

**AMÉRICA LATINA: O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL
NA DÉCADA DA CRISE E DAS REFORMAS**

CADERNO DE PESQUISA

N.º 30



UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP**

1995

SÔNIA MIRIAM DRAIBE

Instituição responsável
Núcleo de Estudos de Políticas Públicas- NEPP - UNICAMP

Coordenador do NEPP
Prof. Dr. Pedro Luiz Barros Silva

Coordenador Associado
Profa. Dra. Gilda Portugal Gouvêa

Centro interdisciplinar de pesquisa especializado em estudos e investigações de acompanhamento, monitoramento e avaliação de políticas e programas governamentais. Entre suas preocupações e interesses prioritários, destacam-se as avaliações de processos de implementação de reformas e inovações de *policies* e de programas e projetos de enfrentamento da pobreza. No período recente, desenvolveu, entre outros os seguintes projetos:

- Avaliação da Descentralização de Recursos do FNDE e da Merenda Escolar. Convênio INEP/MEC (1997-1998).
- Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação dos Programas Sociais Prioritários do Governo Federal Brasileiro. Convênio BID/UNESCO/Gov. Brasileiro (1998).
- A Educação básica e secundária no Brasil: evolução recente. Convênio MEC/UNESCO (1997).
- Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental - estudos municipais. Convênio Cepal (1997).
- Avaliação do Processo de Implementação do Projeto "Inovações no Ensino Básico" e de algumas Medidas da Escola-Padrão no Estado de São Paulo. Convênio BIRD (1994/1996).

Os cadernos de Pesquisa do NEPP, escritos pelos professores, pesquisadores, estudantes de pós graduação, e outros membros associados, aparecerá intermitentemente. Alguns serão comunicações de pesquisa preliminares em andamento, ou explorações de idéias teóricas, e a sua publicação visa a estimular discussão e gerar críticas úteis. Como resultado de tais discussões e críticas, é provável que apareçam publicações de versões mais elaboradas em outra parte.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	01
PARTE I	
AS CONDIÇÕES EX-ANTE E AS VARIAÇÕES DO PADRÃO DE BEM-ESTAR SOCIAL	05
1. O PONTO DE PARTIDA: CARACTERÍSTICAS SISTÊMICAS DOS PROGRAMAS SOCIAIS NO LIMIAR DOS ANOS 80.....	05
1.1. Os incorporados e os excluídos da proteção social	06
1.2. A dimensão institucional: o gasto social e os padrões de organização das políticas	14
2. A SITUAÇÃO "EX-ANTE": OS IMPERFEITOS E INACABADOS ESTADOS DE BEM-ESTAR SOCIAL.....	19
2.1. As raízes estruturais das insuficiências.....	19
2.2. As tendências dinâmicas às vésperas das reformas	21
PARTE II	
AS ALTERAÇÕES DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NOS ANOS 80	23
1. AS PRINCIPAIS MODIFICAÇÕES INSTITUCIONAIS: POLÍTICAS E PROGRAMAS	25
2. O PADRÃO DE FINANCIAMENTO E O GASTO SOCIAL PÚBLICO GLOBAL E SETORIAL NOS ANOS 80/90.....	38
PARTE III	
OS PROGRAMAS SOCIAIS LATINOAMERICANOS NA DÉCADA DAS REFORMAS: UM BALANÇO PRELIMINAR	44
1. A VARIEDADE DE PROCESSOS E A SEMELHANÇA DOS RESULTADOS	44
2. AS ALTERAÇÕES DOS PROGRAMAS SOCIAIS: OS LIMITES INSTITUCIONAIS	48
3. NOVAS MODALIDADES DA PROTEÇÃO SOCIAL: VELHOS PADRÕES E NOVOS ESTILOS DE GESTÃO PÚBLICA DOS PROGRAMAS SOCIAIS	55
BIBLIOGRAFIA	58

AMÉRICA LATINA: O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NA DÉCADA DA CRISE E DAS REFORMAS

Os programas sociais passaram a integrar, nos anos 80, a pauta da reforma do Estado na América Latina, sob o múltiplo impacto dos processos de crise, ajustamentos e democratização. É verdade que, em sentido forte, esta reforma não se processou, salvo o caso chileno e exceto reformas parciais de alguns programas. Mas é muito provável que a maioria dos países emergirá dessa onda recente de transformações dispondo de modos e estilos diferentes de conceber e fazer políticas sociais, tantas foram e são as alterações e inovações que a região vem experimentando no desenho, financiamento, parcerias público-privado, organização e gestão das políticas e programas sociais. Uma reflexão sobre o sentido, alcance e limites das mudanças em curso estão no horizonte desse Capítulo, dedicado ao exame dos sistemas de políticas sociais da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica e México.

Duas interrogações nortearam o estudo dos casos nacionais que aqui se empreendeu. De um lado, tratamos de compreender **o quê se pretendeu reformar**. Foi aqui importante demarcar os **pontos de partida** institucionais tanto de cada programa quanto dos sistemas de políticas sociais até então presentes. De outro lado, nos perguntamos sobre o **sentido das alterações em curso**: afinal, em direção a qual padrão de Estado de Bem-Estar Social caminham nossas políticas e programas sociais? As inflexões havidas - se existiram - afastaram os modelos existentes de seu padrão histórico? O quanto se preservou e o quanto se inovou, em relação aos passados institucionais de onde se partiu?

O início dos anos 80 encontra um número significativo de países latinoamericanos dotados já de verdadeiros sistemas de proteção social¹ - se por isso entendemos um conjunto articulado e nacionalmente regulado de ações públicas e privadas nas áreas de saúde,

¹ O significado de proteção social, aqui, tem quase que a mesma amplitude que o de Estado de Bem Estar Social, tratado mais à frente: designa o conjunto de programas que, em última instância, "protegem" os cidadãos dos riscos inerentes às economias de mercado contemporâneas, entre eles o clássico risco de perda de renda mas também os modernos "riscos" enfrentados pela reprodução social e intergeracional: criar e educar filhos, habitar as metrópoles etc. A respeito, veja-se a utilização que faço do conceito de padrão de proteção social (Draibe, 1986) ou o conceito de sistema nacional de proteção social tal como formulado por Bruno Théret.(Théret, 1995).

previdência e assistência social, educação básica/secundária e habitação popular². Entre os países selecionados, a Argentina, a Costa Rica e o Chile seguramente haviam alcançado este estágio de constituição dos seus Estados de Bem-Estar Social, ao final dos anos 70. Os países continentais - Brasil e México - dispunham também de sistemas densos de políticas, embora mantendo ainda patamares muito altos de exclusão social. Com mais dificuldade, poderíamos afirmar o mesmo para o conjunto das políticas sociais na Colômbia e na Bolívia, tanto pelo alto grau de fragmentação de seus programas quanto pelos insatisfatórios indicadores sociais.

As tipologias permitem-nos identificar os nossos Estados de Bem-Estar Social como do tipo **meritocrático-particularista (clientelista e/ou corporativista)**, segundo a definição Titmus/Áscoli, ou **Conservador/corporativista e estratificado**, segundo Esping-Andersen, distintos portanto seja de um modelo **residual ou liberal**, seja do padrão **institucional-redistributivista ou socialdemocrata** (Draibe, 1989). Muito sumariamente, indicamos as principais características desses modelos.

