

El impacto de las políticas sociales y la coyuntura económica en la evolución de la desigualdad social. El caso de Argentina, antes y después del fin de la convertibilidad.

Giuseppe Manuel Messina (gm.messina@pdi.ucm.es)

Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El objetivo principal de esta ponencia es el de evaluar los cambios ocurridos en la sociedad argentina entre 1991 y 2010 en términos de la desigualdad social a través de la comparación de los dos modelos de desarrollo vigentes antes y después del fin de la convertibilidad del peso en dólar. Se considera que un aspecto fundamental de la desigualdad social es el nivel en que está garantizado el acceso a un conjunto de derechos sociales básicos (salud, educación, vivienda, entre otros). El papel del Estado en la erogación de estos servicios es fundamental, en particular para los individuos y familias de menores recursos. En el caso argentino, se analizará en qué medida las reformas de inspiración neoliberal modificaron la estructura del Estado de bienestar argentino y cuanto de la evolución regresiva de la desigualdad en esa década fue debida a la coyuntura económica negativa y su efecto en el mercado laboral. Se estudiará en particular el caso del sector sanitario y el papel cambiante de la Seguridad Social. Se evaluará si la mejora en la cobertura de la población en la última década deriva de la evolución positiva del mercado laboral o del impacto de las políticas públicas de inspiración progresista de las dos últimas administraciones.

Nota biográfica: Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Bocconi de Milán (Italia). Doctorando en América Latina Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid e Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset.

Palabras Clave: Argentina, exclusión social, Estados de bienestar, sistemas de salud.

1. Introducción

La estructura económica y social de Argentina ha oscilado como un péndulo desde que el golpe militar de 1976 significara una ruptura con el Estado desarrollista que venía construyéndose desde la Gran Depresión, estrechamente ligado a la creciente movilización de la clase trabajadora industrial bajo la conducción del movimiento peronista. El desmantelamiento del sistema estado-céntrico se aceleró en particular en los años 90, bajo la presidencia, ironías de la historia, del peronista Carlos Saul Menem. Las políticas desreguladoras y privatizadoras de

esa administración, construidas en torno al pivote estabilizador de la Convertibilidad, hicieron de Argentina un caso modelo de la aplicación de las recetas de inspiración neoliberal. Sin embargo, las propias contradicciones del sistema económico reformado y su extrema vulnerabilidad a las crisis externas provocaron el fin dramático de la experiencia en el bienio 2001-2. La crisis marca en el imaginario del país el comienzo de una nueva fase, caracterizada por una retórica distinta y una nueva configuración de fuerzas políticas y sociales. Ciertos rasgos de la nueva agenda política retoman directrices propias del viejo Estado desarrollista, aunque conyugado según los ejemplos novedosos de la izquierda moderada que vienen de los países vecinos, especialmente Brasil. De esta forma, a una generosa política de gasto social y a una mayor intervención del Estado en la economía, llegando en algunos casos a la renacionalización de sectores privatizados en la década anterior, se acompaña una política de desarrollo económico primario-exportadora y la prioridad en el cuidado del equilibrio macroeconómico. En los últimos años, las crecientes tensiones inflacionarias ponen en entredicho precisamente ese equilibrio y cuestionan la sostenibilidad a futuro de esta etapa de crecimiento sostenido.

El objetivo principal de esta ponencia es analizar los cambios habidos en el Estado de bienestar argentino entre los dos periodos que, por razones de brevedad, es posible etiquetar como “neoliberal” y “neodesarrollista”. El interés de este trabajo en el Estado de bienestar reside en el papel de sus instituciones en gobernar la distribución de los bienes y servicios que constituyen la base material de los derechos sociales, en la acepción de T.H. Marshall (2006). Como recuerda Sen (1995; 1997), la forma en que cada individuo transforma esos recursos materiales en bienestar efectivo (él los llama funcionamientos) debe investigarse, pero se trata de un tema que no puede desarrollarse en esta ocasión. Por otra parte, el fracaso del régimen de bienestar existente, compuesto por las instituciones públicas del Estado de Bienestar, junto con las privadas (profit y no profit) y los hogares, en proveer los recursos materiales (de aquí en adelante bienes y servicios básicos) a la base de derechos fundamentales como el acceso a los

servicios de salud, la educación, la vivienda y a un nivel mínimo de bienes de consumo de sustentamiento, constituye el principal generador de exclusión social¹.

¿Por qué son las instituciones del bienestar importantes para garantizar el acceso a los derechos sociales básicos? Los individuos emprenden una pluralidad de estrategias de sobrevivencia para obtener el acceso a una serie de bienes y servicios básicos y no básicos. La gran mayoría de los recursos monetarios de los que disponen derivan del acceso al mercado laboral, donde intercambian su trabajo por salario. Los ingresos monetarios les permiten adquirir una gran variedad de bienes y servicios en el mercado (incluidos seguros y servicios previsionales). Dentro del núcleo familiar se da una ulterior redistribución de los ingresos monetarios y una transformación de los recursos materiales a través del trabajo de cuidados (manutención y sustentamiento del hogar, reproducción social). En el mismo hogar y en las redes de conocidos se generan además la mayoría de los bienes relacionales (afectos, amistades), que tan importancia ocupan en el bienestar de las personas². Recursos de tipo no monetario derivan de la propia actividad laboral (beneficios no salariales), de la provisión por parte de entidades no profit (corporativas y seguro social, del tercer sector o caritativas), y de la erogación de parte de instituciones públicas. Es precisamente el sector público el que genera una parte importante de los bienes y servicios sociales, pero sobre todo tiene la responsabilidad última de regular y asegurar la distribución de bienes y servicios básicos en su territorio.

Como escribe Barr (2003), el Estado de Bienestar ejerce tanto la función de “Robin Hood”, es decir la provisión de sustento para los más pobres, la redistribución de las rentas y la reducción de la exclusión social, como la función “hucha de cerdito”, al impulsar mecanismos de seguro obligatorio colectivo y de redistribución de ingresos a lo largo del ciclo vital de cada individuo³. En términos más generales, Polanyi (2006) ve al Estado de bienestar como un

¹ Siendo las discriminaciones de género, raza, étnico-culturales o religiosas la causa de otras formas de exclusión.

² Cfr. Bartolini (2010)

³ Otras funciones del Estado de bienestar son la inversión en capital humano (sector educativo) para generar igualdad de oportunidades; la regulación de mercados caracterizados por fallos sistemáticos, como el de seguros (caracterizados por fallos como la selección adversa o el riesgo moral) o el de los servicios sanitarios (marcados por asimetrías informativas entre médicos y pacientes) y la extensión de servicios públicos a grupos sociales poco rentables.

sistema de autodefensa de la sociedad para contrarrestar la desintegración social provocada por los mercados auto-regulados sin control.

Es evidente que el sistema que rige la producción y distribución de los bienes y servicios básicos es muy complejo y multifacético. Este trabajo quiere centrarse en la intersección entre las políticas sociales públicas y la evolución del contexto económico, en su vertiente laboral. De esa interacción se genera el acceso equitativo o menos a los insumos materiales a la base de los derechos sociales fundamentales. En otras palabras, debe investigarse como de la configuración del Estado de bienestar en un contexto de cambios de medio-largo plazo en los mercados laborales, se generan dinámicas de inclusión o exclusión.

El caso de Argentina es apropiado para estudiar esta relación por una serie de razones. Los indicadores socio-económicos indican un fuerte empeoramiento distributivo a lo largo de los años 90 (un fenómeno que se había originado ya a partir del golpe de 1976), en coincidencia temporal con las reformas de política económica ya citadas. Luego de un pico a raíz de la crisis de 2001-2, se da una evolución positiva de los mismos indicadores en correspondencia con la reactivación económica y el cambio en la orientación de las políticas económicas y sociales⁴. No obstante lo dicho, una revisión teórica de la literatura sobre Estados de bienestar, que se efectuará en la próxima sección, y algunas confirmaciones empíricas⁵, parecen vislumbrar una constancia en la estructura del Estado de bienestar argentino, confirmando también en este caso la “viscosidad” al cambio identificada por Pierson, (1996). Sin embargo, la fuertes variaciones en el substrato económico del Estado de bienestar constituido por el mercado laboral, como ya señalado por Clayton y Pontusson (1998), ha conducido a un incremento del peso de las componentes no publicas del régimen de bienestar argentino.

Esta hipótesis será contrastada en el caso particular del sector de la salud. En primer lugar, la salud constituye incuestionablemente uno de los derechos fundamentales del ser

⁴ Cfr Cornia (2010).

