

La protección social y los derechos ciudadanos en América latina: una revisión narrativa

Social protection and the citizen rights in Latin America: a narrative revision

Álvaro Franco G.¹; Luz M. Mejía O.²

¹ Médico, doctor en salud pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo Electrónico: afranco@guajiros.udea.edu.co

² Administradora de empresas, magister en salud pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo Electrónico: luzmmejia@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 24 de octubre de 2007. Aprobado: 22 de octubre de 2008

Franco A, Mejía LM. La protección social y los derechos ciudadanos en América latina: una revisión narrativa. Rev Fac Nac Salud Pública 2008; 26(2): 223-230

Resumen

La protección social incluye todas aquellas variables de orden económico, político y social que garantizan la salvaguardia en la adversidad que pudiera causar detrimento del derecho a la salud, al empleo, al bienestar y a la calidad de vida. **Objetivo:** develar los nexos de los sistemas de protección social en América latina con el ejercicio de los derechos sociales. **Método:** se parte de la revisión documental y se comparan los diferentes modelos de protección social aplicados en América latina con las tipologías de derechos ciudadanos defendidas en las últimas décadas. Se consideran varios enfoques de protección social: asistencia social, seguro social y seguridad social y, adicionalmente, las Redes Mínimas de Protección Social (RMPS), en los años 80, y el más reciente Manejo Social del Riesgo del Banco Mundial.

Se retoma la clasificación de los derechos humanos: derechos civiles, derechos políticos y derechos sociales. **Discusión:** se enfatiza en las dificultades en América latina que condicionan el modelo de protección social, dadas las diferencias de clase social, la fragmentación de la política social y las condiciones de inequidad imperantes que niegan la posibilidad de hacer efectivos los derechos ciudadanos. En conclusión, solo es factible el pleno ejercicio de los derechos sociales mediante el desarrollo de modelos de protección social que cubran toda la población y todos los riesgos inherentes, no solo al trabajo, sino al desarrollo humano integral.

-----**Palabras clave:** protección social, América latina, derechos ciudadanos, salud

Abstract

Social protection includes all the economic, political and social variables that guarantee protection amidst the adversity that can damage the rights to health, employment, well-being, and quality of life. **Objective:** to unveil the link between the systems of social protection in Latin America and the fulfillment of social rights. **Method:** from the start point of documentary revision, a comparison among the different models of social protection applied in Latin America and the diverse types of citizen rights in the last decades is carried out. Several approaches of social protection are considered: social attendance, social security and social insurance; and additionally, the Minimum Networks of Social Protection (MNSP) of the 80's, and the recent social protection as social risk mana-

gement of the World Bank. The classification of the human rights are again took up: civil, political and social rights. **Discussion:** difficulties in Latin America that condition the model of social protection according to differences among social levels, the fragmentation of the social policy and the prevailing conditions of inequity that deny the possibilities of citizen rights to be effective are pointed out. In conclusion, the total fulfillment of social rights is feasible through the development of models of social protection capable of covering all the population and all the implied risks, not only in the work by itself but in the integral human development.

-----**Key words:** social protection, Latin America, citizen rights, health

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) propusieron la estrategia de la Extensión de la Protección Social para las Américas (EPSS) como una “poderosa herramienta destinada a combatir la exclusión en salud”,^{1*} la cual aunque se supone ha ocupado espacios en las agendas de los gobiernos y de los organismos internacionales, no ha logrado su carácter prioritario en la política social, y por el contrario, se expresa cada vez en más graves consecuencias sobre el estado de salud de la población y el desarrollo humano.² No obstante, estas expresiones relevantes sobre inequidad e injusticia social no han logrado la importancia que ameritan en la formulación de políticas públicas, y mientras esta situación permanezca, no será posible el éxito de ninguna política de protección social.

En las últimas décadas se han desarrollado varias propuestas y modelos teóricos con el fin de impulsar la protección social en América latina, entre las cuales se destaca El Manejo Social del Riesgo, iniciativa del Banco Mundial encaminada a la prevención, mitigación y superación del riesgo en grupos poblaciones vulnerables.³ Sin embargo, la realidad deja ver el mundo dominado por un nuevo modelo de sociedad de mercado, basado en la libertad y en la desigualdad: las desigualdades y los problemas sanitarios aumentaron al final del siglo pasado.

En estricto rigor, la protección social debe incluir todas aquellas variables de orden económico, político y social aplicadas con criterios de equidad y justicia social, que garanticen la salvaguardia ante aquellos eventos adversos que pudieran causar detrimento a la salud, el empleo, el bienestar y la calidad de vida de las personas, sin importar su condición socioeconómica, de género o de raza.

