS REFORMAS ESTRUCTURALES Y LA CREACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.

El capítulo anterior presentó los antecedentes históricos de la conformación de una estructura institucional de bienestar centrada en el modelo de Estado Desarrollista de corte autoritario. El eje argumentativo para caracterizar los cimientos del bienestar en México fueron los tres componentes del régimen de bienestar: la matriz institucional, los resultados de bienestar y los efectos estratificadores. La conclusión a la que se llegó es que durante esta etapa se consolidó un modelo de bienestar centrado en la figura contributiva de la Seguridad Social (cuyos pilares fueron el IMSS y el ISSSTE); de forma tal que la protección social se garantizó sólo para los sectores de la población beneficiarios de la política de desarrollo económico (sector formal de la economía) y dejó en la desprotección a los segmentos poblacionales no contributivos. La estructura institucional generó un esquema de bienestar dual, segmentado y excluyente.

Mientras que en 1940 la construcción del modelo mexicano de Seguridad Social contributiva imprimió un sello distintivo al bienestar durante las cuatro décadas siguientes, otro acontecimiento modeló también el sistema de bienestar social. Este fue el giro hacia un esquema de bienestar residual y liberal donde los agentes privados tomaron un mayor protagonismo y el Estado disminuyó su participación en el bienestar. El régimen desarrollista muestra un punto de quiebre en los años de 1980 y 1990 con las reformas en el sistema de salud y de pensiones (reformas que surgieron en el marco del proceso de liberalización económica), donde los agentes privados incrementaron su participación en la oferta de bienestar. Esta tendencia ha llevado a algunos autores a caracterizar la política de bienestar del periodo de 1980-2000 como residual y liberal (López y Blanco, 2001). Durante esta etapa, el mercado tuvo un mayor protagonismo, mientras el Estado disminuía su responsabilidad en materia de seguridad social.

A) Las reformas en la salud

Dentro de las transformaciones ocurridas en la seguridad social en las décadas de los ochenta y noventa, el sistema de salud sufrió serias transformaciones. Durante estos años,

se rompió el “cuasi-monopolio” público y se incorporaron los sistemas privados de salud que ofertan los servicios en función de la capacidad de pago a través de primas de seguros privados. López y Blanco (2001:43), sostienen que durante las décadas de los ochenta y noventa, la política de salud en México manifiesta una transición, pasando de una concepción donde la extensión gradual de la cobertura es vista como una responsabilidad pública hacia otra en donde la mercantilización de los servicios se complementa con una política de asistencia pública focalizada destinada a la población menos favorecida.

Estos cambios en la política de salud se inscriben también dentro de la ola reformista que transformó la política de bienestar social a raíz de la instrumentación de las políticas económicas de corte neoliberal. Durante 1983 y 1988 ocurrieron una serie de reformas legislativas y administrativas que han sido denominadas como “el cambio estructural de la salud”, que involucraron principalmente a los servicios destinados a la población abierta (Soberón, 2001).

Los recortes presupuestarios para disminuir el déficit fiscal del Estado afectaron seriamente al gasto social. En 1983 los ajustes para intentar sanear las finanzas públicas impactaron al gasto social, el cual descendió un 14% por ciento por encima de la caída general del presupuesto programable (Ordóñez, 2014:19). El gasto público en salud como porcentaje del PIB disminuyó, mientras que en 1982 fue del 3.7%, en 1984, cayó a 2.6% y la extensión gradual de la cobertura de estos servicios públicos también se limitó. Mientras que la responsabilidad pública en materia de salud se debilitaba, creció la oferta privada para adquirir estos servicios en el mercado.

Los primeros cambios en la protección de la salud surgieron en 1983 con la reforma al Artículo 4º de la Constitución que garantizaba el “derecho a la protección de la salud”; así como con el intento fallido por conformar un Sistema Nacional de Salud (que coordinaría a las diferentes instituciones públicas que prestaban servicios públicos en este sector con el propósito de proporcionar una cobertura nacional) y con la promulgación de la Ley General de Salud (1984) y con la descentralización de los servicios de salud.

En 1983 se reformó el artículo 4º Constitucional para garantizar el “derecho a la protección de la salud” como un derecho para todos los mexicanos cuya responsabilidad

recaía en el Estado.¹²² Si bien este artículo imponía al Estado la responsabilidad de garantizar la atención médica universal, esto quedó en el plano de la retórica, pues en la práctica no se ha hecho efectivo este derecho.

La reforma al artículo 4º permitió también incrementar la participación de los gobiernos de los estados en materia de salud al alentar la “conurrencia” entre la federación y los estados en materia de salubridad (Ordóñez, 2002:120). Con la intención de ampliar la cobertura en los servicios de salud para la población no derechohabiente o abierta e incrementar la calidad de los servicios, se creó en 1983 el Sistema Nacional de Salud (SNS) que buscaba coordinar a las instituciones públicas del gobierno federal y de los gobiernos estatales que participaban en la provisión de servicios sanitarios. La conformación del Sistema Nacional de Salud fue el resultado de varias estrategias de modernización administrativa, de coordinación intersectorial y de descentralización, que tenían por objetivo crear una cobertura nacional de los servicios de salud y, particularmente, brindar cobertura a los sectores que quedaban fuera de la protección del IMSS y el ISSSTE. López y Blanco (2001: 44) sostienen que, si bien el SNS era una buena propuesta, en la práctica no ha logrado su cometido porque el Sistema nació sometido a dos fuerzas, “el SNS se debate entre los límites impuestos por el proyecto neoliberal (disminución del gasto social, apertura de nuevos espacios para la acumulación del capital, privatización selectiva de lo público rentable, desregulación) y los procesos de legitimación y búsqueda de consensos (derecho ciudadano a la protección de la salud, atención a grupos más desprotegidos, universalización de la cobertura de los servicios, aumento de la calidad, etc.)”. Siguiendo con la opinión de estos autores, la política social –y la de salud- se subordinó al proyecto de reestructuración económica, prevaleciendo la lógica neoliberal en la creación del Sistema (p.45).

Ahora bien, en lo que respecta a la relación entre los distintos órdenes de gobierno en materia de salubridad, en 1984 se promulgó la Ley General de Salud, que sentó las bases

¹²² El Artículo 4 establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas...” (CPEUM). Mayer-Serra (2007:147) distingue que, a diferencia del Artículo 3º consagrado exclusivamente a la educación, el derecho a la protección de la salud se incluye dentro de un artículo general que estipula, entre otros, el derecho a trabajar en la profesión que les interese, la libertad jurídica entre hombres y mujeres, el derecho a la vivienda, los derechos de la niñez; por lo que el derecho a la protección de la salud no está definido ni otorgado en calidad de universal y obligatorio como sí lo está la educación.

para descentralizar los servicios de salud destinados a la población abierta, trasladando responsabilidades a los gobiernos subnacionales (entidades federativas). López y Blanco (2001:45), señalan siguiendo a Espinoza (1986), que este proceso tuvo dos vertientes, una desconcentración de las facultades a los servicios estatales de salud pública —a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y en el Distrito Federal (SCSPE Y SCSPDF)- y la descentralización propiamente dicha, mediante la creación de Sistemas Estatales de Salud (SESA) y la transformación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (en 1985 cambia su nombre a Secretaría de Salud (SS)) en una dependencia normativa, de supervisión, programación y evaluación. A través de los SESA se pretendía transferir los servicios de salud de la SSA y los de los programas IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales (Dávila, 1986:183, citado en Ordóñez, 2002:120). La transferencia de responsabilidades de operación, de decisión y de recursos a los estados y los municipios (con la creación de los Sistemas Locales de Salud –SILOS-), tenía por objetivo mejorar la calidad de los servicios y la eficiencia en la prestación de los servicios.

El proceso descentralizador de los servicios de salud adquirió varias velocidades en el país. El grado de descentralización en los estados resultó desigual y enfrenta problemas de diversa índole. Almada Bay (1986:199, citado en Ordóñez, 2001:121) destaca dos riesgos, una posible desarticulación entre la Secretaría de Salud que concentra las tareas normativas, de concepción y de evaluación y la ejecución de las decisiones que está en poder de los gobiernos estatales. A este escenario, se adiciona la propia debilidad de los gobiernos subnacionales que cuentan con recursos financieros limitados, una pobre infraestructura, entre otros. Al finalizar el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988), la descentralización de los servicios de salud se había logrado sólo en 14 estados, quienes habían concluido la integración orgánica y la descentralización operativa (López y Blanco, 2001:45).¹²³

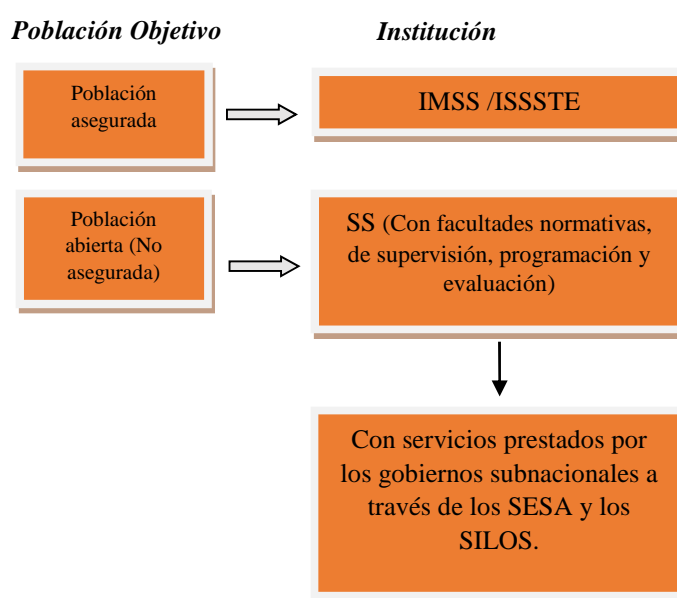
A raíz de estas transformaciones, Almada Bay (1986:197, citado en Ordóñez, 2002:121), sostiene que este nuevo marco institucional creó la siguiente división: “la asistencia social articulada en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); los

¹²³ Al finalizar la década de los ochenta, menos de la mitad de las entidades federativas habían llevado a cabo acciones descentralizadoras y el centralismo de la Secretaría persistía en cuanto a la toma de decisiones y los controles presupuestales y regulatorios. Sería hasta 1998 cuando se descentralizarían los servicios a las 31 entidades federativas (Moreno, 2001:1) (Ordóñez, 2002:121).

servicios de salud a población abierta normados por la SSA y prestados por los gobiernos locales; la seguridad social repartida entre el IMSS y el ISSSTE; (...) y el monitoreo de la salud laboral en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STyPS)”.

Las reformas a la política de salud en México ocurridas en los años ochenta, dieron lugar a un diseño institucional altamente fragmentado bajo el cual operaron las organizaciones principales encargadas de brindar servicios de atención a la salud (Diagrama 4):

Diagrama 4. Fragmentación institucional en los servicios de salud en la década de los ochenta



Fuente: Elaboración propia.

Mientras que en el sexenio de 1982-1988 los primeros cambios giraron en torno a la descentralización y al reconocimiento constitucional del derecho a la protección a la salud, durante el gobierno de Carlos Salinas (1988-1994) la focalización fue el principio que orientó la intervención gubernamental. De manera general, la política de bienestar social de este periodo se caracterizó por ser asistencialista y focalizada, por lo que la selectividad se convirtió en la estrategia rectora en la distribución de los servicios de atención a la salud (destinados principalmente a la atención primaria de la población no derechohabiente de zonas marginadas), configurando una política de “neobeneficiencia sanitaria” (López y Blanco, 2001:47).

Durante la década de los noventa, el carácter asistencialista de la política de salud –en lo que se refiere a los servicios públicos orientados a la población no asegurada- se fue

haciendo más acentuado y junto a éste apareció un nuevo rasgo: la mercantilización de los servicios de atención a la salud. En 1992 existían 2,705 establecimientos privados y en el 2001 se incrementaron a 3,026. El crecimiento en los servicios privados de salud durante una década fue del 11.9%. En el periodo de gobierno de Zedillo (1994-2000) continuó y profundizó el asistencialismo del sexenio pasado y durante estos años la política de atención a la salud se inscribió plenamente en la estrategia neoliberal que promovía la apertura de los servicios públicos al sector privado.

Al igual que en la década de los ochenta, la transformación más significativa en la década de los noventa se centró en las instituciones encargadas de atender a la población no asegurada –población abierta- (Programa de Reforma del Sector Salud). La reorganización del sistema de salud público continuó el proceso de descentralización iniciado en el sexenio anterior. La descentralización tenía como propósito trasladar las unidades de la Secretaría de Salud y del Programa IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales para conformar un circuito de sistemas estatales de salud (López y Blanco, 2001:49).

La reforma se enfocó en la atención primaria y promovió la formación de un mercado de servicios médicos privados que atendería varios niveles. La concepción que animó los cambios en la atención primaria fue la de una provisión selectiva de servicios básicos, por lo que el financiamiento público se destinó sólo a un conjunto limitado de medidas orientadas a un grupo de población específico, la población pobre (López y Blanco, 2001:49). La focalización, como estrategia de combate a la pobreza, se convirtió así en el eje rector que orientó la provisión pública de los servicios de atención a la salud –y, de la política de bienestar en general-, limitando la responsabilidad del Estado a garantizar un conjunto reducido de servicios básicos destinados a un sector poblacional.

Mediante la focalización, la intervención pública se concentró en la atención primaria de la población pobre no asegurada, por lo que el resto de la población abierta tuvo que recurrir al mercado para resolver sus necesidades, con la consiguiente carga pecuniaria que esto significa. Durante este periodo, las opciones de mercado para la atención a la salud fueron en ascenso, al igual que el gasto privado que se destinó a estos servicios.

López y Blanco (2006: 20) sostienen que las transformaciones a la que fue sometida la política de salud durante este periodo se rigieron por una doble lógica: de mercantilización y de neobeneficencia. En su opinión, en estos años el Estado desarrolla “una intensa actividad para privatizar lo público rentable e introducir la lógica mercantil en la prestación de los servicios públicos y en paralelo, bajo el amparo de un discurso de recursos escasos, racionalidad financiera y supuesta equidad, se impulsa la atención focalizada a la población pobre por medio de paquetes mínimos de servicios” (López y Blanco, 2006:20).

En lo que se refiere a la formación de un mercado privado de servicios de salud, la mercantilización de estos servicios contribuyó a fragmentar aún más el tejido institucional público de atención a la salud y trasladó los costos de los servicios a los usuarios, diluyendo con ello la responsabilidad estatal en la protección de la salud y dejando al margen de esta protección pública a grandes sectores de la población que deben recurrir al mercado como el principal proveedor de bienestar, con la creciente fragilidad e incertidumbre que esto implica. El nuevo sistema de salud se polarizó y fragmentó aún más con las opciones públicas y privadas; con instituciones públicas que prestan servicios diferenciados según el tipo de población que atiendan (amplias prestaciones para algunos derechohabientes de la seguridad social y asistenciales para la población no asegurada, especialmente la población pobre) y un mercado privado creciente que oferta servicios de atención a la salud según la capacidad de pago (donde el desembolso privado en el país es cerca del 50 por ciento).

B) Panorama de la protección social en salud: Resultados de bienestar y efectos sociales, 1983-2003.

El desmantelamiento progresivo de los pilares -salud y sistema pensiones- del modelo de protección social que se había consolidado durante el Estado Desarrollista estratificó aún más a la población y creó un escenario de mayor incertidumbre para aquella parte de la población que quedó fuera de la protección pública que debe recurrir al mercado para adquirir estos servicios de bienestar.

Las reformas realizadas al modelo de seguridad social del periodo desarrollista dieron lugar a un nuevo modelo que tenía como características distintivas:

- Fomentar la desigualdad y la polarización social.
- Mantener e incrementar la estratificación de beneficios que generaba el viejo modelo.
- No resultar una medida eficaz para superar los problemas de la financiación pública.
- No logra garantizar la seguridad de ingresos económicos en la vejez para la gran mayoría de los ciudadanos (ya sea por su cobertura limitada –sólo el 20% de la población de 65 años y más cuenta con pensiones de vejez- o por los problemas para tener acceso a una pensión de retiro –por los requisitos de tiempo y montos de cotización que impone que resultan muy difíciles de cumplir en un mercado laboral dominado por la precariedad-).
- Genera una polarización del sistema público de protección de la salud que profundiza la fragmentación institucional al dividirlo en dos subsistemas con claras diferencias en la calidad y cantidad de los servicios que prestan: las instituciones de seguro social –que proveen servicios diferenciados según sea el grupo de beneficiarios- y las instituciones que atienden a la población abierta, donde dominan los programas de asistencia focalizada.
- Una mercantilización creciente de los servicios de atención del bienestar en materia de salud y pensiones.
- Genera una mayor estratificación social con la diferenciación de beneficiarios.
- Fomentar la configuración de políticas de bienestar social dominadas bajo dos nociones: la mercantilización y la focalización.
- Estar dominado por una concepción restrictiva de derechos -minimalista y selectiva- más que por una noción universal de derechos sociales. La focalización ha subordinado universalidad y la gratuidad propias de una concepción de derechos sociales a criterios de comprobación de medios para ser receptores de beneficios sociales.
- La participación creciente de instituciones privadas en la producción del bienestar que han modificado sustancialmente el modelo de provisión –que pasó de un cuasi-monopolio público a una gran presencia de la provisión privada.

El cambio en la estrategia de desarrollo -de la industrialización por sustitución de importaciones por otra denominada de crecimiento orientado a las exportaciones- ha tenido impactos significativos en el agregado de proveedores de bienestar (*welfare mix*) y ha afectado profundamente a los tres componentes clave del bienestar: la provisión

social (especialmente, el sistema de pensiones), la provisión pública de salud y la protección del empleo. En lo que respecta a las reformas en el sistema de pensiones, éstas se distinguen por la implementación de sistemas de capitalización individual; las reformas en salud han incrementado la presencia de la provisión privada y la segmentación institucional; mientras que en el mercado laboral se observa un incremento considerable del trabajo informal.

El tono dominante de las reformas en el país ha sido el del desmantelamiento de los instrumentos de protección pública contenidos en la seguridad social, la dependencia de los seguros privados y el incremento de la precariedad (expresada en una alta informalidad) en el empleo, transfiriendo así la responsabilidad ante los riesgos sociales del Estado y los empresarios hacia los individuos; asemejándose cada vez más a un régimen de bienestar liberal donde los individuos dependen fuertemente de sus recursos particulares (que son informales en una gran proporción) para proveerse bienestar. La sustitución del principio rector de solidaridad intergeneracional que regía el viejo modelo de seguro social por el del esfuerzo individual que supuso la mercantilización de la política de bienestar transformó radicalmente a la seguridad social mexicana y conformó un nuevo modelo en el cual los servicios y las prestaciones de seguridad social tienen como proveedor principal al mercado donde la noción de solidaridad entre individuos está ausente o, en el mejor de los casos, donde ésta se reduce a una solidaridad de carácter asistencial (Hernández, 2009:167).

Las transformaciones ocurridas en las dos últimas décadas en la seguridad social han impactado negativamente la capacidad de respuesta del Estado frente a los riesgos sociales a los que se enfrentan sus ciudadanos. La focalización como la concepción dominante de la política social y la presencia creciente del sector privado como proveedor de servicios de bienestar han contribuido a que el Estado mexicano renuncie en los hechos a hacer efectivos los derechos asociados al bienestar social que han sido estipulados en la Constitución. Por todo ello, es posible sostener que la concepción dominante en la configuración de este sistema de protección social en el país es sumamente restringida (de derechos mínimos y asistencialista –donde los servicios y prestaciones de bienestar se otorgan en forma de beneficios y no de derechos-) y no una noción amplia de derechos universales asociados al derecho de ciudadanía social.

Ahora bien, para evaluar los resultados de bienestar que arroja el modelo actual de seguridad social nacional se utiliza como variable *proxy* el grado de cobertura del que disfruta la población total. Los ciudadanos cubiertos por la seguridad social en el país son menos de la mitad de la población (tabla No.14), por lo que más de la mitad de los mexicanos carece de los servicios y las prestaciones que brinda la seguridad social. Además de la limitada cobertura, es posible considerar la baja calidad de los servicios públicos que ofrece el sistema de seguridad social general como otro de los grandes problemas de la protección pública. La baja calidad de los servicios públicos hace que una proporción considerable de derechohabientes de las instituciones públicas acudan al mercado privado para su provisión, lo que pone de relieve el bajo rendimiento de la provisión estatal en la atención del bienestar social.

Tabla 14. Población total cubierta por la seguridad social en México, 2000

Población con derechohabencia	Porcentaje	Población sin derechohabencia	Porcentaje	No especificado
39,120,682	40,13	55,555,788	56,9	2806942

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Salud 2000.

El hecho de que el criterio dominante en la distribución de los servicios de atención al bienestar sea la capacidad de pago y no el derecho universal a la protección, imprime un dominio del mercado y éste se hace más evidente cuando se analiza la composición y el comportamiento del gasto en salud (Tabla No. 15).

Tabla 15. Composición porcentual del gasto total en salud en México, 2001

Composición Porcentual del Gasto Total en Salud en México, 2001					
	Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Gasto Público en Salud como porcentaje del gasto total en salud	Gasto Privado en salud como porcentaje del gasto total en salud		
	6%	45%	55%		
Gasto per cápita (USD PPP)*	\$241	\$297	\$538		
		<i>Según fuentes de financiamiento</i>		<i>Según fuentes de financiamiento</i>	
		Gobierno General	15%	Seguros Privados	2,8%
		Fondos de la Seguridad social	29,8%	Gasto de Bolsillo	52,5%

Fuente: Elaboración propia con base en información de Merino et al (2006), Fig. 1, Tabla 1, página 12.

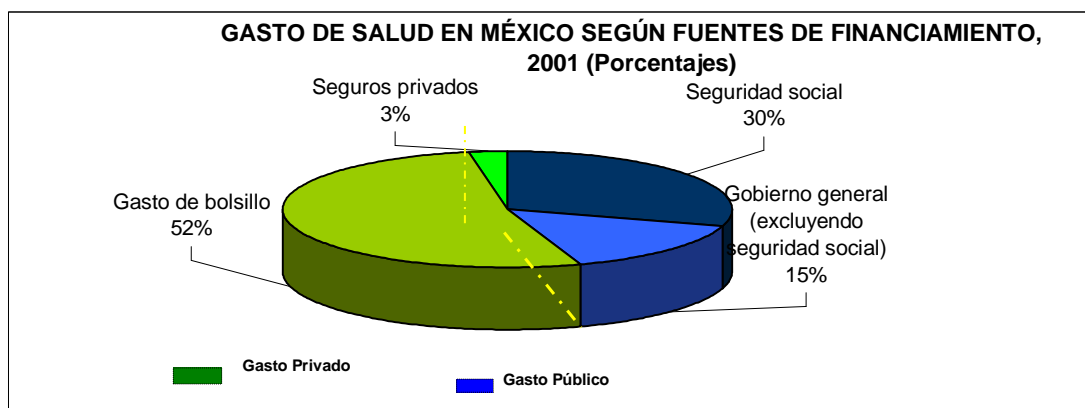
* Paridad en poder de compra (USD)

La proporción del gasto total en salud que es público es del 45 por ciento, mientras que el gasto privado asciende al 55 por ciento (Tabla No.14). En comparación con otros países de

América Latina, el gasto en salud que es público resulta muy bajo, siendo mayoritario el gasto privado. El gasto público destinado a la atención de la salud en el 2002 correspondía al 5.8% del Producto Interno Bruto (PIB), siendo más bajo también que el promedio latinoamericano (6.9% del PIB) (SS, 2004: 26). Este nivel de gasto resulta insuficiente para satisfacer las necesidades de atención a la salud de la población.

Atendiendo a la composición porcentual del gasto en salud en México es posible observar que el gasto privado en salud (que incluye el gasto de bolsillo -*out-of pocket expenditure*- y los seguros privados de pago anticipado) resulta mayoritario. De este gasto privado, el gasto de bolsillo concentra la mayor parte del gasto total en salud que realizan los hogares. Al considerar las fuentes de financiamiento del gasto total en salud (Gráfica No. 6) se observa claramente cómo el mercado privado se ha convertido en la actualidad en el protagonista en cuanto a la provisión de estos servicios se refiere, con las implicaciones que de ello se desprenden: una diferenciación creciente de los servicios de salud que reciben los individuos en función de su capacidad adquisitiva y el acceso restringido de ciertos grupos de población por su limitada capacidad de pago.

Gráfica 6. Gasto en salud según fuentes de financiamiento, 2001



Fuente: Merino et al (2004), Fig. 1

En lo que respecta al gasto privado en salud, éste proviene casi en su totalidad del gasto de bolsillo (97%), lo que significa que los individuos se ven obligados a hacer un desembolso inmediato para hacer uso de los servicios de atención a la salud (Perticara, 2008:cuadro 3). La proporción del gasto privado de bolsillo en México es una de las más elevadas de los países de ingresos medios en Latinoamérica (SS, 2004:26) y esta forma de financiación para la atención de la salud resulta sumamente inequitativa y regresiva;

el gasto de bolsillo representa el 4 por ciento del ingreso para el decil más rico y el 11 por ciento para el más pobre (Banco Mundial, 2005; citado en Scott, 2005:62).

El nivel de gasto de bolsillo en salud arroja luz sobre el nivel de protección que ofrece el seguro social en esta materia. El hecho de que muchos hogares en el país tengan que incurrir en este gasto es un indicador de los vacíos de protección y de los bajos rendimientos –en términos de calidad de los servicios- que muestra el sistema actual de seguridad social. Más de la mitad de los hogares en el país no cuentan con ningún tipo de seguro médico ya sea público o privado, por lo que cada año tienen que hacer frente a gastos de salud que se consideran catastróficos¹²⁴ o, en el peor de los casos, se ven imposibilitados para realizar dichas erogaciones. La tabla No. 16 muestra la proporción de hogares que están cubiertos por algún tipo de seguro médico y desglosa la extensión de esta cobertura según sus miembros.

Tabla 16

Hogares cubiertos por algún tipo de seguro médico (público o privado), 2004 (Porcentajes)

<i>Hogares donde algún miembro goza de seguro médico</i>	43,4%
Todos los miembros del hogar	3,1
Sólo el jefe del hogar	26,9
Otros miembros del hogar	13,4
<i>Hogares sin ningún tipo de cobertura</i>	56,6%

Fuente: Peticara (2008), Cuadro 5.