⁵ Cfr. Isuani (2010) en particular, para el caso argentino.

humano, como recogido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas 1948). En segundo lugar, el cumplimiento de este derecho está distribuido de manera muy desigual entre los argentinos, según una serie de clivajes, en particular de clase y geográficos. La desigualdad en este ámbito se traduce en la exclusión de una parte considerable de la población del acceso a los servicios de salud más básicos y empeoró particularmente durante los años 90, adquiriendo un carácter de emergencia sanitaria durante la crisis de 2001-2. Parte de la explicación de este fenómeno deriva de la estructuración de tipo corporativo de uno de los componentes principales de la financiación de los servicios de salud, lo que implicó que los cambios acaecidos en el mercado laboral tuvieran un reflejo directo en la cobertura de los servicios de salud. Este aspecto constituye el tercer elemento de interés en el caso argentino. En cuarto lugar, las últimas administraciones han implementado algunas importantes reformas en este sector, pero especialmente han secundado una reactivación del mercado laboral formal que ha permitido restaurar el funcionamiento anterior del sistema de salud.

Por último, las conclusiones que surgirán de este análisis podrán sugerir fértiles comparaciones que otros casos, tanto en América Latina como en otras zonas del mundo, en particular con los países desarrollados, ya que como se verá en Argentina conviven servicios sanitarios de vanguardia con rasgos epidemiológicos de país pobre, derivado de la exclusión de una gran parte de la población de esos mismo servicios junto, obviamente, con las insalubres condiciones medioambientales en las que habitan.

2. Una revisión de la literatura sobre Estados de Bienestar.

Como se relató en la introducción, cada individuo genera su propio bienestar en relación con otros individuos en un sistema de instituciones que algunos autores han llamado “régimen de bienestar” (*welfare regime*). Por definición, un régimen de bienestar es la “matriz institucional – es decir el conjunto de arreglos institucionales, políticas y prácticas – que afectan la generación de bienestar y los efectos de estratificación en distintos contextos sociales y

culturales”(Gough y Wood, 2004). Entre sus componentes principales están, como se dijo, las instituciones de mercado, el Estado, las familias y las redes de la sociedad civil (“*community*”).

El papel del Estado es fundamental ya que es la única entidad que puede proveer servicios a los sectores menos rentables de la población sobre una base de derechos y regular el acceso de cada ciudadano (nacional y extranjero) a una pluralidad de bienes y servicios sociales. Es posible analizar los efectos sociales que las políticas sociales del Estado en su conjunto inducen, a través de su impacto sobre la decomodificación y estratificación, dimensiones de análisis propuestas por Esping-Andersen, en su influyente obra “Los mundos del Bienestar” (1990). La primera recoge el nivel en el que el bienestar individual está desvinculado del acceso al mercado laboral donde su trabajo es vendido como una mercancía (o “comodificado”). La segunda dimensión refleja los efectos distributivos que ejercen las políticas sociales sobre la estructura de la sociedad.

Utilizando conjuntamente esas dos herramientas de análisis con los datos empíricos relativos a los principales países ricos (en el aspecto de las transferencias monetarias del Estado), Esping-Andersen teoriza tres tipos-ideales de Estado de Bienestar, con los que comparar cada país concreto. En particular, distingue entre un modelo social-demócrata, caracterizado por un elevado nivel de decomodificación y políticas sociales universalistas (baja estratificación); un modelo liberal, donde la decomodificación de las políticas públicas es muy baja y estas tienen una naturaleza de carácter residual: las políticas sociales, financiadas por la fiscalidad general, se sitúan a un nivel suficientemente bajo para no interferir en los incentivos de mercado; y, por último, un modelo conservador, financiado por las contribuciones sociales, y caracterizado por la elevada estratificación de las políticas sociales, acompañada por un nivel intermedio de decomodificación (superior al modelo liberal), ligado al estatus ocupacional de los beneficiarios.

El primer modelo está caracterizado por la solidaridad vertical entre los estratos más ricos y más pobres de la población, mientras el modelo conservador privilegia la solidaridad

horizontal entre individuos (y generaciones) en el ámbito de la misma categoría profesional, en la modalidad del aseguramiento colectivo (cuya obligatoriedad está generalmente garantizada por el Estado). El modelo liberal enfatiza la responsabilidad individual y favorece la caridad de los más pudientes (a través de desgravios fiscales), mientras la asistencia pública está dirigida a los más pobres. Sin embargo, en términos de pobreza y desigualdad, el modelo liberal genera los peores resultados, al no gozar las políticas distributivas del consenso de la clase media, que debe contribuir a su financiación mediante impuestos pero no recibe beneficios suficientes de ellas (Korpi y Palme 1998).

Como es obvio, ningún país reflejará exactamente el tipo ideal, especialmente si se observan las configuraciones de políticas sociales en sectores particulares (seguridad social, asistencia, sanidad, educación, vivienda). De hecho, el trabajo de Esping-Andersen dio vida a un intenso debate acerca del número y de las características de los tipos ideales de Estado de Bienestar⁶, llevando a alguno a rechazar la utilidad misma de estos estudios taxonómicos. El propio Esping-Andersen ha reconocido las críticas y ha reconocido la necesidad de complementar su análisis inicial⁷.

En particular, debe tenerse en cuenta la importancia del trabajo de cuidado en la generación de bienestar, especialmente por sus efectos en la gestión del tiempo⁸ y la producción de bienes relacionales. La perspectiva de género aporta a éste ámbito una contribución fundamental⁹, proponiendo una nueva categoría de análisis del Estado de Bienestar, para acompañar las dos anteriores, la desfamiliarización, definida como el nivel de desconexión entre el bienestar individual y el trabajo de cuidados en el interior del hogar. Esta desconexión puede darse tanto contratando servicios sustitutivos en el mercado como a través de la provisión de

⁶ Es imposible condensar en una nota la riqueza del debate. Algunos autores proponían ampliar los tipos ideales para manejar los casos particulares que parecían no encajar bien en los “tres mundos” (para una reseña, cfr. Arts & Gelissen, 2002); otros subrayaban los límites del método taxonómico (Kasza 2003); o criticaban la ambigüedad con la que se establecía el criterio para discriminar entre Estados de bienestar y Estados que no lo son (Veit-Wilson 2000).

⁷ Esping-Andersen, (2002).

⁸ Cfr. Durán (2010).

⁹ Véase por ejemplo Lewis, (1992).

servicios de cuidado desde el sector público (especialmente en los países escandinavos)¹⁰. Desde el sector público se financian o se proveen servicios como jardines de infancia, residencias para ancianos, espacios públicos de recreación, etc. En el sector privado se producen bienes sustitutos (imperfectos) de bienes relacionales, como servicios de ocio o entretenimiento¹¹, o de servicios de cuidados (empleo doméstico).

Junto a este tema, igualmente influyente para la literatura ha sido el debate sobre los nuevos riesgos sociales. Como bien resume Esping-Andersen (2002), las sociedades occidentales se enfrentan un cambio histórico, ya que “la revolución en el comportamiento demográfico y familiar, la emancipación femenina, la transformación tecnológica y el predominio del sector servicios provocan cambios mayores en la estructura de los riesgos sociales, creando un conjunto totalmente nuevo de ganadores y perdedores” (p. 2).

Las instituciones del Estado de Bienestar han sabido adaptarse con mucha lentitud a estos cambios, aunque se ha debatido de su “retirada” a partir de los años 80 del siglo pasado. Las reformas implementadas en este periodo no han sido sustanciales en la mayoría de los países, por la resiliencia de las instituciones del sistema de bienestar (Pierson 1996), originada en la influencia política de aquellas categorías sociales que nacieron de forma concomitante con el surgimiento del Estado de bienestar o se benefician de él (desde los beneficiarios de los servicios y transferencias sociales hasta los trabajadores y funcionarios del sector público). Sin embargo, se trata de una situación de estabilidad aparente.

Por un lado los cambios socio-económicos – especialmente el crecimiento de la desigualdad, la precariedad laboral o el desempleo – tienden a modificar el funcionamiento íntimo de los Estados de bienestar, al provocar un desequilibrio entre sus distintas componentes, en particular en el tipo conservador, al estar éste construido en torno a la figura del trabajador formal de tiempo completo (generalmente hombre). En este modelo, los cambios en el mercado

¹⁰ Para una aplicación a América Latina, véase Martínez Franzoni (2008).

¹¹ Bartolini, 2010.

laboral se transmiten directamente a la cobertura de los beneficios sociales¹². De esta forma el peso del componente asistencial-residual del sistema aumenta automáticamente, sin que haya intermediado ninguna reforma de calado.

Al mismo tiempo, los recortes graduales en los servicios públicos, reflejados en la reducción de su calidad, pueden generar un círculo vicioso regresivo al impulsar la fuga de la clase media hacia los proveedores privados y erosionar su apoyo para el sistema público y, especialmente, para los impuestos que lo sostienen, favoreciendo de esta forma un nuevo ciclo de recortes¹³. Este fenómeno se ve exacerbado durante las crisis económicas cuando los recortes son justificados tanto por la necesidad de la situación, por el empuje de los mercados financieros y la asesoría de las instituciones internacionales, o por la retórica política del momento, como la única manera de salvar el sistema público y garantizar su sostenibilidad en el futuro¹⁴.