O que é o tipo residual ou liberal? A literatura convencionou designar o padrão residual ou liberal como o modelo de mercado, no qual a política social intervém *ex-post*, quando os canais "naturais" e "tradicionais" de satisfação das necessidades (família, rede de parentesco, salários, seguros sociais) não estão em condições de resolver determinadas exigências do indivíduo. A intervenção social do Estado possui então um caráter temporário e deve cessar com a eliminação da situação de emergência; ou deve limitar-se a agir sobre grupos sabidamente "dependentes" e incapazes: grupos de extrema pobreza, territórios economicamente deprimidos etc. É certo, entretanto, que algumas áreas e alvos devem concentrar também a atenção estatal: as que afetam a estrutura de oportunidades – em particular a educação - e as relacionadas com a segurança e a justiça. No plano típico-ideal, este Estado Mínimo - não necessariamente pequeno - impõe-se estes limites como seus

² Conhecemos as restrições que se fazem à utilização do conceito de Welfare State para qualificar limitados sistemas de políticas sociais, principalmente se diferentes do idealizado modelo social-democrata europeu. Mais ainda no caso de países latinoamericanos, ainda quando sejam respeitadas as suas óbvias diferenças. A objeção em geral é de natureza empírica e remete para o caráter inacabado ou imperfeito do Estado de Bem-Estar Social mesmo em países que haviam atingido graus acentuados de desenvolvimento e cobertura das políticas sociais. O argumento teórico mais denso aponta para a não-generalização das relações de assalariamento como obstáculo a tal qualificação. Segundo a Escola da Regulação, por exemplo, o Estado-Providência integra o conjunto das instituições de regulação próprios à organização fordista da produção e do consumo de massas, constituindo simultaneamente um forte mecanismo do salário indireto e dos direitos típicos da "cidadania salarial" (Boyer, 1995; Théret, 1995). Em vários trabalhos justificamos extensivamente nossa opção pelo uso de tal conceito, assim como das variações tipológicas que admite. Ver Draibe, 1989; Draibe, 1993.

horizontes máximos legítimos³.

No outro extremo, estaria o modelo Institucional Redistributivista ou Socialdemocrata, no qual se concebe o Welfare State como elemento constitutivo das sociedades contemporâneas, voltado para a produção e distribuição de bens e serviços sociais "desmercantilizados" e garantidos a todos segundo critérios universalistas, configurando portanto direitos sociais dos cidadãos. Em tal sistema, tendem a mesclar-se mecanismos de renda mínima; regimes previdenciários gerais que oferecem uma base comum de benefícios de aposentadorias e pensões relativamente independentes das contribuições pretéritas; equipamentos coletivos públicos gratuitos para a prestação universal de serviços essenciais, especialmente os de saúde e de educação compreensiva e programas de assistência social apoiados na concepção de direito a condições básicas de vida.

É o modelo intermediário, tido também como bismarkiano, aquele com o qual mais se assemelham os países da região. A premissa sobre a qual repousa o modelo Meritocrático-Particularista é a de que as pessoas devem estar em condições de resolver suas próprias necessidades, em base a seu trabalho, a seu mérito, à performance profissional, à produtividade com que se desempenham e, por isso mesmo, à renda de que disponham e/ou à força relativa das categorias profissionais a que pertençam. Este padrão repousa sobre dois pilares e, portanto, adquire características "híbridas", quando confrontado com os dois anteriores. De uma lado, apóia-se no binômio contrato/seguro social através do qual parte da população passa a "merecer" um benefício futuro. De outro, assenta-se no pilar universalista, constituído pelos programas de educação e saúde básicas, em geral estatais e gratuitos, supostos para ampliar as oportunidades e corrigir as diferenças originais. Programas emergenciais dirigidos a grupos necessitados convivem com aquela dimensão universalista. Inegavelmente a espinha dorsal do sistema é constituída pelo seguro social: programas previdenciários amplos, apoiados em contratos individuais geridos segundo a lógica do "pay - as - you - go", cujo acesso depende sobretudo do emprego, daí decorrendo a exclusão dos que não se vinculam ao mercado formal de trabalho ou que dele participam precária e marginalmente (como os trabalhadores rurais ou as mulheres). A vinculação à base ocupacional faz com que tais sistemas tendam a ser corporativos e estratificados, abrigando distintos regimes previsionais criados pelo Estado para diferentes categorias - os trabalhadores, os empregados "white collar", os funcionários públicos, os militares etc - com grandes variações em quantidade e qualidade dos benefícios. Seja porque, então, apenas

³ É o liberalismo do pós-guerra, muito mais que o neoliberalismo dos nossos tempos, que teorizou e justificou tal modelo. Suas formulações mais precisas estão em Hayeck e Friedman. Mais difícil é localizar as proposições específicas do neoliberalismo contemporâneo, já que suas proposições são, sobretudo, de natureza prática, em geral sob o tom de "recomendações" de reformas dos programas sociais. Ver, a respeito, o meu artigo *O neoliberalismo e as políticas sociais*, em Draibe, 1993. Tais proposições estão resumidamente indicadas na Parte II.

reproduz as diferenças da distribuição primária da renda, seja porque abriga e cristaliza diferenças relacionadas ao poder de barganha das categorias ocupacionais, este padrão é denominado conservador e tende a expandir-se segundo fortes mecanismos corporativistas, sendo em geral também poroso a práticas clientelistas. Por essas mesmas características, uma vez constituídos, estes **sistemas corporativos demonstram fortes resistências à mudança**⁴.

Pois bem, a maior parte dos países da região, embora abrigando diferenças, desenvolveu sistemas de proteção social próximos desse último modelo: assentaram-se sobre os dois pilares - seguro social X políticas universalistas (de educação básica) e reproduziram, a seu modo, das dificuldades próprias das lógicas clientelista e corporativista do padrão conservador. Sem dúvida, não se equiparam, nem poderiam - na generosidade e extensão das prestações ou no modo de funcionamento - aos seus congêneres sistemas europeus. Ainda assim, como mostram os estudos de Mesa-Lago (1978; 1989), grande parte dos estados latinoamericanos, sob a forma do Estado Desenvolvimentista, partilharam desse destino dos estados capitalistas contemporâneos, o de desenvolverem-se também como regulação e intervenção **social**, como sistemas de políticas sociais associadas às trajetórias de desenvolvimento da economia urbano-industrial.

E foi sob essa forma que enfrentaram, desde os anos 80, sua crise e as pressões para sua reforma. O objetivo desse trabalho é rastrear, na Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica e México, as características gerais desse processo, buscando detectar as tendências e identificar os resultados já perceptíveis das alterações ocorridas.

⁴ Sua lógica repousa na força articulada das categorias sociais politicamente mais poderosas e de burocratas e políticos que firmaram suas carreiras e sucesso eleitoral na concessão de benefícios, forma de "clientelismo categorial particularista" (Valenzuela,1991), que institucionaliza privilégios e resiste à sua eliminação, principalmente nos ambientes de permeabilidade política dos regimes democráticos. A expansão de novos benefícios para os mesmos grupos tende a ser o padrão de mudança mais frequente desses sistemas, do mesmo modo que desperdícios de gastos costumam decorrer da lógica clientelista que os move.

PARTE I

AS CONDIÇÕES EX-ANTE E AS VARIAÇÕES DO PADRÃO DE BEM-ESTAR SOCIAL

A observação conjunta das estruturas e dinâmicas dos programas sociais referentes aos países citados requer que fixemos a situação inicial sobre a qual incidiram as pressões, turbulências e transformações da década passada. Tomando o ano de 1980 como base, esta Parte descreve a situação em que se encontravam, quanto ao desenho institucional e ao desempenho, os sistemas de proteção social da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica e México, tendo por parâmetro o modelo meritocrática-particularista de *Welfare State*.