El 56.6 por ciento de los hogares en el país carecía de algún tipo de seguro médico y esta situación se vuelve más preocupante cuando se observa con detalle la extensión de la cobertura en aquellos hogares asegurados. Sólo el 3.1 por ciento de los hogares del país tiene a todos sus miembros asegurados, mientras que la gran mayoría de los hogares (26.9%) sólo garantiza la protección para el jefe del hogar. El énfasis que existe en la

¹²⁴ Se consideran gastos catastróficos aquellos que superan cierta cota (generalmente se ha considerado más del 30%) de los recursos disponibles del hogar. Para profundizar en el concepto de gastos catastróficos en salud consúltese Peticara (2008). Según estimaciones de la Secretaría de Salud, cada año, entre dos y cuatro millones de hogares incurren en gastos catastróficos y el empobrecimiento de estos hogares por gastos en salud resulta más frecuente y grave en los deciles de ingresos más bajos (SS, 2004:26). Según estimaciones del Banco Mundial (2005), de los hogares que enfrentaron gastos catastróficos en el 2002, el 9 por ciento de los hogares asegurados cayeron debajo de la línea de pobreza, mientras que los hogares no asegurados el 40 por ciento de los casos lo hicieron (Scott, 2005:64).

protección del cotizante reproduce un modelo de sociedad en donde se asegura al proveedor de ingresos del hogar bajo una concepción “productivista” del bienestar donde sigue siendo dominante el vínculo laboral como la garantía para poder acceder a la protección social. La información que ofrece la tabla No. 4 permite apreciar cómo una gran proporción de hogares no cuenta con una adecuada provisión de servicios de salud ni con mecanismos –públicos o privados- de protección para hacer frente a riesgos como enfermedades generales, por lo que deben de incurrir en el gasto de bolsillo que resulta sumamente empobrecedor para aquellos sectores de bajos ingresos –quienes mayoritariamente carecen de algún esquema de aseguramiento público-.

Si el modelo de protección social que se ha desarrollado en el país resulta regresivo en general (las mayores prestaciones, servicios y beneficios para la población con ingresos más estables y vacíos de protección para los mexicanos más vulnerables, desempleados y trabajadores del sector informal de la economía), esta situación se agrava en cuanto a la cobertura de seguros se refiere. Esta cobertura resulta regresiva, pues más del 60 por ciento de la población que pertenece al quintil más rico goza de algún tipo de seguro médico, mientras que sólo el 10 por ciento de la población del quintil más pobre cuenta con esta protección (SS, 2004: 26).

Estos problemas en la atención a la salud ponen en relieve la fragilidad del sistema de seguridad social mexicano. Desde su creación en la década de los cuarenta, el diseño de la seguridad social segmentó a la población entre los trabajadores del sector formal y sus familias, quienes gozaron de un esquema de aseguramiento público y el resto de la población quien carecía de esta protección estatal. A pesar de las reformas sucesivas para incorporar al mayor número posible de mexicanos a la protección pública, no se ha resuelto la segmentación originaria en el acceso a la atención a la salud ni la estratificación al interior de los beneficiarios. Aún persisten múltiples regímenes de aseguramiento, con prestaciones y servicios muy dispares entre sí: regímenes que garantizan prestaciones médicas en el extranjero y el régimen general que garantiza la atención primaria y servicios hospitalarios. El sistema de salud contemporáneo reproduce la segmentación entre la población asegurada, que está cubierta por la seguridad social, y la población no asegurada que carece de estos beneficios o, que en el mejor de los casos, sólo dispone de

un paquete básico de servicios de atención a la salud a través de programas focalizados.¹²⁵ La tabla No. 17 muestra la segmentación de la seguridad social mexicana en cuanto a las prestaciones por salud. Bajo este sistema, la población más vulnerable: desempleados, auto-empleados y trabajadores del sector informal, están excluidos de todo esquema de protección social, por lo que tienen que recurrir al gasto de bolsillo para hacer frente a los gastos de salud, incrementando así el riesgo de que esta población se empobrezca por el desembolso de gastos catastróficos. La vulnerabilidad financiera de los hogares ante riesgos de la salud es uno de los problemas más grave que enfrenta el diseño actual del sistema de protección social mexicano.

Tabla 17. Segmentación de la seguridad social según grupos poblacionales

Grupo de población	Institución proveedora	Forma de financiamiento de la atención a la salud
<i>Trabajadores del sector formal de la economía y sus familias</i>	IMSS, ISSSTE y regímenes especiales (PEMEX y militares)	Seguro social
<i>Sectores de clase media y población de altos ingresos</i>	Mercado	Seguros privados pre-pagados y gasto de bolsillo
<i>Trabajadores del sector informal y desempleados</i>	Secretaría de Salud y Programas asistenciales	Gasto de bolsillo y asistencia social (mediante programas focalizados)

Fuente: Elaboración propia con alguna información de Perticara 2008:18, Fig. 1.

La polarización y estratificación de la población se ha agravado también en otro de los pilares de la seguridad social del Desarrollismo, el sistema de pensiones para el retiro. Las reformas al esquema de pensiones para el retiro que han sustituido el sistema general de reparto por el de la capitalización individual han tenido varios impactos sobre el bienestar de los mexicanos. La presencia creciente de instituciones financieras del sector privado que operan según la lógica de una relación directa entre contribuciones y beneficios ha incrementado la magnitud de las diferencias entre los pensionados, quienes obtienen diferentes beneficios acorde con su capacidad de ahorro.

La ola reformista de la década de los noventa que ha incrementado la participación del sector privado como proveedor de bienestar en lo que al sistema de pensiones se refiere, ha desmantelado progresivamente el modelo de protección social solidario basado en el

¹²⁵ Como el programa Oportunidades (antes Progresá (1997) que cambió su nombre en 2001), un programa de bienestar social dirigido a la población más pobre del país que incluye un paquete básico de salud.

reparto general y ha generado una gran incertidumbre para grandes grupos de población que tiene que hacer frente a los riesgos futuros derivados de la pérdida de ingresos por el cese laboral.

La pérdida de ingresos por cese laboral resulta crítica en la población de edad avanzada. Por ello, para analizar los resultados de bienestar de la seguridad social resulta conveniente considerar la tasa de cobertura en los adultos mayores (población mayor de 65 años). La seguridad social mexicana muestra un pobre desempeño en cuanto a la cobertura de este grupo poblacional ya que sólo protege al 20 por ciento de este grupo en el nivel nacional –y sólo al cinco por ciento de en las zonas rurales- (Scott, 2005:61). Scott (2005) sostiene que la pobreza en la población de este grupo de edad es 70 por ciento más alta que la tasa de pobreza para la población en general y es una de las más elevadas de Latinoamérica, por lo que es posible sostener que las pensiones públicas no tienen ningún impacto redistributivo.

Por el contrario, es posible argumentar que estas pensiones resultan regresivas si se considera a la población en general (en términos de la cobertura, que es menor para los trabajadores que tienen los menores ingresos). Al analizar a los hogares con derecho a la seguridad social, es posible observar que los quintiles de ingresos más ricos son los que cuentan con un porcentaje mayor de asegurados.¹²⁶ Scott (2005) destaca que el cuantificar la progresividad o regresividad de los esquemas de seguridad social plantea algunos retos como el de definir lo que constituye un subsidio público en un sistema de pensiones. Para ello, ha definido a un subsidio público dirigido a un sistema de pensiones como el gasto público total neto de las contribuciones de trabajadores y patrones. Y sostiene que este subsidio genera dos tipos de desigualdades: una desigualdad vertical, la cual está relacionada con la elevada concentración de la cobertura en un reducido grupo poblacional y una desigualdad horizontal –al interior de la población asegurada- que se refiere a las diferencias en beneficios entre los regímenes de aseguramiento que existen dentro del modelo de seguridad social (Scott, 2005).

¹²⁶Al considerar a los derechohabientes del IMSS, el quintil más pobre tiene una participación menor al tres por ciento, mientras que el quintil más rico es el que cuenta con el mayor número de asegurados (Scott, 2005:66).

El segundo pilar de la seguridad social mexicana, el sistema de pensiones, arroja resultados deficitarios en términos de bienestar. De manera general, los sistemas de pensiones muestran las siguientes características:

- i) Una concentración de la cobertura en la población asalariada del sector formal de la economía y una baja cobertura para el resto de la población.
- ii) Una escasa protección para la población más vulnerable ante el riesgo de pérdida de ingresos en la vejez, marginando a los trabajadores del sector informal, los campesinos, los trabajadores independientes y a los autónomos.
- iii) Regímenes diferenciados al interior de la población asegurada: Pensiones insuficientes y pensiones de privilegio, donde la diferenciación en los beneficios que obedece más a una situación de privilegio que a un interés de protección social ante los riesgos de la vejez (Ham, 2008:62).
- iv) El principio rector no es la justicia financiera sino el esfuerzo individual y el corporativismo, asociando los beneficios con la capacidad de ahorro y con los esquemas de privilegios para algunos grupos de asalariados (paraestatal).
- v) Un sistema no solidario donde los más necesitados carecen de esta protección, mientras la financiación de las pensiones se realiza en gran medida con recursos públicos, por lo que resulta un sistema de distribución regresiva (Ham, 2008:62).
- vi) Un desequilibrio financiero que tiene su origen en los privilegios corporativos, por lo que los beneficios que se otorgan por pensiones a ciertos grupos no se corresponden con las aportaciones que éstos realizan.

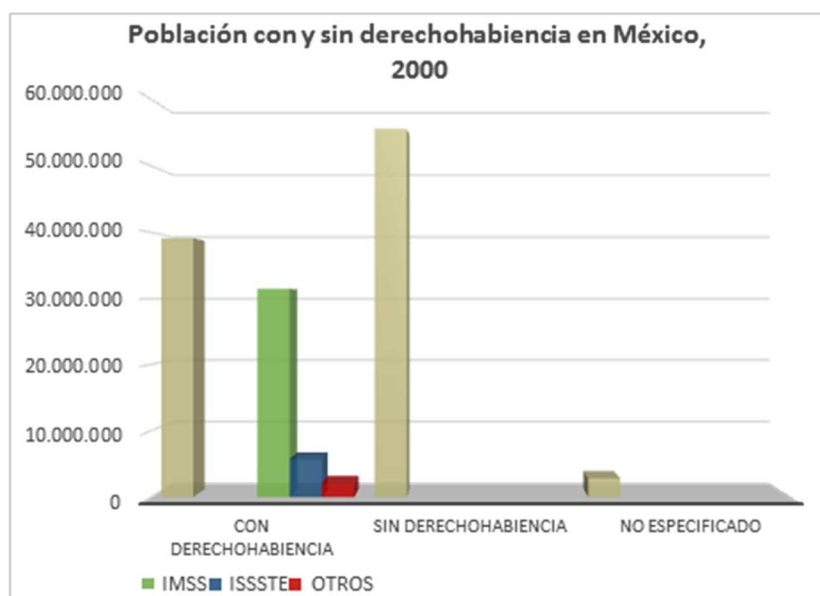
2. LA CREACIÓN DEL SEGURO POPULAR DE SALUD ¿HACIA EL UNIVERSALISMO?

Las políticas de bienestar social de principios de siglo XXI en México se enmarcan en el contexto de alternancia política con la llegada de Vicente Fox Quesada a la presidencia de la República, que dio fin a siete décadas de gobiernos ininterrumpidos del Partido Revolucionario Institucional. Las expectativas sobre los alcances del nuevo gobierno surgido del Partido Acción Nacional eran altas debido al compromiso de cambio asumido durante la campaña política por la presidencia.

En materia de seguridad social, el país heredado por la administración foxista observa una agudización de las condiciones de cobertura que mantenía una tendencia a la baja producto del rezago en la generación de plazas asalariadas en el empleo formal, base angular del sistema de seguridad social mexicano. La cobertura de servicios de salud en México distaba por mucho el poder resolver las necesidades de atención médica de la población. Más de la mitad de la población estaba fuera del derecho a la seguridad social del Estado (Ver gráfica 7).

En los inicios del nuevo milenio, el sistema de aseguramiento de la salud basado en la condición laboral encontró grandes obstáculos a medida que las plazas de empleo formal no crecían al mismo ritmo que lo hacía la población económicamente activa. Este esquema de acceso a la salud había dejado sin protección a más de la mitad de la población del país, cuyo estatus laboral estaba fuera de la economía formalmente constituida.

Gráfica 7. Población Asegurada en México, 2000



Nota: El rubro "otros" contempla los seguros de salud de PEMEX, SEDENA, MARINA u otras instituciones.

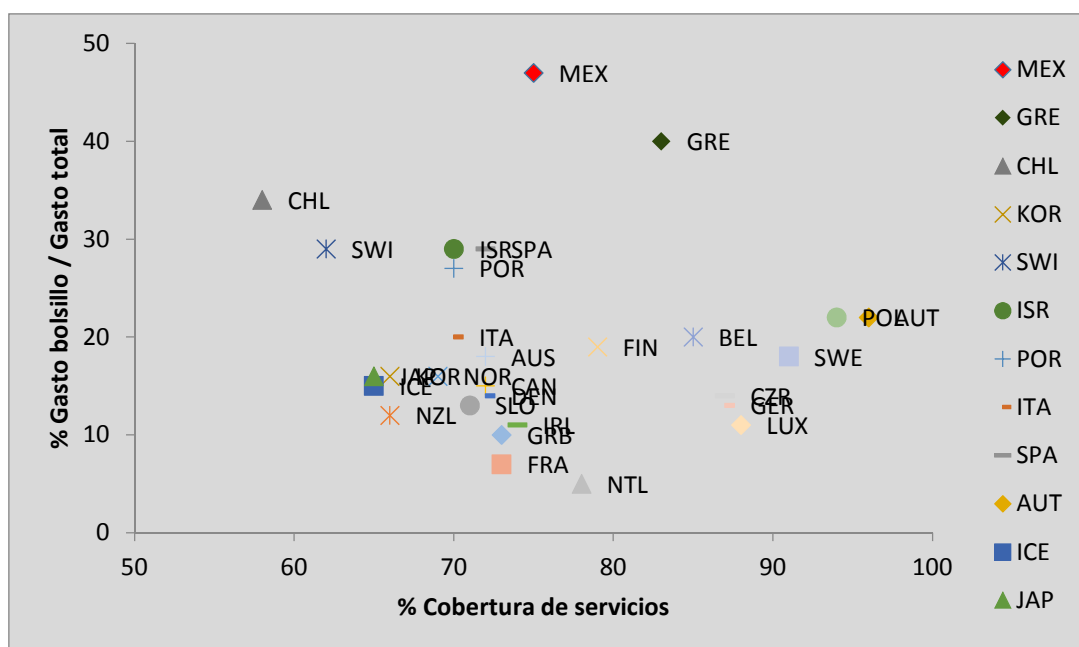
Fuente: Elaboración propia con información del Censo General de Población y Vivienda, 2000. INEGI.

El gobierno de la alternancia del Partido Acción Nacional representó una coyuntura interesante para reconocer los problemas estructurales en el sistema de salud. Actores surgidos desde la sociedad civil, identificaron los efectos que este tenía sobre la población no asegurada. Los hallazgos más relevantes en este sentido fueron el elevado gasto de bolsillo en el que incurría la población no afiliada a la seguridad social. Este gasto en

salud se convertía en un gasto catastrófico para los hogares que se ubicaban en los deciles (estratos de ingreso) más bajos, poniendo en riesgo la capacidad de las familias para enfrentar estos eventos.

México es una excepción en el marco de los países de la OCDE en materia de protección social en salud. La siguiente gráfica (No. 8) refiere el gasto total en salud que realizan los países de la OCDE comparado con la cobertura que ofrecen. Si bien en términos de cobertura el país se ubica por encima del promedio, en cuanto al gasto de bolsillo, éste duplica los porcentajes que registran el resto de los países de la OCDE.

Gráfica 8. Indicador de cobertura en salud en comparación con el porcentaje de gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud, 2012.



Fuente: Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Con datos de OCDE (2012).

En el 2002, el gasto público con respecto al total del gasto en salud, equivalía al 44.9 por ciento, siendo la tasa más baja entre los países de la OCDE (donde el promedio fue del 72%). En consecuencia, el gasto privado resultaba elevado, siendo casi en su totalidad gasto de bolsillo.

En el año 2000, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), evidenció que la mayor concentración del gasto de bolsillo se ubicaba en los dos deciles más pobres, donde

un 31% de los hogares destinaba más del 25% de su ingreso a gastos relacionados con la salud. Esta proporción del gasto familiar destinada a cubrir el gasto en salud se convierte en un factor de pobreza. También evidenció que los deciles I y II eran los hogares con la proporción más alta de gasto en el rubro de medicamentos, representando el 59.3 y 49 por ciento, respectivamente (Ver tabla 18).

Tabla 18. Distribución de los hogares según proporción del ingreso destinado al gasto en salud por estrato de ingreso, 2000.

Distribución de los hogares según proporción del ingreso destinado al gasto en salud por decil, 2000											
	Deciles										
	I	II	III	IV	V	VI	VII	IIIX	IX	X	Total
Ningún gasto	1,223,188	919,750	999,597	810,611	768,652	774,346	661,032	675,240	529,279	421,497	7,783,192
	16%	12%	13%	10%	10%	10%	8%	9%	7%	5%	100%
Hasta 12%	892,514	1,204,245	1,162,071	1,381,797	1,361,551	1,427,231	1,509,762	1,512,702	1,554,615	1,747,797	13,754,285
	6%	9%	8%	10%	10%	10%	11%	11%	11%	13%	100%
De 12 a 25%	133,462	131,137	103,131	61,176	87,315	55,056	48,186	34,452	61,217	45,588	760,720
	18%	17%	14%	8%	11%	7%	6%	5%	8%	6%	100%
De 25 a 50%	63,247	21,769	39,446	42,846	12,518	23,006	13,760	9,972	31,437	13,541	271,542
	23%	8%	15%	16%	5%	8%	5%	4%	12%	5%	100%
De 50 a 75%	12,555	9,238	5,473	7,799	5,742	4,339	4,461	4,247	5,501	0	59,355
	21%	16%	9%	13%	10%	7%	8%	7%	9%	0%	100%
De 75% a más	18,139	3,053	5,604	2,000	4,461	735	13,256	0	1,601	0	48,849
	37%	6%	11%	4%	9%	2%	27%	0%	3%	0%	100%
	2,343,105	2,289,192	2,315,322	2,306,229	2,240,239	2,284,713	2,250,457	2,236,613	2,183,650	2,228,423	22,677,943
	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	100%

Fuente: El gasto catastrófico en salud como factor de vulnerabilidad. Cálculos a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

Hasta antes del surgimiento del nuevo sistema de protección social, el sistema de salud en México se caracterizó por tener una tasa muy baja de gasto público en salud y un elevado gasto de bolsillo; por una asignación inequitativa de los recursos públicos entre los afiliados a las instituciones de seguridad social y aquella población que estaba excluida de ella y por tener una gran fragmentación institucional que ofrecía beneficios diferenciados entre los beneficiarios.

Diagrama 5. Segmentación institucional de los servicios de salud, 2000.

Funciones	Grupos sociales		
	Con seguridad social, IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSFAM	No asegurados	
Regulación		Sin capacidad de pago	Con capacidad de pago
Dirección			
Financiamiento	Instituciones de seguridad social	Secretaría de Salud SESA'S	Instituciones del sector privado
Prestación			

Fuente: Tomado de FUNDAR (2012:78).

Como se ha puntualizado, el sistema de salud en México a principios del siglo XXI era altamente segmentado y desigual. Sólo la mitad de la población tenía garantizada la atención médica a través de instituciones de seguridad social como el IMSS (que atendía a trabajadores del sector formal de la economía), el ISSSTE (atendía a trabajadores del Estado) y otras (ISSFAM y PEMEX). Estas instituciones eran verticalmente integradas, por lo que eran responsables de la rectoría, el financiamiento y la provisión de los servicios para sus propias poblaciones (Ver diagrama 5). El modelo de protección social privilegiaba el acceso a servicios de salud con protección financiera a los trabajadores asalariados y a sus familias¹²⁷; mientras que el resto de la población no asalariada (conocida también como “población abierta”- trabajadores por cuenta propia, subempleados, desempleados y trabajadores informales-), accedían a servicios de salud a través de la Secretaría de Salud bajo un esquema de asistencia pública (Knaul, 2013: 209-10).

En este escenario, surgió una propuesta de política pública cuyo objetivo era extender la cobertura a la población excluida de las instituciones de seguridad social, con la intención de disminuir el gasto catastrófico en salud y evitar que algunos grupos poblacionales cayeran en situación de pobreza (FUNSALUD, 2012:16; CESOP, 2005: 2). El seguro popular representaría una opción para los ciudadanos que, por su condición laboral, no eran derechohabientes de las instituciones de seguridad social

En el 2003 se reformó la Ley General de Salud y se creó el Sistema de Protección Social en Salud. Bajo el lema: democratización de la salud, la administración de Vicente Fox lanza el Plan Nacional de Salud 2001-2006 que contempla al programa Seguro Popular de Salud (SPS) como el más importante proyecto para asegurar la cobertura en salud a la mitad de la población que carecía de ella.

La rectoría del Sistema descansa en la Secretaría de Salud, quien, a través de un órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es la encargada de administrar los recursos de los Fondos que financian el sistema, así como coordinar y vigilar la operación del Sistema y verificar la provisión de los servicios de salud a la población beneficiaria, a través de una estrecha coordinación con los

¹²⁷ A pesar de que este segmento poblacional contaba con acceso a estos servicios, la calidad de la atención en algunas instituciones de seguridad social y el desabasto en medicamentos, hacían que algunos asegurados acudieran al sector privado, incurriendo en gasto de bolsillo.

Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), que dependen de los Servicios Estatales de Salud (SESA'S).¹²⁸ La Comisión coordinaría con las entidades federativas la provisión de los programas de atención del sistema: Seguro Popular, Embarazo Saludable, Seguro Médico Siglo XXI (antes Seguro Médico para una Nueva Generación), Oportunidades en su componente de salud y Cirugía Extramuros; siendo las entidades federativas, a través de los REPSS, los encargados de administrar y gestionar las acciones de protección social en salud (Ver Tabla 19).

El Seguro Popular de Salud fue concebido como un instrumento de política que permitiría reducir el gasto de bolsillo -entendido como el gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos (CESOP, 2005)-. Particularmente, pretendía evitar el gasto catastrófico que se originaba en las familias de bajos ingresos, para reducir así la probabilidad de empobrecimiento. El Seguro Popular fue el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud y pretendía coordinar las acciones de este sistema.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud lo define como “un mecanismo creado por el Estado con el propósito de brindar protección financiera a la población no derechohabiente, a través de un esquema de aseguramiento de salud público y voluntario”. Este seguro intentaba “garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso

El Sistema de Protección Social en Salud cuenta con una cartera de servicios que se establecen en un catálogo. El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), define y establece “las acciones integrales de salud denominadas “intervenciones, que agrupan a un conjunto de enfermedades y actividades de salud que deben ser cubiertas por el Sistema.” (CNPSS, 2012: 8). Actualmente, el Catálogo establece una cartera de servicios de 284 intervenciones que cubren 1,534 padecimientos.

A partir del 1 de diciembre del 2006 la Comisión Nacional de Protección Social en Salud incorporó un nuevo programa a la cobertura en salud, denominado Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). El objetivo principal de este programa fue brindar atención médica a los niños mexicanos menores de cinco años que no cuenten con ningún

¹²⁸ El SPSS implementa sus acciones de protección social en coordinación con los gobiernos estatales. A través de un Acuerdo de Coordinación firmado entre la Secretaría de Salud y el Ejecutivo estatal, se establecía la ejecución de los recursos públicos en manos de los gobiernos subnacionales. (S.S., Dirección General de Protección Financiera en Salud, Lineamientos generales).

tipo al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud” (CNPSS,2012). El SMNG, hoy Seguro Médico Siglo XXI, permitió ampliar los recursos del Fondo Catastrófico para intervenciones en recién nacidos y en los niños menores de cinco años, a la vez que aceleró la cobertura del Seguro Popular para las familias de esos niños. En 2012 el programa afiliaba a 5.9 millones de niños y cubría 131 intervenciones. El financiamiento adicional que proporcionó el SMNG fue esencial para la universalización de las vacunas conjugadas contra rotavirus y neumococo (Knaul, 2013).

Tabla 19. Características del sistema de protección social en salud.

Sistema de Protección Social en Salud	
Cartera de Servicios	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de consulta externa (Primer nivel de atención). • Consulta y hospitalización (Segundo nivel de atención). • Especialidades básicas de medicina interna. • Cirugía general. • Gineco-obstetricia. • Pediatría y geriatría. 	
Distribución de funciones	
Gobierno Federal (Secretaría de Salud, CNPSS)	<ul style="list-style-type: none"> • Normatividad. • Coordinación. • Financiamiento parcial
Nivel Estatal (REPSS/SESA ´S)	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de beneficiarios. • Provisión de servicios médicos. • Aportación de recursos financieros estatales. • Administración de recursos • Rendición de Cuentas • Financiamiento parcial
Autoridades Federales y los Estados	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos de coordinación que establecen compromisos entre ambos niveles de gobierno, para realizar las acciones necesarias para proporcionar a las familias afiliadas los beneficios ofertados por el Sistema de Protección Social en Salud

Fuente: Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2005), con información de la Secretaría de Salud.

El Programa de Seguro Popular de Salud que surgió bajo el nuevo modelo de salud promovido tanto por la organización Mundial de la Salud como por los organismos financieros internacionales, pretendía modificar los “vicios” del modelo de seguridad anterior a través de (CESOP, 2005:38).

- Distribuir equitativamente el gasto en salud para reducir las diferencias entre las personas y los grupos.
- Garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud.
- Atender a la población excluida de las instituciones de salud.
- Alcanzar la universalidad de la protección social.
- Trasladar los gastos en salud a las entidades federativas.

A) Los inicios del Sistema de Protección Social en Salud y el Programa de Seguro Popular

La concepción del Sistema de Protección Social en Salud tuvo como punto central la creación de un sistema de seguro médico de carácter público (Seguro Popular) para brindar protección a la población no derechohabiente.

a) Programa piloto

El Seguro Popular de Salud se establece en México a partir de octubre del 2001 como un programa piloto de aseguramiento voluntario para la población que carece de seguridad social y que se encuentra en riesgo de empobrecimiento por gasto catastrófico en salud. Este programa consistía en “un plan de seguro público que ofrecía un acceso universal a un paquete integral de servicios personales de salud con protección financiera que garantiza el ejercicio efectivo de protección a la salud” (Knaul, 2013:208).

Los servicios de salud que el Seguro Popular ofertaba eran médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, que debían cubrir las necesidades básicas de salud de la población. El programa inició como un paquete básico de servicios esenciales y de intervenciones (generalmente costosas y especializadas), asociados con padecimientos específicos.

Inició operaciones a través de un esquema de financiamiento público conformado por una cuota social (que provenía de las aportaciones solidarias del gobierno federal y del estatal) y una cuota familiar. La cuota familiar se establecía mediante una evaluación

socioeconómica que se aplicaba a los aspirantes a beneficiarios, para determinar su ubicación dentro de los deciles de ingreso.