Estos procesos combinados pueden llevar a un vaciamiento del Estado de bienestar, a una segmentación de los servicios públicos y a un cambio en la naturaleza de las políticas sociales, con una reducción de su universalidad. Al mismo tiempo se generará exclusión social, al debilitarse la capacidad del Estado de garantizar el acceso a un nivel mínimo de derechos sociales para todos, dependiendo este último cada vez más de la capacidad de compra individual. Esta evolución, todavía incipiente en la periferia europea en estos días de crisis financiera, tuvo un caso ejemplar en la Argentina de los años 90.

La literatura examinada ofrece una serie de sugerencias estimulantes a la hora de enfrentarse al estudio de la génesis y las consecuencias de la extrema crisis social que vivió ese país. A la hora de entrar más en el detalle del caso y establecido de antemano que va a fijarse la atención especialmente el sector de la salud, deben sin embargo resolverse por lo menos dos cuestiones teóricas. La primera es de qué forma se ha adaptado la literatura sobre los Estados de Bienestar a la realidad latinoamericana y en qué casilla se ha sido situado Argentina. Respecto a

¹² Clayton y Pontusson, 1998.

¹³ Cfr. Korpi (2003).

¹⁴ Cfr. Pierson, 1996, pp. 156, 177.

la segunda, debe decirse que el sector salud no siempre ha recibido mucha atención en la literatura, como refleja el trabajo pionero de Esping-Andersen (1990), por lo que es necesario también examinar más en detalle algunos aportes que han tratado de sus características en el más amplio sistema de bienestar junto a otros que examinan en más detalle el caso argentino. Este “tour de force” teórico permitirá interpretar los datos empíricos de la sección sucesiva desde una perspectiva más equilibrada.

3. Un acercamiento teórico al caso del sector salud argentino.

Según Fernando Filgueira a finales de los 70 la gran mayoría de la población argentina estaba cubierta por los programas de seguridad social (tanto previsional como sanitario), sin mencionar un sistema educativo (primario y secundario) inspirado al universalismo¹⁵. La cobertura del riesgo, el nivel de beneficios y la elegibilidad de las políticas sociales estaban fuertemente estratificados, favoreciendo claramente las clases altas¹⁶. Así el sistema argentino recalca las instituciones del sistema conservador, pero de manera imperfecta, de manera parecida a cuanto ocurre en los países del sur de Europa: picos de generosidad muy elevada para pocos grupos privilegiados, junto a otros grupos que quedan cubiertos solo por sistemas de subsidios clientelistas (Ferrera 1996). En el caso del sistema de salud, la componente financiada por la Seguridad Social, a través de las Obras Sociales, protegió una cuota muy amplia de la población asalariada (y sus familiares). Sin embargo la crisis del mercado laboral supuso una disminución considerable de su cobertura, como se verá en la siguiente sección.

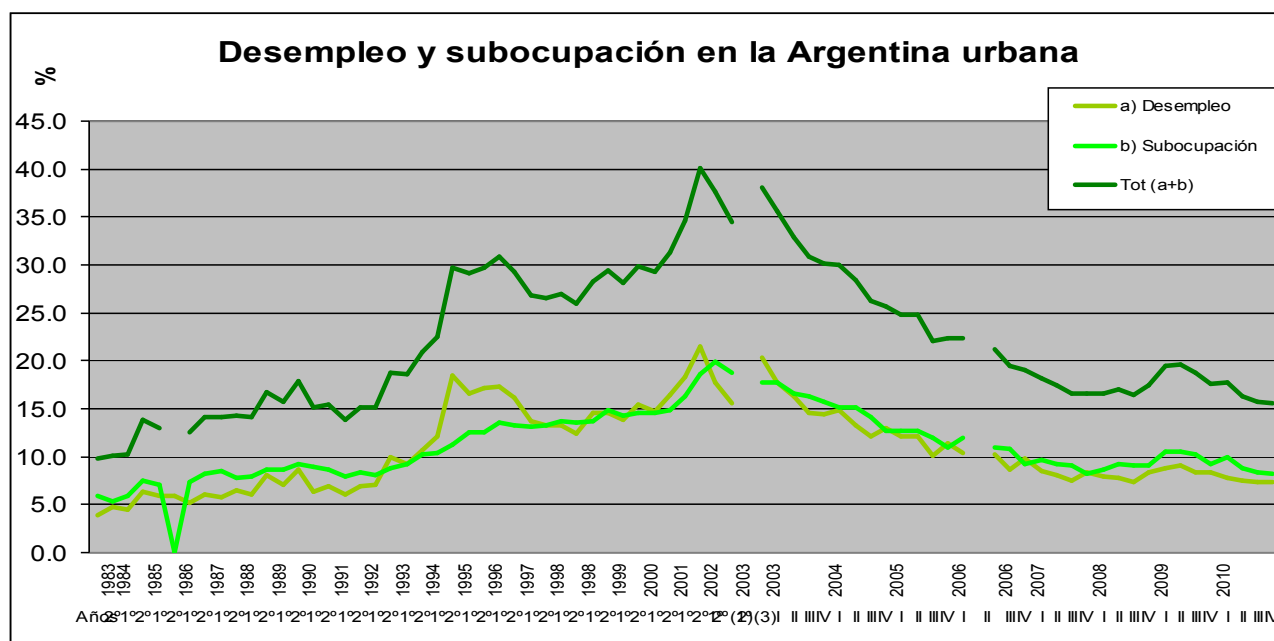
En la época de las reformas implementadas bajo la administración Menem, la estructura socio-económica del país cambió profundamente, exacerbando algunas tendencias que venían produciéndose desde el golpe militar de 1976. Respecto a lo que concierne este trabajo, debe subrayarse principalmente la reducción del sector formal y la degradación de la calidad del

¹⁵ Filgueira (1998).

¹⁶ Como sugiere Mesa-Lago (1983), en la región los sistemas de seguridad social evolucionaron según un modelo de agregación de categorías ocupacionales y progresiva cobertura de riesgos, fruto de la presión y de los intereses de los grupos sociales más poderosos, que dio lugar a un modelo piramidal en el que los estratos más favorecidos gozaban de las mejores prestaciones sociales, y una base más o menos larga (según que país) de trabajadores informales o con contribuciones insuficientes quedaban totalmente desprotegidos.

empleo, fruto de los procesos de desindustrialización y de reducción del Estado y la actividad de las empresas estatales.

Fig 1, Fuente: INDEC



La figura 1 muestra dos indicadores (desempleo y desocupación) que expresan la evolución del mercado laboral, mostrando su deterioro en los años de vigencia de la Convertibilidad, especialmente en los años de la crisis de este régimen cambiario (la recesión comenzada en 1999 desembocaría en la debacle de 2001-2). Puede verse como el empleo ha mostrado rápidos síntomas de mejora desde 2003, aunque solo recientemente se han alcanzado niveles similares a los de los primeros años 90 (niveles que ya eran elevados si comparados con las décadas anteriores).

Según Barrientos (2009), en los años 90 las instituciones del régimen de bienestar argentino evolucionaron en la dirección de adquirir unos rasgos más cercanos al modelo residual-liberal: el peso de los proveedores privados en los servicios públicos llegó a ser preponderante en muchos sectores; el sistema previsional fue parcialmente privatizado; el gasto asistencial fue incrementado en programas focalizados a los más pobres, en el tentativo de paliar las consecuencias sociales de las reformas estructurales.

Isuani (2010)¹⁷ por ejemplo muestra como el gasto público social fue efectivamente acrecentado en 3-4 puntos de PIB, en un contexto en el que el gasto público total permanecía estable. Los datos del Ministerio de Economía (Cuadro 1) señalan el enorme incremento del gasto público en la última década, en coincidencia con las administraciones de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner, tanto en términos de porcentaje del PIB como en términos per cápita. En realidad, aunque haya aumentado en términos absolutos y per cápita, el gasto público social ha sufrido una disminución sobre el gasto total¹⁸.

Cuadro 1	Medias a 5 años en % del PIB					
	1980-84	1985-99	1990-94	1995-99	2000-04	2005-09*
a) Gasto Total	28.19	32.13	31.29	31.69	31.33	36.42
b) (al del neto servicio de la deuda)	24.28	29.27	29.35	29.02	28.07	33.96
c) Gasto Público social	12.93	16.83	19.86	20.61	20.26	23.08
(% de b)	53.27	57.51	67.66	71.03	72.19	67.96
(per cápita – pesos 2001)	1100.04	1168.76	1382.49	1587.42	1315.97	2005.10
Fuente: Ministerio Economía – Argentina			*datos provisionales 2009			

Sin embargo, Isuani discrepa con Barrientos en sus conclusiones, al considerar que la estructura del gasto ha permanecido suficientemente estable. Las políticas sociales generalmente asociadas al modelo liberal, las transferencias condicionadas, han crecido en el periodo analizado por Isuani (hasta 2006), pero permaneciendo en un nivel bajo del PIB (1.5%); mientras, el grueso del gasto social seguía estructurado según las líneas del modelo conservador, es decir centrado en la seguridad social.