1. O PONTO DE PARTIDA: CARACTERÍSTICAS SISTÊMICAS DOS PROGRAMAS SOCIAIS NO LIMAR DOS ANOS 80

Três ordens básicas de questões costumam ser consideradas na análise comparativa dos Estados de Bem-Estar Social. A primeira diz respeito à combinação mais geral dos princípios universalistas e de seguro social. Concretamente refere-se aos critérios de elegibilidade e às efetivas coberturas dos programas e pode ser assim formulada: **a quem se protege?** O sentido, aqui, é o de detectar as matrizes de incorporação/exclusão social que qualificam os sistemas nacionais segundo a composição dos diferentes tipos de programas: a proteção a todos (programas universais); a proteção apenas aos incorporados aos seguros sociais (programas contratuais) e a proteção apenas aos necessitados (programas assistenciais seletivos e focalizados).

A segunda questão pode ser assim formulada: **quem paga e quem recebe os bens e serviços sociais?** O núcleo da preocupação reside, aqui, nos perfis e magnitudes do financiamento e do gasto, na composição da oferta dos bens e serviços sociais, enfim nos graus de redistributividade que os programas abrigam e o perfil da solidariedade social que projetam.

Finalmente, a terceira questão é de natureza política e refere-se à estrutura e dinâmica da intervenção estatal: **quem decide? onde se decide? quais os procedimentos que**

sustentam as decisões cruciais relativas aos programas⁵?

As referências que a seguir se fazem aos programas sociais dos sete países selecionados tomam aquelas questões, ainda que não necessariamente naquela ordem, como fio condutor para identificar o perfil da proteção social no período que vai dos meados dos anos 70 ao início dos 90. Os Segmentos I dos Quadros 1A, 2A e 3A do Anexo retratam a situação ex-ante das áreas de educação, saúde e seguridade social.

1.1. Os incorporados e os excluídos da proteção social

A dimensão universalista

Foi sempre muito forte, na região, a tradição universalista da prestação pública dos serviços sociais. Tanto a herança colonial quanto as primeiras constituições republicanas afirmaram sempre o ideal de um Estado Provedor e tutelar, valores que foram reforçados após a segunda guerra, no interior das concepções mais amplas do Estado Desenvolvimentista. No plano do discurso e das justificativas da sua intervenção, estiveram sempre presentes as promessas de, através dos serviços sociais públicos e gratuitos universalmente oferecidos, promover a plena integração de todos os grupos da população às condições da cidadania. É claro que variaram muito os propósitos, desde os efetivamente redistributivos, quanto os relacionados a políticas de investimentos em capital humano, quanto enfim os clientelísticos-eleitoreiros. Entretanto, até os anos 80, os princípios e concepções universalistas praticamente estiveram limitados à educação básica e, tardiamente, à atenção primária à saúde, sob a forma de direitos sociais. E ainda assim tal universalização foi parcial e incompleta.

A **educação básica** foi historicamente concebida, segundo as tradições laicas e republicanas, como direito e obrigação do cidadão e dever do Estado, sendo mesmo valorizada na Argentina, Chile, Costa Rica e México, como o mais forte instrumento de integração social e política da Nação. Nos sete países que estudamos, tal como pode se verificar pelo Quadro 1A, a composição da oferta do ensino compreensivo (básico e secundário) confirma esta tradição, dada a forte predominância da rede pública gratuita e a

⁵ É impossível tratar adequadamente o amplo leque de assuntos envolvidos, desde os tipicamente institucionais ligados à relação centralização/descentralização das estruturas decisórias e operativas até os referentes aos procedimentos (corporativos, clientelísticos, democráticos) e às funções desempenhadas pelos atores e programas sociais na legitimação e governabilidade dos sistemas políticos. Apenas serão indicados os principais deles.

modesta a participação do setor privado, com exceção do ensino superior⁶. O propósito universalista e redistributivo é também reafirmado pelo padrão de financiamento dos serviços educacionais públicos: são **recursos fiscais**, arrecadados sob forma de impostos, os que majoritariamente financiam o gasto educacional e, quase sempre, em percentuais legalmente pré-determinados das receitas (ou orçamentos) públicos. Subsídios ao setor privado não são estranhos a este sistema de financiamento.

Na realidade dos países que estamos analisando, entretanto, este critério tem tido apenas a modesta tradução de *generalização do acesso à escola* primária mais que a garantia do ciclo completo de estudos desse nível. Em torno a 1980, haviam ultrapassado o limiar de 90% da taxa de escolarização básica apenas o **Chile**, a **Argentina**, o **Chile**, o **México** e a **Costa Rica**. O **Brasil** (80%), **Colômbia** (71%) e mais atrás, a **Bolívia** (66%) encontravam-se ainda em patamares inferiores. É portanto fictícia, em alguns casos, a universalização da educação básica: as altas taxas de deserção e repetência impediam que completassem o primeiro ciclo de estudos entre 50 e 60% dos ingressantes nos casos do Brasil, da Colômbia e da Bolívia.

Também são a Argentina, o Chile, o México e a Costa Rica, incluída agora a Colômbia, os países que apresentavam as mais altas taxas de escolarização da **educação secundária**, seguidos pela Bolívia e, incompreensivelmente, pelo Brasil, que ainda não atingia 15% de cobertura nesse nível. A baixa ou incompleta universalização da educação compreensiva nesses países explica então tanto os ainda altos índices de analfabetismo vigentes principalmente na Colômbia, Bolívia e Brasil quanto os tão limitados anos de escolaridade da população adulta (Quadro 1A - Anexo).

Os sete países distribuem-se, então, em dois grupos, segundo os níveis revelados pelos indicadores educacionais básicos: o grupo alto, constituído pela Argentina, o Chile, a Costa Rica e o México; e o grupo baixo, constituído pela Colômbia, Brasil e Bolívia. Dois casos chamam a atenção. De um lado o México: se em geral seus outros indicadores sociais o colocariam em posição intermediária, no caso particular da educação seu sucesso é maior,

⁶ Na Argentina, o setor público respondia, em 1987, com 80,6% de todos os estabelecimentos educacionais, 82% das matrículas primárias, 71% das secundárias e 90% das universitárias. No México, a oferta de educação é principalmente pública e federal: em 1981-82, do total de matrículas, 64,8% concentravam-se em escolas federais, 24,8% em escolas públicas autônomas ou dos estados e apenas 10,4% em escolas privadas. No caso brasileiro, a rede pública respondia, em 1987, por 65,4% das matrículas da pré-escola; 85,5% das do primeiro grau, 65,4% das matrículas do segundo grau e 38,5% das matrículas do nível superior (graduação). Na Bolívia, em 1978, o setor público recebia 85,7% da matrícula escolar total, e o setor privado 13% das matrículas da pré-escola, 17% da escola primária e 22% do ensino secundário (Petrecolla, 1992; Draibe & G.Castro & Azeredo, 1991; Arretche & Vianna, 1992; Valério, 1991).

provavelmente em razão dos valores culturais próprios da tradição revolucionária republicana. O caso brasileiro surpreende pelo contrário, ou seja, pelo desempenho tão medíocre que mostrou no campo educacional, até os anos 90, quando confrontado com suas outras posições relativas em termos de desenvolvimento econômico e gasto social.

Os outros graus de ensino não se enquadram na concepção de direito social universal, muito embora a oferta pública e gratuita tenha sido significativa, além de altos níveis de subsídios alocados com vistas à elevação da equidade. A educação pré-primária foi a que apresentou as maiores taxas de crescimento nos anos 80 na maioria dos países. Situação especial, sem dúvida, é a do nível universitário. Como se sabe - e nesse particular os países aqui estudados não são exceção - as Universidades públicas latinoamericanas, mesmo apresentando índices modestos de cobertura, alcançaram entretanto, sob forte pressão de setores médios, níveis proporcionalmente altos de desenvolvimento, apropriando-se de parte significativa do gasto educacional.