Inicialmente este programa operó en regiones seleccionadas de los estados de Colima, Jalisco, Aguascalientes, Tabasco y Campeche (CESOP, 2005:38). En su fase piloto el Seguro Popular afilió a más de un millón de personas entre 2001 y 2003 (Sistema Nacional de Protección Social, 2004).

En el primer semestre de operación, el Sistema de Protección Social de Salud afilió, a través del Seguro Popular, a 799,902 familias. El estado de Colima fue el que obtuvo una cobertura extraordinaria, logrando el 100 por ciento, mientras que Tabasco alcanzó el 65.2, Sinaloa 46.2, Baja California Sur 38.3 y Tamaulipas 36.9 por ciento de afiliación en relación a las familias no derechohabientes (CESOP, 2005).¹²⁹

Después de dos años de operación del programa piloto, en 2003 se modifica la Ley General de Salud, adicionando un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El SPSS se diseñó con el objetivo de garantizar a la “población abierta el acceso a los servicios de salud.

La reforma y adición a la Ley General de Salud fueron el fundamento legal de constitución de un modelo vanguardista de política pública federal en el rubro de la salud. El Sistema de Protección Social en Salud contemplaba al Seguro Popular como la columna vertebral y, en los hechos, se convirtió en el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud propuesto por el ejecutivo para el sexenio 2000-2006.

“El plan de seguro universal, denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se convirtió en ley en la primavera del 2003 y entró en operación en enero de 2004. A finales de 2005, el Seguro Popular contaba ya con más de 4 millones de familias afiliadas –cerca de 12 millones de personas–.” (Secretaría de salud, 2006).

¹²⁹ La selección de entidades y regiones que participarían en el Seguro Popular de Salud se realizó con base en criterios como la proporción de hogares no asegurados localizados en los primeros seis deciles de distribución del ingreso, incidencia y prevalencia de enfermedades, capacidad instalada para prestar los servicios considerados en el Catálogo. (CESOP, 2005:29).

La estrategia concebida para lograr una afiliación universal fue que, a través de un incremento paulatino del gasto público en salud en un punto porcentual del PIB, el proceso de afiliación continuaría hasta alcanzar en el 2010 una cobertura universal. El objetivo de la reforma de 2003 era brindar protección financiera a más de 50 millones de mexicanos que carecían de la seguridad social. El proceso de afiliación sería gradual para permitir ampliar la capacidad de atención y poder absorber los recursos adicionales.

En el 2003, la población objetivo del programa fueron las familias que se localizaban en los seis primeros deciles de la distribución de ingreso y que no eran derechohabientes de la seguridad social. Los servicios médicos que se les ofrecían eran aquellos que estaban considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME). Para el año 2003, este catálogo comprendía 78 intervenciones que se consideran como los servicios de mayor demanda por la población, clasificados en 6 rubros: 1) Servicios de medicina preventiva, 2) Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio, 3) Servicio de consulta externa, 4) Servicio de salud reproductiva, 5) Servicio de odontología, 6) Servicio de urgencias, hospitalización y cirugía (CESOP, 2005:39).

Con respecto a la cobertura, mientras que en el año 2002 existían 20 entidades federativas seleccionadas, un año más tarde, se ampliaría la cobertura geográfica al incorporar a cuatro entidades federativas más, atendiendo así a 2,050,900 personas afiliadas. (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2004:147-8.)

Uno de los logros que la Secretaría de Salud anunció en 2004 fue el cumplimiento de la meta de afiliación en cada una de las regiones, la afiliación fue creciente, incorporando en el 2004 a 950 mil familias más a los beneficios del Seguro Popular (Secretaría de Salud, 2005b).

La coordinación entre la Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados, fue muy estrecha. Al cierre del año 2004, un total de 30 entidades ya habían suscrito el acuerdo de colaboración. La última entidad incorporada al SPS sería en Distrito Federal que, bajo el gobierno local del Andrés Manuel López Obrador, había mostrado reticencias a incorporarse al programa argumentando que se trataba de un proceso velado de privatización de los servicios de salud y que en el Distrito Federal existía una cobertura

razonable de los servicios de salud mediante los programas locales; sin embargo para el segundo semestre del 2005 se incorporaría al programa.

b) Financiamiento del SPSS

El financiamiento del SPSS tiene un carácter tripartito y se integra por recursos que asignan la Federación, las entidades federativas y las cuotas de los beneficiarios. “El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la federación, los estados, es Distrito federal y los beneficiarios:” (Artículo 77 bis 11. Ley General de Salud).

La “cuota social” es una cuota fija aportada por el Gobierno Federal por cada persona afiliada equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo vigente diario en el Distrito Federal que se actualiza anualmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. En el 2012 la cuota anual se estimó en 880.19 pesos (FUNSALUD, 2012:18).

La aportación solidaria parte del principio de contribución corresponsable entre la Federación y las entidades federativas. Por cada familia beneficiaria, el Gobierno Federal y las entidades federativas realizan una “aportación solidaria” que, para el caso del Gobierno Federal, se distribuye a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, (Artículo 77, Ley general de Salud), calculado mediante la fórmula establecida, la aportación representará al menos una y media veces el monto de la cuota social. Mientras que a las entidades federativas les corresponde proporcionar lo correspondiente al 0.5 de la cuota social proporcionada por el Gobierno Federal.

Las cuotas familiares son las aportaciones anuales que efectúan las personas que de manera voluntaria han decidido afiliarse al SPS en formato de prepago a efecto de no tener que realizar pago alguno al momento de requerir los servicios médicos y medicinas cubiertas por el Catálogo Universal de Servicios de Salud. Inicialmente el régimen no contributivo contemplaba a la población que perteneciera a los dos primeros deciles de distribución del ingreso de la población;¹³⁰ sin embargo, en el 2010 se amplía el régimen

¹³⁰ De acuerdo con un estudio socioeconómico practicado por los Módulos de Afiliación y Orientación y la emisión correspondiente a la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).

de no contribución al Seguro Popular a las familias que se ubicaran en los cuatro primeros deciles de menor ingreso, así como las ubicadas en los deciles I al VII que tengan al menos un niño nacido al momento de incorporarse al SPSS o que cuenten con una mujer embarazada (DOF, 23 de junio de 2010).¹³¹ La Ley General de Salud, en su artículo 77 bis 23 contempla que estas cuotas se administrarán y ejercerán por los Servicios Estatales de Protección Social en Salud de manera que su utilización recaea exclusivamente en cada entidad federativa. También se establece el destino de estos recursos, que sólo podrán aplicarse en el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos que sean necesarios para llevar a cabo las misiones del programa.

Como características de las cuotas familiares tenemos que:

- Tienen un carácter progresivo que no está en función del riesgo individual de enfermedad, sino del nivel de ingreso de cada familia.
- El pago de la cuota no es necesariamente inherente a la afiliación

El origen de los recursos proviene de diferentes fuentes:

Cuota social. Esta aportación se financia con recursos adicionales, que se presupuestan dentro de la Secretaría de Salud.

Aportación solidaria Federal. Este rubro se financia a través del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la persona, según lo establece la Ley.

Aportación solidaria estatal. Las erogaciones que hacen los gobiernos subnacionales son a partir de sus presupuestos estatales.

El esquema tripartito de financiamiento del Seguro Popular correspondiente a 2009, se integró por 41.9% de Cuota Social; 24.8% de Aportación Solidaria Federal; 32.9% de Aportación Solidaria Estatal, y 0.4% de la Cuota Familiar; esta participación porcentual

¹³¹ Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo a familias que sean beneficiarias de programas de combate a la pobreza extrema y que sean residentes en localidades rurales; aquellos que residan en localidades de muy alta marginación y las familias que determine la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

se muestra en la gráfica 9. El esquema de financiamiento es el dominante en el sistema de salud en México. El sistema de protección social en salud replicó las fuentes de aportación que tenían las principales instituciones de salud (Ver tabla 20).

Gráfica 9. Financiamiento del seguro popular, 2009.



FUENTE: Informe de Resultados del Segundo Semestre de 2009, CNPSS.

Tabla 20. Esquema de aportaciones de las principales instituciones de salud en México.

Seguros Públicos		Aportadores	
Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS	Empleado	Patrón	Estado (cuota social)
Seguro médico ISSSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado (cuota social)
Seguro Popular de Salud	Beneficiario	Gobierno Estatal Gobierno Federal	Estado (cuota social)

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de Evaluación, 2006.

El esquema de financiamiento del Seguro Popular tiene una lógica que depende del tipo de bien público al que se dirige. Así, hay una distinción entre los recursos que se destinan a los bienes públicos de salud (que incluyen acciones de rectoría y planeación de los servicios y servicios de salud a la comunidad) y los servicios personales de salud (que incluye a los servicios de atención a la persona señalados en un paquete de intervenciones) (FUNSALUD, 2012:17-8). El siguiente cuadro (No. 21) muestra los fondos de recursos del Sistema de Protección Social en Salud según tipos de bienes.

Tabla 21. Fondos de financiamiento del sistema de protección social en salud según tipos de bienes.

Tipo de Bien	Funciones	Fondos
Bienes públicos de salud	Acciones de Rectoría (investigación, evaluación y recursos humanos)	Presupuesto anual de la Secretaría de Salud
	Servicios a la comunidad (vigilancia epidemiológica, protección contra riesgos sanitarios, entre otros)	FASSA-C
Servicios personales de salud	Servicios del paquete esencial de intervenciones (primero y segundo nivel)	Fondo para Servicios Personales de Salud
	Servicios de alta especialidad (Tercer nivel)	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Fuente: Modificado de FUNSALUD, 2012:17.

Los bienes públicos de salud consideran acciones relacionadas con la función de rectoría del sistema como la planeación, investigación y desarrollo de recursos humanos y se financian a través del presupuesto de la Secretaría de Salud; quien distribuye los montos a los estados con base en criterios poblacionales y un factor de ajuste según el perfil epidemiológico asociado a riesgos sanitarios. Mientras que los servicios de salud comunitaria considera a las campañas nacionales de salud, vigilancia epidemiológica, protección contra riesgos sanitarios, entre otros y se financia del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de la Comunidad (FASSA-C)¹³² (FUNSALUD, 2012:17-8). El monto de los recursos para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, se determina por la Secretaría de Salud con la opinión de la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.¹³³

¹³² El FASSA-C es un fondo presupuestario que corresponden a las transferencias de recursos para la salud que realiza la Federación hacia las entidades federativas y pertenece al Ramo 33 (Ramo del Gasto Descentralizado de Aportaciones financieras).

¹³³ La distribución del Fondo entre las entidades federativas se fija considerando tanto la población total del estado, como la población total de las entidades federativas incorporadas al SPSS, la asignación a la entidad para el año fiscal más el incremento anual conforme a la disponibilidad de recursos.

Los servicios personales de salud se financian mediante el Fondo para Servicios Personales de Salud y el Fondo de protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)¹³⁴; esta división se hace de acuerdo con las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el conjunto de enfermedades denominadas gasto catastrófico. El primero de los Fondos financia el paquete esencial de intervenciones, consideradas servicios de primer y segundo nivel (que se prestan en la atención ambulatoria y en hospitales generales) que son intervenciones de bajo riesgo y alta probabilidad de que ocurran.¹³⁵ Mientras que el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos financia las intervenciones de alto costo¹³⁶ de tercer nivel de atención (hospitales de alta especialidad). El siguiente diagrama resume el esquema de financiamiento que se ha comentado (FUNSALUD, 2012:18, ASF, 2009).

De los recursos provenientes de la cuota social y las aportaciones solidarias, la Secretaría de Salud canaliza el 8 por ciento para la construcción del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. También destina el 3 por ciento para la construcción de un Fondo de Previsión Presupuestal. Dos terceras partes de este fondo se destinan para infraestructura de atención primaria y de segundo nivel en zonas de mayor marginación social y una tercera parte se reserva para situaciones imprevistas en la provisión de la atención. Así, las entidades federativas reciben los recursos que provienen de la cuota social y las aportaciones solidarias una vez que se ha descontado el 8 por ciento para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el 3 por ciento para el Fondo de Previsión Presupuestal.

En suma, en cuanto a la aplicación de los recursos, se ejercen: a) El 89% por las entidades federativas en la prestación de los servicios de salud establecidos en el CAUSES; b) El 8% se destina al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y c) Un 3% que se transfiere al Fondo de Previsión Presupuestal que se destina a infraestructura.

134 La distribución de los recursos de este Fondo a los centros regionales de alta especialidad, se hace con base en un estudio técnico para seleccionarlos. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es quien administra este fondo -mediante un fideicomiso constituido por el Gobierno Federal-. El Fondo está abierto también a las aportaciones adicionales que puedan hacer las entidades federativas, organizaciones públicas y no gubernamentales.

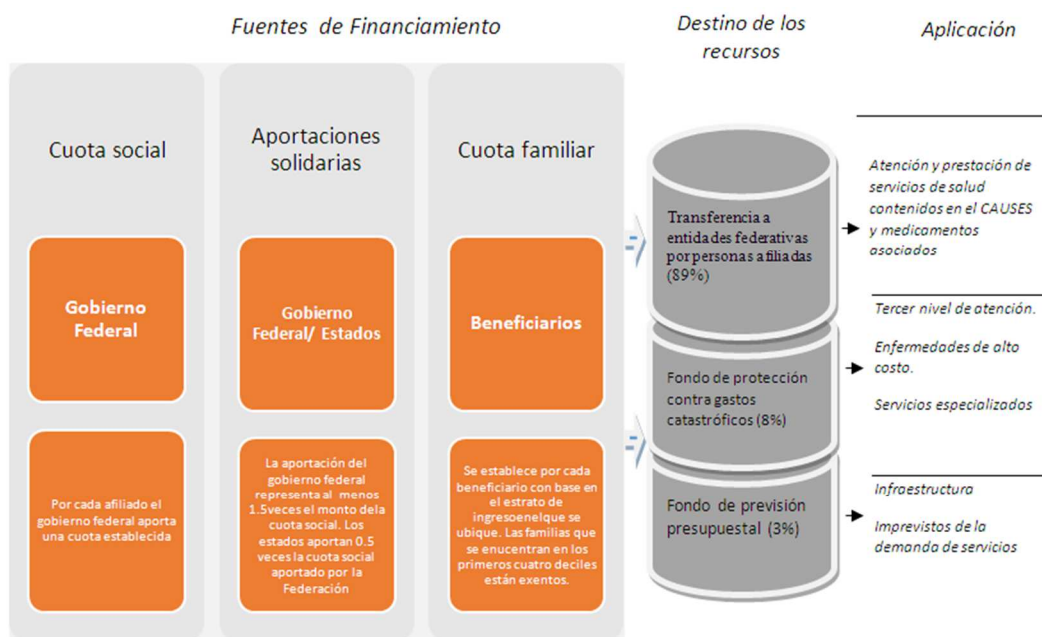
135 El cálculo anual del monto total de los recursos federales disponibles para Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona depende de la Secretaría de Salud. El fondo se integra atendiendo diversos componentes: el número de afiliados en la entidad federativa, las necesidades de salud de la población, así como el esfuerzo y el desempeño estatal.

136 El Consejo de Salubridad General es quien establece un Catálogo de las enfermedades, los tratamientos y medicamentos que generan gastos catastróficos y que serán cubiertas por el Fondo (Reglamento de la Ley General de Salud).

Mientras que las cuotas familiares son recibidas, administradas por los Servicios Estatales de Salud y sus recursos se destinan al abasto de medicamentos equipo e insumos para la salud.

La estructura y mecanismos de financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud se resumen en el siguiente diagrama (No. 6).

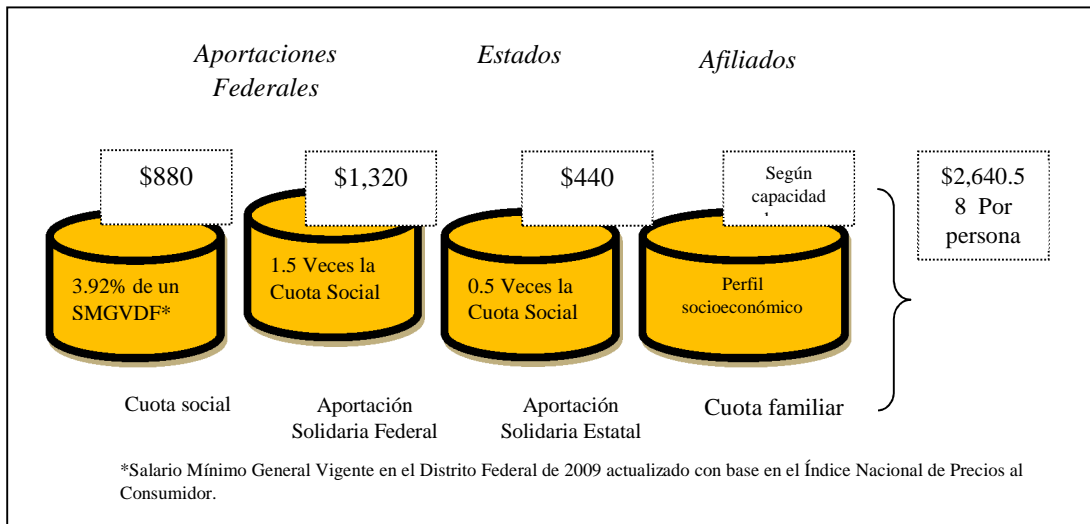
Diagrama 6. Estructura financiera según aportaciones tripartitas por fuentes.



Fuente: Modificado de CNPSS, 2014.

La estimación del costo per cápita y la contribución al financiamiento del mismo por las diferentes fuentes de financiamiento para el año 2012, fue de 2,640. 58 pesos (Ver diagrama 7).

Diagrama 7. Esquema de aportaciones, 2012.

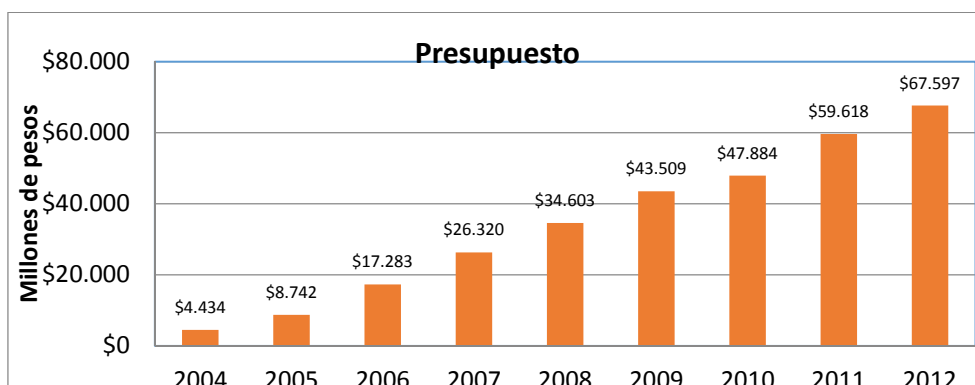


Fuente: Modificado de CNPSS, 2014.

Los recursos asignados al Seguro Popular en el periodo 2005 a 2009 mostraron un crecimiento acelerado, una tendencia acorde con el incremento del número de familias afiliadas al programa, ya que en estos cinco años, el avance de afiliación al seguro por familia creció en promedio en 31.1%.

La siguiente gráfica No. 10 muestra la evolución del presupuesto federal asignado al Seguro Popular. Para los años de 2004 a 2011, refleja el presupuesto ejercido, mientras que en 2012 se refiere al presupuesto autorizado.

Gráfica 10. Presupuesto ejercido 2004-2011 y autorizado 2012 al Seguro Popular, millones de pesos.



Fuente: CNPSS (2014). PEF. Ramo 12.

3. LOS RESULTADOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A) Cobertura

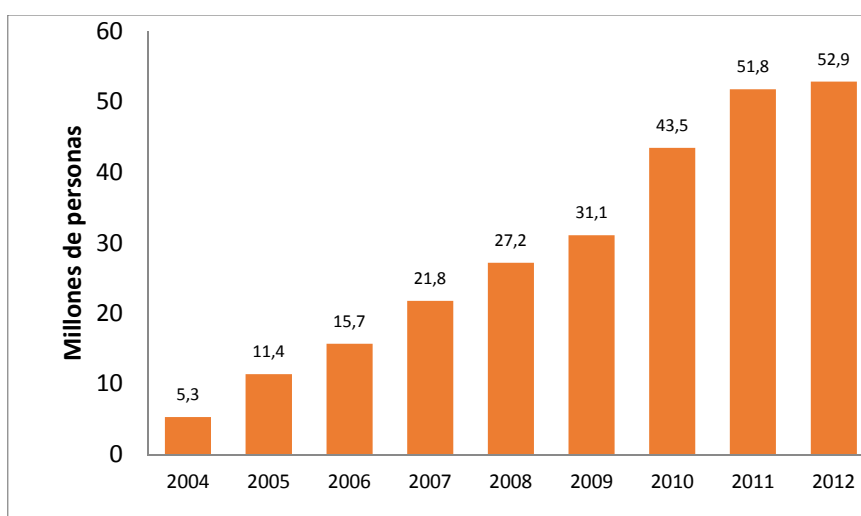
Para lograr la cobertura total de la población que no tenía acceso a la seguridad social, se diseñó una estrategia de incorporación en donde cada año había que afiliar a un 14.3 por ciento de la población sin protección social como beneficiaria del programa, de manera tal que, para el 2010, toda la población que careciera de acceso a servicios de salud en el país, sería afiliada al programa de Seguro Popular (Presupuesto de Egresos de la Federación 2004, Estrategia programática sectorial, sector salud: 2).

El SPSS creció de manera acelerada, especialmente a partir de 2005, cuando se incorporó el Distrito Federal al programa de Seguro Popular. En el 2005 se habían afiliado ya 3,555,977 familias y se incrementó el presupuesto ejercido también, que pasó de 4,472 millones de pesos en el 2004 a 8,316.4 millones de pesos. En el 2006 la afiliación de beneficiarios al programa del seguro popular fue de 4,636,362 familias, logrando así el 68.1% de la meta de cobertura (que se había planeado en 5.1 millones de familias) (CEFP, 2007: 22). A pesar del crecimiento acelerado de afiliación, en el 2010 no se alcanzó la cobertura universal y la línea de tiempo y presupuesto para lograr esta meta se extendió hasta diciembre de 2011, alcanzándose finalmente en el 2012. Knaul et al (2013: 216) sostienen que dos acontecimientos imprevistos, las crisis económicas y la emergencia médica de la epidemia de la gripe H1N1, ocasionaron que los recursos públicos que estaban destinados

al programa se redirigieran hacia otras acciones. Adicionalmente, se presentaron problemas para afiliar a los estratos poblacionales de ingresos elevados.

La meta de afiliación universal de la población no asegurada al seguro popular, se alcanzó finalmente en el 2012. De acuerdo con datos del propio programa, en ese año, cerca de 53 millones de mexicanos estaban afiliados (SPSS, 2012). La siguiente gráfica (No.11) muestra la evolución de la protección financiera, esto es, del número de afiliados al sistema de protección social en salud, medido en millones de personas.

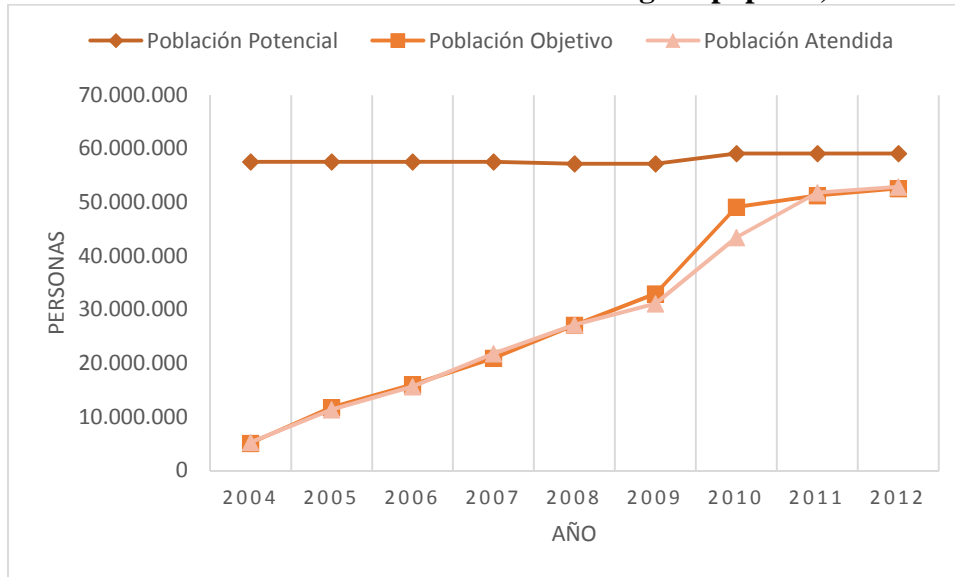
Gráfica 11. Afiliación al sistema de protección social en salud, 2004-2012



Fuente: CNPSS (2012).

Durante el sexenio de gobierno de Felipe Calderón (2006-2012), se aprecia el proceso de crecimiento más acelerado de afiliación al Seguro Popular, lográndose la cobertura universal en el año 2012 (Gráfica No. 12) (CONEVAL, 2014:31).

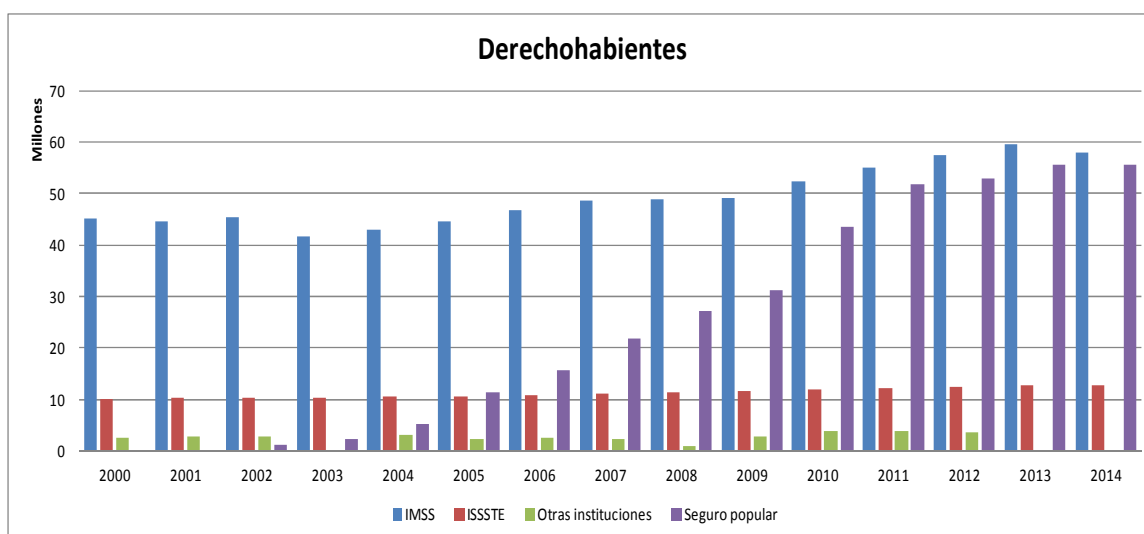
Gráfica 12. Evolución de la cobertura del seguro popular, 2004-2012



Elaboración propia con datos de: Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. CONEVAL

A través del seguro popular, el Sistema de Protección Social en Salud incorporó a los mexicanos que no se encontraban afiliados a las instituciones de seguridad social. En términos generales, la afiliación de personas a las instituciones de seguridad social como el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, SEDENA Y SEMAR creció también, extendiendo la cobertura de protección (Gráfica 13). La suma de las tres instituciones públicas de salud, IMSS, ISSSTE y Seguro Popular, implicó la afiliación de 126,307 millones de personas en 2014.