Otros autores consideran, en cambio, que el sector público sufrió un claro retroceso, en particular en la calidad de su provisión, mientras la importancia del sector privado creció considerablemente gracias a los procesos de privatización y desregularización¹⁹. Danani (2005: 3) sintetiza eficazmente los principios que rigieron la estrategia reformadora de los 90. Al principio organizador de la socialización del riesgo se substituyó la privatización y comunitarización de la protección: por un lado se desvincularon las condiciones de vida del

¹⁷ Cfr. los cuadros estadísticos pp. 106 y 112.

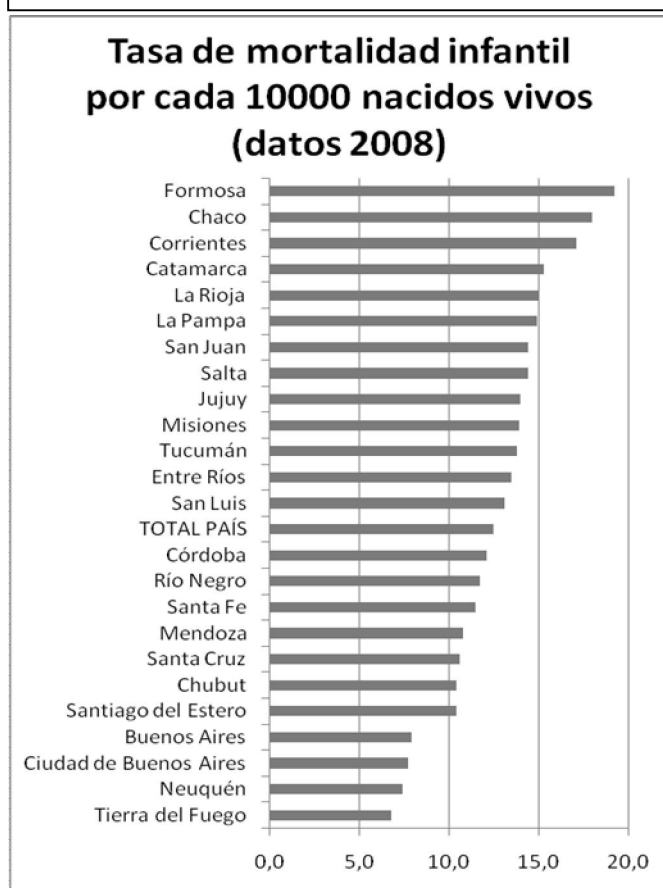
¹⁸ Naturalmente todos los valores reales sufren una sobrestimación, difícil de evaluar, debido a la intervención gubernamental del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) en 2007 (cfr. Lindenboim 2011).

¹⁹ Halperin Weisburd (2007).

sujeto de formas de pertenencia a agregados sociales más complejos para reducir las a la situación individual (según su condición laboral, capacidad adquisitiva y ahorros); en auxilio al individuo o a la familia restringida, se apela a la tercerización de la protección, al descargar el Estado su responsabilidad sobre la familia alargada, las redes de solidaridad u otras expresiones de la sociedad civil, las ONGs y otras instituciones sin fin de lucro o filantrópicas.

En el mismo periodo, se completó el proceso de descentralización de las entidades educativas y sanitarias que estaban bajo el control de la administración federal a favor de los niveles subnacionales (las provincias principalmente), aunque el aumento de responsabilidades no fue acompañado por un incremento adecuado de los recursos fiscales²⁰. Esto provocó la fragmentación de la provisión de servicios sociales a lo largo de líneas de desigualdad geográfica, dadas las enormes diferencias de condición entre las distintas provincias²¹. Un

Figura 2. Fuente: (Catterberg & Mercado 2010)



ejemplo de ello puede verse examinando las diferentes condiciones sanitarias en cada provincia, tomando como indicador la tasa de mortalidad infantil (véase Figura 2).

A partir de la crisis se han dado procesos inversos de renacionalización de algunos sectores (el acto más significativo ha sido la renacionalización del sector previsional); un nuevo periodo de intervencionismo y regulación de la actividad económica; y una recentralización del gasto (en particular

²⁰ Falletti (2005).

²¹ Andrenacci y Repetto (2006).

gracias al enorme incremento de los ingresos aduaneros, que están en la completa disponibilidad del gobierno central, siendo su recaudación no coparticipable²²).

¿Cómo estos procesos generales se aplican al caso del sector salud? ¿Cuál ha sido la conformación histórica de este sector en Argentina y como evolucionó a partir de los años 90? ¿Es posible y fructuoso adoptar los instrumentos analíticos ya utilizados para examinar el Estado de bienestar en general?

Los autores que se ocupan del sector salud en el ámbito de la literatura sobre Estados de bienestar han hecho notar como el debate clásico que se generó a raíz de la publicación de Esping-Andersen (1990) no prestó mucha atención a los servicios sociales (sanitario, educativo, etc.) centrándose su atención en las transferencias monetarias (previsión social, protección al desempleo, etc.) (Wendt et al. 2009, 73). Esta omisión no puede justificarse plenamente no sólo por la importancia social de estos sectores, sino también porque el presupuesto en estas áreas constituye una parte muy significativa del gasto público.

Bambra (2005: 33) propone, por ejemplo, extender el concepto de decomodificación también al sector salud, como indicador para medir el nivel en que el acceso a los cuidados sanitarios depende de la posición del individuo en el mercado. En otras palabras, se quiere investigar cuanto de la provisión de la salud está producida por el mercado y cuanto por otros canales no de mercado.

Moran (2000) utiliza un concepto para el sector salud que se articula de manera similar en tres ámbitos, el consumo, la provisión y la producción de salud. Las instituciones del primer ámbito se ocupan de regular el acceso a los cuidados sanitarios y de gestionar la distribución de los recursos en el sistema; respecto a la provisión, se controla el funcionamiento de los hospitales y se regula la profesión médica; por último, el ámbito de la producción se refiere a la regulación de la innovación médica. Este último aspecto es fundamental dado el poder

²² Garriga y Rosales (2008).

económico y de influencia sobre la demanda que tiene el conglomerado farmacéutico y de la ingeniería y electrónica médica²³.

Cuadro 2	Seguridad Social	Estado	Mercado
Regulación	auto-administrado	gobernanza jerárquica	competición
Financiación	contribuciones	impuestos	seguros privados, gasto de bolsillo, caridad
Provisión	privada	funcionarios públicos	aumento de la práctica privada, privatización de hospitales públicos
Acceso	afiliados	ciudadanía	contratación de seguros privados, gasto directo

Wendt et al. (2009, 71, 77), a su vez, incluyen en el análisis las interacciones entre grupos de actores estatales, no gubernamentales (entre ellos las instituciones de la seguridad social) y privados, aunque señalan que en la realidad cada función del sistema salud presenta combinaciones mixtas de los tres elementos. Así pueden darse configuraciones complejas en el conjunto del sistema, a menos que predomine un solo componente (por ejemplo el público o el privado) tanto en la financiación, la provisión y la regulación del sistema. El Cuadro 2 presenta de manera sintética estas dimensiones del sector salud (adaptado de Verspohl 2010, 8).

Como se verá a continuación, en el caso argentino la estructura de las instituciones del sector salud permanecieron relativamente estables a lo largo del periodo. Lo que cambió fue el nivel de cobertura de los distintos componentes. La disponibilidad de datos de cobertura y de gasto permitirá contrastar la evolución del gasto y la financiación con los cambios en el mercado laboral.

En la próxima sección, se analizará el peso de cada componente, privado, público o corporativo, sobre la financiación del sector salud y la cobertura de la población. El objetivo es mostrar como la evolución en el mercado laboral afectó esta dimensión de la exclusión social (acceso a los servicios sanitarios) en un periodo en el que no se instrumentaron reformas significativas al sistema. Un proceso similar se dio en la dirección opuesta en los años posteriores al fin de la Convertibilidad. La grave crisis social de 2001-2 obligó a tomar medidas

²³ Katz y Muñoz (1988) hacen un análisis similar para Argentina constatando que el aumento de la tecnología incorporada en el tratamiento médico (instrumentos diagnósticos, medicamentos, etc.) provoca un constante aumento de los precios y de los costes per cápita en salud.

de emergencia en el ámbito sanitario, de carácter asistencial. Posteriormente, la mejora del mercado laboral incremento automáticamente la cobertura del sistema de la seguridad social. Al mismo tiempo, las reformas en el sistema previsional también incrementaron considerablemente la cobertura de la población mayor. Se puede decir entonces que aunque la estructura institucional del sector salud permaneciese estable, la cobertura del sistema se amplió, fruto de una combinación del incremento del sector formal de la economía y de políticas de ampliación de la cobertura para la población no trabajadora.