No plano **institucional**, são menores as diferenças que marcam nossos países em termos das redes educacionais públicas e estão relacionadas muito mais com as estruturas unitárias ou federativas dos Estados que com outras razões⁷: tal como se registra no Quadro 1, a *centralização* no plano do Governo Central das regulações, do poder decisório e dos recursos constitui a principal característica dos sistemas educacionais. Entre os países de estrutura federativa, nos quais tende a haver algum grau de participação dos níveis subnacionais de governo na educação básica e secundária, apenas Argentina e Brasil registram a preponderância de redes próprias e autônomas de educação básica e secundária nos estados e municípios, em situação teoricamente não concorrente com o nível central (federal). Dadas as características das nossas federações, pouco cooperativas, a dependência de recursos federais foi significativa até os anos 80, com exceção de um ou outro estado ou província melhor situados do ponto de vista fiscal- financeiro.

Os **programas de saúde** também foram adquirindo, no continente, estatuto de direito social de toda a população, embora em menor proporção e através de movimentos e soluções

⁷ Os casos boliviano e mexicano apresentam também fragmentações de outra ordem. No México, a educação primária se divide em três tipos: o geral, de 6 anos de duração; o que é oferecido apenas em zonas rurais e o oferecido aos 56 grupos indígenas, com forte ênfase nas suas especificidades culturais. Na Bolívia, a rede pública de educação primária está dividida em duas e independentes sub-redes, a urbana e a rural, com acentuadas diferenças entre níveis, ciclos, modalidades de ensino, sendo ainda administradas independentemente. Por outro lado, do ponto de vista administrativo, a rede pública ainda se subdividia em educação fiscal e descentralizada. Recentemente transferidas para a administração governamental, estas unidades descentralizadas eram oferecidas por outros órgãos governamentais como a COMIBOL (Corporación Minera Boliviana) ou a YPFB (Companhia de Petróleo Estatal)(Arretche & Vianna, 1991).

distintas das que se ofereceram no campo educacional. O Quadro 2A resume as principais informações **organizacionais** da área na situação ex-ante. No período anterior às reformas, uma forte característica da política de saúde tendia a se reproduzir em quase todos os países que aqui consideramos: **a dicotomia entre assistência primária e preventiva** (sob responsabilidade dos serviços públicos estatais financiados com recursos fiscais, dirigidos teoricamente a toda a população, mas em geral em quantidades e qualidades insuficientes e insatisfatórias) e **a medicina curativa hospitalar** (financiada pelas contribuições sociais, quase sempre desenvolvida pelos serviços médicos ligados ou contratados pela Seguridade Social, de melhor qualidade, destinados tão somente aos segurados e seus dependentes). **Desse modo, conformou-se um modelo sanitário desarticulado, com alto grau de irracionalidades e baixo grau de equidade na atenção prestada à população.**

É interessante registrar os diferentes tipos e dinâmicas de expansão da cobertura que ocorreram a partir destas estruturas dicotômicas. Em alguns países, foi através do polo previdenciário - mais que do propriamente público - que se verificou a universalização do atendimento, pelo menos do nível primário, e assim mesmo com diferenças entre os processos. Na Argentina, a multiplicação de Obras Sociais para novas categorias ocupacionais foi o mecanismo principal da expansão da cobertura a 70% da população. No Brasil e na Costa Rica, a universalização principalmente da atenção primária se fez dentro mesmo do sistema de seguro-saúde, que deixou de exigir a condição de segurado contribuinte para atender a demanda de praticamente toda a população. Diferentemente, o México, a Bolívia e Colômbia são os países nos quais a maior parte da população seguiu, até os anos 80, contando tão somente com serviços públicos quase sempre sobrecarregados e pouco equipados para níveis secundários e terciários de atendimento médico, enquanto uma minoria - de 15 a 30% da população - integrava-se nos serviços do seguro-saúde. Frente a estas duas alternativas de expansão, a exceção cabe ao Chile, país que já por volta de 1970 antecipava o modelo de sistema único, atendendo 70% da sua população pelo Sistema Nacional de Saúde - instituição que, em si mesma, integrava prevenção e cura e atendia segurados e não-segurados.

As fragmentações e dicotomias dos sistemas de saúde não suprimiram uma outra característica organizacional, a grande e em geral **crecente centralização** tanto do governo e recursos centrais, quanto das entidades nacionais do seguro social. Talvez seja pertinente avançar, aqui, uma comparação com o sistema educacional: no caso dos programas de saúde, mais que no educacional, a centralização não foi, na grande maioria

dos países, capaz de evitar a forte desarticulação sistêmica, salvo naqueles casos em que pelo menos um instituição nacional adquiriu preeminência e ampla cobertura territorial e da população: o SNS chileno, a SEM/CCSS costa-riquense ou o INANPS brasileiro. Não é por acaso que, antes mesmo de sofrerem as dificuldades oriundas da restrições econômicas e fiscais dos anos 80, um grande número de países tratou de reorganizar institucionalmente seus serviços fragmentados e iníquos de saúde, enveredando pela senda da construção de sistemas únicos e integrados, com ênfase na dimensão preventiva das ações médicas.

Os indicadores de saúde relativos ao início dos 80, como se pode ver no último segmento do Quadro 2A, permitem-nos agrupar nossos países em três níveis: Argentina, Chile e Costa Rica reiteram a melhor posição que já ocupavam em educação; Brasil, Colômbia e México, por sua vez, aproximam-se da colocação intermediária, seguidos, na terceira posição, pela Bolívia⁸. As fortes expansões que tiveram alguns dos sistemas de saúde até os anos 70 não foram capazes de reduzir satisfatoriamente os graus de exclusão que sempre caracterizaram a região⁹: nos anos 80 apenas a Argentina, o Chile e, um pouco atrás, a Costa Rica, haviam logrado atender, nos seus vários sub-sistemas, entre 70 e 90% da população. Informações certamente muito subestimadas permitiriam avaliar entre 30 e 50% as populações excluídas ou marginalizadas da atenção à saúde nos casos brasileiro e mexicano, enquanto que a Colômbia e a Bolívia, provavelmente não haviam logrado atender nem mesmo metade de sua população.

Padrões meritocráticos e conservadores de Welfare State apoiaram-se, desde sua origem, em um pilar de direito social universal - a educação - e tenderam, na sua dinâmica posterior, a expandi-lo pelo menos para a proteção à saúde. Afinal, o princípio liberal da igualdade de oportunidades é também constitucional desse modelo. No caso dos nossos países, ainda que peças constitucionais e legislações tenham afirmado esses direitos, a sua concretização é recente e incompleta: se a Argentina, o Chile e, em parte a Costa Rica aproximavam-se de metas universalizantes nos campos educacionais e de saúde, Brasil, México e, mais fortemente, Colômbia e Bolívia, ainda se viam às voltas, na entrada dos anos 80, com o desafio de garantir aos seus cidadãos estes direitos sociais básicos. Para além das

⁸ Chama a atenção, no caso argentino, a taxa de mortalidade infantil, maior que a do mexicano. Não se sabe, entretanto, se tal diferença reflete a situação real da mortalidade ou a melhor qualidade do sistema de informação da Argentina.