Gráfica 13. Evolución de la afiliación a las instituciones de salud en México, 2000-2014.



Para IMSS, ISSSTE y Seguro Popular: Segundo Informe de Gobierno 2013-2014. Anexo Estadístico. Páginas 150 y 151.

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI 2015. Derechohabiencia y uso de los servicios de salud. Consulta 12 de enero de 2015.

En términos de la cobertura de intervenciones, el Sistema Nacional de Salud presenta aún una alta inequidad. Los servicios de salud a la persona que cubre el Seguro Popular (Establecidos en el Catálogo Universal de servicios de Salud –CAUSES-) incluyen 284 intervenciones de primer y segundo nivel¹³⁷ y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubre 57 enfermedades de alta especialidad como los tipos de cáncer más comunes, cuidados intensivos neonatales y VIH/Sida, entre otros. A pesar de estos avances, no se han incorporado el total de padecimientos que generan gastos catastróficos que ha determinado el Consejo de Salubridad y algunos padecimientos no son cubiertos en su totalidad.

Mientras esto ocurre en el Seguro Popular, la población que cuenta con seguridad social tiene cubiertas, con excepción de cirugía cosméticas, todas las necesidades de atención a la salud (FUNSALUD, 2012:43-4).

En cuanto a la cobertura geográfica y la concentración de beneficiarios del seguro popular en el país, el mapa 1 la muestra. Resulta interesante ver que las entidades federativas que presentan los índices de bienestar más bajos como el caso de Guerrero, Oaxaca y Chiapas,

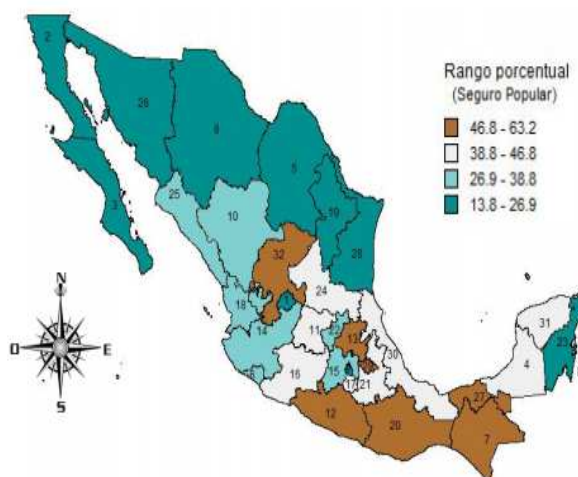
¹³⁷ Que equivalen a 1534 padecimientos.

tienen los porcentajes de afiliación más elevados (en el rango de entre el 46 y 63 por ciento de población afiliada).

Otro aspecto que llama a la cautela a la hora de analizar la evolución de la cobertura es la elevada presencia de duplicidad de atención. Según el Informe de Resultados de la Fiscalización de la Cuenta Pública 2009, la Auditoría Superior de la Federación determinó un porcentaje de duplicidad (colisión) del 14.2 por ciento, lo que significaba que 4,426,660 personas que estaban registradas en el padrón de beneficiarios del seguro popular, se encontraban también registrados en otros padrones de instituciones de seguridad social como derechohabientes (FUNSALUD, 2012:42-3).

Mapa 1. Cobertura geográfica y concentración de la población atendida por el seguro popular, 2013.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL AFILIADA AL SEGURO POPULAR



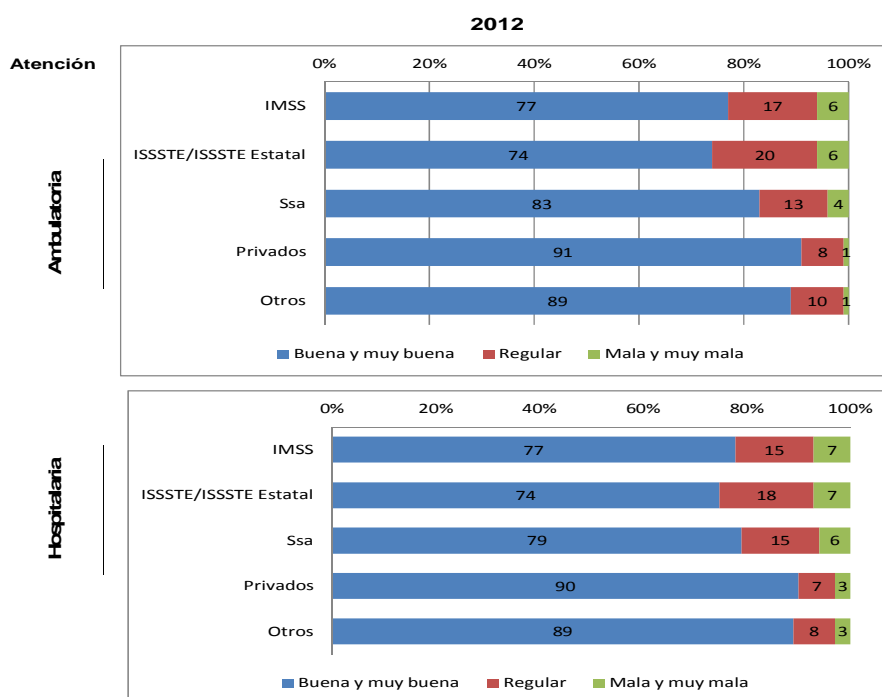
Fuente: INEGI, IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013

B) Calidad en la atención

El aumento de la afiliación de personas a las instituciones públicas de salud resulta, en muchos casos, una afiliación nominal que no se expresa en el acceso efectivo a estos servicios de salud. La gran saturación que existe en la prestación de los servicios públicos, así como la percepción de la calidad en la atención, provocan que muchos de los afiliados recurran al sector privado para atender los problemas de salud.

La Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT) mide la percepción de los usuarios en términos de calidad de la atención en las instituciones públicas y privadas. La encuesta revela que los usuarios perciben la calidad en la atención es mayor en el sector privado, a pesar de que esta percepción ha mejorado también sobre las instituciones del sector público (en comparación con los datos de ENSANUT 2006) (Ver gráfica 14). La encuesta refleja también que en el primer nivel de atención, la población opta por utilizar los servicios privados, aun contando con seguridad social, pues los considera con mayor calidad.

Gráfica 14. Percepción de calidad de los usuarios de servicios de salud en México, 2012.



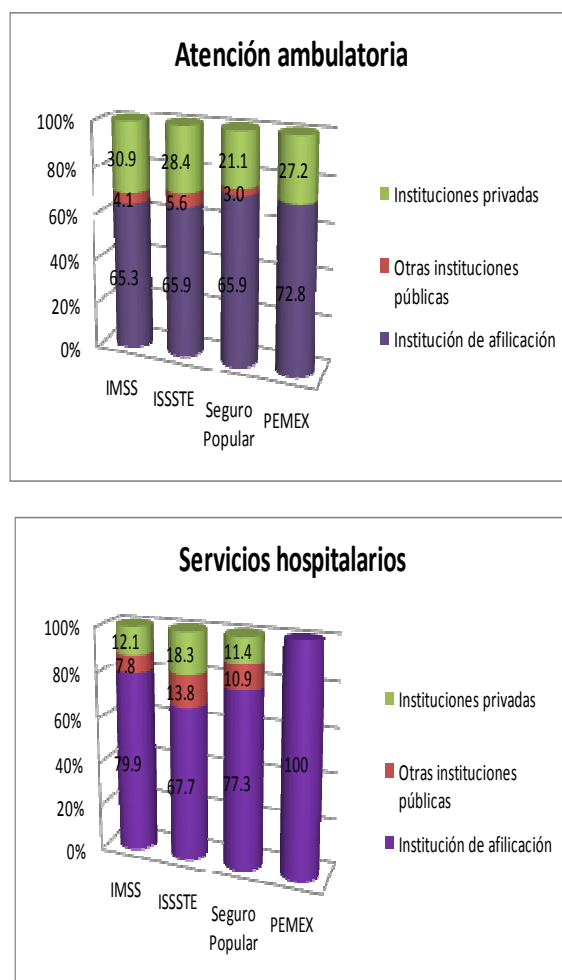
Fuente: ENSANUT, 2012.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, la Encuesta (ENSANUT, 2012) revela que en la atención ambulatoria, en promedio dos terceras partes de los beneficiarios¹³⁸ de las instituciones de seguridad social utilizan los servicios de su institución, mientras que un tercio de los afiliados se atiende en el sector privado. Sin embargo, cuando se trata de servicios hospitalarios en donde se atienden padecimientos de mayor complejidad y que resultan más costosos, se incrementa el porcentaje de afiliados que sí acuden a sus

¹³⁸ La excepción son los afiliados a los servicios de salud de PEMEX, donde el 72% de los afiliados sí hacen uso de su institución (ENSANUT, 2012).

instituciones, destacando el caso de los beneficiarios de servicios de PEMEX, donde el 100 por ciento de su población acude a su institución (Ver gráfica 15). En el caso de los afiliados al Seguro Popular, el 66 por ciento utiliza los servicios ambulatorios de sus unidades médicas y para la atención hospitalaria, el 77.3 por ciento se atiende en los hospitales de la red.

Gráfica 15. Utilización de los servicios de salud según afiliación institucional, 2013



Fuente: ENSANUT, 2012

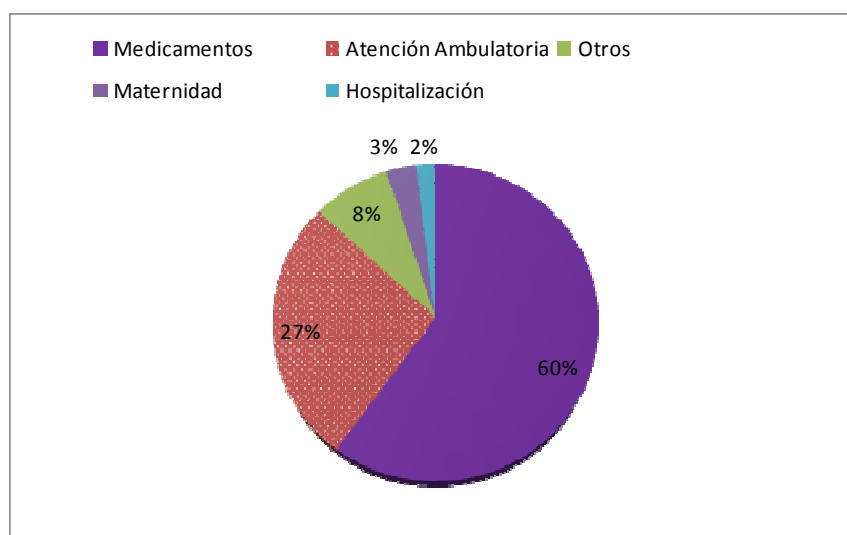
C) Gasto de bolsillo

Otro elemento a considerar en términos de acceso a los servicios de salud, se refiere a la proporción que representa el gasto de bolsillo y la composición de este mismo. Si bien el surgimiento del Seguro Popular ha permitido disminuir el gasto de bolsillo en salud, esta reducción ha sido tímida (4.2 puntos porcentuales) (ASF, 2009; en FUNSALUD,

2012:50). La siguiente gráfica revela la evolución del porcentaje de gasto de bolsillo en relación al gasto en salud en el país.

Al analizar la composición del gasto de bolsillo, se observa que la mayor parte del gasto se destina a medicamentos y a consultas médicas y ambulatorias (Gráfica 16). Los gastos en medicamentos constituyen más del 60% del gasto de bolsillo en salud de los hogares en México. Entre los hogares más pobres que incurren en gastos catastróficos, los gastos en medicamentos son el componente más relevante (Knaul et al, Lancet 2006).

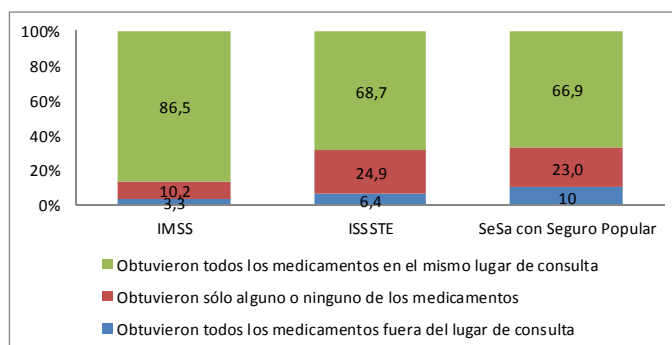
Gráfica 16. Composición del gasto de bolsillo por rubro de gasto en salud en México, 2012.



Fuente: Programa Sectorial de Salud 2013-2018, con datos de ENIGH 2012. CONEVAL 2010 y UAE 2009.

Este nivel de gasto en medicamentos no sorprende si consideramos que las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y los servicios estatales de salud –Sesa´s-) no pueden garantizar con efectividad el surtimiento de los medicamentos que prescriben. Al considerar la eficacia de cada institución para surtir en su totalidad los medicamentos recetados, se observa que existen problemas. Hasta el 2012, dos terceras partes de los beneficiarios del ISSSTE y de los Sistemas Estatales de Salud obtuvieron sus medicamentos fuera de su lugar de consulta (Ver gráfica 17).

Gráfica 17. Eficacia en el surtimiento de receta médica en las instituciones públicas de salud, 2012.



Fuente: Elaboración propia con base en ENSANUT, 2012.

En cuanto a la efectividad para surtir recetas, se observa que el ISSSTE y los Servicios estatales de salud presentan los mayores problemas para surtir la prescripción, con deficiencias en más del 30 por ciento de los casos. Algunos estudios han estimado la probabilidad de gastar en medicamentos a partir de modelos probabilísticos no lineales (probit)¹³⁹ y los hallazgos relevantes han sido que, los usuarios de los servicios estatales de salud tienen una probabilidad más alta de gastar en medicamentos (35.3%), seguidos de los usuarios del ISSSTE (19.5%), mientras que los usuarios del IMSS cuentan con una probabilidad del 3.6 por ciento de incurrir en un gasto de bolsillo por la compra de medicamentos. Si bien el seguro popular ha tenido avances en cuanto a la reducción del gasto de bolsillo, el 35.5% de sus afiliados que reciben atención a través de los Sesas gastan en medicamentos, lo que evidencia que, aun con la implementación del seguro popular, existen retos importantes en el acceso a medicamentos (Wirtz et al, 2013).

A pesar de las políticas que se han implementado para mejorar la cobertura de las instituciones públicas de salud, un porcentaje elevado de medicamentos se obtienen a través del gasto de bolsillo.

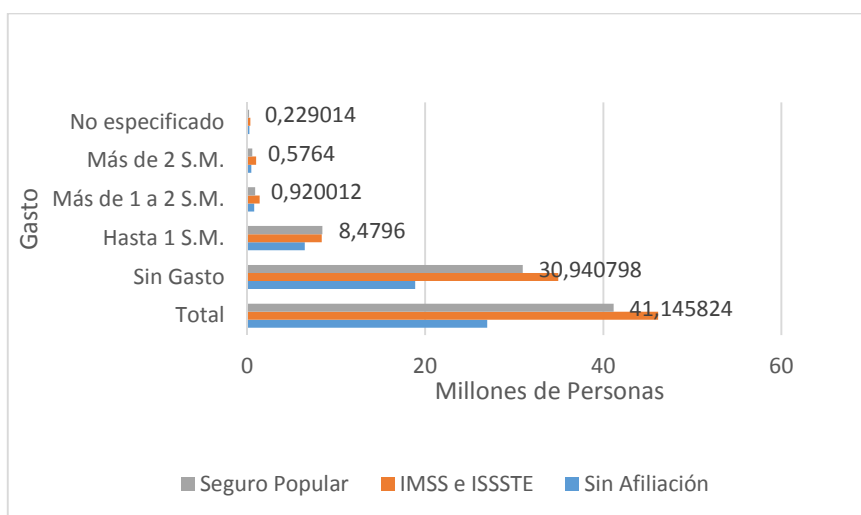
A inicios del año 2015 se ha llevado a cabo un esfuerzo significativo para mejorar las condiciones de la oferta de servicios de salud, intentando atender la demanda presente. En cuanto al abasto de medicamentos, ha entrado en vigor una reforma que, a través de

¹³⁹ Para conocer el modelo ajustado por sexo, grupo de edad, escolaridad, tipo y gravedad de problema de salud, nivel socioeconómico, condición étnica, pertenencia al programa Oportunidades, grado de marginación local y región geográfica véase Wirtz et al (2013).

vales, se harán efectivos tanto en farmacias del IMSS como del ISSSTE y en farmacias privadas para su dotación.

El monto del gasto médico en el que incurren los hogares, se ha calculado trimestralmente. Según la institución de afiliación, se observan diferencias en los montos gastados. En el 2013, el monto promedio del gasto trimestral en servicios de salud se calculó en un salario mínimo, por lo que el monto promedio anual asciende a cerca de 250 pesos (Gráfica 18).

Gráfica 18. Monto del gasto médico trimestral, 2013.

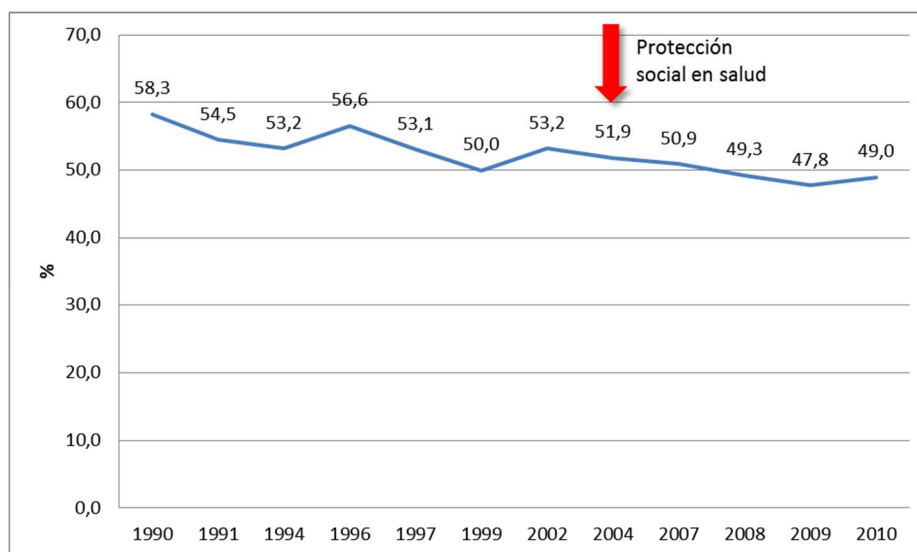


Nota: S.M. Salario Mínimo que para el área geográfica A del 2013 era de 64.76 pesos diarios.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013. INEGI.

Cuando se analiza la evolución del gasto de bolsillo en relación al gasto en salud en México, se observa un descenso del gasto privado de los hogares a la atención de la salud. La incidencia de gasto ha pasado del 58.3% al 49 por ciento, disminuyendo en casi diez puntos porcentuales (Véase gráfica 19).

Gráfica 19. Evolución del gasto de bolsillo en relación al gasto en salud en México, 1990-2010



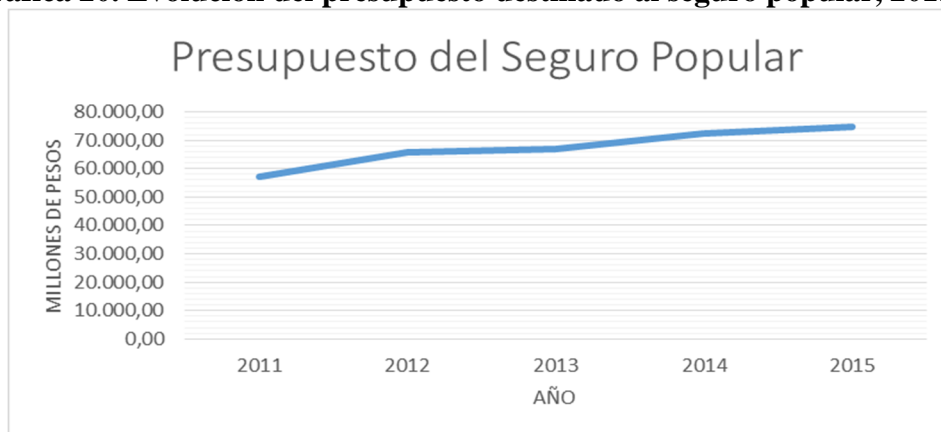
Fuente: FUNSALUD, 2013:50.

D) Gasto Público

Con el cambio en la administración política federal, el ritmo de crecimiento presupuestal del programa estrella de las administraciones panistas de la primera década del siglo XXI, poco a poco fue mermando. Tras haber alcanzado tasas de crecimiento anual superiores a 27 por ciento en el presupuesto Federal de 2010 y representar 59 de cada 100 pesos asignados al Ramo 12 de Salud, para el año 2014 el gasto asignado en el Presupuesto de Egresos se moderó, significando 56 de cada 100 pesos del Ramo de Salud (Rodríguez, El Financiero 4 de julio de 2014).

La siguiente gráfica 20 muestra la curva de crecimiento que ha experimentado el presupuesto destinado al Seguro Popular.

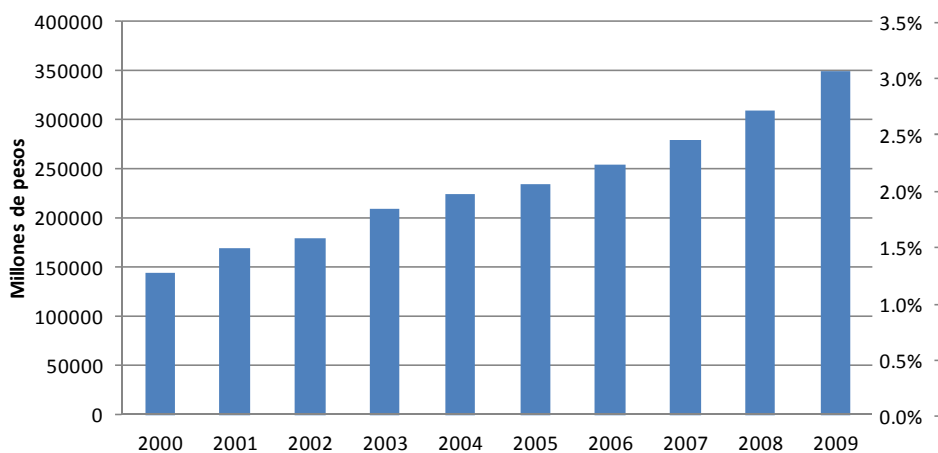
Gráfica 20. Evolución del presupuesto destinado al seguro popular, 2011-2015.



Fuente: Elaboración propia con datos de El Presupuesto Público Federal para la Función Salud, años 2011-2012, 2012-2013 y 2013-2014. Los datos del año 2015 corresponden al El Proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2014- 2015.

El surgimiento del Seguro Popular trajo aparejado un incremento en el gasto público en salud, el cual pasó de 142 mil millones de pesos en el año 2000 a más de 362 mil millones en el 2009 (registrando un 155% de incremento en términos absolutos) (Véase gráfica 21) (FUNSALUD, 2012:47).

Gráfica 21. Gasto público en salud como porcentaje del PIB en México, 2000-2009.

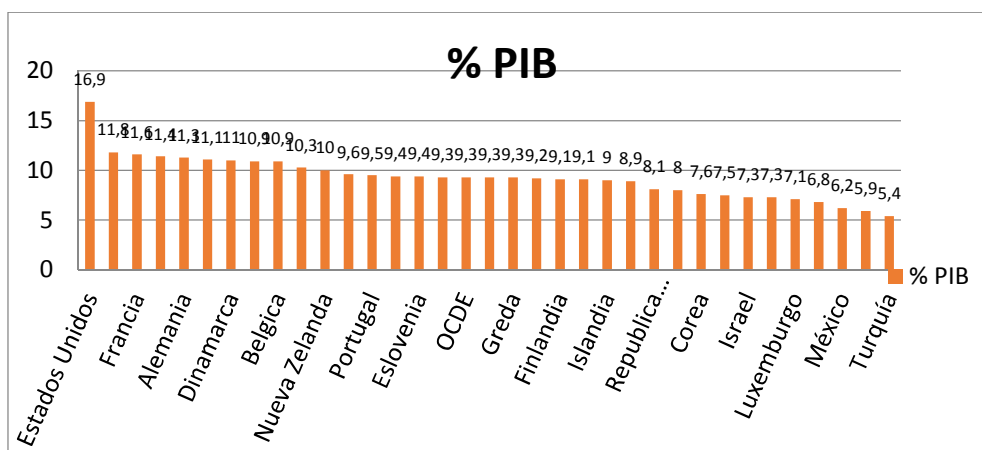


Fuente: Tomado de FUNSALUD, 2013: 46. Con datos de Secretaría de Salud, DGPOP.

A pesar de este incremento, México se encuentra muy por debajo del promedio de gasto público de los países de la OCDE; pues el gasto público en salud representa el 47.3 por ciento del gasto total en salud, mientras que el promedio en la OCDE es del 72% (OCDE, 2012). Mientras que el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE es de 9.5%

del PIB, en el 2012 el gasto total (público y privado) en salud en México representó el 6.2% de su PIB, uno de los porcentajes más bajos de los países de la OCDE (OCDE, 2014) (Ver gráfica 22).

Gráfica 22. Gasto en salud, público y privado, como proporción del PIB países de la OCDE



Fuente: Tomado de OCDE (2014). Health Statics 2012.

La baja tasa de participación pública en el financiamiento de la salud, provoca en consecuencia que el nivel de gasto privado resulte excesivo. El gasto de bolsillo en México en relación al gasto total es del 49 por ciento, siendo la tasa más alta entre los países de la OCDE y representando más del doble del promedio (FUNSALUD, 2013:49).