Asimismo, en los últimos años se ha considerado por parte de los diversos analistas que el principal indicador de desempeño de la política social es el gasto social, independientemente del modelo de desarrollo imperante y de las propuestas de política social derivadas de las reformas del Estado y de la protección social.⁴ Son varios los estudios que apuntan en esta dirección, que exteriorizan las limitaciones del Estado y las debilidades de sus sistemas de protección social y salud. Parte de la investigación social y de salud realizada en los últimos años en América latina se ha dedicado a los determinantes socioeconómicos y sus efectos sobre la salud.^{2, 5-7}

En este contexto, se plantea el presente artículo con el propósito de develar los nexos de los sistemas de protección social en América latina con el ejercicio de los derechos ciudadanos en esta región. El método seguido es el de la revisión narrativa, partiendo de la comparación entre los diferentes modelos de protección social aplicados en América latina en las últimas décadas y su asociación con diversas tipologías de derechos humanos. Se incluyen en el análisis el desempeño de la política social, las políticas públicas en salud apoyadas en la protección social (estrategia para la reducción de la exclusión social) y los derechos ciudadanos (construcción de ciudadanía, participación política, empoderamiento).

La protección social

La necesidad de una protección social basada en la solidaridad de todos los ciudadanos se impuso sobre todo a través de las pruebas que constituyeron las dos guerras mundiales. Muy pronto se hizo evidente, además, que el propio concepto de la seguridad social y su aplicación práctica no podía perfeccionarse y desarrollarse sino gracias a una amplia cooperación nacional e internacional. De ahí que la protección social convendría entenderse de manera amplia e integrada por el alcance de su enunciado y no limitarla solo al enfoque de riesgo y al concepto de seguro social, como actualmente ocurre debido al rezago económico de nuestros países, que los ha llevado a cubrir solo unos pocos riesgos sociales que afectan a los más vulnerables.

Es indudable que la protección social se renovó en el marco de la seguridad social después del replanteamiento de los conceptos clásicos de los seguros sociales que prevalecían como la principal forma de protección social, cambio que obedece a las ideas de William Beveridge a finales de 1942 y habida cuenta de las concepciones que surgieron como consecuencia de una nueva estructuración del mundo, posterior a la segunda guerra mundial. Así, la seguridad social surge con una nueva forma de instrumentación de la protección social, inspirada en principios universales de solidaridad, equidad y justicia social, que rescata el papel de la sociedad como un todo responsable de dicha protección y que la erige en derecho fundamental. En este ámbito, aparecieron múltiples manifestaciones de reforzamiento, de declaración y de vertebración política, entre las cuales se destacan las intervenciones de organizaciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), entre muchas otras.⁺

* La exclusión social en salud se entiende como la negación a ciertos grupos poblacionales del acceso a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan su estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan.

+ Algunos antecedentes pueden ampliarse en: <http://www.oiss-cr.org/historia.php>

Enfoques de protección social

La protección social se ha implementado en nuestro medio bajo esquemas asistenciales, de seguros o de seguridad social,⁸ lo cual ha dependido del desarrollo económico y social de los países. No obstante, esta dependencia no ha sido lineal, así en Latinoamérica se encuentran “algunos de los más antiguos, fuertes y complejos mecanismos de ingeniería política en el campo de la protección social [...] comparables a los sistemas europeos [...]”, según Fleury.⁹

Hoy se destaca entre las múltiples configuraciones de los sistemas de protección social, el mencionado modelo formulado por el Banco Mundial: el del manejo social del riesgo, que surge ante la incapacidad de los Estados para cubrir con seguridad social a toda la población,¹⁰ como sería lo deseable. Según sus autores,³ son “[...] medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas [...] intervenciones públicas para 1) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y 2) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza”. Si se analiza un poco más, es evidente que se basa en los mecanismos clásicos de la protección social: los tradicionales seguros, que solo han amparado parcialmente a la población trabajadora (seguridad social restringida)⁹ y, de otro lado, la más antigua asistencia social, que no ha alcanzado a cubrir a los más pobres, y que se orienta más a reparar que a prevenir los daños en la salud y el bienestar.