⁹ Em termos de cobertura, além das discrepâncias entre a cobertura teórica e a efetiva, sabe-se da grande heterogeneidade de qualidade e da composição serviços preventivos/curativos que costumam diferenciar os serviços de saúde.

taxas de cobertura, estamos chamando a atenção para os baixos patamares de equidade que, via educação e saúde, marcavam nossos sistemas de proteção antes da crise.

O seguro social: a proteção dos trabalhadores assalariados

Já se insistiu mesmo no caráter pioneiro da organização de programas de previdência social (pensiones) e seguro-saúde na América Latina, iniciados em fins do século XIX, tendo mesmo alguns países - como Chile e Uruguay - introduzidos estes programas antes que os EEUU (Mesa-Lago 1978, 1989, 1990, 1991).

Se considerarmos as classificações de Mesa-Lago¹⁰, os sete países aqui examinados distribuem-se nos grupos alto e intermediário e, em que pesem as diferenças assinaladas pelo autor, assemelham-se em vários aspectos: são financiados em geral pelas contribuições sociais de empregados e empregadores, a participação do Estado variando no tempo e entre os países; são regidos por regime de repartição simples (Argentina, Brasil e Chile) ou capitalização parcial (Bolívia, Colômbia, Costa Rica e México, com *prima média* ou *prima escalonada*); abrigam regimes especiais para funcionários civis e militares sustentados crescentemente por recursos dos orçamentos públicos; caracterizam-se por forte multiplicidade institucional, fragmentação que não suprime a alta centralização do poder decisório. Assemelham-se também pelas lógicas da sua expansão: a sua dinâmica de crescimento se dá por mecanismos combinados de "massificação" dos privilégios - isto é, a extensão horizontal de benefícios a novos grupos - e a expansão "vertical" - isto é, novos benefícios para grupos já protegidos, através de processos impulsionados pelos comportamentos corporativistas e clientelistas das categorias profissionais e funcionais e de atores do sistema político. Como resultado, tende a ser muito baixa a equidade desses

¹⁰ Considerando quatro critérios - grau de estratificação dos sistemas, multiplicidade institucional, momento de constituição e patamar de cobertura da seguridade social - Mesa-Lago classifica os países da região em três grupos. Os pioneiros ou grupo alto - Chile, Uruguay, Argentina, Cuba, Brasil e Costa Rica - foram os primeiros (anos 20-30, com exceção da Costa Rica) na introdução de sistemas estratificados (por grupos ocupacionais, tipos e valores de benefícios) e administrados por múltiplas instituições, em geral dotadas de autonomia legislativa e financeira, com apoio de recursos públicos. O grupo intermediário - Bolívia, Colômbia, Equador, México, Panamá, Paraguay, Peru e Venezuela - é constituído por países que, iniciando mais tardiamente a construção de seus regimes de seguridade (anos 40, e sob influência beveridgeana e da OIT), lograram reduzir os privilégios em sistemas relativamente homogêneos e unificados, em geral administrados por uma agência única e geral. Com exceção do México, são países que chegam aos 80 com ainda muito baixo grau de desenvolvimento industrial. Os *latecomers*, países de base principalmente agrícola, integram o terceiro grupo: além dos 14 países do Caribe não-latino, aí estão o Haiti, Honduras, Nicarágua, El Salvador, Guatemala e República Dominicana. Seus sistemas de seguridade são incipientes e apresentam altos graus de unidade e uniformidade (Mesa-Lago, 1989, 1990, 1991).

sistemas, como mostram os estudos nacionais recentes. (Iglésias & Acuña, 1991; Uthoff & Szalachman, 1991; Uthoff & Szalachman, 1992 e Schulthess & Demarco, 1994).

Mas os sete sistemas de seguridade social que nos preocupam, admitem, entretanto, uma distribuição mais próxima das relativas a educação e saúde, se levarmos em conta seus graus de universalidade, medidos pelo nível de proteção da população, como se pode verificar pelo Quadro 3A. **Chile, Argentina e Costa Rica** destacam-se uma vez mais com os melhores indicadores de cobertura previdenciária, alcançando percentuais entre 70 e 80% da população total e da PEA. Um segundo grupo é constituído pelo **Brasil** e pelo **México**, que não haviam incorporado nem metade de sua população ativa no início dos anos 80. Finalmente, no terceiro grupo estão a **Bolívia** e a **Colômbia**, cujos percentuais de cobertura não ultrapassavam, naquele período, os 35% da população.

Os programas assistenciais focalizados.

O sistema de políticas sociais latinoamericanas - como de resto os Estados de Bem-Estar Social em geral - incorporaram ou introduziram uma multiplicidade de programas assistenciais, dentro ou fora dos subsistemas tradicionais de políticas de seguridade social, saúde e educação. Geralmente identificadas como programas de welfare¹¹, são constituídos em geral por ações assistencialistas esporádicas, públicas ou privadas, dirigidas à população pobre, destituída e que não conta com o emprego como base para o acesso à maioria dos bens e serviços sociais. Os próprios sistemas previdenciários, em muitos casos, passaram a abrigar programas desta natureza, ainda que limitados aos grupos de segurados e suas famílias: além de auxílios de natureza diversa, tenderam a desenvolver programas de reforço à renda familiar, com benefícios a filhos dependentes. A Caixa de Atribuições Familiares Argentina é um bom exemplo, assim como a Solidariedade Social do IMSS mexicano, de 1973. Em alguns casos, como no Brasil (Renda Mensal Vitalícia, 1974) e na Costa Rica (RNCMB- 1974), desenvolveram programas de **pensões sociais** destinadas a idosos que não preenchem os requisitos normais para aposentadorias.

Talvez a área mais importante - pela antigüidade e freqüência com que aparece - seja a constituída por programas de **nutrição e reforço alimentar**. O programa mais comum - na

¹¹ Aqui entendidos como programas não-contributivos, em geral com exigência de teste de meios, destinados a reforçar a renda e/ou distribuir bens e serviços sociais às camadas pobres ou a grupos-alvo específicos (em relação aos quais podem assumir características de universalidade). É comum encontrar programas dessa natureza nas áreas de alimentação, habitação popular, transporte coletivo, dirigidos a grupos específicos tais como o materno-infantil, os idosos, os imigrantes, os "novos pobres", os residentes em áreas geográficas deprimidas ou marginalizadas etc.

maioria dos casos, de corte universalista porque distribuído a todos os estudantes - é o programa da **merenda escolar** ao grupo etário de 6-14 anos: o Chile (JUNAEB, 1953; PAE, 1964), o Brasil (PNAE, 1966), a Argentina e a Costa Rica desenvolveram programas bastante universais e institucionalizados, muito embora as esparsas avaliações indiquem instabilidade ou regressividade na distribuição. Outro programa bastante difundido foi o programa de suplementação alimentar ao grupo materno-infantil (0-2 anos), geralmente acoplado a ações de saúde (programas de nutrição, sanitários e preventivos).

Subsídios à alimentação e mecanismos de barateamento de alimentos chegaram também a ser significativos, em muitos países, alcançando patamares de gasto até de 1% do PIB, embora tendessem a envolver regressividade e desvios de focalização¹².

Cabe registrar, também, pela importância que tiveram na moldagem das políticas sociais dos países em análise, as políticas de **habitação popular**, através de sistemas especiais de empréstimos, subsídios à construção e ao crédito, distribuição de material de construção e estímulos à auto-construção - através de programas dirigidos a grupos carentes e/ou regiões deprimidas. No Chile, o gasto público com vivienda chegou a representar entre 11 e 20% do gasto público social, entre 1963 e 1973 (Raczynski & Cominetti, 1994: 8). O INFONAVIT mexicano, de 1972, e o Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo - INVU da Costa Rica podem ser também lembrados¹³. Grandes sistemas de habitação, como o brasileiro (BNH - 1966-1986) lograram mobilizar enormes volumes de recursos e criar um forte sistema de poupança e crédito, mas foram muito regressivos, pouco contribuindo para a solução da demanda habitacional de camadas de baixa renda. Os déficit habitacionais seguiram altos principalmente nos países grandes e nas suas regiões metropolitanas, tornando-se explosivos no anos de crise.