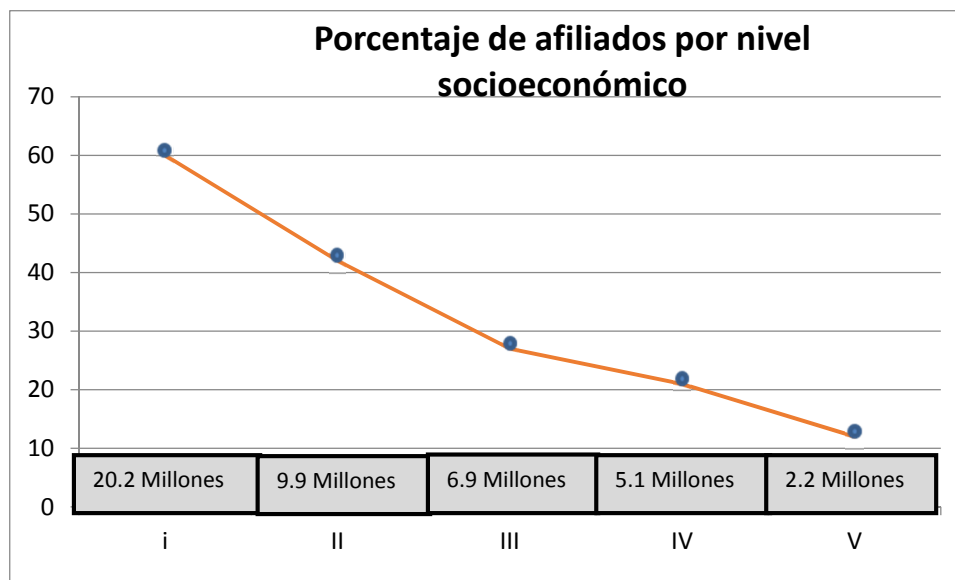
E) El desempeño del Seguro Popular: Balance general

El balance general del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, ha sido positivo, aunque existen importantes retos que debe de sortear. En general, los indicadores de salud mejoraron a lo largo de la década; la esperanza de vida se elevó y la mortalidad infantil se redujo en cuatro puntos porcentuales.

En lo que se refiere a la cobertura y la afiliación universal de la población no derechohabiente, el Seguro Popular logró afiliar en 2012 a toda la población potencial. Los hogares que resultaron más beneficiados con el acceso a los servicios de salud fueron los de menores recursos, lo que indica un enfoque claramente progresivo. La relación entre afiliados al SPSS, del 20% más pobre y del 20% más rico de los mexicanos es de

9 a 1 (Ver Gráfica 23). Esto ha abonado en cerrar la brecha en protección en salud entre ricos y pobres en el país (ENSANUT, 2012).

Gráfica 23. Progresividad de la afiliación



Fuente: ENSANUT, 2012.

Si bien es interesante el ascenso en la afiliación, es importante mencionar que el ingreso nominal al Sistema de Protección Social en Salud, no representa un ingreso efectivo a los servicios de salud. Mientras que la cobertura en términos de afiliación universal es del 100%,¹⁴⁰ los obstáculos en el acceso efectivo a los servicios son:

- La alta concentración de la infraestructura en zonas urbanas. Lo que provoca que la población que habita en las zonas marginadas deba desplazarse para poder acceder a ciertas intervenciones de mayor especialización. El reto en términos de cobertura sigue centrado en la población que habita en las zonas marginadas del ámbito rural, principalmente.

¹⁴⁰ La carencia social más prevalente en la población mexicana fue la carencia por acceso a servicios de salud. La ENSANUT 2012 identificó que el 21.4% de la población estaba en esta condición, cifra que resultó menor que el 31.7% que el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social (CONEVAL) reportó en 2010 (ENSANUT, 2012). Estas cifras sin embargo, deben tomarse con cautela por tratarse de información autorreportada, por lo que existe la probabilidad de un subreporte.

- La gran saturación que existe en la prestación de los servicios públicos, así como la percepción de la calidad en la atención, Las largas listas de espera que disuaden a los afiliados a hacer uso de los servicios.
- La falta de medicamentos en las unidades de atención. Una tercera parte de los beneficiarios refiere no poder abastecer la receta al 100 por ciento.
- La cobertura de las intervenciones que define el Catálogo Universal de servicios de Salud –CAUSES-. Aunque se han incrementado considerablemente la cobertura de las intervenciones, el CAUSES sigue sin incorporar todos los padecimientos que el Consejo de Salubridad ha identificado como gasto catastrófico y no cubre en su totalidad todos los tratamientos. Esta situación permite la supervivencia de una segmentación en la atención de la salud en los mexicanos según la adscripción institucional de pertenencia, originando inequidad en la atención.
- Las condiciones de la infraestructura. En el ámbito operativo, el primer reto al que se enfrentó el Seguro Popular fue el de la creación de infraestructura para el segundo nivel de atención. López Aranda (2015) sostiene que esto sucedió así porque las primeras personas que acudieron a las unidades de atención fueron las que estaban enfermas. A medida que avanzó la afiliación se saturaron los servicios de salud y esto ocasionó una presión adicional porque estos servicios estaban asentados en un modelo e infraestructura bastante añeja. La saturación de los servicios ejerce una gran presión sobre la atención.

Una afiliación nominal que no se expresa el acceso efectivo a los servicios de salud redundante en un gasto de bolsillo para muchos de los afiliados que recurren al sector privado para atender sus problemas de salud.

La aspiración de que el Seguro Popular pueda garantizar el acceso universal a la salud para hacer efectivo el artículo 4to. Constitucional, no se puede cumplir con los obstáculos que se han presentado.

Asociado a los obstáculos que enfrenta hoy el Seguro Popular, el reto fundamental que tiene que enfrentar el Sistema de Protección Social en Salud se refiere a la sostenibilidad financiera. En el ámbito presupuestal la cantidad de recursos necesarios para garantizar

la cobertura es creciente. La tasa media de crecimiento de los recursos que se destinan al SPSS es del 37.8% (García, 2014).

Para garantizar la supervivencia financiera del Sistema se requiere de un incremento constante de recursos fiscales cada año. La presión que ejerce la demanda de servicios de salud obliga al Sistema a crecer en términos de cobertura y de calidad de los servicios. Adicionalmente a esta presión, el envejecimiento de la población traerá consigo un incremento de los gastos médicos por los padecimientos crónico-degenerativos asociados a la edad, a la vez que la base de contribuyentes se reducirá.

La sostenibilidad financiera del Sistema de Protección Social en Salud es un tema delicado en un escenario de finanzas públicas finitas y de un régimen contributivo que poco aporta para su operación. La participación de la cuota familiar en la estructura de ingresos del Sistema se ha distorsionado, induciendo resultados socioeconómicos para clasificar a las familias en el régimen no contributivo; por lo que el 99.7% de los afiliados no contribuyen (García, 2014).

CAPÍTULO IV. DESAFÍOS DE LA ARQUITECTURA DEL RÉGIMEN DEL BIENESTAR EN MÉXICO: RESULTADOS DE BIENESTAR Y EFECTOS DE ESTRATIFICACIÓN.

Este capítulo analiza la arquitectura del Régimen del Bienestar mexicano y los desafíos a los que se enfrenta en la actualidad. El eje argumentativo gira en torno a cuestionamientos sobre ¿Cuáles son los desafíos que se presentan en la construcción de un modelo universal de servicios y prestaciones de bienestar?

Los primeros esfuerzos hacia el universalismo se dieron con la creación del Sistema de Protección Social en Salud, de ahí que se presente un primer apartado en donde se discuten los resultados de desmercantilización que la política de salud ha tenido sobre el régimen en general.

Para el análisis del régimen del bienestar en su totalidad, se utilizan los elementos centrales de la propuesta teórica de Gosta Esping-Andersen, 1990, donde se destacan tres componentes: i) la matriz institucional o *welfare mix* de las esferas que participan en la oferta y provisión del bienestar, considerando las contribuciones que cada una de ellas realiza; ii) los resultados de bienestar que, a manera de balance general, la política de bienestar social reporta; y iii) los efectos de estratificación social que el régimen genera. La discusión sobre los efectos de estratificación social del régimen abre el debate sobre el modelo de ciudadanía que el Régimen del Bienestar produce y reproduce. Así, a manera de conclusión, este capítulo ofrece una reflexión sobre el régimen del bienestar, los derechos sociales y el modelo de ciudadanía. Centrando la discusión en la transformación del modelo de ciudadanía laboral propio de la época del Estado Desarrollista, en un nuevo modelo que podría conducir tímidamente hacia una ciudadanía social.

1. EL GRADO DE DESMERCANTILIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD

La política de bienestar social en México descubrió un nuevo rostro con la creación del Sistema de Protección Social en Salud en el 2004. Los esfuerzos se centraron en reducir la brecha entre ricos y pobres a través de un esquema de transferencia de rentas bajo la figura de un seguro de salud para aquella mitad de la población que carecía del acceso a estos servicios

Con el reconocimiento formal del derecho a la salud en el artículo 4to Constitucional, los esfuerzos del Estado se encaminaron a garantizar el acceso a un paquete básico de atención y con la creación del Sistema de Protección Social en salud en el 2004, la política de salud adquirió tintes de universalismo y de solidaridad. Ahora bien, es necesario evaluar cuál ha sido la contribución de esta política en términos de la desmercantilización y de los resultados de bienestar que reporta. Esta es la discusión que se presenta en este apartado.

En términos de la desmercantilización¹⁴¹ de los servicios de salud, la política reporta un grado medio. El nivel de prestaciones y servicios sociales que el Estado ofrece como derechos, no satisface todas las necesidades de atención de la salud de la población, por lo que los ciudadanos deben de recurrir al mercado para garantizar su bienestar. En términos de cobertura, la Organización Mundial de la Salud establece que los sistemas de salud deben de proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras. Al analizar la cobertura en salud, es importante distinguir que, si bien en términos de afiliación se han logrado avances significativos, la adscripción institucional no es sinónimo del acceso efectivo a los servicios. No toda la población nominal es usuaria de los servicios, inclusive, no toda la población que tiene derecho a las instituciones tradicionales, ha sido registrada.¹⁴² El gasto de bolsillo (*pocket expenditure*) sigue constituyendo un porcentaje elevado (49%) respecto del gasto total en salud. Si bien el Seguro Popular ha tenido éxito en desmercantilizar la atención de la salud de las familias más pobres (los hogares más beneficiados han sido los de menores ingresos), el 33 por ciento de la población que atiende, debe de desembolsar recursos para surtir las recetas en su totalidad, así como acudir a servicios privados para atender padecimientos que no están incluidos en el catálogo de intervenciones que el Seguro Popular cubre. En el caso de los individuos que están afiliados a las instituciones tradicionales de salud (IMSS, ISSSTE) y que cuentan con un nivel de prestaciones mayor,

¹⁴¹ Como se ha referido en el capítulo teórico de este trabajo, el concepto de desmercantilización alude al nivel de prestaciones y servicios sociales que el Estado ofrece como derechos, lo que permite a los ciudadanos cubrir sus necesidades, independientemente de su participación en el mercado

¹⁴² Adicionalmente habría que considerar que, si bien el Seguro popular se orientaba a la población que no cuenta con un trabajo formal, no todas las personas que tienen un empleo en la economía formal, cuentan con un seguro médico, ya que los nuevos esquemas flexibles de contratación no realizan contribuciones a la seguridad social.

éstos recurren también a los servicios privados (cerca de una tercera parte, ya sea porque los percibe de mayor calidad o por evitar las largas listas de espera que existen en sus instituciones, incurriendo también en gasto de bolsillo.

La naturaleza dominante de la política es una mezcla entre acciones y programas universales y selectivos. Las medidas universales se reservan para las funciones de medicina preventiva, mientras que la atención de intervenciones especializadas presenta una diferencia en el acceso según la adscripción institucional de los beneficiarios. El nivel de beneficios que ofrece la política resulta inequitativo. Persiste una segmentación de los beneficios y las prestaciones, donde los afiliados a las instituciones del IMSS, ISSSTE, PEMEX e ISSFAM, tienen aseguradas todas las intervenciones médicas, en contraste con los beneficiarios del Seguro Popular, a quienes sólo se les garantiza la atención de las intervenciones que establece el Catálogo Nacional de Servicios de Salud (CAUSES), siendo 284 intervenciones de primer y segundo nivel y 57 intervenciones de alta especialidad.

Ahora bien, para evaluar los resultados de bienestar que reporta la política, se observa que, en general, los indicadores de salud mejoraron de forma consistente a lo largo de una década. La esperanza de vida al nacer pasó de 74 años en el 2000 a 74.3 años en el 2011 y la tasa de mortalidad infantil se redujo, pasando de 28.5 en el 2000 a 13.7 muertes por cada 1,000 niños nacidos vivos en el 2011 (Programa Sectorial de salud, 2013-2018: 21; INEGI, 2010 y CONAPO, 2013). Los avances que reportan las estadísticas vitales hacen suponer que la población vive en mejores condiciones. Sin embargo, al centrar el análisis en la satisfacción de las carencias sociales, se observa que en el 2012 el 49 por ciento de los hogares en el país vivía en condiciones de pobreza y el 21.4 por ciento de los mexicanos carecía de acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2012).¹⁴³

La siguiente tabla No. 22 muestra las características que adopta el Régimen del Bienestar en México según los cambios que registró la política de salud durante el periodo de 2004 a 2014.

¹⁴³ En torno a las fuentes de información estadística, las diferentes fuentes que existen ofrecen estimaciones variadas. Por ejemplo, los datos que reporta el CONEVAL en su anexo estadístico 2012, estima una carencia de acceso a servicios de salud del 21.5 por ciento mientras que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, reporta una cobertura de la población meta del cien por ciento.

Tabla 22. Características del Régimen del Bienestar con base en la política de salud, 2004-2014.

I Esferas que participan en la producción/provisión del bienestar.			
Esferas que participan	Nivel de participación:		
<ul style="list-style-type: none"> • Estado • Mercado • Familia 	<ul style="list-style-type: none"> Central Marginal Subsidiaria 		
II. Desempeño de la política pública de salud			
<ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza de la política (tipo de programas dominantes) • Tipo de riesgos que cubre la política (rango de riesgos cubiertos) • Criterio predominante para la distribución del bienestar (como un derecho universal, contributivo o por situación de necesidad) • Nivel de beneficios que asegura la política pública. 	<p>Existe una mezcla entre acciones y programas de corte universal y selectivos. Mientras que las acciones propias de la medicina preventiva (vigilancia epidemiológica y protección contra riesgos sanitarios) son de corte universal, los servicios relacionados con el primer, segundo y tercer nivel de atención son selectivos dependiendo de la adscripción institucional a la que pertenezca el beneficiario.</p> <p>El abanico de riesgos que asegura la política de salud depende de la afiliación del beneficiario:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><i>Beneficiarios del IMSS/ISSSTE/PEMEX/ISSFAM</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades generales, servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención. - Servicios farmacéuticos - Seguro de Vejez, invalidez y muerte - Seguro por accidentes y enfermedades profesionales </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><i>Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Solo los servicios señalados en un paquete especial de intervenciones y de alta especialidad (CAUSES). - Seguro Médico siglo XXI para infantes de 0-5 años, donde se cubren los padecimientos neonatales y los principales padecimientos del primer año de vida. - Servicios farmacéuticos. </td> </tr> </table> <p>Coexisten diferentes criterios para la distribución. Si bien la figura de aportaciones contributivas a través del seguro social fue el criterio dominante, el sistema de salud en México está evolucionando hacia criterios más solidarios donde el acceso a los servicios de salud se hace universal (la financiación del seguro popular es abrumadoramente gubernamental), especialmente en lo que a los primeros niveles de atención se refiere.</p> <p>Hasta hoy, existe un esquema de servicios diferenciados según el grupo de población del que se trate. Los beneficios y las prestaciones sociales que se desprenden de los programas e instituciones son, en su mayoría, limitados y estratificados según la ocupación. Mientras que los afiliados a las instituciones tradicionales de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM), tienen aseguradas todas las intervenciones médicas, los beneficiarios del Seguro Popular tienen sólo el beneficio de las que se establece en el catálogo CAUSES.</p>	<p><i>Beneficiarios del IMSS/ISSSTE/PEMEX/ISSFAM</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades generales, servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención. - Servicios farmacéuticos - Seguro de Vejez, invalidez y muerte - Seguro por accidentes y enfermedades profesionales 	<p><i>Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Solo los servicios señalados en un paquete especial de intervenciones y de alta especialidad (CAUSES). - Seguro Médico siglo XXI para infantes de 0-5 años, donde se cubren los padecimientos neonatales y los principales padecimientos del primer año de vida. - Servicios farmacéuticos.
<p><i>Beneficiarios del IMSS/ISSSTE/PEMEX/ISSFAM</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades generales, servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención. - Servicios farmacéuticos - Seguro de Vejez, invalidez y muerte - Seguro por accidentes y enfermedades profesionales 	<p><i>Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Solo los servicios señalados en un paquete especial de intervenciones y de alta especialidad (CAUSES). - Seguro Médico siglo XXI para infantes de 0-5 años, donde se cubren los padecimientos neonatales y los principales padecimientos del primer año de vida. - Servicios farmacéuticos. 		

<ul style="list-style-type: none"> • Forma de financiación dominante de la política 	<p>Coexisten dos esquemas. Las aportaciones contributivas (en el caso de las instituciones tradicionales que son tripartitas) y con base en la financiación del Estado y los beneficiarios (en el caso del Seguro Popular)¹⁴⁴.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de desmercantilización del bienestar. 	<p>Grado Medio.</p> <p>La política ha tenido poco éxito en desmercantilizar los servicios de salud. El gasto privado que, como gasto de bolsillo, los mexicanos destinan a la atención de la salud es cerca de la mitad (49%) del gasto total en salud que realiza el país.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Valor que guía la intervención estatal (la redistribución o el mérito) 	<p>La política de salud en México representa un viraje interesante por su orientación hacia una mayor universalidad en el acceso a los servicios. Estos cambios de la política han impactado en general en la política de bienestar social. El centro del diseño del Seguro Popular fue el fungir como un mecanismo de transferencia de ingresos entre los diferentes grupos poblacionales de atención para atenuar las desigualdades. Los logros de este programa provocaron que la redistribución hoy empieza a ser un objetivo central de la política de bienestar. En los dos primeros meses del 2015, en la Agenda Gubernamental destacan las propuestas de construir un sistema nacional de salud que privilegie la transferencia de ingresos para alterar la estructura de distribución existente.</p>

Fuente: Elaboración propia.

A manera de resumen, es posible sostener que la política de salud ha impactado de forma positiva en el bienestar de la sociedad mexicana, aunque presentan aún obstáculos relacionados con la equidad en el acceso a los servicios de salud, que a inicios del 2015, sigue ofertando un abanico de servicios diferenciados según las categorías ocupacionales de pertenencia.

2. LA ARQUITECTURA DEL RÉGIMEN DEL BIENESTAR MEXICANO Y SUS RESULTADOS

La política de salud en México representa un viraje interesante por su orientación hacia una mayor universalidad en el acceso a los servicios de bienestar. Estos cambios de la política han impactado en general en la política de bienestar social. El centro del diseño del Seguro Popular fue el fungir como un mecanismo de transferencia de ingresos entre los diferentes grupos poblacionales de atención para atenuar las desigualdades. Los logros que ha alcanzado este programa han hecho que la redistribución hoy comience a ser un objetivo central del Estado en cuanto a la política de bienestar se refiere. En los primeros

¹⁴⁴Como se señaló en el capítulo anterior, el seguro popular se financia tanto de las aportaciones gubernamentales que realizan el Gobierno Federal y los estados, así como de las cuotas de las familias beneficiarias. Si bien se contempla la contribución de los beneficiarios, ésta constituye sólo el 0.3% del financiamiento.

meses del 2015, en la Agenda Gubernamental destacan las propuestas por construir un sistema nacional de salud que privilegie la transferencia de ingresos para alterar la estructura de distribución existente.

Ahora bien, una vez analizada la contribución que la política de salud tiene en el Régimen del Bienestar en México, es posible realizar un balance general de la arquitectura de dicho Régimen en el país. Utilizando la propuesta teórico-metodológica de los regímenes del bienestar (ver capítulo 1), se destacan tres componentes del régimen mexicano: i) La matriz institucional de las esferas que participan en la provisión del bienestar (*welfare mix*); ii) Los resultados de bienestar y iii) los efectos de estratificación que genera.

A) Matriz institucional del régimen

En la matriz institucional del Régimen del Bienestar mexicano, el Estado aparece como el actor más destacado. Mientras que la familia es el segundo actor relevante por la contribución que tiene en el bienestar, especialmente en lo que se refiere a los cuidados de los miembros del hogar que lo necesiten (niños, enfermos, adultos mayores y personas con discapacidad). Mientras que el mercado tiene una presencia marginal en la mezcla institucional del bienestar, como se expone más adelante.

El sector público tiene una presencia considerable en la provisión del bienestar, reservando para sí el aseguramiento de los riesgos para la población de menores ingresos –y por tanto, de mayores riesgos-. El Estado provee los servicios y las prestaciones de bienestar bajo dos lógicas, universalismo y focalización. Los servicios de educación (primaria) y de salud preventiva se ofertan de manera universal, mientras que el acceso a servicios de salud y a los beneficios de la seguridad social siguen patrones de asignación con base en la afiliación institucional de los individuos.

La familia actúa como una esfera subsidiaria del bienestar aportando trabajo no remunerado al bienestar. Algunos indicadores que permiten estimar la contribución de la esfera familiar al bienestar se encuentran en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT). En el 2009 la ENUT reveló que el promedio de horas a la semana que los hogares destinaban a las actividades relacionadas con el cuidado de los niños y de otros miembros del hogar, era de un poco más de 18 horas. Al analizar la distribución de estas

horas por sexo, se observa que las mujeres son quienes más horas destinan al cuidado de los miembros del hogar, pues el promedio se incrementa a las 24 horas con 44 minutos, en contraste con los hombres, quienes destinan 12 horas con 20 minutos (ENUT, 2009:3). Esta información resulta valiosa porque permite apreciar cómo la familia se convierte en proveedora de servicios de bienestar al satisfacer las necesidades de cuidado de la población infantil, de los adultos mayores y de personas con discapacidad; convirtiéndose así en corresponsable con el Estado en el tema de los cuidados.

Junto con las familias, las instituciones del sector social juegan también un rol importante por su contribución al bienestar de las sociedades (Gough, 2004). Las organizaciones de la sociedad civil y las fundaciones privadas, han asumido un mayor protagonismo en los últimos años. Experiencias como “Fundación Teletón”, que oferta servicios de rehabilitación para niños y jóvenes con discapacidad han resultado exitosas.¹⁴⁵ Las instituciones del sector social llenan vacíos que el Estado no ha podido cubrir, por lo que se convierten en actores complementarios de la oferta pública de bienestar.

La tercera institución que participa en la matriz del bienestar es el Mercado. Este actor participa de dos formas, como ofertante de bienes y servicios mediante la presencia de agentes privados y como proveedor de bienestar, mediante la mercantilización de la fuerza de trabajo. La tabla siguiente (No. 23) resume el nivel de contribución al bienestar que tiene cada actor.

Tabla 23. Mezcla de instituciones que participan en la producción del bienestar (*Welfare mix*)

• Instituciones que participan en la producción de bienestar (<i>Welfare mix</i>)	
Actores institucionales:	Nivel de participación:
• Estado	Central
• Mercado	Marginal (en cuanto mercantilización del trabajo) /Complementario (En cuanto oferta de servicios)
• Familia/ tercer sector	Subsidiaria

Fuente: Elaboración propia

¹⁴⁵ Fundación Teletón es un proyecto que tiene por objetivo fomentar una mejor calidad de vida para niños y jóvenes con discapacidad. Participan los medios de comunicación y se financia a través de un esquema de donaciones en un maratón televisivo. Tienen un sistema de rehabilitación pediátrico que presume ser el más grande del mundo, un centro de autismo, una universidad teletón que forma a los especialistas y contará también con un hospital de especialidades oncológicas.

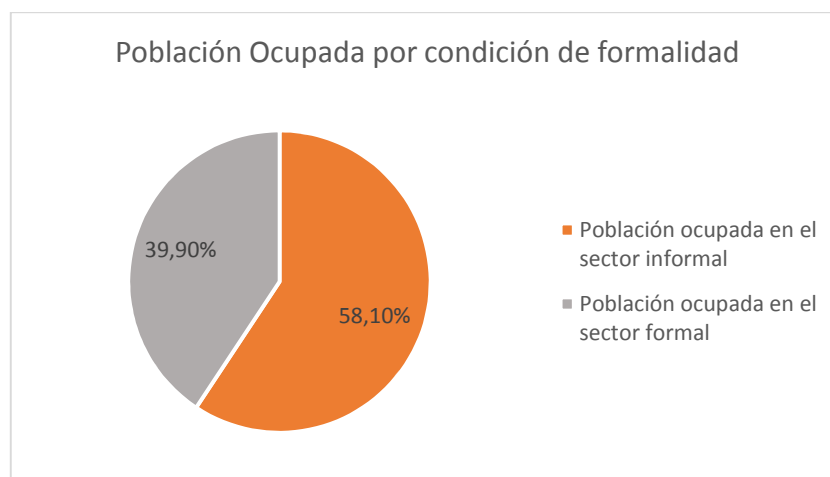
En la oferta de bienes y servicios privados destacan los sistemas de pensiones, los servicios educativos y de salud. Como parte de las reformas al sistema de seguridad social, -que surtieron efecto a partir de la década de los noventa y modificaron los mecanismos de acceso, las reglas de contribución y los beneficios de estas prestaciones-, los sistemas de pensiones se orientaron hacia la capitalización individual, por lo que los agentes privados cobraron una presencia estratégica en este sector. Los servicios privados de salud son relevantes en términos del gasto total en este rubro. El gasto privado en salud representa cerca de la mitad del gasto total y considera el gasto de bolsillo y el gasto en seguros privados. El sistema mexicano de salud presenta un sector privado extenso y prácticamente no regulado (OCDE, 2010).

Al analizar los resultados que ofrece la mercantilización de la fuerza del trabajo, se observa que esta esfera ha resultado poco exitosa en garantizar ingresos suficientes para que la población adquiera servicios de bienestar. La estructura laboral es muy precaria porque el 58.1 por ciento de la población ocupada en el mercado informal, tiene salarios menos estables y no cuenta con ningún tipo de prestaciones, ni los propios trabajadores ni sus dependientes. El mercado, como una de las esferas en la matriz de instituciones del bienestar, presenta resultados pobres; excluye a más del 5 por ciento de la Población Económicamente Activa (PEA) de la posibilidad de adquirir un ingreso y vincula de manera precaria y marginal (trabajadores informales y con subocupación) a más del 66% de la PEA.