Pero, como ya se enfatizó aquí, varios han sido los enfoques de la protección social en su historia reciente, algunos de los cuales se han intentado aplicar en América latina durante más de medio siglo.⁸ Entre esas configuraciones, Fleury y Molina identifican tres modelos de protección social para la región:¹¹ asistencia social, seguro social y seguridad social. Adicionalmente, podría considerarse otra forma de amparo aplicada en América latina en diferentes épocas y que por sus características puede considerarse un enfoque específico o una estrategia de protección social: Las *redes mínimas de protección social* (RMPS), originadas en los años 80, además del *Manejo Social del Riesgo*, ya mencionado para los años 2000.

Estas propuestas, la del Banco Mundial y las RMPS reflejan un alto grado de coincidencia en sus aspectos centrales; también con el sistema de protección social colombiano¹² (puesto como ejemplo en varios contextos), el cual, en principio, solo incorpora paulatinamente a los postergados o más vulnerables, haciendo uso de la estrategia de focalización. Se trata, en los tres casos, de una nueva forma de asistencialismo, ni siquiera comparable con la asistencia pública o la asistencia social de modelos de Estados anteriores, de la época benefactora o del desarrollismo.¹³

Política social y la desprotección social en América latina hacia los años 80 y 90

Hasta hoy, en América latina se han limitado las posibilidades de una verdadera protección social, si se la mide por el nivel de calidad de vida alcanzado por todos sus integrantes, el cual daría razón del verdadero grado de civilización de una sociedad, según Marshal.¹⁴ Los propios organismos multilaterales admiten que las reformas económicas implementadas en la mayoría de países de esta región, en los años ochenta y noventa, se cumplieron sin el progreso esperado, y han incrementado la pobreza y la concentración de la riqueza al favorecer el aumento del desempleo y la economía informal y, por tanto, la inequidad y la exclusión social.²

Históricamente, varias han sido las formas de concebir el papel del Estado y la política social,⁸ pero estas se han hecho más confusas al final del siglo XX¹⁵ cuando irrumpen los planteamientos del neoliberalismo y la defensa del Estado mínimo.* Tales concepciones van desde la exigencia de una mayor intervención del Estado hasta el recorte absoluto; desde el planteamiento del Estado mínimo sustituido por el mercado, pasando por las críticas al Estado de bienestar —provenientes tanto de los apologistas del neoliberalismo como de los sectores de izquierda— hasta el Estado social.

En tal sentido, Cristina Laurell⁶ describe dos modelos para caracterizar la política social, de acuerdo con la capacidad del Estado para llevarlos a cabo: uno, propio del Estado liberal con su noción de política social asistencialista, basado en los servicios sociales como mercancías y acciones de asistencia social focalizadas; el segundo es el del Estado de bienestar que corresponde a una política de bienestar social basada en el reconocimiento de los derechos sociales, cuyo cumplimiento es obligación estatal y quehacer público. En el primero, el centro motor es el mercado que presiona el recorte del gasto social, la descentralización y la privatización; en el segundo, la acción estatal se concentra en el bienestar y la calidad de vida de toda la población valiéndose de estrategias como la redistribución equitativa de ingresos y la justicia social.

Sin embargo, el marco de la globalización, en América latina se ha impuesto el primer modelo de política social descrito por Laurell; de ahí que algunos autores defiendan el reequilibrio de las funciones del mercado y del Estado para atenuar las consecuencias negativas

* La noción de Estado y su relación con el bienestar y la seguridad no deja de ser compleja y cargada ideológicamente; para quienes defienden la responsabilidad estatal en este campo y para los defensores de los derechos sociales resulta difícil resolver el rol que debe cumplir el Estado; paradójicamente, los promotores de la reducción del Estado, al parecer, lo tienen más claro, negándole posibilidades de intervención en los aspectos más determinantes de la protección social.

de la mundialización.^{16, 17} Afirman que así como ha disminuido la autonomía del Estado Nación en cuestiones económicas, también debe exigírsele una mayor actividad en asuntos sociales, al tiempo que se insiste en la necesidad de replantear el cometido del Estado en el ámbito de la economía para contrarrestar los mercados asimétricos.¹⁸

Los derechos ciudadanos

La democracia, la participación comunitaria y el ejercicio de los derechos ciudadanos constituyen los núcleos sobre los cuales debe cimentarse el peso de la política. En este sentido, son prerequisites de las políticas públicas y de la política social, como se analiza a continuación.

Los derechos humanos, en la base de la protección social

Fleury y Molina¹¹ establecen una amplia correspondencia entre los modelos de protección social descritos (asistencia social, seguro social y seguridad social) y las respectivas concepciones de ciudadanía: ciudadanía invertida (ausencia de derechos), ciudadanía regulada (limitación parcial) y ciudadanía universal (plenitud de derechos).