4. La evolución del sector salud argentino después de 1990.

¿Cómo era la estructura del sector salud argentino antes de los años 90 y cómo evolucionó a lo largo de la década? Históricamente el sector salud ha sido caracterizado por su fragmentación y por el elevado nivel de descentralización. Londoño y Frank lo describen como un modelo atomizado y corporativo, vertebrado alrededor de una multiplicidad de entidades aseguradoras (Obras Sociales) que brindan cobertura médica a sus afiliados, segregados según los diferentes grupos ocupacionales, mediante la contratación de servicios de una multitud de entidades públicas y privadas²⁴. En 1971 se legisló la obligatoriedad de la afiliación para los trabajadores del sector formal, financiada por el pago de una contribución calculada como un porcentaje fijo de los salarios²⁵. Entre las Obras Sociales, el PAMI (Programa de Atención Médica Integral) cubre a todos los beneficiarios de una pensión pública. La gran mayoría de las Obras Sociales está controlada por los sindicatos afiliados a la Confederación General del Trabajo (CGT), el sindicato peronista. Un número más pequeño cubría a los funcionarios de las administraciones provinciales, o a categorías especiales (bancarios, aseguradores, etc). En general, las Obras Sociales actúan como compradores colectivos de servicios sanitarios a proveedores públicos y privados, aunque en algunos casos poseen instalaciones propias. Según

²⁴ Londoño y Frenk (1997). Según estos autores el sistema argentino estaba fragmentado tanto en la separación entre financiación y provisión de servicios, como en la segmentación de la población (según ingresos o ocupación) en el acceso a los distintos subsectores del sistema de salud.

²⁵ Actualmente el empleado paga el 3% de su salario bruto a la Obra Social y el 3% al PAMI (cfr. más abajo en esta sección) y por el empleador 6% a la Obra Social y el 0.5% al PAMI) (Panigó et al. 2010).

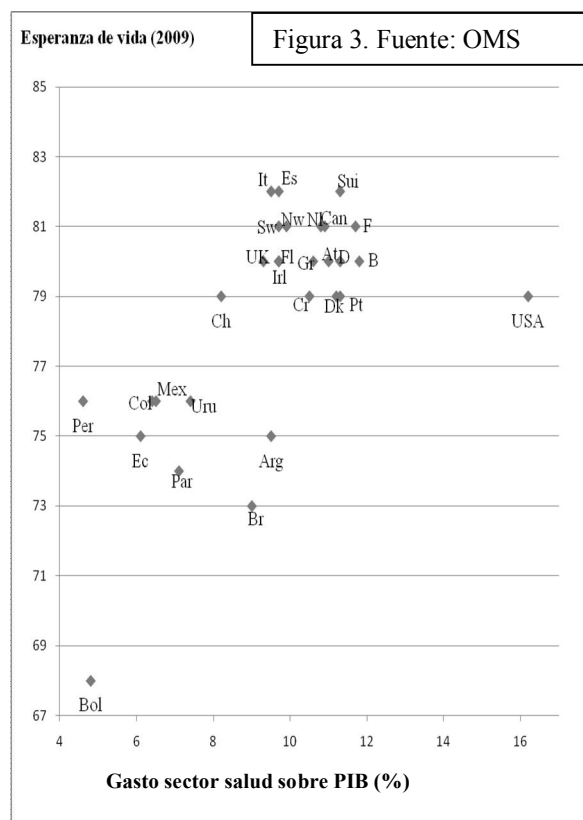
algunos el crecimiento del sector privado hasta alcanzar una posición predominante, deriva precisamente del impulso que le dio la demanda de parte de las Obras Sociales²⁶. Entre los establecimientos con internación (incluidos los hospitales) el sector público mantiene un 38% del total, mientras que respecto a los establecimientos sin internación su peso baja al 4% del total (Catterberg y Mercado, 2010).

El peso del sector privado es igualmente significativo en la financiación del sector salud a ambos extremos de la distribución. Las clases altas y medio-altas pueden adquirir seguros privados para garantizarse un nivel de prestaciones superior al garantizado por las Obras Sociales, a las que pueden estar afiliados en muchos casos (obteniendo así una doble cobertura). Por otra parte, las clases bajas desconectadas del sector del empleo formal deben refugiarse exclusivamente en la sanidad gratuita ofrecida por el sistema de hospitales públicos y han de enfrentarse con su propio bolsillo a los gastos directos (por ejemplo en medicamentos).

Junto a esta segmentación por clases de ingresos y estatus laboral, se da una segmentación de tipo geográfico. Naturalmente tanto los recursos que financian el sector como la oferta de servicios sanitarios está concentrada en las áreas más ricas. Por un lado el sistema de hospitales públicos fue descentralizado definitivamente a principios de los 90, por el otro las Obras Sociales siempre tuvieron una base local, pero el mayor número de ellas se concentra en las áreas con mayor actividad económica. Como resultado la distribución de los centros médicos era geográficamente desigual: el número medio de camas de hospital por cada 10000 habitantes era de 72,46 en la ciudad de Buenos Aires contra un mínimo de 23,36 en Tierra del Fuego, frente a una media del país de 38.91 (Catterberg y Mercado 2010, p. 65).

²⁶ Veronelli y Correch, (2004).

Desde el punto de vista del coste total del sistema, el sector salud argentino consume una cantidad de recursos comparable con los países más desarrollados. Según un informe del PNUD Argentina de 2010 el gasto total es de alrededor de un 10% del PIB (respecto a un 11,2% para los países de ingresos elevados y de un 6,4% para los países de ingresos medio-altos)²⁷. Sin



embargo, los resultados que obtiene en términos de salud son relativamente bajos (Figura 3): a un gasto de país rico, corresponde una esperanza de vida inferior a la de estos países.

El análisis del gasto por sectores confirma la fragmentación del sistema. El gasto gestionado por instituciones del sector público, guiado por principios universalistas, es sólo del 2,19%. La seguridad social aporta a las Obras Sociales el 3.08% del PIB, constituyendo el componente contributivo del sistema. El gasto privado

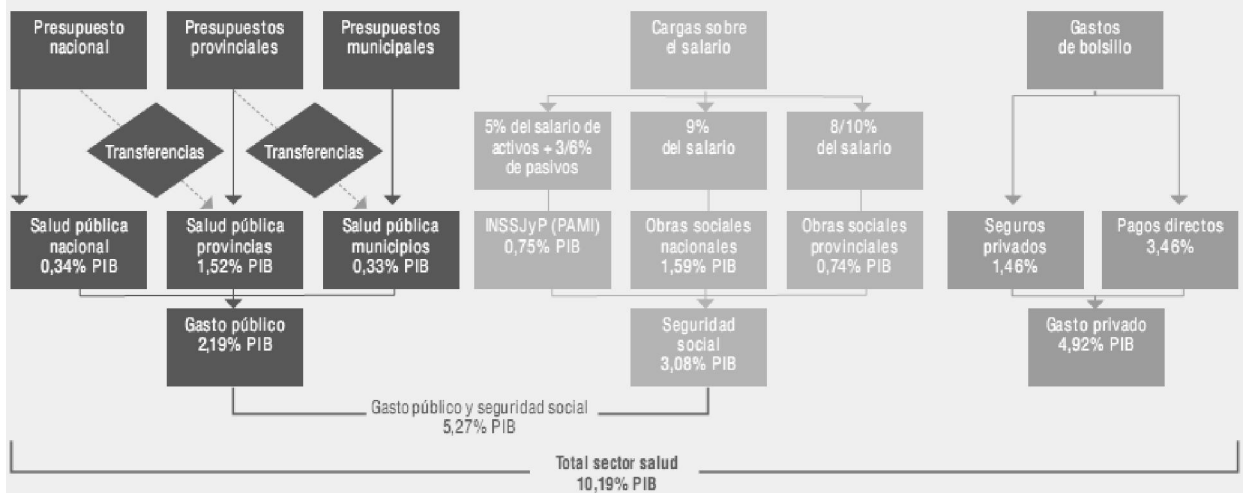
gestionado por aseguradoras privadas constituye el 1,46% del PIB, mientras un 3,46% del PIB corresponde a gastos de bolsillo de los hogares (en medicamentos, pago directo de cuidados médicos, etc.). El gasto a cargo de familias e individuos es de hecho la partida más considerable. Tanto el sector público como el de la seguridad social están ulteriormente fragmentados entre nivel nacional y subnacional. Estos datos y su representación gráfica (figura 4) muestran la extrema fragmentación del sistema (Catterberg y Mercado, 2010, esquema 3.1, p. 63).