Outro grupo de programas assistenciais é o constituído por ações de promoção e desenvolvimento regional, dirigidos ou concentrados em populações e/ou áreas marginalizadas. Brasil e México, dadas as grandes diferenças regionais e a grande massa

¹² No Brasil, o subsídio ao trigo foi de grande importância, até os anos 80. No caso mexicano, através do CONSUPO (Comisión Nacional para la Subsistencia Popular), implementou-se um variado programa de subsídios ao milho e derivados, e outros alimentos. Posteriormente, o Sistema Alimentário Mexicano - SAM reforçou as ações públicas neste campo. Estima-se que o gasto com subsídios alimentares dispendido por CONASUPO em 1981 foi da ordem de 1,37% do PIB. Friedmann & Lustig & Legovini, 1992.

¹³ Segundo Soria & Farfán (1988), a criação do INFONAVIT e do FOVISSSTE em 1972 manifestou a entrada na agenda pública da questão habitacional da classe trabalhadora, convertendo-se posteriormente em instrumento de negociação entre a liderança sindical e o Estado.

de população pobre, são os países que mais desenvolveram programas deste tipo¹⁴.

Em todos os sete países considerados, é possível identificar, até os anos 80, inúmeros programas dirigidos aos grupos pobres da população. Fundos sociais destinados a financiar tais projetos constituem também experiência conhecida de muitos dos países - o FODESAF costa-riquenho de 1974 ou o FINSOCIAL brasileiro de 1982 são bons exemplos. Há entretanto diferenças entre as experiências nacionais que convêm registrar. A Argentina, o Chile e a Costa Rica, seja pelos altos níveis de emprego e salários, seja pelas ampla cobertura dos seus programas sociais, seja pela óbvia razão de contarem com taxas relativamente baixas e decrescentes de pobreza absoluta - não desenvolveram efetivamente uma área densa ou mesmo uma política explícita voltada para a pobreza, até bem avançada a década dos 70. Entre os países com proporções significativas de populações pobres, apenas Brasil e México parecem ter desenvolvido programas nacionais de alguma importância neste campo; diferentemente portanto da Bolívia e da Colômbia, muito desprovidos de ações dessa natureza até os anos 80. Entretanto, tanto os modestos volumes de recursos alocados a esses programas¹⁵ quanto as ineficiências de toda ordem que sempre os acompanharam sugerem terem sido muito pouco eficazes em efetivamente compensar a exclusão social e atuar como mecanismos de integração à cidadania dos segmentos não protegidos da população. De um lado, os frouxos e mutantes critérios de focalização e seleção dos beneficiários tenderam sempre a introduzir exclusões e inclusões indevidas (de segmentos sociais não pertinentes). Por outro lado, tampouco se constituíram, de fato, na base de uma deliberada estratégia de combate à pobreza, nas décadas dinâmicas que antecederam à crise dos 80 (Martinez, 1994; Draibe et alii, 1994; Trejos, 1994, Raczynski, 1994).

1.2. A dimensão institucional: o gasto social e os padrões de organização das políticas

Entre os anos 60 e 80, foi crescente o gasto público social na maior parte dos países da região, embora variassem, entre grupos de países, suas magnitudes e composição. De

¹⁴ O mais conhecido é o mexicano COPLAMAR - Coordenação Geral do Plano para Zonas Deprimidas e Grupos Marginais, criado em 1977 para implementar, em colaboração com outros organismos como o IMSS ou departamentos, programas conjugados de saúde, escolas, saneamento, cooperativas agrícolas, eletrificação e estradas em áreas rurais pobres (Márquez & Sheradden, 1992). No Brasil, desde o final dos anos 50 multiplicaram-se fundos e programas especiais para a região Nordeste, embora de impactos sociais duvidosos.

¹⁵ Como se sabe, há sempre muita dificuldade com as estatísticas de desempenho e gasto dos programas assistenciais. No Brasil, uma estimativa grosseira do dispêndio de programas especificamente dirigidos à população pobre, nos anos 80, calculou um gasto da ordem de 1.5% do PIB (excluídos os gastos com educação e saúde) Draibe et alii, 1994.

algum modo, a distribuição anterior dos países segundo alguns indicadores sociais mantém certa correspondência com as magnitudes do gasto social. Conforme pode se verificar pelo Quadro 1 (Parte II), na classificação do gasto social médio dos países para os anos 1980-1981, elaborada pela CEPAL (1994), foram localizados no grupo **alto** (média regional de 14,9% do PIB) os gastos sociais do Chile, da Argentina, da Costa Rica e do Brasil¹⁶. No grupo de gasto **moderado** (média regional de 9,6% do PIB), estavam o México e a Colômbia¹⁷. Finalmente, entre os países de gasto social **baixo** (média regional de 5,1% do PIB), estava a Bolívia¹⁸. Assim, há uma certa coerência, para os casos argentino, chileno e costa-riquense, entre as posições relativas que ocupam em relação ao gasto e as que foram sugeridas pelos indicadores sociais e de cobertura de programas. No polo inferior, também a posição boliviana guarda correspondência com o desempenho de seus indicadores. Mesmo a classificação do México e da Colômbia no grupo de gasto moderado faz sentido, ainda que incongruente com alguns dos indicadores de desempenho referidos nos Quadros 1A, 2A e 3A (Anexo). É surpreendente, embora conhecida, a relativamente boa posição brasileira em relação ao gasto, quando confrontada com a modéstia ou fortes insuficiências dos indicadores sociais, o que sugere forte ineficiência.

Embora não se possa esperar correspondências unívocas, provavelmente as informações sobre o gasto social per capita para o mesmo período (média 1980-1981) expliquem parte dessas discrepâncias. As informações registradas no Quadro 2 (Parte II) mostram que, para um gasto per capita médio regional de US\$237,2, os países que estamos analisando ordenam-se, decrescentemente, da seguinte maneira: Argentina; Chile; Costa Rica; México; Brasil; Colômbia e Bolívia. Os três primeiros países estariam, uma vez mais, entre os de gasto alto (média regional de US\$304,7), mesmo tendo o Chile sofrido, na década anterior, uma redução bastante acentuada do seu patamar de gasto. O México e o Brasil se localizam entre os do grupo de gasto moderado (média regional de US\$243,7) e a Colômbia e Bolívia mais próximas efetivamente dos países de gasto per capita baixo (média regional de US\$55,5). Surpreendem então os valores relativos apresentados pelo Brasil e, em segundo lugar, pelo México, quando considerados não apenas os indicadores sociais, mas seus graus relativos de desenvolvimento econômico, muito superiores, por várias medidas, a de países que, relativamente, dedicaram então às áreas sociais parte relativamente maior dos seus recursos.

¹⁶ Além do Uruguai (14,9%). O gasto social brasileiro está subestimado, uma vez que se considerou apenas o gasto social consolidado do Governo Federal, historicamente responsável por pouco mais da metade do gasto social total. Azeredo, 1992.

¹⁷ Os outros países são a Venezuela (11,5%) e o Equador (10,3%).

¹⁸ Os outros países são o Peru (4,5%) e o Paraguai (3,9%).