Otros autores consideran posible presentar la ciudadanía desagregada en sus componentes civil, político y social:¹⁹ el primero, basado en los derechos de libertad individual, de persona, de expresión, de pensamiento, de religión, de contratación, de justicia; el segundo es el derecho individual de participación en el poder político, bien como autoridad o como elector; por último, el componente social, basado en el derecho a la seguridad y a un mínimo bienestar económico.

En términos políticos, la garantía de los derechos humanos constituye una de las principales vías para entender la democracia y las diferentes formas de protección social. Los derechos civiles se dieron en el marco de la ciudadanía primigenia, y surgen en el siglo XVIII; luego vinieron los derechos políticos, que se expandieron en el siglo XIX,²⁰ aunque la ciudadanía política universal solo se reconoce en 1918; luego los derechos sociales, que resurgen en el siglo XX, parecen constituir el clímax de la verdadera ciudadanía. No obstante, estos últimos no logran consolidarse en torno al desarrollo humano integral y equitativo de toda la sociedad, como debe ser.

Son innumerables las limitaciones de la anterior taxonomía, al tratar de aplicarla de manera secuencial y mecánica en la búsqueda de la democracia. Fleury,²¹ al respecto anota que “en tanto los derechos políticos se encuentran prácticamente universalizados, los derechos civiles todavía no están garantizados”, y los derechos sociales sufren retrocesos por cuenta del ajuste estructural, que es recesivo. Específicamente en América lati-

na, la situación es distinta a la de los países avanzados, al no tener plenamente desarrollados los derechos civiles. Siguiendo esta misma tesis, O'Donnell²² propone construir la democracia a partir de la conquista de los derechos civiles, como una de las vías para superar la desigualdad y no anticipar la conquista de los derechos sociales hasta no resolver lo primero. De manera similar podría entenderse la recomendación de medición de la democracia por la vía de los derechos civiles (libertades civiles) y por los derechos políticos, como lo ha hecho la organización Freedom House,²³ olvidando los derechos sociales.

En todo caso, la principal arista de la democracia (dimensión igualitaria de la ciudadanía),* se basa en la garantía de los derechos sociales, y tiene en la jerga política y entre los intelectuales mayor aceptación. Busca la redistribución de la riqueza y del poder mediante la irrupción de nuevos actores alrededor de las cuestiones sociales y la participación ciudadana. El logro de los derechos sociales, desde esta postura, es requisito para la gobernabilidad y para hacer efectivo el derecho a la salud.

No habría discusión en que la gobernabilidad democrática mejora mediante la participación ciudadana y el ejercicio de los derechos sociales,²⁴ pero, por sí solos, los derechos sociales, sin el total acatamiento de los civiles y políticos, tampoco la garantizan.

Ciudadanía y derecho a la salud en América latina

El pacto social para la defensa de los derechos sociales (DESC: derechos económicos, sociales y culturales) contempla entre ellos la seguridad social y la salud. La *seguridad social real* tiene una estrecha relación con la construcción de ciudadanía y la plena garantía de los derechos sociales.

Siguiendo a Almeida,²⁴ solo en la segunda mitad del siglo XIX surge la política de salud o la preocupación por ella, basada en el discurso y la concepción de la salud pública y en el rol que desea desempeñar el Estado. A mediados del siglo XX fue más fácil el reconocimiento del derecho a la salud para la construcción de los sistemas de salud, amparados en la valoración de la noción de igualdad de oportunidades y acceso a los servicios y en la aceptación del derecho de ciudadanía. El derecho de acceso a los servicios de salud era parte sustantiva del derecho de ciudadanía.

* Los derechos civiles y políticos corresponden al desarrollo del capitalismo, en tanto que los derechos sociales se derivan del socialismo o de la socialdemocracia. Los derechos sociales, no obstante son derechos humanos universales, y la idea es pasar de los derechos individuales a los derechos colectivos. Sin embargo, otorgar o no los derechos sociales siempre han quedado al arbitrio de los gobiernos, sin ninguna exigibilidad jurídica.

Sin embargo, al evaluar los sistemas de salud, Granados²⁵ argumenta que las reformas sanitarias inscritas en los conceptos microeconómicos neoliberales no han beneficiado la construcción de ciudadanía ni la profundización de la democracia ni la cohesión social ni la solidaridad y, por el contrario, han desintegrado la atención de la salud, favoreciendo la exclusión social y profundizado las inequidades en todas sus expresiones. También Granados²⁵ considera que la reforma de los sistemas de salud deberá verse dentro de la óptica social más amplia de la producción social de la salud, basada en redes sociales de apoyo, como complemento de las redes locales de salud, lo cual “[...] involucrará esfuerzos gubernamentales, no gubernamentales y privados de las organizaciones sociales, de las familias y de los individuos en un pacto social por la salud”.