²⁷ Catterberg y Mercado (2010), p. 60.

Gasto y financiamiento del sector salud en Argentina

En porcentaje del PIB, 2008

Figura 4. Fuente: Catterberg y Mercado (2010: 63)



Los datos censales muestran que la cobertura de los seguros de salud (tanto de tipo contributivo como de tipo privado) decreció a lo largo de los 90. En 2001, un 48% de la población estaba sin cobertura, mientras que en 1991 la población no asegurada era del 37% (Fuente: INDEC). En consecuencia, se incrementó la demanda de cuidados sanitarios en los hospitales públicos, los únicos que ofrecían prestaciones gratuitas y de forma universal. Frente a una demanda creciente, el sector público manejó una cantidad de recursos prácticamente sin cambios²⁸. Por otra parte el gasto sanitario en el sector público estaba muy descentralizado, ya que en 2008 el gobierno central gestionaba sólo el 15% del gasto total, mientras dos tercios del total fueron erogados por los gobiernos provinciales (el resto quedó en manos de las municipalidades)²⁹.

Todavía no se pueden consultar los datos relativos al Censo de 2010, pero el informe de una consultora privada estimaba que en 2009 la segmentación del sistema continuaba siendo evidente: un 43% de los argentinos podía acudir exclusivamente a los hospitales públicos (una mejora respecto a 2001, pero todavía lejos de los datos de 1991), que como se ha visto reciben

²⁸ El número de camas en el sistema público fue de 21,7 por 10.000 habitantes en 1996 y de 20,4 en 2004 (Fuente: INDEC). El gasto per cápita en el sistema público creció ligeramente de 279 US\$ en 1991 hasta 327 US\$ en 2001 (Isuani 2010). El autor sugiere que este aumento podría estar sobrestimado, debido a que los precios en los insumos médicos crecieron más rápidamente que el nivel de precios en el conjunto de la economía, que es utilizado para deflactar los datos de gasto.

²⁹ Catterberg y Mercado (2010), p. 63.

sólo el 28% del gasto sanitario total. Un 46,2% están cubiertos por una Obra Social (o el PAMI), mientras un 11,5% habían contratado un seguro privado³⁰.

El principal factor que explica esta evolución en la cobertura de los planes de salud es el cambio en el mercado laboral³¹. La figura 1 ya mostraba el crecimiento del desempleo y la subocupación (es decir el porcentaje de la población activa que no trabaja a tiempo completo), durante los años 90, alcanzando un pico durante la crisis de 2001-2, cuando la suma de los dos indicadores superó el 40% de la población activa. Ésta había crecido de un 39% en 1990 a un 42% en 2001; sin embargo la tasa de empleo nunca superó el 37% hasta 2003, con mínimos de 34% durante la crisis del Tequila (mayo 1996) y del 32% durante 2001-2. La recuperación económica a partir de 2003 se ha traducido en una mejora sustancial del mercado laboral: la población activa ha alcanzado tasas superiores al 46% al final de la década, la tasa de empleo ha subido al 42% y el desempleo y la subocupación están por debajo del 10%. Se trata de tendencias bien distintas a las registradas en los primeros años 90 cuando al boom del consumo y la entrada de capitales, fruto de la estabilidad macroeconómica, no se acompañó un crecimiento del empleo, sino todo lo contrario.

A la hora de estudiar la cobertura del sector salud cubierto por la seguridad social, no es suficiente analizar el porcentaje de la población ocupada. Es necesario examinar la situación de las personas con empleos informales o precarios³² que perdieron su afiliación a las Obras Sociales. La desregularización de-facto del mercado laboral, generada por la caída de la oferta de empleo que se mencionó con anterioridad, y la flexibilización aportada por algunas reformas legislativas³³, provocaron un aumento de la precariedad laboral.

³⁰ Alrededor de un 16.5% de la población (6 millones de personas) tienen doble cobertura (planes privados y contributivos). Fuente Keymarket. Clarín 23 de mayo de 2010, "La salud en el país: cuánto se gasta y quién la paga".

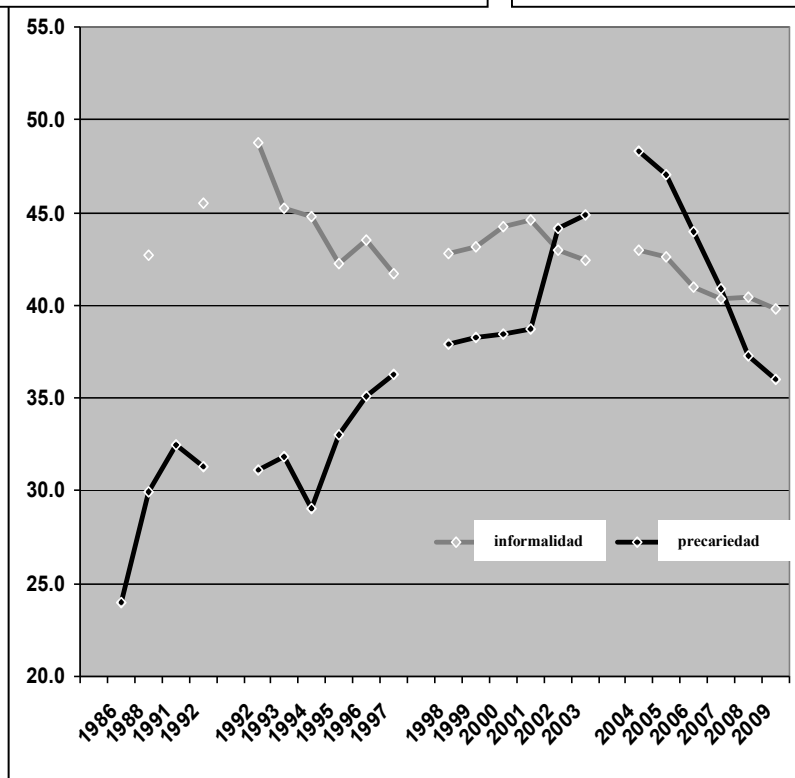
³¹ La fuente de los datos para el mercado laboral en este párrafo es de INDEC.

³² Debe distinguirse entre precariedad e informalidad. La segunda es una categoría productiva, refiriéndose a aquellos trabajadores que trabajan en pequeñas empresas (menos de 5 empleados), autónomos no calificados o trabajadores sin ingresos (en empresas familiares). La primera categoría se refiere en cambio a aquellos trabajadores cuyo empleo no está legalmente registrado, por lo que no cotizan a la seguridad social.

³³ Para más detalles, cfr. González, (2003).

Empleo informal y precariedad de los asalariados (%)

Figura 5. SEDLAC



La figura 5 muestra como la principal característica del periodo anterior a la crisis de 2001-2 no fue el aumento de la informalidad (como en la mayoría de los países de la región), ya que ésta se mantuvo en niveles relativamente elevados pero estables (indicando quizás que el peso del sector de baja productividad se había mantenido inalterado). En cambio, puede

verse como el porcentaje de población asalariada afectada por la precariedad laboral se dobló en el mismo periodo³⁴. A partir de 2003 ha habido una mejora lenta pero constante, aunque los niveles siguen siendo comparables con los registrados en vísperas de la crisis económica.

No sólo la precariedad implica una exclusión del sistema de seguridad social. Es también un indicador de salarios comparativamente más bajos y que crecen menos a lo largo de todo el periodo, incluso después de 2003. Además, la precariedad laboral afectó a los quintiles más bajos (Lindenboim 2003). En este sentido, la precariedad laboral afectó la capacidad de hacer frente a los gastos sanitarios de bolsillo, a la vez que excluía estas personas de formas de aseguramiento colectivo o individual. En términos de categorías, la precariedad afligió especialmente las mujeres, los jóvenes (entre 15 y 24 años) y los trabajadores menos calificados (Fuente: database SEDLAC – Banco Mundial).

Una de las consecuencias de la situación de segmentación y fragmentación del sector salud es que el nivel de los servicios de salud dependen fuertemente del nivel de ingresos (es

³⁴ El crecimiento total de los asalariados fue del 16,5% entre 1991 y 2000. De éstos nuevos empleos, un 80% fue precario (Lindenboim 2003).

decir, están muy comodificados), a menos que el hogar sea elegible para alguna forma de aseguramiento colectivo, pero esto está garantizado solo para aquellas personas que gozan de la cobertura de la seguridad social. La posición en el mercado laboral es para los trabajadores activos el factor determinante de su elegibilidad para un plan de salud. Respecto a las personas mayores, su régimen previsional es igualmente determinante para su afiliación al PAMI, la Obra Social de los pensionistas.