La fragilidad del mercado laboral en el país se expresa en el elevado número de trabajadores que trabajan en condición de informalidad. Al analizar el mercado laboral, destaca la presencia del sector informal, constituido por aquellas unidades económicas de los hogares que no están incorporadas a los sistemas tributarios y que no están constituidas como entidades legales (INEGI, 2014b:4,5).

Al tercer trimestre de 2014, de los 49,576,734 personas que formaban la Población Económicamente Activa ocupada, 28.9 millones de personas fueron trabajadores informales, sin ningún tipo de seguridad social o de protección, lo que representa el 58.1 por ciento de la población ocupada (Gráfica 24).

Gráfica 24. Estructura del mercado laboral por condición de formalidad



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2014a). Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, Cifras durante el tercer trimestre, 2014.

Adicionalmente, el mercado laboral presenta también fenómenos de desprotección asociados a formas marginales de vinculación a los procesos productivos, donde los individuos se incorporan a empresas o instituciones formalmente constituidas pero son retribuidos bajo figuras de honorarios, conocidos coloquialmente como “por fuera de nómina” (*off the books*) para eludir las contribuciones patronales a la seguridad social (INEGI, 2014b:5); de tal forma que estos trabajadores, a pesar de trabajar en instituciones legalmente constituidas, permanecen excluidos de los beneficios patronales. La tabla 24 muestra la composición del mercado informal por tipo de empleador.

Tabla 24. Población informal por tipo de empleador, 3er. Trimestre 2014.

Población ocupada informal por tipo de empleador, 3er Trimestre 2014	
Tipo de unidad económica empleadora	2014
Sector informal	13502664
Trabajo doméstico remunerado	2237728
Empresas, gobierno e instituciones	6784152
Ámbito agropecuario	6348059
Total	28872603

Fuente: INEGI (2014). Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, Cifras durante el tercer trimestre, 2014.

La precariedad de la estructura del mercado laboral se expresa también en la población desocupada, que se situó en 2.7 millones de personas, lo que corresponde a una tasa de desocupación del 5.2 por ciento de la PEA y en el fenómeno de subocupación,¹⁴⁶ que al tercer trimestre de 2014, fue de 4 millones de personas, representando una tasa del 8.1% de la población ocupada (INEGI, 2014a).

Las estadísticas presentadas hacen evidente la precaria inserción económica de las fuerzas productivas a un mercado laboral imperfecto que no logra mercantilizar adecuadamente la demanda de empleo ni de ingresos.

Como esfera proveedora de bienestar, el mercado presenta los atributos siguientes:

- Imposibilidad de universalizar el trabajo remunerado. Después del periodo de industrialización, el mercado laboral hoy no logra absorber la demanda de empleo.
- Incremento de situaciones de precariedad y de vulnerabilidad laboral. Asociado al desempleo, se encuentra el fenómeno de la informalidad y la aparición de nuevas formas de contratación flexible en donde el trabajador no cuenta con ningún tipo de derechos sociales.

Estas características hacen del mercado una esfera ineficiente para contribuir en un sistema de protección social. Esta situación resulta especialmente preocupante en los sistemas de seguridad social contributivos, como el mexicano, donde los mecanismos para mantener el nivel de prestaciones dependen de las contribuciones; de ahí la importancia de contar con un mercado laboral que absorba la demanda de empleo y genere ingresos suficientes y estables para la población.

El siguiente diagrama (No. 8) expresa las contribuciones al bienestar que tiene cada esfera, así como las lógicas de asignación del bienestar que resultan dominantes.

¹⁴⁶ La tasa de subocupación refleja la necesidad de las personas de trabajar más tiempo para poder complementar un mejor ingreso.

Diagrama No. 8. Arquitectura institucional del Régimen del Bienestar en México, 2014



Fuente: Elaboración propia

Con base en la revisión anterior se aprecia como la estructura del mercado -en donde el sector informal de la economía representa dos terceras partes de la población económicamente activa y el 60% de sus empresas presenta algún grado de informalidad laboral- (INEGI, 2012), dificulta sostener financieramente una estructura robusta de bienestar pública. La composición del mercado hace difícil mantener financieramente un esquema de prestaciones de seguridad social que se sustenta en la premisa de las cuotas tripartitas entre trabajadores, patrones y el Estado.

B) Resultados de Bienestar del Régimen

Al analizar los resultados del Régimen del Bienestar en México, es posible sostener que el Estado ha sido exitoso en lograr la desmercantilización en la educación en el nivel de primaria y en la salud, en la medicina preventiva (riesgos epidemiológicos); mientras que el resto de los servicios que se derivan de otros derechos sociales establecidos de manera formal en la Constitución Política, no pueden ser garantizados para amplios sectores de la población que permanecen al margen de ellos (Ordóñez, 2014:24).

Autores como Barba (2004) y Ordóñez (2002, 2014), señalan que el sistema de protección social que se ha construido por cerca de siete décadas, es un reflejo de cómo la política social se ha articulado con una fuerte dependencia con la política económica. Así, el modelo de bienestar social se ha construido como un apéndice de las necesidades del proyecto de desarrollo nacional en cada momento en particular.

Si bien el modelo de bienestar social fue adecuado durante la época de industrialización del país, la década de los noventa puso de manifiesto los signos de debilidad del mismo. Las reformas que acontecieron durante esa década en materia de seguridad social –que han sido exploradas en el capítulo anterior-, generaron una gran fragilidad en la cobertura de los riesgos de la trayectoria vital para amplios sectores sociales.

Ahondando sobre los resultados de bienestar del Régimen, destaca el hecho de que, en el 2012, sólo una cuarta parte de la población pudo disfrutar de los bienes y servicios sociales que la Constitución establece de disfrute universal: educación, salud, seguridad social y alimentación (Ordóñez, 2014:25).

Si bien es cierto que cada país define lo que puede considerar como cobertura universal, existen tres elementos que deben de tener en consideración para estimar los resultados de bienestar: i) La población que está protegida, ii) la cuantía de derechos sociales que se garantizan y iii) el porcentaje de gratuidad que los beneficios ofrecen. Al considerar la gama de beneficios que el Estado puede garantizar a los ciudadanos, se observa que es limitada. Si se considera el porcentaje de personas que, en el 2012, presentaban alguna carencia social, se observa que cerca de tres cuartas partes de la sociedad presentan al menos una carencia asociada a alguno de los bienes y servicios que formalmente se han definido como universales.

La siguiente tabla (No. 25) presenta los indicadores de carencia social más frecuentes y el porcentaje de personas que permanecen marginados del disfrute de derechos.

Tabla 25. Indicadores de bienestar en México, 2012.

Indicadores	Millones de personas	Porcentaje
Privación social		
Población con al menos una carencia social	86.9	74.1
Población con al menos tres carencias sociales	28.1	23.9
Indicadores de carencia social		
Rezago educativo	22.6	19.2
Carencia por acceso a los servicios de salud*	25.3	21.5
Carencia por acceso a la seguridad social	71.8	61.2
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	15.9	13.6
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	24.9	21.2
Carencia por acceso a la alimentación	27.4	23.3
Bienestar		
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	23.5	20.0
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	60.6	51.6

*/ Diferentes fuentes estadísticas ofrecen estimaciones de cobertura distintas. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, reporta una cobertura de la población meta del cien por ciento.

Fuente: CONEVAL, 2013, tomado de Ordóñez, 2014.

En términos generales, el Régimen del Bienestar en México, por sus componentes y sus resultados de bienestar, no logra garantizar adecuadamente la satisfacción de las necesidades de la población. La tabla No. 26 ofrece un análisis de los principales elementos que permiten evaluar el desempeño de la política de bienestar social, considerando el tipo de programas dominantes, el rango de riesgos que cubre, el criterio dominante para la distribución de los beneficios, el nivel de beneficios que ofrece y el grado de cobertura.

Por tal motivo, es posible sostener que el Régimen es de una Seguridad Informal, al dejar a amplios sectores de la sociedad (3/4 partes) fuera del disfrute de los derechos que ha establecido como universales.

Tabla 26. Resultados de la política pública de bienestar en México, 2014

Desempeño de la política pública de bienestar	
<ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza de la política (tipo de programas dominantes) 	Existe una mezcla entre programas universales y selectivos, donde predominan estos últimos con base en una lógica corporativa.
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de riesgos que cubren los programas de bienestar (rango de riesgos cubiertos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgos que cubre el Seguro Social contributivo Enfermedades generales y maternidad Vejez, invalidez y muerte Accidentes y enfermedades profesionales Vivienda - Riesgos/ beneficios que cubre/aportan los programas universales Atención de la salud preventiva Educación primaria - Riesgos/ beneficios que cubre/aportan los programas focalizados Pensión de vejez, Alimentación, Pobreza extrema
<ul style="list-style-type: none"> • Principales políticas de bienestar que pone en marcha el Estado 	Educación, salud, alimentación, seguridad social y vivienda. Las tres últimas sólo las oferta bajo una lógica contributiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Criterio predominante para la distribución del bienestar (como un derecho universal, contributivo o por situación de necesidad) 	La figura contributiva a través del seguro social es el criterio dominante, aunque se combina con prestaciones universales (otorgadas como servicios públicos) y asistenciales.
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de beneficios que asegura la política pública. 	Diferenciados según el grupo de población del que se trate. Los beneficios y las prestaciones sociales que se desprenden de las políticas de bienestar son, en su mayoría, limitados y estratificados según la ocupación. Los principales beneficios que garantiza son: -Educación primaria gratuita (como una prestación universal). -Seguridad social (bajo un criterio contributivo ofrece beneficios estratificados según la ocupación). -Salud. Bajo un esquema dual, de seguridad social (afiliación IMSS, ISSSTE, ISSFAM) y para la población no asegurada (SPSS). Ofrece un portafolio de servicios diferenciados según la afiliación institucional. -Vivienda (prestación disponible en su gran mayoría sólo a través del seguro social). -Alimentación (bajo la modalidad del programa focalizado “Prospera” y su subprograma “Cruzada Nacional contra el hambre”).
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de cobertura de la población 	Bajo nivel de cobertura para la población en general. Existen sectores de la población que no gozan del grueso de las prestaciones sociales.
<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso con el pleno empleo 	No existe. El pleno empleo no es uno de los objetivos de la política de bienestar. La política económica ha tenido poco éxito en mercantilizar la fuerza de trabajo y existe un elevado porcentaje de empleo informal.
<ul style="list-style-type: none"> • Valor que guía la intervención estatal (la redistribución o el mérito) 	La redistribución no había sido un criterio dominante en la política social, hasta los inicios del año 2000. A partir de este año surgieron programas de transferencias de ingresos entre diversos sectores económicos y sociales para atenuar las desigualdades. Coexisten programas anclados en la contribución y programas focalizados, por lo que más que atenuar las diferencias sociales, las ha reproducido, concentrando el bienestar en beneficio de los estratos sociales y económicos de la clase media urbana.

Fuente: Elaboración propia.

C) Resultados de estratificación del Régimen del Bienestar

El balance de los resultados del régimen del bienestar es mixto. Si bien las reformas ocurridas en el sistema de salud han tenido logros nada despreciables, como el haber brindado protección social a un sector que estaba excluido de ella y haber contribuido a

disminuir la brecha entre los hogares ricos y los de menor ingreso a través de esquemas de asignaciones progresivas –aquellas que se concentran en los hogares de más bajos ingresos-, existen aún muchos temas pendientes.

Uno de ellos se refiere a la forma en cómo se distribuyen los riesgos sociales entre la población. La combinación entre universalismo y conservadurismo ha generado una estructura de distribución de los riesgos en la sociedad muy peculiar. Algunas políticas sociales como la educación primaria, las alimentarias y las preventivas de salud se financian mediante los impuestos generales –distribuyendo el riesgo entre toda la población-; la política de vivienda y una parte importante de los servicios de salud se financian de forma contributiva (a través del esquema tripartito Estado-patrón-trabajador)¹⁴⁷ y los sistemas de pensiones –en el modelo que se constituye como el dominante- se basan en el modelo de capitalización individual. Los diferentes criterios que rigen la financiación y la asignación de las prestaciones de bienestar generan una distribución de los riesgos sociales muy desigual.

El reparto desigual de los riesgos sociales entre la población ha generado en consecuencia, una estructura social dual. Con sectores de la población que gozan de un portafolio de prestaciones sociales diverso y segmentos poblacionales que no tienen acceso a los servicios básicos de bienestar. Al ser la contribución y las cotizaciones individuales las formas dominantes para acceder a las prestaciones sociales y a los servicios de bienestar, se ha generado un sistema paralelo de bienestar residual para aquellos sectores sociales que no pueden acceder bajo estas modalidades.

¹⁴⁷ La paradoja del régimen de bienestar mexicano es que, si bien no se dio un universalismo en la provisión, la financiación de los servicios de bienestar que estaban destinados a la población derechohabiente contributiva fue más o menos universal, pues el Estado destinaba gran parte del presupuesto público a su financiación.

Tabla 27. Efectos de estratificación del Régimen del Bienestar en México, 2014.

• <i>Efectos de estratificación del régimen</i>	
• Modo de solidaridad predominante (según el patrón de financiamiento de las principales políticas de bienestar).	Acorde con el patrón dominante para la distribución del bienestar –de base contributiva-, el modo de solidaridad del régimen puede denominarse Corporativista Contributivo. Aunque en la última década, el modelo de financiamiento en la política de salud del Seguro Popular, pretende revertir este patrón mediante un financiamiento público de forma mayoritaria.
• Principales categorías de beneficiarios de las políticas de bienestar	Abrumadoramente sectores urbanos. Donde los mayores beneficiarios habían sido las clases medias y los sectores corporativos (PEMEX, Fuerzas Armadas y Marina). Con la creación del Seguro popular, se observa la progresividad de la política de salud, pues los mayores beneficiarios han sido los hogares de los estratos de ingreso más pobres.
• Modalidad dominante de la provisión de bienestar	Estatual y familiar
• Sistema de valores familiares que reproduce	Durante las décadas pasadas, el modelo de bienestar que focalizó la protección en el trabajador industrial favoreció un modelo de “varón cabeza de familia” (<i>male breadwinner model</i>). Actualmente, los programas focalizados que empoderan a las mujeres jefas de familia buscan revertir esta tendencia. En general, es posible sostener que la protección social empieza a transitar del modelo jefe(a) de familia hacia uno que se centra en el individuo, alterando así el sistema de valores familiares del periodo industrial.
• Tipo de ciudadanía que supone	Tradicionalmente había supuesto una Ciudadanía Corporativa, aunque las reformas de la política social perfilan un nuevo modelo de ciudadanía que se asemeja un poco más al de derechos sociales.

Fuente: Elaboración propia

A manera de resumen, la tabla No. 27 expresa los efectos de estratificación que la estructura institucional de bienestar genera, caracterizando el modo de solidaridad dominante, las categorías de beneficiarios que genera, el sistema de valores familiares que reproduce y el modelo de ciudadanía que moldea. Intenta también resumir los componentes y resultados del bienestar en el país, presentando la situación anterior y el nuevo sistema de protección social que se perfilan con las reformas en materia de política social. La búsqueda de una mayor equidad requiere, sin duda, que la sociedad desarrolle sistemas de protección social y de promoción de oportunidades para todos sus ciudadanos. La política social en México debe de regirse por valores como la universalidad, la solidaridad y la eficiencia y aplicar estos principios en el diseño, la financiación, la regulación y provisión de los bienes y servicios sociales (CEPAL, 2000:32).

A la luz de las consideraciones anteriores, la política social tiene una responsabilidad nodal con los sectores empobrecidos de la sociedad mexicana.

La Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el XXVIII periodo de sesiones celebrado en abril del año 2000 reconoció que, en términos del bienestar, los desafíos del futuro en América Latina apuntan en la dirección de construir un verdadero Estado del bienestar por medio de una política social robusta. Sostiene que “El desarrollo y las políticas sociales en América Latina y el Caribe no han llevado a un “Estado del bienestar, pues no se han alcanzado los niveles esperado de universalidad, solidaridad, eficiencia e integralidad” (CEPAL, 2000:32).

Según recomendaciones de la CEPAL, en el ánimo de construir sociedades más equitativas, tres principios deben de guiar el diseño, financiamiento, regulación y provisión de los servicios y las prestaciones sociales (CEPAL, 2000:32):

El principio de **universalidad** implica garantizar que todos los ciudadanos reciban en igual cantidad y calidad servicios sociales suficientes... “En el caso de los sistemas de protección social, esto implica que no excluya del acceso a ninguna persona sobre la base de su nivel de ingreso, situación laboral, sexo, edad, pertenencia étnica o nivel de riesgo”.

La **solidaridad** implica una participación en el financiamiento a las protecciones sociales, dependiendo de las capacidades económicas de las personas y con independencia de los riesgos sociales. El modelo de financiamiento implica un diseño de subsidios cruzados entre diferentes estratos de ingreso.

Mientras que el principio de **eficiencia** es el que debe de orientar la organización y gestión de los servicios y las prestaciones, para asegurar estándares de calidad, minimización de costos y maximización de resultados.

3. EL RÉGIMEN DEL BIENESTAR, LOS DERECHOS SOCIALES Y EL MODELO DE CIUDADANÍA

Los derechos sociales, como criterio de asignación en la política social, van ganando terreno en el quehacer público en México debido a que permiten utilizar el criterio de universalidad para brindar servicios de bienestar todos los ciudadanos.

Ahora bien, conviene preguntarse ¿Qué implicaciones tiene establecer el concepto de ciudadanía en la base del acceso al bienestar? Al intentar estimar cuáles son los obstáculos que enfrentaría este concepto como principio efectivo de asignación del bienestar, esta investigación centra la discusión en el plano de la implementación (una revisión teórica sobre el concepto de ciudadanía social y su contribución al estudio de los Estados del bienestar se ha realizado en el capítulo I). Así, los argumentos que se presentan giran en torno a cuestionamientos como ¿Qué obstáculos se presentan en la construcción de un modelo universal de servicios y prestaciones de bienestar social?

Gordon (2003:7) propone reflexionar sobre el potencial de utilizar los conceptos de ciudadanía y derechos sociales como criterios distributivos en México. Sugiere también que el postulado de derechos sociales en México remite a tres fuentes: i) la definición de ciudadanía de Marshall, ii) la concepción de justicia social tutelada por el Estado que emana de la Revolución Mexicana y se plasma en la Constitución de 1917 y iii) las concepciones de organismos internacionales que extienden los derechos humanos al ámbito del desarrollo (2003:13-4).

La concepción de los derechos sociales como un principio de justicia social colectiva bajo la tutela del Estado, fue la dominante en la época del Estado nacionalista corporativo (1917-1982). Durante este periodo, el rasgo característico del concepto de ciudadanía fue que el acceso a los satisfactores de bienestar se adquiría solamente mediante la pertenencia a ciertas organizaciones reconocidas por el Estado. De ahí que la noción de ciudadanía no estuvo vinculada con formas universales de acceso individual sino con formas colectivas de acceso corporativo (Gordon, 20013:14).

La vinculación de los derechos sociales al concepto de ciudadanía, se hizo bajo una lógica corporativa y clientelar, donde los servicios y las prestaciones se ofrecían en un esquema de intercambios por apoyo político. Mientras que los regímenes del bienestar más solidarios han situado a los derechos sociales como el eje rector de la distribución de los servicios de bienestar entre sus ciudadanos; los regímenes propios del modelo conservador han hecho de los derechos labores el centro de gravedad para la distribución de las prestaciones, asemejando la ciudadanía social con una ciudadanía laboral. Este fue el paradigma dominante en México durante el proceso de industrialización, donde la situación laboral era la que proporcionaba derechos de ciudadanía, condicionando el

acceso al disfrute de las prestaciones de bienestar. La lógica que guiaría la intervención estatal en la distribución del bienestar no se orientó a la construcción de una ciudadanía social, sino a la de una “ciudadanía corporativa” o “ciudadanía laboral”, donde el sistema político privilegió a los sectores sociales funcionales a su proyecto de desarrollo (Ver capítulo II).

Así, en los inicios del nuevo milenio, el goce de los derechos sociales en México estaba asociado a la adscripción laboral o corporativa y no a un principio universal de ciudadanía social. De ahí que, allí donde no había trabajo formal, no había derechos ni prestaciones sociales, por lo que la familia y la beneficencia jugaron un rol importante en la provisión de bienestar para aquellos sectores que quedaban fuera de la protección.

Ahora bien, al analizar los servicios y las prestaciones que la Constitución ha incorporado como derechos sociales se aprecian serios obstáculos para garantizar el acceso efectivo a ellos. Sólo en el caso de la Educación básica y en los servicios de salud preventiva se ha logrado una cobertura universal. Durante las últimas décadas se han realizado grandes esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en la educación obligatoria (primaria y secundaria) y, especialmente, en el nivel de primaria. Mientras que en 1990 el 85.5% de los niños en edades entre los 6 y los 14 años acudía a la escuela, en el 2010 el 94.7% de ellos lo hace (INEGI, 2010). Mientras que en el caso de la atención de la salud, se ha logrado una amplia cobertura en la atención relacionada con la aplicación de vacunas para 15 enfermedades inmuno-prevenibles, sin observar diferencias en la cobertura según ámbitos urbanos o rurales.

Recientemente, en el 2013 se han registrado avances con iniciativas que tienen por objeto incluir dos nuevos derechos sociales: el derecho de los adultos mayores para contar con una pensión universal que les permita cubrir los gastos básicos de manutención durante la vejez y el derecho de los trabajadores de contar con un seguro de desempleo que les permita afrontar los riesgos durante esta eventualidad.

El sistema de pensiones es otro de los pilares de los sistemas del bienestar, ya que están diseñadas para contribuir a moderar la pérdida o disminución del ingreso de un individuo al final de su vida productiva. En México, las reformas de 1995 y 1997 modificaron el sistema de pensiones (ver capítulo 3): los sistemas de contribución colectiva dieron paso

hacia esquemas de capitalización individualizada, se redujeron los beneficios para el retiro y se incrementó la edad de jubilación. Hoy el sistema de pensiones contempla dos modalidades, las pensiones públicas colectivas –que están en extinción- y las pensiones de capitalización individual. En ambas modalidades la contribución se convierte en la llave para acceder a los beneficios del retiro. Así, la estructura contributiva actual de los esquemas de pensiones deja fuera de la protección a amplios sectores de la población, especialmente, a los trabajadores del sector informal.

Ante las limitaciones de los sistemas de pensiones contributivas, se crearon programas de atención focalizada para la población mayor a 65 años que no cuenta con seguridad social (37.6 por ciento de estas personas no recibe ningún tipo de pensión o jubilación).¹⁴⁸ El Programa de Pensión para Adultos Mayores (65 y más), se diseñó para atender a esa población que no contaba con una pensión de retiro por medio de entrega de apoyos económicos. A pesar de su importancia, este programa no está asociado directamente a un derecho, sino que sigue una lógica de asistencialismo.

La reforma Social y Hacendaria pone en el centro la creación de un Sistema de Seguridad Social Universal. En septiembre de 2013, el Ejecutivo Federal presentó una Iniciativa de Decreto¹⁴⁹ para reformar los artículos 4, 73 y 123 de la Constitución Política en materia de seguridad social universal. Establece la pensión universal de vejez y el seguro de desempleo para los trabajadores, sentando las bases para generar una red mínima de protección ante la vejez y la pérdida del empleo.

¹⁴⁸ CONEVAL, 2013.

¹⁴⁹ Actualmente el proyecto es una Iniciativa de Decreto presentada por el Ejecutivo Federal el 10 de septiembre de 2013 y está pendiente en la Comisión Revisora. La iniciativa establece que el Estado deberá de proteger los derechos de los adultos mayores y establece una pensión de vejez y faculta al Congreso para legislar en materia del seguro de desempleo para los trabajadores. Junto con esta iniciativa de Decreto se presentó también la iniciativa que expide la Ley de Pensión Universal y la Ley de Seguro de Desempleo. Dentro de los aspectos relevantes de ésta destacan el establecer los términos y condiciones para otorgar una pensión universal y un seguro de desempleo. Fija como beneficiarios a la población mayor de 65 años de edad que no reciba ninguna pensión y que tengan un ingreso mensual igual o inferior a 15 salarios mínimos. El monto mensual que se ha determinado para la pensión es de 1,092 pesos y se actualizará anualmente. Mientras que el Seguro de Desempleo establece que los beneficiarios serán aquellos trabajadores que al momento de la pérdida de empleo hayan estado afiliados al régimen obligatorio de la Ley del IMSS; para acceder a este beneficio, deberán de cumplir con requisitos como: haber cotizado por lo menos por 24 meses en un periodo no mayor a 3 años; haber permanecido en situación de desempleo al menos por 45 días naturales; no percibir ingresos por conceptos de pensión, jubilación o apoyo por desempleo. Para esta prestación se establece como duración máxima del apoyo 6 meses con un monto máximo equivalente al porcentaje promedio de las últimas 24 cotizaciones (60% para el primer pago y porcentajes decrecientes para los pagos consecutivos). Sistema de Información Legislativa (SIL). En http://sil.gobernacion.gob.mx/Librerias/pp_ReporteSEGuimiento.php?SID=&Seguimiento=3082259.

Aunque la iniciativa es un buen comienzo, es perfectible; en el caso del seguro de desempleo, quedan fuera quienes no cotizan en el IMSS en el régimen obligatorio (que en su mayoría son trabajadores por cuenta propia y empleados domésticos) y quienes cotizan en otras instituciones públicas. En este sentido, la propuesta no abona en el ánimo de crear una red de servicios de bienestar para la población en general, sino que, a través de la focalización, contribuye a la segmentación del bienestar.

Si bien la iniciativa aún se encuentra en proceso de dictamen, tiene como mérito el poner en el debate público la necesidad de extender los derechos sociales entre los mexicanos, haciendo visible la problemática de dos graves carencias.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo abona en el conocimiento sobre la arquitectura del bienestar en México. Por cerca de un siglo analiza la senda histórica de la política de bienestar social, desde la construcción del Estado posrevolucionario (1917) hasta nuestros días. Caracteriza al régimen de bienestar, especialmente en lo que se refiere al papel que juegan dos esferas como proveedoras de bienestar, el Estado y el Mercado. A la vez que lo caracteriza, ofrece evidencia del desempeño de la política social en tanto resultados de bienestar y explora los efectos de estratificación social que ésta produce sobre los ciudadanos y el modelo de ciudadanía que genera en consecuencia. Profundiza en los elementos característicos del bienestar en México, destacando su dualidad y fragmentación institucional y ofrece información sobre el comportamiento del Estado en las diferentes áreas de protección social (salud, educación, alimentación, vivienda, seguros sociales).