La Cepal, por su parte, reitera la necesidad de un pacto, contrato social o acuerdo político en el cual todos los actores de la sociedad concurren con el Estado por una protección social basada en derechos, para lograr mayor y mejor acceso a la educación y la salud y efectivas estrategias de prevención de riesgos, así como la cohesión social, la equidad y el desarrollo integral.²⁶

Más allá de cómo se entiende hoy la política social, los derechos sociales inspirados en principios de igualdad y ciudadanía sirvieron para proponer políticas sociales encaminadas a compensar desigualdades, como parte del juego político, o en una especie de transacción interclases. Al respecto, Almeida,²⁴ citando a Santos,²⁷ anota que “el derecho a la salud se materializa en la atención que el individuo recibe cuando la necesita”, y hace énfasis en que el derecho a la salud es un derecho social, y que la política de salud es una política social; incluso, argumenta que la política de salud debe ser una “metapolítica” que reorienta a las demás políticas.

En resumen, la estructura de derechos de ciudadanía en América latina es muy frágil y parcial en Estados económicamente dependientes, con alta exclusión y marginalidad, basados en la pobre capacidad para implementar políticas públicas y en políticas sociales poco inclusivas, ineficientes e inefectivas. En las últimas décadas se han empeorado tanto la salud como el derecho a la salud en América latina y el Caribe,⁷ agravados por problemas económicos y de desarrollo y el incremento de las desigualdades y de las condiciones de vida, a todo lo cual se suma el cuestionamiento que se hace del derecho a la salud como un derecho social, por parte de cierto sector de opinión.^{28, 29}

Discusión

La discusión se centra en la necesidad de tener una mirada más integral de estas variables sociopolíticas y en la posibilidad de obtener una verdadera protección social,

para lo cual se dedica a desarrollar tres planteamientos: 1) la primera tesis señala que la protección social se otorga en la sociedad, dependiendo de la clase social a la cual se pertenece; las diferencias de clases, que son las que definen uno u otro modelo de protección social, llevan a la negación, o no, de los derechos sociales, políticos y civiles; 2) la segunda tesis argumenta que la fragmentación de la política social, por las concepciones sectoriales del Estado, hace ineficaz, insolidaria y carente de universalidad la protección social; 3) finalmente, la tercera tesis, sostiene que el sueño de la protección social y el logro de los derechos de ciudadanía solo se obtienen generando condiciones de equidad.

Protección social y derechos de ciudadanía: una cuestión de clases sociales

La hipótesis defendida hasta aquí sostenía que el sistema económico mundial ha sido determinante de las falencias en los sistemas de protección social. Habría que agregar que el modelo económico se interpone en el actual orden social, obstaculizando las pretensiones de una ciudadanía democrática e igualitaria y favoreciendo las desigualdades de las clases sociales. La explicación se basa en que “[...] en las sociedades contemporáneas, el conflicto de principios entre la igualdad de la ciudadanía democrática y la desigualdad de las clases sociales surge de las raíces mismas del actual orden social en su presente fase de desarrollo”.^{14, 19}

Siguiendo a Sarmiento,¹⁹ quien se basa en el debate entre Marshal y Bottomore,¹⁴ siempre ha existido alguna forma de conflicto entre ciudadanía y el sistema capitalista de clases, y entre el mercado y la satisfacción de necesidades mediante la política del bienestar. Este también es, desde nuestro punto de vista, el eje del actual debate en torno a la protección social como forma de garantizar los derechos de ciudadanía y los derechos sociales, en particular. Pero desde otra mirada, de acuerdo con Baltodano³⁰ y otros autores,^{31, 32} los derechos sociales (y los principios de ciudadanía) son posibles gracias a la confluencia del sistema capitalista y del ordenamiento político promovido desde el Estado, a lo cual contribuye la capacidad de regulación social del Estado. Estas son, en cierta forma, las bases de la política social en el capitalismo, la cual solo se da porque el Estado debe intervenir, dada la necesidad de mantener un orden social.