Por esta razón una de las consecuencias de la precariedad laboral es la exclusión del acceso a un nivel adecuado de cuidados de salud, vía la exclusión de la seguridad social, tanto para las personas activas como para las retiradas (por insuficiencia de contribuciones). La cobertura de los planes de salud está diferenciada precisamente según el grado de precariedad laboral en cada categoría: así los más afectados son las mujeres, los jóvenes, los mayores; mientras los menos afectados son los trabajadores hombres y más calificados³⁵.

La evolución negativa en la cobertura de los planes de salud ocurrió en un periodo en el que no fueron implementadas reformas estructurales que cambiaran la configuración segmentada de la financiación y la provisión de servicios. En los primeros años 90 se completó la descentralización de los hospitales públicos que pasaron a ser gestionados por las provincias. En 1994, el sector de las Obras Sociales fue parcialmente desregularizado, permitiendo que los trabajadores pudieran escoger entre diferentes entidades. Su aporte sería reasignado a la Obra Social de elección, sin importar el ingreso promedio de la Obra Social de origen (como en el modelo anterior), ni del sistema en su conjunto (lo que habría conducido a un sistema más solidario). Las Obras Sociales que contaban con una dispersión importante de salarios, empezaron a perder los beneficiarios de mayor aporte, que fueron hacia las obras sociales más ricas, mientras mantenían los pasivos preexistentes, lo que les produjo problemas financieros. La crisis económica no hizo sino empeorar esta situación. La solidaridad intra-ocupacional se vio reducida también por la posibilidad que se brindaba a las Obras Sociales de ofrecer planes

³⁵ Fuente: SEDLAC – CEDLAS y Banco Mundial.

suplementarios optativos a cambio de aportes extras. Las cuotas opcionales representaron una parte creciente de la financiación de las Obras Sociales, pero aumentó la desigualdad en las prestaciones que recibían los afiliados a una misma entidad (Cetrángolo y Devoto 2002).

Por último, en un tentativo de rearticulación del sistema, en 1996 fue establecido un nivel mínimo de asistencia sanitaria que debían proveer tanto las entidades de la seguridad social como las privadas, el llamado PMO (Programa Médico Obligatorio), que incluía una lista de bienes y servicios a proveer para la prevención y tratamiento de un conjunto de dolencias. Durante la crisis de 2002 fue ampliado y modificado para hacer frente a la emergencia sanitaria que golpeó el país, cuando un gran número de trabajadores y sus familias perdieron su cobertura médica (Catterberg y Mercado 2010).

Las personas que ya estaban excluidas previamente del sistema tuvieron que soportar la caída generalizada de los salarios y la pérdida de empleo, tanto en el sector formal como en el sector informal. Se dieron casos de desnutrición en las áreas más deprimidas del país. De hecho, tanto la mortalidad infantil como la materna tuvieron un repunte en esas fechas, por primera vez en décadas de declino (datos OMS – Organización Mundial de la Salud).

Para reaccionar frente a la emergencia, se implementaron una serie de políticas dirigidas, en particular, a paliar la dificultad de acceso a los medicamentos. Se promovió el uso de genéricos y el programa REMEDIAR proveyó medicinas gratuitas a los hogares pobres. Estas medidas lograron mejorar el acceso de las capas más pobres de la población a estos productos farmacéuticos. El programa REMEDIAR llegó a alcanzar hasta 15 millones de personas, 94% de los cuales tenían ingresos por debajo de la línea de pobreza³⁶.

A partir de 2003, un paquete de medidas amplió la cobertura del sistema previsional, y por consecuencia incrementó la cobertura del PAMI, por un lado, y la capacidad adquisitiva de las personas mayores, por el otro³⁷. En primer lugar, a mayo de 2010 alrededor de 2.300.000

³⁶ Remediación. 2006. "El programa Remediación. Gestión y resultados de un modelo innovador en APS". Ministerio de Salud, Buenos Aires.

³⁷ Los datos de este párrafo derivan de la Gerencia de Estudios de la Seguridad Social, (2010).

millones de personas, en edad de jubilación pero que no habían acumulado el número suficiente de años de contribución, se acogieron a la llamada Moratoria previsional, un proceso facilitado de incorporación al sistema de pensiones para autónomos y trabajadores precarios (en un 80% mujeres), vigente desde 2005. Otra medida fue la prejubilación de los desempleados con número suficiente de años cotizados. En segundo lugar, en 2008 se procedió a la nacionalización del sistema de pensiones: de esta forma se unificaron los dos sistemas preexistentes (privado de capitalización y público de reparto) en uno sólo público, que pasó a recibir todos los aportes³⁸. En tercer lugar, las pensiones mínimas fueron periódicamente incrementadas, fueron otorgados aumentos de suma fija y algunos subsidios específicos para afiliados del PAMI. También los haberes medios se incrementaron en valor y su cuantía se ató al salario mínimo (con la ley de movilidad previsional), con el objetivo de que el poder adquisitivo real de los beneficiarios fuera protegido en el tiempo³⁹.

En el mismo periodo, la recuperación económica ha favorecido la reactivación del mercado laboral. La devaluación ha permitido una parcial reindustrialización de la economía, por lo menos en los primeros años, y un crecimiento del sector formal. El boom de los commodities, cuyas rentas han sido en parte capturadas por el Gobierno central a través de las retenciones a las exportaciones, ha permitido mantener el equilibrio de las cuentas con el exterior y ha dotado al Estado de fondos abundantes para perseguir sus políticas de subsidios y aumento del gasto social⁴⁰.

La combinación de ambos factores ha favorecido una mejora de todos los indicadores socio-económicos. Los datos relativos al mercado laboral han sido presentados en las figuras 1 y 5. Uno de los pilares de la administración Kirchner ha sido precisamente la promoción de la demanda interna a través del aumento del nivel de empleo. Al mismo tiempo se ha sostenido una

³⁸ Debe decirse que alrededor de la mitad de los recursos del sistema no proviene de los aportes sino de la fiscalidad general (donde es notorio el peso de los impuestos indirectos). En este sentido, la ampliación de la cobertura a favor de los no aportantes ha ido en la dirección de una mayor progresividad del sistema.

³⁹ La discrepancia entre inflación oficial y efectiva en estos últimos años pone en duda este resultado.

⁴⁰ No ha habido un cambio significativo en la estructura económica del país, como demuestra la composición de las exportaciones. El sector primario-exportador sigue teniendo un peso preponderante (cfr. CEPAL, 2010). El problema de la inflación representa un síntoma de las contradicciones del actual proceso de crecimiento.

recuperación del poder sindical y del papel de la negociación colectiva. El gobierno ha intervenido directamente en el mercado laboral incrementando el salario mínimo periódicamente. El efecto de esta medida se ha propagado también al sector informal de la economía. La reducción del desempleo ha favorecido asimismo la recuperación de los salarios reales⁴¹.

En el área de la política social, las transferencias condicionadas han puesto especial énfasis en promover los controles sanitarios (y la educación) de los niños de los beneficiarios. En primer momento hubo el programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (JJHD) en el tiempo más duro de la crisis, pero los posteriores programas ha mantenido el mismo sistema de incentivos: el más significativo, la Asignación Universal por Hijo, cuyo propósito es universalizar las asignaciones familiares, antes reservadas a los trabajadores del sector formal⁴². Otros planes sociales han sido directamente focalizados a mejorar las condiciones sanitarias de categorías específicas (por ejemplo, el plan Nacer, para las madres y sus niños).

En este periodo, entonces, las políticas sociales de carácter inclusivo sostuvieron proactivamente el proceso de inclusión que se originaba en el mercado laboral. Para evaluar la relevancia relativa de los dos elementos es necesario profundizar el análisis cuantitativo. No obstante, los datos preliminares parecen confirmar que el crecimiento del sector formal se traslada directamente a una ampliación de la cobertura de la seguridad social y de su financiación, permitiendo que un mayor número de beneficiarios pueda tener acceso a mejores servicios de salud.

5. Conclusiones.

Como sostiene Subirats (2004), la exclusión social no es un accidente de la naturaleza. Al contrario, es una circunstancia social que debe ser debidamente politizada, en el sentido de que se ha de someter al escrutinio de las instituciones políticas y de la sociedad civil. Del

⁴¹ Piqué y Arakaki (2009). Sobre la nueva legislación laboral, cfr Panigo et al. (2010).