A nivel teórico, la contribución de este trabajo es que ofrece una reflexión sobre el bienestar desde una óptica distinta al análisis tradicional de políticas sectoriales. Presenta un abordaje del bienestar desde un enfoque poco explorado para el estudio de este fenómeno en el país, el de los regímenes de bienestar. Tres categorías analíticas permiten analizar el régimen: la mezcla institucional de bienestar, los resultados de bienestar y los efectos de estratificación social. Mientras que las dos últimas categorías pudieron ser analizadas sin mayores problemas, el análisis de las esferas institucionales que participan en la producción y provisión de bienestar se enfrentó con obstáculos relacionados con el hecho de que la información disponible resultaba limitada para poder estimar la contribución de la esfera familiar, principalmente. Si bien no fue posible caracterizar con suficiente profundidad la contribución del ámbito familiar al bienestar en México, el mérito de esta investigación exploratoria es sentar algunas bases para análisis futuros sobre el grado de desmercantilización que logra la política de bienestar y los efectos de estratificación social que produce.

Ahora bien, esta investigación intentó responder a dos preguntas ¿Qué régimen de bienestar ha producido la estructura institucional de la política social en México? ¿Cuáles elementos deben de modificarse para construir un régimen de bienestar de seguridad social universal?

Los hallazgos de esta investigación permiten confirmar las dos hipótesis de partida, aunque se ha encontrado una ligera variación en la primera hipótesis. Derivado del análisis de la estructura institucional de la política de bienestar en México es posible caracterizar al régimen como segmentado, porque los servicios y las prestaciones de bienestar se ofertan dependiendo del ámbito institucional de adscripción (derechohabientes de la seguridad social - IMSS, ISSSTE, PEMEX e ISSFAM- y población abierta), segregando así a los diferentes grupos sociales según su ámbito institucional de adscripción. Es dual porque coexisten dos modelos en el acceso, la provisión y la calidad de la atención; un modelo de prestaciones sociales para la población beneficiaria de la seguridad social, que cuentan con una amplia variedad de prestaciones y un alto nivel de gratuidad y otro modelo de prestaciones más limitadas para la población no contribuyente, que se oferta con criterios de focalización. Y es posible sostener que, si bien el régimen sigue siendo excluyente (porque al privilegiar el acceso a las prestaciones según un modelo contributivo y corporativo dejó fuera de la protección a grandes sectores de la población), el desempeño que observa la política de salud -por medio del programa Seguro Popular-, en tanto progresividad y cobertura, podría ser una evidencia preliminar para sostener que este modelo se encuentra en transición hacia uno más incluyente. Por lo que, a la luz de los resultados de bienestar que presenta la política de salud, la tercera característica del régimen (el ser excluyente) es matizada en esta investigación (Ver el capítulo IV).

Con respecto de la segunda hipótesis, partiendo de los resultados de la política de bienestar social, los principales elementos que deben de modificarse de la estructura actual del régimen son la forma de cómo se garantiza el acceso a los servicios de bienestar, se debe de romper con el modelo contributivo de protección social anclado en la pertenencia institucional y combinar dos esquemas de financiación, un fondo único formado por los impuestos generales, que coexista con un esquema de capitalización individual; empezar por garantizar el acceso universal a la atención de la salud (por ser la política social que mayores rezagos sociales presenta), para ello es necesario determinar un estándar de calidad de los servicios de salud y homologar las prestaciones que brindan el IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX y el Sistema de Protección Social en Salud; fortalecer el esquema de seguros, especialmente una pensión universal de vejez y un seguro de desempleo. Todo ello con la intención de que las prestaciones de bienestar se oferten como derechos sociales.

Una de las limitaciones con las que se encontró este trabajo al abordar la caracterización del régimen de bienestar, fue la información disponible para estimar la contribución de la esfera familiar. Mientras que la oferta y provisión de la esfera estatal y del mercado fue analizada de manera extensa, la contribución de la esfera doméstica fue incipientemente abordada.

Una vez que caracteriza al régimen de bienestar, este trabajo destaca también los desafíos a los que se enfrenta la construcción de un modelo de bienestar que no tenga por base un esquema contributivo. La aspiración a construir un régimen de bienestar más solidario e incluyente, tiene como punto de partida garantizar el acceso universal en la atención de la salud. ¿Por qué la protección social en salud es el punto de partida? Porque el carecer de esta atención generaba consecuencias catastróficas sobre el empobrecimiento de los hogares y por ser la política social que mayores rezagos presentaba. Por ello, al analizar los desafíos que existen en la generación de una arquitectura de bienestar de corte universal, esta investigación rescata las opiniones más relevantes que existen en dicho sentido y ofrece una propuesta para modificar la política pública de salud. La propuesta contempla desde el esquema de financiación hasta la forma de articulación institucional. Lo anterior con el propósito de contribuir con el objetivo de garantizar el acceso universal a las prestaciones de bienestar para todos los mexicanos.

2. PROPUESTAS INSTITUCIONALES MÁS RELEVANTES

Una vez que se ha caracterizado al régimen del bienestar mexicano, destacado también los resultados de bienestar y de estratificación social que éste produce, la aspiración última de esta investigación es presentar propuestas en torno a la construcción de un régimen más solidario.

El desafío de proteger a todas las personas por igual frente a los diferentes tipos de riesgos sociales implica transitar de políticas focalizadas y segmentadas hacia políticas universales. En este desafío, las recomendaciones de política pública convergen con el planteamiento de la creación de un Sistema de Seguridad Social Universal que considera cuatro grandes pilares: 1) un sistema universal de salud, 2) un seguro de desempleo, 3) una pensión de vejez y 4) un seguro de riesgos de trabajo (FUNSALUD, 2012; SIL, 2015).

De estos componentes del Sistema de Seguridad Social Universal, las recomendaciones puntuales de este trabajo se centran en la creación de un sistema universal de salud, como el elemento estratégico de la reforma. La justificación de por qué considerar el componente de salud como el factor clave de la reforma es por la relación que existe entre salud y desarrollo económico o la competitividad. La literatura sostiene que, el incremento de un año en la esperanza de vida se traduce en el aumento de entre 1 y 4 puntos porcentuales del PIB en una década (FUNDSALUD, 2012: 73). Desde una perspectiva de los gobiernos, los sistemas de salud deben no sólo contribuir a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, sino también a incrementar la cohesión social y la competitividad de los países (Artaza, 2013:42).

Antes de llegar a las propuestas específicas, este apartado hace un recorrido por las principales sugerencias de cambio que han realizado las instituciones que mayor influencia ejercen en el sector de la salud. Después de ello, a manera de conclusión, se presentan las recomendaciones de política que se derivan de la investigación y los desafíos asociados a ellas.

Se han identificado cuatro propuestas relevantes que provienen de las instituciones más reconocidas en cuanto a recomendaciones en materia de salud se refieren, las instituciones son: Fundación Mexicana para la Salud, el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez, la Universidad Nacional Autónoma de México y el Centro de Estudios Espinosa Yglesias. De manera sintética, se presentan los elementos más destacados de cada una de ellas.

A) propuesta de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud)

Una de las instituciones que mayor influencia ha ejercido durante las últimas dos décadas en materia de formulación, diseño y evaluación de políticas y programas de salud ha sido FUNSALUD. A esta Fundación se le atribuye el diseño del Sistema de Protección Social en Salud y del Seguro Popular de Salud. Su contribución al debate de la universalidad de los servicios de salud resulta valiosa.

Su propuesta es un modelo de atención de la salud denominado “Pluralismo Estructurado”, que tiene como rasgo distintivo la separación de funciones, especialmente

la separación del financiamiento y la prestación. Parte de hacer una distinción de cuatro funciones básicas: a) Modulación, b) Financiamiento, c) Articulación y d) Prestación. Sostiene que en esta división de funciones, existen diferentes actores especializados y acciones específicas que deben de considerarse (FUNSALUD, 2012: 61-9).

Plantea modificar la estructura funcional que existe actualmente en el sistema nacional de salud, en donde las funciones de dirección, financiamiento y prestación de los servicios corresponden a las instituciones de seguridad social y, de forma compartida, a la Secretaría de salud y a los servicios estatales de salud. Especialmente, destaca la imperiosa necesidad de separar las funciones de financiamiento y provisión, sostiene que “para alcanzar la universalidad de los servicios de salud la condición necesaria es que el financiamiento esté separado de la prestación y como consecuencia, la posibilidad del intercambio de servicios entre instituciones de propiedad indistinta, requiere de la existencia de organizaciones articuladoras que adquieran servicios de las redes prestadoras que puedan ser pagados a partir del fondo único” (FUNDAR, 2012: 82)

De manera particular, la propuesta supone actores y actividades asociadas a las siguientes funciones (FUNSALUD, 2012: 61-9; 79-83):

La función de modulación está reservada para el Gobierno, quien será el encargado de establecer las reglas del juego justas y transparentes. Se propone fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud, a quien le correspondería conducir el sistema en su conjunto, la formulación de las reglas y de las condiciones generales para la operación del sistema, el diseño financiero, la gestión de los recursos y la definición de indicadores, criterios y estándares que midan la calidad de la prestación.

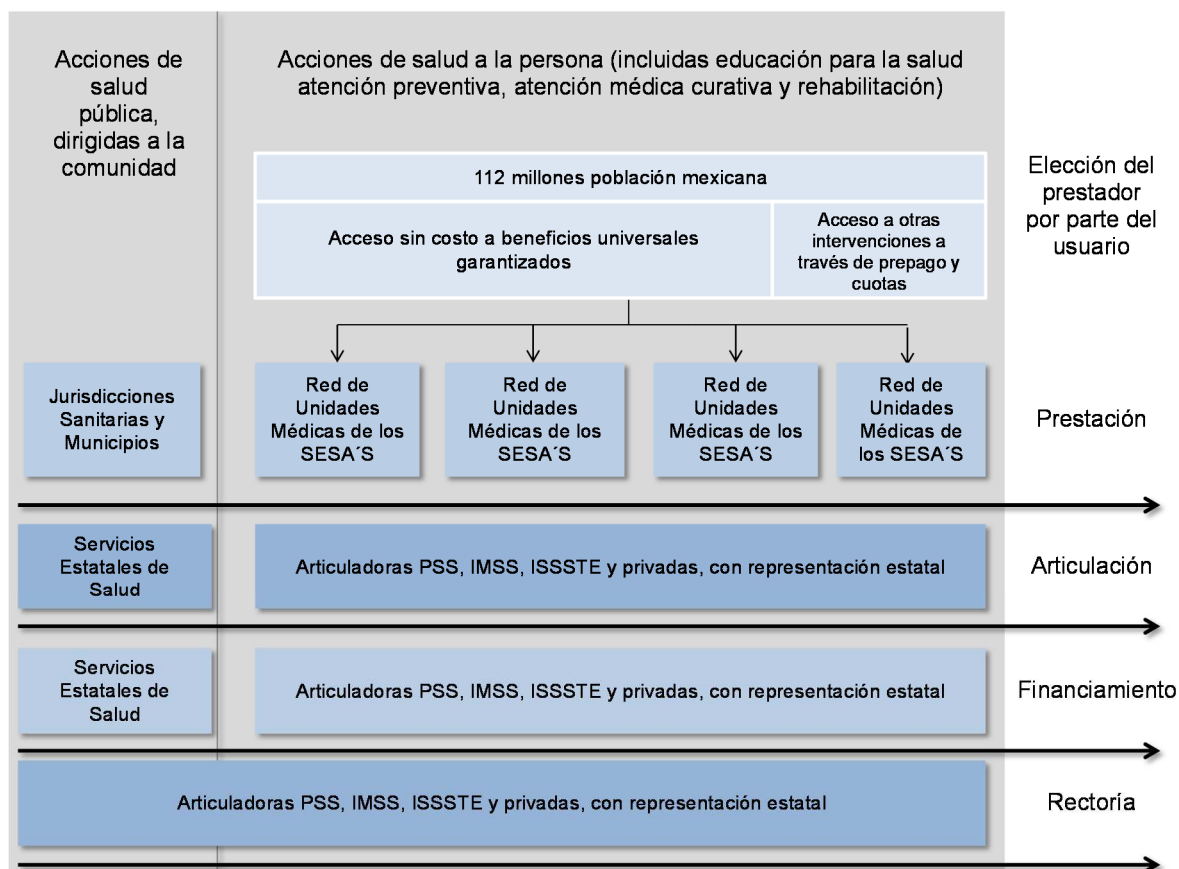
La función de financiamiento debe de orientarse por un principio de finanzas públicas, con subsidios orientados a la demanda y no a la oferta; es decir, el presupuesto no es asignado a las unidades de servicios con independencia de su desempeño sino que cada persona afiliada a las instituciones –las personas tienen libertad para elegir al prestador- representa un pago potencial. Propone establecer un fondo único cuyos recursos provengan de los impuestos generales. Al ser una función independiente, la prestación proporciona equidad al sistema en el

momento en que sustituye la forma contributiva sujeta a la condición laboral de los beneficiarios por una financiación general. La propuesta de separar el financiamiento de la prestación presume también mayor equidad porque logra disociar la decisión de compra y la responsabilidad operativa de la prestación, incrementado las posibilidades de eficiencia en los prestadores de servicios.

La función de articulación –que vincula el financiamiento con la prestación- sería responsabilidad de instituciones públicas y privadas acreditadas. El manejo de los recursos financieros es la función primordial de la función de articulación, Las instituciones que ejecuten la función de articulación podrán ser organismos descentralizados, sujetos a estándares de empresas públicas. Recibirán los recursos y tendrán responsabilidades específicas para asegurar el flujo de los recursos hacia la operación eficiente de la red de servicios de atención a la salud. Finalmente, la función de prestación de los servicios queda abierta tanto para instituciones públicas como privadas, que otorgarían los servicios a través de unidades médicas organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados. La población podrá elegir libremente al prestador para atenderse.

El siguiente diagrama (No. 9) resume la propuesta que plantea FUNSALUD para reforma el Sistema Nacional de Salud. Presenta la separación de funciones que propone y los actores responsables en cada función. De igual forma, distingue dos aspectos en la provisión de los servicios de salud, las acciones salud pública (que se dirigen a la comunidad y al medio ambiente; donde reserva su implementación para los servicios estatales de salud) y las acciones de salud dirigidas a las personas.

Diagrama 9. Propuesta de FUNSALUD para la separación de funciones del Sistema Nacional de Salud



Fuente: FUNSALUD, 2012: 81.

B) Propuesta de la UNAM (Seminario de Medicina y Salud)

Del seminario de medicina y salud que realizó la UNAM en marzo de 2013, se desprendieron una serie de alternativas y propuestas para modificar el sistema de salud en México.

La propuesta de los expertos en medicina se centra en mejorar el sistema de atención primaria de salud para crear un mecanismo anticipatorio para las enfermedades crónico-degenerativas que enfrenten los desafíos de la transición epidemiológica. Proponen puntualmente establecer un contrato de servicios profesionales que comprometa un servicio integral y de calidad, donde la población se afiliaría libremente con cada médico y el profesional de la salud deberá de estar certificado.

La forma de retribución monetaria contemplaría dos elementos: a) la afiliación; el pago sería a través de una asignación per cápita de afiliación con un tope máximo de 2,000 habitantes afiliados y b) el desempeño; con indicadores que permitan estimar que el médico logra controlar las enfermedades y mejorar la salud de sus afiliados.

C) Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud (CEESES) del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Este centro propone construir un Sistema Nacional de Salud como una vertiente de una propuesta más general, la de un sistema de Seguridad Social Universal. La propuesta tiene 6 componentes:

1. La reorganización del sector salud, fortaleciendo la rectoría de la Secretaría de Salud. Puntualmente, definen acciones como financiar los servicios de salud con impuestos generales; integrar funcionalmente a las instituciones, avanzando en una primera fase en la portabilidad de derechos de los beneficiarios y en la convergencia; fortalecer la infraestructura de atención de primer nivel y aprovechar la oferta privada.
2. Evaluación global de desempeño del sistema.
Estrategias comunes de mejora de la calidad. Mejorar los sistemas de información y evaluación, a través del expediente médico electrónico.
4. Programas comunes.
5. Políticas de medicamentos para asegurar el suministro en las farmacias de las unidades de salud.
6. Producción social de la salud. Propone una participación intersectorial, enfocada en el rezago asociado con la pobreza, adultos mayores, accidentes, violencia y lesiones.

D) Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY)

La propuesta de este centro se resume en la creación de un sistema nacional de salud que considera funciones separadas en cuanto a la rectoría del sistema, el financiamiento y la prestación de los servicios. Propone que la rectoría siga a cargo de la Secretaría de Salud y que, en conjunto con el IMSS y el ISSSTE, se diseñe el nuevo esquema funcional.

Sostiene también la creación de un fondo unificado de salud que sería financiado con los impuestos generales y se dividirá en dos partes, según su destino: salud pública y salud individual.

Propone también fortalecer la portabilidad y convergencia institucional, con el propósito de homologar las prestaciones en salud. Con respecto del pago, sostiene un modelo de gestión en donde cada institución reciba recursos con base en el número de personas afiliadas, las cuales podrán elegir la institución que deseen.

Otra de las líneas de acción que propone es poner mayor énfasis en la atención primaria centrado en la salud preventiva y un modelo de prestación plural, donde las instituciones privadas que participen deberán de estar debidamente certificados y regulados para vender servicios a las instituciones públicas.

3. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

La arquitectura de la política de bienestar en el país ha brindado soluciones parciales para atender los riesgos sociales a los que se enfrentan los ciudadanos. Se ha discutido ya como la segmentación de las prestaciones de seguridad social ha generado un modelo dual de ciudadanía, con segmentos poblacionales que tienen una amplia cobertura de prestaciones diversas y un alto nivel de gratuidad y un sector importante de mexicanos que no gozan de estos beneficios o acceden a ellos de manera limitada. En las estadísticas de medición de la pobreza en el 2012, 71.8 millones de mexicanos (equivalente al 61.2 por ciento) carecían de acceso a la seguridad social (CONEVAL, 2013).

Las razones antes expuestas ponen en evidencia que el camino hacia la construcción de una política universal de bienestar social en México tiene como el reto principal el proporcionar beneficios de seguridad social a todos los mexicanos, con independencia de su posición laboral. Esta investigación coincide con las propuestas de construir un sistema universal de seguridad social que considere: 1) Un sistema universal de salud, 2) un sistema universal de pensiones (de vejez y de viudedad) y 3) un sistema de seguro de desempleo y de riesgos en el trabajo.

El nuevo modelo de seguridad social debiera de considerar las siguientes características:

- Garantizar el acceso universal a las prestaciones. Incorporando a los trabajadores de la economía informal y aquellos que no cuentan con ninguna retribución.
- Ofrecer los bienes y servicios de bienestar como derechos sociales. La universalidad abona en ese sentido pero debe de coexistir con políticas focalizadas. Por ello, es necesario articular los programas sociales en una política integral para evitar la exclusión que pudieran generar los programas focalizados.
- Distribuir las funciones según la especialización institucional.
- Incorporar tanto los esquemas de contribución, de capitalización individual y de financiación general como fuentes de los recursos.
- Construir una figura de pensión universal que considere a los segmentos poblacionales de mayor riesgo (pensiones de vejez y de viudedad), esto es, aquellos que no pueden obtener una pensión de carácter contributivo para que les proporcione un piso mínimo de protección ante estos eventos.
- Robustecer el sistema de seguros; incorporando a los diferentes regímenes contributivos (ISSSTE, sistemas estatales) para considerarlos en los seguros de desempleo.

Por las circunstancias del país, la propuesta de un modelo de seguridad social debiera de contemplar los elementos antes señalados.

Ahora bien, con base en la revisión de las características y resultados de bienestar que ofrece el sistema nacional de salud se presentan las siguientes recomendaciones.

i). El sistema de salud debe de romper con el modelo de protección anclado en la pertenencia institucional y la condición de ocupación y debe de transitar hacia un modelo que asegure la cobertura universal, independientemente de la contribución.

ii). El nuevo sistema de salud debe de establecer una cobertura universal y un acceso efectivo. La cobertura efectiva debe de considerar las siguientes dimensiones: disponibilidad de infraestructura, de personal médico, accesibilidad geográfica, tiempos de espera adecuado (para consulta e intervenciones quirúrgicas) y capacidad de abasto de las recetas.

En este sentido, el sistema de salud debe ser capaz de proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (prevención, tratamiento y rehabilitación) y de calidad suficiente para evitar que los usuarios se enfrenten a dificultades financieras. Para ello es necesario determinar un estándar de calidad de los servicios para garantizar a las personas un nivel mínimo de bienestar. El principal reto en este punto consiste en homologar las prestaciones de salud entre los diferentes actores participantes –públicos y privados-, ya que se debe equiparar el personal médico per cápita, asegurar controles de calidad de la resolución médica, el abasto de medicamentos y las condiciones generales de la infraestructura. Es necesario modular el mercado de la prestación para evitar fenómenos de saturación de los servicios en ciertos centros e instituciones, que podría darse si los usuarios deciden alguna opción por sobre otras debido a las diferencias en la atención.

iii). La forma en cómo se organizará el sistema de salud es también objeto de debate. Existen propuestas que se orientan hacia una mayor verticalidad en las funciones de financiación y gestión de los recursos (articulación) y una horizontalidad en la provisión; estas propuestas buscan perpetuar la fragmentación institucional y los cambios se generan sólo en la posibilidad de portabilidad de la atención entre las instituciones públicas. La propuesta de una atención universal mediante la integración funcional de las dos principales instituciones públicas de salud, a partir de figuras como la portabilidad de beneficios y la convergencia de prestaciones, enfrenta fuertes limitantes relacionados con (FUNSALUD, 2013:27):

- La portabilidad de beneficios que hace posible que los derechohabientes de esas instituciones se atiendan en cualquiera de ellas, no evita la duplicación del financiamiento de los servicios.
- Los rezagos de atención y la saturación de los centros es un factor a considerar antes de hacer efectivo el intercambio de servicios.
- Las diferencias en los procedimientos administrativos y las diferencias salariales podrían impactar también en la forma en cómo se ofertan y administran los servicios de salud.

Adicionalmente, debe de considerarse la situación financiera de cada una de las instituciones. Si bien los cambios ocurridos durante la década de los noventa lograron

reducir la presión sobre la crisis de las pensiones en el IMSS y el ISSSTE, no lograron revertir la situación y la tendencia deficitaria del sistema de pensiones públicas continuó. Tan sólo en el periodo de 2003-2008, las pensiones del sector público se incrementaron 58.9 por ciento, alcanzando un monto de 226 mil millones de pesos, lo que representa alrededor de 2.5 por ciento del PIB y 2.6 veces el presupuesto anual que se destinó a la Secretaría de Salud en el 2008 (Narro, Moctezuma y Orozco, 2010: 30).

En este escenario, las posibilidades de intercambiar los servicios entre las instituciones públicas y de estandarizar los procedimientos de atención médica pueden quedar entrampadas por los conflictos internos de las instituciones. Es por ello que han aparecido también algunas propuestas que sostienen que es necesario estructurar el sistema con base en una división de funciones.

Este trabajo recomienda organizar el sistema nacional de salud con base en una división funcional y fomentar la especialización de los actores que participan en el sistema. Las recomendaciones específicas de cómo estructurar el sistema, coinciden con las propuestas que buscan fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud, incentivar una prestación plural de los servicios (agentes públicos y privados) y separar las funciones de rectoría, financiamiento y provisión.

iv). Un elemento fundamental en toda la reforma del sistema es la estructura financiera que podría garantizar las prestaciones mínimas de bienestar y su continuidad en el tiempo. Una propuesta congruente con el acceso universal a los servicios de atención a la salud requiere financiar el sistema de salud a través de los impuestos generales bajo un criterio de solidaridad. Para ello debe de integrarse el financiamiento de las instituciones del IMSS, ISSSTE, ISSFAM y los Servicios Estatales de Salud en un fondo unificado de salud, cuya fuente de los recursos serán los impuestos generales.

Por su importancia, el financiamiento es el componente crítico del nuevo modelo. Ya que se requerirá de un nivel de recursos públicos muy robustos y estables para poder garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Los elevados niveles de informalidad de la economía y la baja presión fiscal del país, ofrecen un panorama en donde resulta difícil mantener financieramente un esquema de prestaciones que se sustente en la premisa de los impuestos generales.

Si bien el origen de los recursos presenta desafíos para la estructura del presupuesto público actual, la forma en cómo se harán llegar a los proveedores de los servicios merece atención también. El modelo de pago por los servicios que mayor eco ha tenido es aquel que postula pagar a cada institución con base en una cápita por persona afiliada. Este esquema que destina el financiamiento a la demanda busca incentivar una mayor eficiencia en el uso de los recursos e incrementar la calidad de la atención a partir de la competencia.

El punto relacionado con la gestión de los recursos y las instituciones proveedoras es el que mayores discrepancias genera, porque abre el debate entre un mercado regulado versus un mercado competitivo. Mientras que las propuestas de FUNSALUD y del Centro de Estudios Espinosa Yglesias se inclinan por una mayor participación del sector privado y - en el caso de FUNSALUD- la creación de mercados competitivos, la propuesta del Hospital Infantil sostiene que la creación de mercados competitivos propicia la desigualdad porque se presentan externalidades como el riesgo moral y la selección adversa.

En el tema del financiamiento, tan importante resultará el incremento de los recursos públicos como el hecho de hacer un gasto eficiente de los mismos.

v). El último elemento a considerar se refiere al enfoque que debe de prevalecer. Dos acontecimientos imponen presión adicional sobre el sistema de salud, la transición demográfica en donde el envejecimiento poblacional incrementará la demanda de servicios de atención a la salud y la transición epidemiológica en donde las enfermedades crónico-degenerativas se incrementan paulatinamente. México, al igual que otras naciones, atraviesa pro transformaciones profundas en su estructura demográfica que plantea desafíos sanitarios y financieros mayúsculos.

El nuevo sistema de salud debe de centrarse en un enfoque de medicina preventiva para enfrentar los retos epidemiológicos y demográficos a los que se enfrentará en las siguientes décadas. Es necesario fortalecer las acciones preventivas y modificar el sesgo que tiene hoy el sistema hacia las acciones curativas, que resultan más costosas en términos financieros. López Aranda (2015), ex Director General de Afiliación y Operación de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, coincide con el énfasis

que debe de ponerse a la atención primaria en un enfoque de medicina preventiva. Al comentar en particular la situación futura del Seguro Popular, sostiene que uno de los principales retos son: “Pasar de un modelo netamente curativo a un modelo netamente preventivo y aquí hay una diferencia muy importante que hay que destacar entre los servicios de salud privados y los públicos. Al final del día, los servicios de salud privados, están más orientados a la curación que a la prevención, los servicios públicos están mudando hacia la parte preventiva. Lo cual tiene mucho sentido porque el perfil epidemiológico de México está cambiando y con las nuevas condiciones sociales de la salud, la atención preventiva se convertirá en prioritaria”.