El resultado es paradójico: se reconoce que es en la modernidad cuando se reviste al sujeto de derechos, pero el capitalismo, con su sistema de clases sociales desiguales, destruye gran parte de los derechos sociales y antepone los intereses individuales y de mercado. Tampoco los regímenes socialistas, amparados en la garantía de los derechos sociales, han logrado constituir

una verdadera ciudadanía, al perderse la posibilidad de derechos civiles y políticos en muchos casos. Volviendo a América latina, esta región no se ha caracterizado propiamente por el reconocimiento de los derechos de ciudadanía y de salud, como acontece en Europa o en Canadá, países en los cuales los beneficios de salud están estructuralmente arraigados en su política social.

Concluyendo con Marshal,¹⁴ lo cierto es que “durante el siglo xx la ciudadanía y el sistema de clases del capitalismo se han hecho la guerra”. En teoría, hubiera sido necesario anteponer la ciudadanía a las clases sociales, la subordinación del mercado a la justicia social, reemplazar la contratación individual y la negociación particular por los derechos colectivos, pero la realidad del siglo xx fue contraria y se impuso la lógica del capitalismo y la desprotección social.

La fragmentación de la política social niega el verdadero derecho

“La salud pública está subordinada o depende en gran medida de la política y en muchos aspectos los actores correspondientes tienen que actuar en función de ella”.³³ La política es el ejercicio del poder; de cómo este se ejerza por parte del Estado, del gobierno o de los actores de la sociedad civil se tejerá un determinado entramado social que derivará en un u otro compromiso con las demandas ciudadanas por salud y por la satisfacción de otras necesidades sociales (mediante políticas sociales).

Sin embargo, como se veía atrás, las políticas sociales son “expresiones fragmentadas de las relaciones de clase”.³⁴ De acuerdo con Grassi et al,³⁴ su formulación se hace en áreas separadas del Estado, aparentemente autónomas: política económica, política laboral y política social. Es como si se presentara lo económico en un plano distinto de las relaciones de clase, abiertamente coercitivas. Pero tales políticas, en términos político-ideológicos, expresan los rasgos básicos del modelo social de acumulación (en el neoliberalismo, por ejemplo), que incluye el modelo económico, la complejidad política, social y cultural y las prácticas cotidianas de los actores sociales y su sentido.

En el modelo de la posguerra, el Estado sostuvo su legitimidad en la separación de la seguridad social de los derechos sociales (derechos de ciudadanía).³⁴ En el mismo sentido, en el actual sistema neoliberal no es solo lo económico lo que caracteriza el modelo, sino que implica una redefinición de las políticas sociales y político-culturales, lo que conlleva a un reacomodo de actores sociales y sujetos (los ciudadanos, los trabajadores, los pobres, etc.) en función del modelo económico.

Siguiendo esta misma interpretación podría ampliarse la apreciación que se tiene de los modelos de protección

social y los derechos de ciudadanía: el ciudadano aparece como sujeto principal en el modelo de seguridad social integral, durante la época del Estado de bienestar europeo, cuando las prestaciones universales de la seguridad social son un verdadero derecho ciudadano (ciudadanía universal).⁹ En América latina, la seguridad social nunca fue un derecho ciudadano, ni siquiera en el modelo de sustitución de importaciones, y más bien aparece un nuevo sujeto: el trabajador ligado al contrato de trabajo o al trabajo personal (ciudadanía regulada).⁹ A esto último es a lo que efectivamente ha apuntado el aseguramiento que se basa más en la relación capital-trabajo y en la capacidad de contribuir al sistema de protección social. En tanto el asistencialismo, que se revive con el modelo del Banco Mundial basado en el *manejo social del riesgo*,³ tiene en los *pobres* un nuevo sujeto legítimo y único sobre el cual recae la política. Aquí en el neoliberalismo, el pobre y el desempleado adquieren su rol mediante la focalización de la política social y se convierten en “sujeto del asistencialismo” (ciudadanía invertida).⁹

El sueño de la protección social pasa por la equidad

La gran exclusión y desigualdad predominantes han llevado a mantener vivo el debate por la equidad basada en los principios de igualdad y libertad,³⁵ en la justicia social y en la defensa de los derechos ciudadanos. La teoría de la equidad ha recogido todo este desarrollo sobre derechos sociales, sustentados, tanto en la igualdad como en la libertad y en el concepto de persona y dignidad humana.