O exame tanto dos percentuais do PIB quanto do gasto per capita nos setores sociais torna mais claras, ainda, algumas situações (positivas e negativas) dos países em relação a determinadas áreas de gasto social. Observe-se, por exemplo, no Quadro 1 (Parte II), o gasto com educação e saúde. Em termos de percentuais do PIB, a Costa Rica comparece em primeira posição, ainda que a Argentina a supere em termos de gasto per capita. Mas o México vem logo a seguir, com gastos per capita em educação e saúde superiores aos do Chile e três ou quatro vezes maiores que os correspondentes ao Brasil. As informações sobre o Brasil, é verdade, apenas se referem ao gasto federal, correspondente a cerca de 60% do gasto público social dos três níveis de governo. Ainda assim, o dispêndio desse país com educação e saúde aproxima-o mais da Colômbia e da Bolívia que dos países do grupo considerado de gasto alto.

Além das magnitudes diferenciais do gasto social, a outra dimensão que exige referência diz respeito aos aspectos **institucionais e organizacionais** dos programas sociais referidos. Nesse plano, nossos países mostraram, na situação **ex-ante**, fortes características de centralização; débeis capacidades regulatórias e de implementação das políticas nos níveis subnacionais de governo; comportamentos corporativistas significativos dos corpos profissionais ligados aos grandes sistemas de políticas e, enfim, fraca tradição participativa da sociedade na implementação e operação dos programas.

De fato, a *centralização* - de recursos, de poder decisório e administrativa - a *fragmentação institucional* e a *ausência de participação*, ainda que se mostrem diferentemente de país a país, e segundo os programas, marcaram fortemente a constituição e operação dos serviços sociais, como se pode verificar nos primeiros segmentos dos Quadros 1A, 2A e 3A do Anexo. Mas os países que estamos considerando assemelham-se e diferenciam-se segundo quatro outras características institucionais que queremos enfatizar.

Em primeiro lugar, dadas as *características unitárias ou federativas* da organização política dos Estados, variam as competências específicas de cada nível de governo sobre programas sociais determinados. Mas mesmo entre países de mesma estrutura do Estado, variam também as esferas de governo que efetivamente concentram poder e capacidades financeiras e político-organizacional (**state capacities**) para a implementação dos diferentes programas sociais determinados. Em quase todos, é o governo central o que de facto apresenta tais capacidades; as províncias, as regiões e principalmente os municípios carecendo fortemente de recursos financeiros e organizacionais. Brasil e Argentina destacam-se, entre os sete, pelo fato de que seus níveis provinciais (ou estaduais)

apresentavam, no início dos 80, fortes capacidades referentes aos programas de educação básica e secundária, e de saúde. O caso brasileiro merece ainda uma outra observação. Os municípios, por constituírem esferas quase autônomas de governo¹⁹, puderam organizar com alguma liberdade suas redes de educação e saúde, o que tende a ocorrer nas capitais e municípios grandes. Mas em geral são as redes estaduais de educação básica e secundária que concentram a maior parte das matrículas e dispõem de mais forte densidade organizacional.

Um segundo aspecto refere-se às **dimensões** das redes públicas de serviços sociais na diferenciação entre os países. Aqueles dotados de grandes e extensas redes de educação, saúde e seguridade, como o Brasil e o México, já mostravam ao findar os anos 70, problemas típicos de entropia, de ausência de mecanismos de controle da qualidade da prestação, além dos desperdícios e problemas de gerência. Mas também nos países dotados de redes relativamente pequenas, as carências organizacionais e sistêmicas constituíram obstáculos à coordenação e gerência, assim como à implementação de inovações, como parecem ser os casos da Bolívia e da Colômbia no período 60/70. Aparentemente, situações intermediárias são as melhores: os casos chileno, costa-riquense e, em menor medida, o argentino são lembrados como o de sistemas públicos apoiados em organizações e burocracias competentes e capazes, ocupando organismos de dimensões administráveis e garantindo, mesmo em períodos de crise, a qualidade dos serviços em patamares mínimos adequados.

Em terceiro lugar, também variam as situações nacionais no que diz respeito à **força corporativista** dos funcionários envolvidos nos programas sociais. As grandes burocracias ligadas aos sistemas de políticas sociais, e principalmente os corpos profissionais médicos e docentes, com forte tradição sindical, adquiriram força e *voice* em quase todos os países que examinamos, principalmente naqueles dotados de extensos sistemas de políticas, como

¹⁹ Dadas as características do federalismo brasileiro, o poder municipal é bastante acentuado e os municípios são quase soberanos: os prefeitos e os vereadores são eleitos e gozam de mandatos; o município recebe, automaticamente e sem restrições, proporções das receitas federais e estaduais, além de poder impor taxas próprias no nível local; o poder municipal controla com forte autonomia seus próprios funcionários civis (salários, carreiras, cargos e funções); enfim o município participa, de forma competitiva com os dois outros níveis da federação, de atividades e funções bastante variadas. A centralização de recursos e poder decisório no plano federal - reforçada durante o governo militar (1964/1995) e reduzida após a Constituição de 1998 - convive com tais prerrogativas que, entretanto, não são por si sós suficientes para dotar a maior parte dos municípios de capacidade estatal adequada, salvo as conhecidas exceções: capitais dos estados; municípios grandes, principalmente das regiões mais ricas etc.

a Argentina, Brasil e México²⁰. Os comportamentos desses atores institucionais - pró ou contra reformas - constituem fatores decisivos, na maior parte das vezes, tanto pela força das suas resistências corporativas quanto pelas suas capacidades de atuarem como força de vanguarda nos processos reformistas. Vários estudos nacionais destacam a forte atuação reformista dos profissionais da saúde em prol da construção de sistemas únicos no Brasil, na Costa Rica e no México. Resistências corporativas contra reformas educacionais (municipalização do ensino ou quebra da gratuidade do ensino superior) são freqüentes em quase todos os casos, salvo nas situações em que o regime autoritário suprimiu a atividade sindical, como no Chile.

Finalmente, em quarto lugar, é de se destacar que os países estudados não registram fortes **tradições participativas** nos seus programas sociais. Ainda que as diferenças nacionais sejam também muito fortes a respeito, a participação de associações voluntárias no desenho e implementação não constituiu marca forte dos programas sociais, com as tradicionais exceções da participação sindical nos sistemas de seguridade (nos países e períodos de regimes políticos democráticos), ou das "juntas de padres" nos programas escolares básicos. Experiências comunitárias mais densas começam a se fazer sentir nos anos 70 em alguns países, entre eles o Chile e a Costa Rica.

As variações institucionais indicadas associam-se a determinadas características do desempenho dos programas sociais bastante assinaladas na literatura: os problemas de ineficácia do gasto; má focalização dos objetivos; baixa efetividade social. De fato, aquelas dimensões - fortes centralização, fragmentação institucional e corporativismo, e fracas capacidades estatais e participativas - concorrem para tornar os sistemas de políticas pouco transparentes, para reduzir a *accountability* dos programas e para inibir ou restringir a força dos mecanismos de correção, modernização ou inovação institucional. Desse forma, as características organizacionais apontadas tenderam, na história institucional dos países, a se constituírem em fortes vetores de iniquidades, agravando as diferenças sociais originais que, teoricamente, pretendiam reduzir. No limiar dos anos 80, sob esta ótica, os programas sociais de todos os países que examinamos projetavam um imperfeito Estado de Bem- Estar Social que admitia inegavelmente amplas margens de melhoras.