La oportunidad de cambio que se presenta hoy en el escenario político nacional en cuanto a las reformas estructurales se refiere, ofrecen una opción para transformar el sistema de bienestar mexicano desde sus orígenes. Si bien este panorama resulta alentador, es necesario considerar los desafíos que existen para establecer los medios que permitan hacer efectivos los derechos sociales que la Constitución Política establece. Sin lugar a dudas, la construcción de un régimen del bienestar más equitativo conduce a un dilema entre lo deseable y lo posible, esto es, entre las necesidades sociales y las capacidades económicas del país. La aspiración de un régimen de mayor desmercantilización del bienestar que se rija por el principio de universalidad, incrementa las presiones sobre el presupuesto público.

El reto principal en el diseño de un sistema de protección social basado en la solidaridad de la población es el financiamiento. La financiación de los servicios de bienestar social requiere de un aparato fiscal muy robusto para garantizar la sostenibilidad en el tiempo de las obligaciones contraídas por el Estado. La política de bienestar social en México necesita de un incremento del gasto público en los rubros de salud, vivienda y educación. Mantener un nivel de prestaciones mínimo para todos los ciudadanos requiere de una fuente de ingresos gubernamentales sólida y estable. Esta condición precisamente, resulta una cuestión incierta en la estructura de ingresos del país. Aunque el incremento del presupuesto público para financiar los bienes y servicios de bienestar sea una tarea primordial, es fundamental también pensar en una gestión eficiente de los mismos; tan importante será incrementar el porcentaje del PIB que se destina al gasto social como que este gasto se realice bajo principios de eficiencia.

Si bien los desafíos son mayúsculos, apostar por el camino de la universalidad en el acceso a los bienes y servicios del bienestar es la mejor alternativa que existe si se aspira a construir una sociedad con mayor cohesión social y más democrática, en donde los derechos de ciudadanía sean universales.

Mientras que esta investigación buscaba dar respuesta a las dos preguntas del planteamiento del problema de investigación, en el análisis empírico surgieron otras interrogantes que, sin duda, motivarán futuras tareas de investigación. Unas de las más relevantes se refiere a ¿Qué implicaciones tiene la preferencia por la provisión privada de los servicios de bienestar?, esto es, ¿Cómo la mejor apreciación de los servicio privados sobre los públicos puede perpetuar la existencia de modelos duales al debilitar el consenso sobre la necesidad de financiar al sector público bajo esquemas más solidarios?

BIBLIOGRAFÍA

Artaza, Osvaldo (2013). *Elementos esenciales para la cobertura universal*. Cobertura Universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México. Cap. 1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: México.

Auditoría Superior de la Federación (ASF), (2009). Fondo de Aportaciones en Servicios de Salud (FASSA). http://www.asf.gob.mx/trans/informes/ir2009i/tomos/tomo5/02_fassa_a.pdf

_____, (2009), Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009. Auditoría Superior de la Federación.

Baldwin, Peter (1992), La política de la solidaridad social. España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (Traducción de la versión inglesa: Baldwin, P. (1990), *The Politics of Social Solidarity: Class Bases of the European Welfare States*. Cambridge: Cambridge University Press).

Barba, Carlos (2007), “América Latina: regímenes del bienestar en transición”, en José Luis Calva (Coord.), *Empleo, ingreso y bienestar*. México: Miguel Ángel Porrúa/UNNAM/Cámara de Diputados. Agenda para el desarrollo. Vo. 11.

_____(2005), “Paradigmas y regímenes de bienestar. Costa Rica: FLACSO, *Cuaderno de Ciencias Sociales*, Núm. 137. Junio.

_____(2004), “Régimen de bienestar y reforma social en México”. Santiago de Chile: CEPAL- Serie de *Políticas Sociales*, Núm. 92.

Barba, Carlos, Gerardo Ordóñez y Enrique Valencia (2007), “Reforma social del Estado en México”, en José Luis Calva (Coord.), *Empleo, ingreso y bienestar*. México: Miguel Ángel Porrúa/UNNAM/Cámara de Diputados. Agenda para el desarrollo. Vo. 11.

Barrientos, Armando (2004), “Latin America: towards a liberal-informal welfare regime”, en I. Gough and G. Wood (eds.), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press. Pp 121-168.

Bell, Daniel (1973), *The coming of postindustrial society. A venture in social forecasting*. Nueva York: NBER.

Bevan, Philippa (2004), “Conceptualising in/security regimes”, en I. Gough and G. Wood (eds.), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press. Pp 88-118.

- Bobbio, Norberto (1985), *Estado, Gobierno y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Brachet-Márquez Viviane (1994), *The Dynamics of Domination. State, Class, and Social Reform in Mexico, 1910-1990*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Brachet-Márquez Viviane (1994), *The Dynamics of Domination. State, Class, and Social Reform in Mexico, 1910-1990*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Briceño, Alberto (2008), “Necesidad de revisar el sistema de pensiones de retiro”, en R. Ham, B.P. Ramírez y A. Valencia (Coords.), *Evaluación y tendencias de los sistemas de pensiones en México*. México: El Colegio de la Frontera Norte/Miguel Ángel Porrúa/IIE-UNAM. Pp. 175-188.
- Calvin, C. y Velasco, J (1997), “Las ideas y el proceso de conformación de las políticas públicas: una revisión de la literatura”, en *Política y Gobierno*, Núm. 4, pp. 169-188.
- Carpizo, Jorge (1978), *El presidencialismo mexicano*. México: Siglo XXI.
- Carrillo, I. (1991), *Derecho a la Seguridad Social*. México: UNAM.
- Castells, M. (1997), *Sociedad Red*. Vol. 1, *la Era de la Información. Economía, Cultura y Sociedad*. Madrid: Alianza.
- Castles, F. (1986), *Working Class and Welfare*. London: Allen and Unwin.
- _____ (1993) (ed.), *Families of Nations*. Dartmouth: Aldershot.
- Chambers, R. and G. Conway (1992), Sustainable rural livelihoods: practical concepts for the 21st century. *Discussion Paper*, Núm 296. Brighton: Institute of Development Studies.
- Centro de estudios de las Finanzas Públicas (CEFP) (2007). *Evolución del gasto en salud*. México: Cámara de Diputados. Núm. 103.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), (2005). *Programa Seguro Popular de Salud*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. México: Cámara de Diputados LIX Legislatura. Diciembre 2004.
- _____, (2011). *El gasto catastrófico en salud como factor de vulnerabilidad*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Documento de Trabajo núm. 119.
- Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2000), *Equidad, desarrollo y ciudadanía. Una visión global*. XXVIII Periodo de Sesiones: México. Del 3 al 7 de abril.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), (2014). *Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud*. Comisión nacional de

protección social en salud comunicación y participación social. México: Secretaría de Salud. En http://salud.df.gob.mx/ssdf/seguero_popular.

_____, (2012). *Catálogo Universal de Servicios de Salud*. CNPSS. México: Secretaría de Salud.

_____, (2005). *Informe de resultados. Segundo Semestre*. México: Comisión nacional de protección social en salud.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo (CONEVAL), (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Noviembre.

_____, (2012), *Anexo estadístico de medición de la pobreza*. En http://internet.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Estatal2012/NACIONAL_2010-2012/AE_2010-2012.zip

Crozier, Michael et al. (1975), *The Crisis of Democracy: Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*. New York: New York University Press.

De la Garza, E. (1988), *Ascenso y crisis del Estado Social Autoritario*. México: COLMEX.

Farfán, Guillermo (1997), “Políticas de estabilización y reformas a la política social en México”, en C. Barba y E. Valencia (Coords.), *La política social*. Colección “El debate nacional”, No. 5. México: Diana.

Diario Oficial de la Federación (DOF), 24 de febrero de 1992.

_____, 04 de julio de 2003.

_____, 15 de abril de 2005.

Draibe, Sonia y Riesco, Manuel (2006), “Estado del bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea”. México: CEPAL-Serie *Estudios y Perspectivas*, Núm. 55.

Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) (2013). México: INEGI.

Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) (2010). México: INEGI.

Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT), (2009). *Principales Resultados*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

Espina, Álvaro (2008), *Modernización, estadios de desarrollo económico y regímenes de bienestar en América Latina*. Fundación Carolina-CaALCI. Documento de Trabajo Núm. 28.

Esping-Andersen, Gosta (1999), *Social Foundations of postindustrial economies*. New York: Oxford University Press. (Traducción en español: 2000, Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Barcelona, Ariel).

_____ (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press. (Traducción en español: 1993, Los tres mundos del Estado del bienestar. Burjassot: Alfons El Magnánim).

_____ (1987), “The comparison of Policy Regimes: An Introduction”, en Esping-Andersen, G. Rein Martin y Lee Rainwater (Eds.), *Stagnation and Renewal in Social Policy. The Rise and Fall of Policy Regimes*. New York: M.E. Sharpe.

_____ (1985), *Politics Against Markets: the social democratic road to power*. Princenton, NJ: Princenton Universtiy Press.

Esping-Andersen, Gosta y Korpi, Walter (1987), “From Poor Relief to Institutional Welfare States: The Development of Scandinavian Social Policy”, en *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*, R. Erikson, E. Hansen, S. Ringen. y H. Uusitalo (eds.). New York: M.E. Sharpe.

_____ (1985), “Social Policy as Class Politics in Post-War Capitalism: Scandinavia, Austria, and Germany”, en *Order and Conflict in Contemporary Capitalism*, Goldthorpe, John (ed.). Oxford: Oxford University Press. Pp. 179-208.

Ferrera, Maurizio (2000), “Reconstructing the Welfare State in Sothern Europe”, en S.

Filgueira, Fernando (2007), “Cohesión, riesgo y arquitectura de la protección social en América Latina”. Santiago de Chile: CEPAL-Serie *Políticas Sociales*, Núm. 135.

_____ (1998), “El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada”, en *Ciudadanía y Políticas sociales*, en Brian Roberts (ed.). San José: FLACSO/ SSRC. Pp. 7-114.

Flora, Peter (Ed.) (1986). *Growth to Limits. The Western European welfare states since world war II*. Berlin, De gruyter. Vol. I.

Flora, Peter y Heidenheimer, Arnold J. (1981), *The Development of Welfare state in Europe and America*, Londres: New Brunswick

Fundación Mexicana para la salud (FUNSALUD), (2012), Universalidad de los servicios de salud. Propuesta de Funsalud. Fundación Mexicana para la salud, A.C.

González, L. (1988), *Los días del presidente Cárdenas*. México: COLMEX.

Goodin, Robert, Headey, Bruce, Muffels, Ruud y Henk-Jan Dirven (1999). *The Real Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Goodman, Roger y Gordon White (1998), “Welfare orientalism and the search for an East Asian welfare model”, en R. Goodman, G. White & H. J. Kwon (eds.), *The East Asian Welfare Model: Welfare Orientalism and the State*. Londres: Routledge.

Gough, Ian (2004), “Welfare regimes in development contexts: a global and regional analysis”, en I. Gough and G. Wood (eds.), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press. Pp 15-48.

Gough, Ian y Wood, Geof (eds.) (2004), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gordon, Sara R. (2003), *Ciudadanía y derechos ¿Criterios distributivos?* CEPAL. Serie Políticas Sociales No. 70. División de Desarrollo Social: Santiago de Chile. Julio.

_____, (1999), “Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México”, en Martha Schteingart (Coord.), *Políticas sociales para los pobres en América Latina*. México: Miguel Ángel Porrúa/Guri.

Gutiérrez, Angelina (2002), *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y seguridad social de América Latina*. México: Siglo XXI/UNAM.

Haggard, Stephan y Kaufman, Robert R. (2008), *Development, Democracy, and Welfare States. Latin America: East Asia, and Eastern Europe*. New Jersey: Princeton University Press.

Ham, Roberto, Berenice P. Ramírez y Alberto Valencia (Coords.) (2008), *Evaluación y tendencias de los sistemas de pensiones en México*. México: El Colegio de la Frontera Norte/Miguel Ángel Porrúa/IIE-UNAM.

Hecló, Hugh (1974), *Modern social politics: From relief to income maintenance in Britain and Sweden*, Yale University Press.

Hernández, David y Villa, Sughei (2010). “El modelo de relaciones intergubernamentales en la descentralización fiscal en México”, en *Si Somos Americanos*, Revista de Estudios Fronterizos, Vol. X, núm. 1. Chile: Universidad Arturo Prat.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), (2014a). *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, Cifras durante el tercer trimestre*. Boletín de Prensa, núm. 490/14.

_____, (2014b). *La informalidad laboral. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Marco Conceptual y Metodológico*: México

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/doc/Informalidad_marco-met.pdf

_____ (2010). *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*. México.

_____ (2000), *Censo General de Población y Vivienda 2000*. México.

Isuani, E. A. (1991): “Bismarck o Keynes: ¿Quién es el culpable? Notas sobre la crisis de acumulación”, en Ernesto Isuani, Ruben Lo Vuolo y E. Tenti, *El Estado benefactor*. Un paradigma en crisis, Buenos Aires: Miño y Dávila/Ciepp, Pp 9-26.

Jones, 1993.

Knaul, Felicia et al (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México*. Vol. 55, no. 2, marzo-abril. Instituto Nacional de Salud Pública.

Kuhle (ed.), *Survival of the European Welfare State*. Londres: Routledge, Pp 166-181.

_____ (1996), “The Southern Model of Welfare in Social Europe”, en *Journal of European Social Policy*, Núm. 6, Vol. 1, pp 17-37.

_____ (1995), Los Estados del bienestar del Sur en la Europa Social, en Sebastián Sarasa y Luis Moreno (comps.), *El Estado del bienestar en la Europa del Sur*. Madrid: CSIC/MAS.

Ley General de Salud (2003). México: Secretaría de Salud.

_____ *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud*, México, D. F. a 5 abril de 2004

Korpi, Walter (1998), “The Iceberg of power below surface: A preface to Power Resources Theory”, en O’Connor, Julia S. y Olsen, Gregg M. (eds.) (1998), *Power Resources Theory and the Welfare State*. Canadá: University of Toronto Press. Pp. vii-xvii.

_____ (1985), “Power Resources Approach vs Action and Conflict: On Causal and Intentional Explanations in the Study of Power”, *Sociological Theory*, 1985, vol. 3, no. 2. Pp. 31-35.

_____ (1978), *The Working Class in Welfare Capitalism: Work, Unions and Politics in Sweden*. Londres: Rotledge y Kegan Paul.

_____ (1974), Conflict, Power and Relative Deprivation”, *American Political Science Review*. Núm. 68 (4). Pp. 1569-78.

- Laurell, A. Cristina (1996), “La política social del pacto posrevolucionario y el viraje neoliberal”, en Laurell, A.C. (Coord.), *Hacia una política social alternativa*. México: Instituto de Estudios de la Revolución Democrática/Fundación Friedrich Ebert.
- López, Oliva y Blanco, José (2006), “Salud y ‘nuevas’ políticas sociales en México”, en Peña F. Alonzo (Coord.), *Cambio social, Antropología y Salud*. México: CONACULTA/INAH, Pp 15-26.
- _____ (2001), “La polarización de la política de salud en México”, en *Cadernos de Saúde Pública*. Núm 17(1), jan-fev, pp 43-45.
- López, Víctor Hugo, (2015). Entrevista con el ex Director General de Afiliación y Operación. CNPSS.
- Malloy, James (1986). “Statecraft, política y crisis de la seguridad social. Una comparación de la América Latina y los Estados Unidos”, en Mesa-Lago, C., *La crisis de la Seguridad Social y la Atención a la Salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas*. México: FCE. Pp 29-68.
- Marcel, Mario y Rivera, Elizabeth (2008), régimen de Bienestar en América Latina, en E. Tironi (ed.), *Redes, Estados y Mercados*, Uqbar Editores (CIEPLAN), Pp 152-226. Una presentación resumida y esquemática de este trabajo se presenta en “Regímenes de Bienestar, Políticas Sociales y Cohesión Social en América Latina”, CIEPLAN.
- Marshall, Thomas H. (1950), *Citizenship and Social Class and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press (Marshall, T.H., 1992, *Citizenship and social class*. Londres: Pluto Press).
- Martínez, Antonia (1997), “Estado y pacto social en México”, en Lourdes López Nieto (ed.), *Democratización y Políticas sociales*. Madrid: UNED. Pp. 233-247.
- Martínez Franzoni, Juliana (2007), *Regímenes del bienestar en América Latina*. Fundación Carolina-CeALCI. Documento de trabajo, Núm. 11.
- _____ (2006), *Regímenes de bienestar en América Latina: ¿Cuáles son y cómo son?* Costa Rica: Instituto de Investigaciones sociales/Fundación Carolina-CEALCI.
- Mayer-Serra, Carlos E. (2007), “El derecho a la protección de la salud”, en *Salud Pública de México*. Vol. 49, No. 2, marzo-abril. Pp 144-155.
- Merino, María F., Alarcón Maluin y Rafael Lozano (2004), *SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies México. National Health Accounts 2001*. OECD Health Technical Papers, Núm. 8.

- Moctezuma, Esteban (1994), “La educación pública frente a las nuevas realidades”, en Arturo Warman (comp.), *La política social en México, 1989-1994*. México: FCE. Pp 107-151.
- Meny, Ives y Thoenig, Jean-Claude (1992), *Las políticas públicas*, versión española a cargo de Francisco Morata. Barcelona: Ariel.
- Narro, José, David Moctezuma y Lourdes Orozco (2010). Hacia un nuevo modelo de seguridad social, en *Economía*. UNAM. Vol. 7 número especial, no. 20.
- Mesa-Lago, Carmelo (2008) Un reto de Iberoamérica en el siglo XXI: La extensión de la cobertura de la seguridad social, en *América Latina Hoy*, Núm. 48, abril. Pp. 67-81.
- _____ (2004) Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. Serie *Documentos de Trabajo sobre el Financiamiento del Desarrollo*. CEPAL, No. 144.
- _____ (1978), *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*. Pittsburgh: University Pittsburgh Press.
- Mishra, Ramesh (1992), *El Estado del bienestar en crisis. Prensamiento y cambio social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- _____ (1977), *Society and Social Policy*. London: Macmillan
- Moreno, Luis (2000), *Ciudadanos precarios. La última red de protección social*. Barcelona: Ariel.
- Muñoz de Bustillo, R. (1989): *Crisis y futuro del Estado del bienestar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ochando, Carlos (2002), *El Estado del bienestar*, Barcelona: Ariel.
- O’Connor, James (1973), *The Fiscal Crisis of the State*. New York: St. Martins Press.
- O’Connor, Julia y Olsen, Gregg (1998), “Understanding the Welfare State: Power Resources Theory and Its Critics”, en O’Connor, Julia S. y Olsen, Gregg M. (eds.) (1998), *Power Resources Theory and the Welfare State*. Canadá: University of Toronto Press. Pp. 3-33.
- O’Connor, Julia, Ann S. Orloff y Sheila Shaver (1999), *States, markets, families. Gender, liberalism and social policy in Australia, Canada, Great Britain and the United States*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Offe, Claus (1991), *Contradicciones en el Estado del bienestar*, México: Alianza-CONACULTA, México.
- Ojeda, A. (1993): *Estado social y crisis económica*, Madrid: Ed. Complutense.

Ordóñez, Gerardo M. (2014). Un siglo de reformas sociales en México: balance histórico, rezagos sociales y desafíos pendientes. Trabajo acreedor a la mención honorífica en el Premio Nacional de Investigación Social y de Opinión Pública. México: CESOP. Noviembre.

_____ (2009), “El régimen de bienestar mexicano: entre la exclusión, la segmentación y la universalidad”, en C. Barba, G. Ordóñez y E. Valencia (Coords.), *Más allá de la pobreza. Regímenes de bienestar en Europa, Asia y América*. México: Universidad de Guadalajara/El Colegio de la Frontera Norte.

_____ (2007), “Surgimiento y devenir del Estado del bienestar en las democracias occidentales”, en José Luis Calva (coord.), *Empleo, ingreso y bienestar*. Agenda para el Desarrollo, Vol. 11. México: Cámara de Diputados/Miguel Ángel Porrúa/UNAM.

_____ (2002), *La política social y el combate a la pobreza en México*. México: UNAM/ SEDESOL.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE (2014), *Health Data*. OCDE.

_____ (2010). *Perspectivas OCDE: México, políticas clave para un desarrollo sustentable*. México: OCDE. mayo 2010. En (<http://www.oecd.org/dataoecd/22/2/45391108.pdf>).

Organización Internacional del Trabajo (OIT), (2012). *Pisos de protección social para la justicia social y una globalización equitativa*. Conferencia Internacional del Trabajo, 101ª. reunión. Informe IV. ILC/101/IV/1.

_____, (2004), *Global Employment Trends for Women. Report*. Génova: OIT.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), *Informe sobre la salud en el Mundo*. OMS.

_____ (2010), *Informe sobre la salud en el Mundo*. La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS. En http://whqlibdoc.who.int/whr/202/9789243564029_spa.pdf.

_____ (2000). *World Health Report 2000*. Health systems: Improving performance. Geneva: WHO.

Orloff, A. (1993), “Gender and the Social Rights of Citizenship”, *American Sociological Review*, Núm 58. Pp 303-328.

Perticara, Marcela (2008), “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, en *Serie Políticas Sociales*, Núm. 141. Santiago de Chile: CEPAL.

Picó, Josep (1990), *Teorías sobre el Estado del bienestar*, Madrid: Siglo XXI editores. 2ª. Edición.

Pino, Del Eloisa, (2004), Debates sobre la reforma del Estado del bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones. CSIC. Documento de trabajo 04-03.

Polanyi, Karl (1957), *The Great Transformation: The Political and Economic Origins of Our Time*. Boston: Beacon Paperback (edición en español, 1975, *La Gran Transformación*. México: Juan Pablos Editor).

Programa Sectorial de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República.

Ritter, Gerhard A. (1991), *El estado social, su origen y desarrollo en una comparación internacional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (1990), *El gasto Público en servicios sociales en España (1972-1988)*, Madrid: MAS.

_____ (1991), “Estado del bienestar y sociedad de bienestar. Realidad e ideología”, en Rodríguez Cabrero, G. (comp.), *Estado, privatización y bienestar. Un debate de la Europa actual*. Barcelona: Icaria-Fuhem.

Rodríguez (2014). Afloja la velocidad el presupuesto para el seguro popular, en *El financiero*. México: 4 de julio

Sainsbury, Diane (ed.) (1999), *Gender and Welfare State Regimes*. Oxford: Oxford University Press.

_____ (1996), *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge: Cambridge University Press.

Scott, John (2005), “Seguridad social y desigualdad en México: de la polarización a la Universalidad”, en *Bienestar y Política social. Vol 1, Núm 1, Pp 59-82*

Secretaría de Salud (SS), 2004: Financiamiento justo y protección social universal: La reforma estructural del sistema de salud en México. Secretaría de Salud. Disponible también en: <http://evaluacion.salud.gob.mx/seguropopular/reforma.pdf>

Sistema de Información Legislativa (SIL), (2015). En http://sil.gobernacion.gob.mx/Librerias/pp_ReporteSEGuimiento.php?SID=&Seguimiento=3082259. Consultado el 01 de marzo de 2015.

Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), (2012), *Informe de resultados 2012*. Méico: SPSS.

Skocpol, Theda (1992), *Protecting Soldiers and Mothers. The Political Origins of Social Policy in the United States*. Cambridge: Harvard University Press. Pp. 1-64.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), (2004), *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003*. México.

Secretaría de Salud (SS), (2011), *Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud. Informe Final*- Centro de Investigación en Sistemas de Salud. México: Secretaría de Salud.

_____ (2003), *Lineamientos generales para el ejercicio de los recursos transferidos a los Estados participantes en el Programa del Seguro Popular de Salud*. Dirección General de Protección Financiera en Salud. México: Secretaría de Salud.

_____ (2005). *Estrategia de Evaluación*. Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). México: Secretaría de Salud

Sunkel, Guillermo (2006), *Políticas Familiares y Regímenes de Bienestar en América Latina*. (Reunión de Expertos, Gestión y Financiamiento de las políticas que afectan a las familias: CEPAL 16 y 17 de octubre).

Taylor-Gooby, Peter (ed.) (2004), *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

_____ (1996), “The response of government: fragile convergence?”, en George V. y P. Taylor-Gooby (Eds.), *European Welfare Policy. Squaring the Welfare Circle*. Londres: Mcmillan Press Ltd.

Tello, Carlos (2007), *Estado y desarrollo económico: México, 1920-2006*. México: UNAM

Therborn, G. y Roebroek, J.M (1986), “The irreversible Welfare state: Its Recent Maturation, Its Encounter with Economic Crisis, and its Future Prospects”, en *International Journal of Science Review*, 16 (3).

Titmuss, Richard (1974): *Social Policy*. London: George Allen and Unwin.

Treviño, Leticia F. y Cruz Álvarez (2008), “La inversión de fondos de pensiones y el mercado financiero en México”, en R. Ham, B.P. Ramírez y A. Valencia (Coords.), *Evaluación y tendencias de los sistemas de pensiones en México*. México: El Colegio de la Frontera Norte/Miguel Ángel Porrúa/IIIE-UNAM. Pp. 149-173.

Ulloa, Odilia (1999), “Una mirada al sistema de pensiones privado, el SAR y la industria financiera de las Afore”, en B. Ramírez (Comp.), *La seguridad social, reformas y retos*. México: Porrúa / Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM. Pp 197-251.

- Villa, Lorenza (2013), Modernización de la educación superior, alternancia política y desigualdad en México. *Revista de Educación Superior*. Vol. XLII (3), no. 167, Julio-septiembre. México: UNAM.
- Warman, Arturo (1994), “Introducción”, en Arturo Warman (comp.), *La política social en México, 1989-1994*. México: FCE. Pp 7-28.
- Weir, M. y Skocpol, T. (1993), “Estructuras estatales y posibilidades de respuesta “keynesiana” a la gran Depresión en Suecia, Gran Bretaña y Estados Unidos”, en *Serie Hacienda Pública española*, pp. 223-258.
- Wirtz, Veronika J, Serván-Mori, Edson, Heredia-Pi, Ileana, Dreser, Anahí, & Ávila-Burgos, Leticia. (2013). Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S112-S122. Recuperado en 22 de febrero de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800007&lng=es&tlng=es.
- Wood, Geof (2004), “Informal security regimes: the strength of relationships”, en I. Gough and G. Wood (eds.), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press. Pp 49-87.
- Yukawa, Setsuko (1969), *La Seguridad Social en México. Un análisis comparativo*. The Institute of Economic Research/Kyoto Sangyo University.