Reconocer que los derechos sociales tienen altas connotaciones éticas, económicas y políticas es importante para reflexionar sobre sus posibilidades de ser alcanzados. No obstante, las condiciones éticas y políticas que enmarcan una sociedad tienen mayor repercusión que la misma suficiencia de recursos económicos; ello, por supuesto, se ve reflejado en poderío o flaqueza de la política social. La Cepal sostiene que un pacto de protección social centrado en la promoción de los derechos económicos, sociales y culturales hacen de la política social un instrumento de la equidad, la solidaridad, la universalidad y la eficiencia, teniendo en cuenta tres dimensiones: ética, política y contenidos de la protección social, es decir, aquellos donde la población se siente más desprotegida, como son la salud, la seguridad social y la fuente de ingresos para atender sus necesidades.³⁶

♦ Para Bobbio, la libertad es un estado y la igualdad es una relación del individuo en la sociedad.

♥ Estas dimensiones pueden ampliarse en el informe de la Cepal 2006, que trata sobre los aspectos de acceso, financiamiento y solidaridad para la protección social.

La protección social solo se logra si se reduce de manera generalizada el riesgo y la inseguridad, si se insiste en la búsqueda de la igualdad entre los menos favorecidos y los más afortunados, con políticas sociales que garanticen equidad, derechos sociales y justicia social para todos. Bottomore¹⁴ va más allá al agregar dos consideraciones importantes: a) los derechos humanos deben considerarse en el contexto de las desigualdades entre naciones ricas y naciones pobres y b) las desigualdades no solo dependen de la posición de clase social, sino también de las diferencias de género, etnia y cultura. Para nuestro caso, esto nos lleva al tema de la equidad de etnia y la equidad cultural. La política social y la protección social en general no pueden desconocer estos hechos de tipo estructural en la sociedad, y deben ser base de la política de previsión social, de la promoción de la salud y del desarrollo, para remover sus causas.

Aunque es discutible para algunos, el auge de movimientos igualitarios y la expansión democrática han logrado, en sistemas socialistas, la implantación de los derechos sociales en salud, educación, empleo y control de recursos productivos.¹⁴ En nuestro sentir,³⁷ estas son las áreas sustantivas de una verdadera seguridad social, y, a su vez, los frentes de actuación de la promoción de la salud y el desarrollo humano, es decir, campos prioritarios de una real política social basada en el igualitarismo y en las condiciones de equidad.

Conclusiones

El siglo xx ha sido la época en la cual predominan y se mezclan las más diversas formas de protección social, algunas de ellas incompletas, llevando a la desprotección social, la marginación, la exclusión de clases y la pobreza escalonada, en medio de la abundancia del capitalismo. En las últimas décadas, la protección social y la política social se han concentrado en cubrir a los más pobres, pero paradójicamente la brecha entre los más ricos y los más pobres es cada vez mayor en América latina.

Las acciones deben encaminarse a remover las raíces de la desigualdad, establecer cambios en el control económico y político necesario para transformar las relaciones sociales básicas y lograr la redistribución de la riqueza y del ingreso. El pleno ejercicio de los derechos de ciudadanía solo es factible mediante el desarrollo de modelos de protección social que cubran a toda la población con todos los riesgos inherentes, no solo al trabajo, sino al desarrollo humano integral.