⁴² Gasparini y Cruces (2010).

análisis del caso argentino pueden recabarse algunas sugerencias de carácter político. La historia de este país demuestra que los cambios radicales en el tejido socio-económico, especialmente en el mercado laboral, tienden a reflejarse, multiplicados, en la naturaleza de las políticas sociales del Estado y en el peso relativo de los otros componentes del bienestar, como el mercado o los hogares. Esta transformación constituye una de las consecuencias inesperadas de las reformas estructurales, que por profundidad superaron en alcance las reformas, más moderadas, que afectaron directamente a las instituciones del Estado de bienestar. El caso del sector salud en Argentina es claro: el aumento de la precariedad laboral provocó una contracción de la seguridad social en la financiación de los servicios sanitarios, no compensada por un incremento de la capacidad del Estado para proveer un servicio universal. Esta reducción del papel de las entidades aseguradoras colectivas y la levedad de lo público no fue neutral en términos de equidad. La segmentación en el acceso a los servicios de interés público (en este caso sanitarios) constituye una merma de los derechos sociales de los grupos más débiles de la sociedad. Se trata de aquellos que con dificultad pueden costear la adquisición de servicios en el mercado. En los momentos de crisis esta condición alcanza los “nuevos pobres” y las capas de la clase media que por razones contingentes o más estructurales entran en una espiral progresiva de precariedad. No obstante, con la recuperación son estos grupos los que pueden reintegrarse rápidamente en el sector formal. Las reformas estructurales, no graduales, tienen un efecto disruptivo similar, ya que provocan violentos cambios en la estructura productiva del país, con impacto directo sobre los mercados laborales y la capacidad de la población de acceder a los servicios sociales. Estos fenómenos generan procesos de exclusión social.

Desde una perspectiva más positiva, los últimos años han mostrado que la acción política (aún contradictoria o incoherente en algunos casos) puede tener un efecto complementario en los ciclos económicos positivos. Así algunas reformas han potenciado los efectos positivos de la recuperación del mercado laboral. Otras políticas más específicas han apuntado a incluir las categorías menos aventajadas (o no activas) en el Estado de bienestar. Obviamente, para que

estos avances se consoliden, es necesario que esta fase de desarrollo del país potencie sus rasgos progresivos e incluyentes.

6. Bibliografía.

- Andrenacci, L. & Repetto, F. 2006. "Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana". Buenos Aires: Indes.
- Arts, W. & Gelissen, J. 2002. "Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report". *Journal of European Social Policy*, 12:137-158.
- Asamblea General de las Naciones Unidas 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. En línea: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- Bambra, C. 2005. "Worlds of welfare and the health care discrepancy". *Social Policy and Society*, 4:31-41.
- Barr, N.A. 2003. "The welfare state as piggy bank: information, risk, uncertainty, and the role of the state". Oxford: Oxford University Press.
- Barrientos, A. 2009. "Labour markets and the (hyphenated) welfare regime in Latin America". *Latin American Economy and Society*, 38: 87-108.
- Bartolini, S. 2010. "Manifesto per la felicità". Roma: Donzelli editore.
- CEPAL 2010. "Panorama de la inserción internacional de América Latina y el Caribe 2009-2010: Crisis originada en el Centro y recuperación impulsada por las economías emergentes". Santiago de Chile.
- Catterberg, G. & Mercado, R. 2010. "Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010 Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos". Buenos Aires: PNUD.
- Cetrángolo, O. & Devoto, F. 2002. "Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actua" en *Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health*. Toronto.
- Clayton, R. & Pontusson, J. 1998. "Welfare-state retrenchment revisited: entitlement cuts, public sector restructuring, and inegalitarian trends in advanced capitalist societies". *World Politics*, 51: 67-98.
- Cornia, G.A. 2010. "Income distribution under Latin America's new left regimes". *Journal of Human Development and Capabilities*, 11: 85-114.
- Danani, C. 2005. "Las políticas sociales de los '90: los resultados de la combinación de individualización y comunitarización de la protección" en *Coloquio Internacional: "Trabajo, conflictos sociales e integración monetaria: América Latina en una perspectiva comparada"*. Buenos Aires: Instituto de Ciencias (UNGS)/Institut de Reserche por le Développement/ANPCyT-FONCyT.
- Durán, M.Á. 2010. "Tiempo de vida y tiempo de trabajo". Madrid: Fundación BBVA.
- Esping-Andersen, G. 1990. "The three worlds of welfare capitalism". New York: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. 2002. "Why we need a new welfare state ". Oxford: Oxford University Press.
- Falleti, T.G. 2005. "A sequential theory of decentralization: latin american cases in comparative perspective". *American Political Science Review*, 99: 327-346.
- Ferrera, M. 1996. "The "southern model" of welfare in social Europe". *Journal of European Social Policy*, 6: 17-37.
- Filgueira, F. 1998. "Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina — Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada" en *LASA*. Chicago.
- Garriga, M. & Rosales, W. 2008. "Efectos asignativos, distributivos y fiscales de las retenciones a las exportaciones". La Plata: Un. Nac. de la Plata.

- Gasparini, L. & Cruces, G. 2010. "Las asignaciones universales por hijo: impacto, discusión y alternativas". Buenos Aires: CEDLAS Un. Nac. La Plata
- Gerencia de Estudios de la Seguridad Social 2010. "Análisis de la cobertura previsional del SIPA: protección, inclusión e igualdad". Buenos Aires: ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social).
- González, M.L. 2003. "Transformaciones de hecho y de derecho en las relaciones laborales en los 90". En J. Lindenboim et al. eds., *Entre el trabajo y la política - Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Gough, I. & Wood, G. 2004. "Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and Latin America". New York: Cambridge University Press.
- Halperin Weisburd, L. (director) 2007. "Políticas Sociales en la Argentina. Entre la ciudadanía plena y el asistencialismo focalizado en la contención del pauperismo". Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Isuani, E.A. 2010. "The Argentine welfare state: enduring and resisting change". *International Journal of Social Welfare*, 19: 104-114.
- Kasza, G.J. 2003. "The illusion of welfare "regimes"". *Journal of Social Policy*, 31: 271-287.
- Katz, J. & Muñoz, A. 1988. "Organización del sector salud. Pujá distributiva y equidad". Buenos Aires: Cepal Argentina.
- Korpi, W. 2003. "Welfare-state regress in Western Europe: politics, institutions, globalization, and europeanization". *Annual Review of Sociology*, 29: 589-609.
- Korpi, W. & Palme, J. 1998. "The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare State institutions, inequality, and poverty in the western countries". *American Sociological Review*, 63: 661-687.
- Lewis, J. 1992. "Gender and the development of welfare regimes". *Journal of European Social Policy*, 2: 159-173.
- Lindenboim, J. 2003. "El mercado de trabajo en la Argentina en la transición secular: cada vez menos y peores empleos". En J. Lindenboim et al. eds., *Entre el trabajo y la política - Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Lindenboim, J. 2011. "Las estadísticas oficiales en Argentina ¿Herramientas u obstáculos para las ciencias sociales?". *Trabajo y Sociedad*, 16: 19-38.
- Londoño, J.L. & Frenk, J. 1997. "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America". *Health Policy*, 41: 1-36.
- Marshall, T.H. 2006. "Citizenship and social class". En C. Pierson et al. eds., *The Welfare State Reader*. Bristol: Polity Press, pp. 30-39.
- Martínez Franzoni, J. 2008. "Welfare regimes in Latin America: capturing constellations of markets, families, and policies". *Latin American Politics and Society*, 50: 67-100.
- Mesa-Lago, C. 1983. "Social security and extreme poverty in latin america". *Journal of Development Economics*, 12: 83-110.
- Moran, M. 2000. "Understanding the welfare state: the case of health care". *British Journal of Politics and International Relations*, 2: 135-160.
- Panigo, D.T., Chena, P.I. & Makari, P.A. 2010. "Las transformaciones en la normativa socio-laboral del nuevo modelo de desarrollo argentino". *Revista Atlántida: revista canaria de ciencias sociales*, 2: 49-72.
- Pierson, P. 1996. "The new politics of the welfare state". *World Politics*, 48: 143-179.
- Piqué, P. & Arakaki, A. 2009. "El mercado de trabajo latinoamericano. Un análisis comparado entre Brasil y Argentina (1995-2007)". En *9º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Buenos Aires.

- Polanyi, K. 2006. "La Gran Transformación: los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo". México D.F.: FCE.
- Sen, A. 1995. "Inequality Reexamined". Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. 1997. "On Economic Inequality". Oxford: Clarendon Press.
- Subirats, J. & al., et 2004. "Pobreza y exclusión social: un análisis de la realidad española y europea". Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Veit-Wilson, J. 2000. "States of welfare: a conceptual challenge". *Social Policy & Administration*, 34: 1-25.
- Veronelli, J.C. & Correch, M.V. 2004. "Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina - Vol. II". Buenos Aires: Pan American Health Organization.
- Verspohl, I. 2010. "Health care reforms in Europe". En *8th ESPAnet conference 2010*. Budapest.
- Wendt, C., Frisina, L. & Rothgang, H. 2009. "Healthcare system types: a conceptual framework for comparison". *Social Policy & Administration*, 43: 70-90.