Referencias

1 OPS, OIT. Ampliación de la protección social en salud: una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y

- de la Organización Internacional del Trabajo. Washington DC: OPS, OIT; 2002.
- 2 OPS/OMS, ASDI. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1 Extensión de la Protección Social en Salud. Washington D.C.: OPS; 2003.
 - 3 Holzmann R, Jørgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá [Internet] Washington DC: Banco Mundial; 2000 [acceso 30 noviembre de 2004]. Disponible en: [http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/0/d8707d84a545f7488525681c00707b02/\\$FILE/0006Spanish.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/0/d8707d84a545f7488525681c00707b02/$FILE/0006Spanish.pdf)
 - 4 Franco A, Gil D, Alvarez C. State size as measured in terms of public spending and world health, 1990-2000. *Gac Sanit* 2005; 19(3):186-192.
 - 5 Casas JA, Dachs NW, Bambas A. Health disparities in Latin America and the Caribbean: The role of social and economic determinants. *Equity and health*. No 8. Washington D.C.: PAHO; 2001. p. 22-49.
 - 6 Laurell AC. La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades socio-políticas. *Cuadernos Médico Sociales* 1992; (60): 3-8.
 - 7 Franco A, Palma M, Álvarez, C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 19(5): 291-99.
 - 8 Franco A. El Auge de la Protección Social. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2005; 23(1):135-47.
 - 9 Fleury S. Estado sin ciudadanos. Seguridad Social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A; 1997. p. 212.
 - 10 Franco R. Los Paradigmas de la Política Social en América Latina. En: *Políticas Públicas y Gestión Social: Una Mirada desde la Gerencia Social*. Medellín: La Alcaldía; 1997. p. 34.
 - 11 Fleury S, Molina C. Modelos de Protección social, En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Washington: INDES; 2002.
 - 12 República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: El Ministerio; 2005.
 - 13 Sarmiento L. La política social en dos escenarios futuros. En: Rojas MC, Delgado A, compiladoras. *Política social, desafíos y utopías*. Memorias del Seminario internacional Nuevas tendencias en política social. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1997. p. 289-313
 - 14 Marshal TH, Bottomore T. *Ciudadanía y clase social*. Madrid/Barcelona: Alianza Editorial; 1998.
 - 15 Castles F. The future of the Welfare State: crisis myths and crisis realities. *Int J Health Serv* 2002; 32(2): 255-277.
 - 16 Khor M. Globalization and the south: some critical issues. [Internet] New York: ZedBooks; 2001. Disponible en: http://www.Unctad.org/en/docs/dp_147.en.pdf
 - 17 Gunter BG, Van Der Hoeven R. La cara Social de la Globalización, según la bibliografía especializada. *Revista Internacional del Trabajo* 2004; 123(1-2): 7-47.
 - 18 Stiglitz JE. Empleo, Justicia Social y Bienestar de la Sociedad. *Revista Internacional del Trabajo* 2002; 121(1-2): 9-31
 - 19 Sarmiento L. *Vendimia, biopolítica y ecosocialismo*. Bogotá: Ediciones desde Abajo; 2002. p. 145-160.
 - 20 Bamba C, Fox D, Scott A. Towards a politics of health. *Health Promot Int* 2005; 20(2):187-193.
 - 21 Fleury S. Gobernabilidad democrática en América Latina. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo social (INDES). *Diseño y Gerencia de Políticas y Programas Sociales*. Washington: IDES; 2002.
 - 22 O'Donnell G. *Polyarchies and the UN*. Indiana: Kellogg Institute, Notre Dame University; 1998

- 23 Freedom House. Freedom in the World Country Ratings 1972-73 to 2001-2002 [Internet] 2003 [acceso 15 noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.freedomhouse.org>
- 24 Almeida C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2005; 4(9): 8
- 25 Granados R. La Reforma de los Sistemas de Salud: implicaciones del discurso neoliberal en Latinoamérica y el Caribe. [Resumen de Tesis de Doctorado]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana y Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay"; 2000. p. 26
- 26 CEPAL. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Naciones Unidas: Montevideo; 2006. p. 37-41.
- 27 Santos WG. Trágica condição de política social. En: Abranches JH, Santo WG Dos, Coimbra MA. *Política Social e Combate à Pobreza*. Río de Janeiro: Edit Janciso, Jorge Zahar; 1998. p. 33-64.
- 28 Jiménez R. El cumplimiento de los derechos humanos: primera medida de salud pública. *Rev. Esp. Salud Pública* 1998; 72 (6): 477-80.
- 29 Goodman T. Is there Right to Health? *Journal of Medicine and Philosophy* [Internet] 2005 [acceso 17 febrero de 2008]; 30: [643-6662]. Disponible en: <http://www.informaworld.com/smpp/>.
- 30 Baltodano A P. Estado, soberanía y políticas públicas en América Latina y Estado, ciudadanía y política social en América Latina. En: Baltodano AP (org.). *Globalización, Ciudadanía y Política Social en América Latina: Tensiones y Contradicciones*. Caracas: Nueva Sociedad; 1997. p. 16-66.
- 31 Almeida C. Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. *Cad Saude Publica* 2002; 18(4):905-925.
- 32 Casas JA. Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(5-6):397-408
- 33 López D (Coordinador). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Publicación Científica y Técnica No. 589. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
- 34 Grassi E, Hintze S, Neufeld MR. Políticas Sociales y Sujetos de Derecho. Una Comparación entre las políticas educativas a nivel primario, el subsector de obras sociales y las políticas de asistencia alimentaria. *Cuadernos Médico Sociales* 1995; (72): 62-76
- 35 Bobbio N. *Igualdad e Libertade*; 5ª ed. Río de Janeiro: Ediouro; 2002.
- 36 Naciones Unidas/ CEPAL. *La protección Social de Cara al Futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad*. Trigésimo primer periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Montevideo: CEPAL; 2006. p. 89.
- 37 Mejia LM, Franco A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Rev Salud Pública* 2007; 9(3): 471-483.