²⁰ Estamos nos referindo à expressão eminentemente política das organizações e de seus atores. Sabe-se que grandes e complexas organizações, ocupadas por imensas e especializadas burocracias, adquirem poder e autonomizações próprias, os processos decisórios tendendo a se tornar prisioneiros de inércias, culturas e resistências particulares às redes, principalmente as mais antigas e sedimentadas. São essas, em geral, as mais porosas aos particularismos de toda a ordem, impulsionados por grupos profissionais que corporatizam e feudalizam segmentos das **policies**, introduzindo assim a regra privada na lógica do Estado.

2. A SITUAÇÃO "EX ANTE": OS IMPERFEITOS E INACABADOS ESTADOS DE BEM ESTAR SOCIAL

2.1. As raízes estruturais das insuficiências

Às vésperas dos anos 80, e apesar das diferenças entre os países, é possível afirmar que o núcleo duro de dificuldades dos seus sistemas de proteção social radicava na sua **baixa equidade** e nos **altos graus de exclusão social** que abrigavam.

Os programas educacionais, os de saúde e os de seguridade social constituem, além do mercado de trabalho, as estruturas fortes de integração e incorporação social das sociedades contemporâneas, além de apoiarem, nas economias de mercado, os mecanismos de solidariedade, equidade e aumento dos graus de oportunidade dos indivíduos. Ora, como mostram os Quadros 1A, 2A e 3A (Anexo), no início dos anos 80, a universalização e a equidade não caracterizavam plenamente os programas sociais examinados, mesmo naqueles países que já haviam avançado significativamente em direção a um Estado de Bem Estar Social mais denso. Assemelham-se mesmo, segundo demonstram os estudos nacionais, as matrizes sociológicas da exclusão, apoiadas geralmente nos mesmos vetores de desigualdades sócio-econômicas: as de renda, as urbano-rurais; as regionais (inter-provinciais), além das de cor, raça e gênero. Em outras palavras, apesar das diferenças sócio-econômicas dos países, ou das dimensões das clientelas dos programas, a exclusão toca a grupos da mesma natureza social: as populações rurais; os setores pobres urbanos e rurais; os trabalhadores ligados ao setor informal e a atividades marginais; enfim, os grupos desprovidos de organização, força e poder de barganha.

São de diversas ordens as razões estruturais que concorrem para explicar as diferenças entre os países, no que toca às incompletudes, ineficiências e distorções de seus sistemas de proteção social. É importante que se considere, em primeiro lugar, a **dimensão temporal**, particularmente os momentos originais de sua organização e o período em que se deram as principais mudanças. São muitas as consequências, para o futuro, de se ter construído mais cedo ou mais tarde os subsistemas de políticas sociais. Vamos nos referir a dois tipos e que afetam particularmente os sistemas de previdência social e de educação. No caso dos programas de aposentadorias e pensões, a precocidade da origem esteve sempre

associada ao handicap constituído pela resistência dos interesses constituídos e privilégios alcançados, particularmente nas dificuldades que impõem às reformas e mudanças (Mesa Lago, 1989; Valenzuela, 1991). No caso da educação, os efeitos são de sentido inverso: países que mais cedo construíram e universalizaram seus sistemas de educação básica tendem a manter e melhorar suas distâncias nos outros níveis de ensino, seja pelo caráter cumulativo da educação, seja porque - e isso parece ser variável crucial na área - avançam na cobertura dos outros níveis (secundário e pré-primário) dispondo de redes, corpos profissionais e sistemas de formação e qualificação relativamente estabelecidos. Argentina e Chile, e de algum modo Costa Rica estão nessa situação. Países como o Brasil e o México - que concentram tardiamente e em muito curto período de tempo a incorporação massiva da população escolar - enfrentaram desde os anos 70 a explosão das matrículas sem que as redes educacionais públicas tivessem atingido um mínimo grau de sedimentação para apoiar a extensão da cobertura que se dá praticamente em todos os níveis, implicando - principalmente no caso brasileiro - fortes quedas de qualidade.

A outra variável crucial é **dimensão populacional**, ou seja, os tamanhos das clientelas envolvidas nos programas, o que, obviamente, tem que ver com os tamanhos dos países, suas estruturas etárias etc. Aqui não há dúvidas: dado um patamar mínimo de desenvolvimento econômico, de um lado estão, com maiores probabilidades de resultados satisfatórios, países pequenos e médios (em população e território), de outro, os grandes, com alta possibilidade de malogros e desempenho medíocres. Brasil e México estão entre estes últimos. As implicações são de toda ordem. Seus **programas de massa** enfrentam problemas que vão desde os econômico-financeiros, os de recursos humanos até e principalmente os de gestão e engenharia institucional, problemas que se diferenciam em um território extenso e heterogêneo. O problema dos "grandes números" afeta todos os programas sociais, ainda que diferentemente²¹.

Esta constatação remete para um outro plano as inegáveis insuficiências e distorções dos "imperfeitos Estados de Bem-Estar Social" que aqui se construíam: mostra que seus limites esbarravam também na heterogeneidade e dualidade social das nossas sociedades -

²¹ Um bom exemplo, que dá cores fortes ao que aqui se quer indicar, é o da merenda escolar no Brasil. Concebido como universal, é dirigido aos estudantes de primeiro grau, afeta uma clientela de 32 milhões de pessoas, às quais se pretende distribuir gratuitamente, durante 180 dias ao ano, uma refeição adequada em termos calóricos e protéicos. Ora, 32 milhões de pessoas é praticamente a população da Argentina ou de todo o Caribe! É como se a Bélgica distribuisse gratuitamente 3 refeições gratuitas ao dia a toda a sua população, ou a Dinamarca, 6 refeições! Mesmo em épocas de recursos fartos, os desafios institucionais, organizacionais e operacionais do programa foram insuperáveis, mais ainda porque o grau de centralização no executível federal sempre foi imenso.

características estruturais que, obviamente, não são nem podem ser plenamente resolvidas pelos programas sociais. O enorme esforço social, institucional e financeiro investido na construção desses sistemas de políticas sociais torna-se mais nítido quando confrontado com as tenazes restrições postas pela estrutura sócio-econômica dessas sociedades, em particular as referidas a seus mercados de trabalho pouco integrados (principalmente a segmentação urbano-rural) aos níveis baixos de assalariamento e, enfim, aos patamares baixíssimos de salários. A **sobrecarga** das políticas sociais, pressionadas a atender todos os tipos de insuficiências, foi constante na maior parte dos países, com exceção talvez da Argentina e do Chile.

2.2. As tendências dinâmicas às vésperas das reformas

Com imperfeições, distorções e dificuldades, é inegável que o tipo de expansão que movia os sistemas de bem estar social parecia projetá-los em direção ao padrão redistributivista e institucional de que falamos de início²². De fato, principalmente nos anos 70, aqueles sistemas de políticas sociais vieram experimentando mudanças que tendiam a reforçar a sua natureza híbrida, reforçando os programas universalistas e reduzindo as características contratuais individuais do seguro social originais. Vejamos.

No campo educacional (ensino básico e secundário) e de saúde, com a expansão da cobertura e, em alguns casos, a orientação mais compreensiva que, pouco a pouco se foi imprimindo à área, pareceriam estar sendo reforçados os princípios universalistas da prestação desses serviços. Também nessa direção atuavam os principais atores, mesmo quando mobilizados pelos seus interesses corporativos.

Também no caso do programa de pensões, avançava a extensão da cobertura a grupos mais amplos da população, seja através de reduções da heterogeneidade dos benefícios; seja através do mecanismo de "massificação dos privilégios" de que fala Mesa-Lago, seja finalmente através de diferentes composições entre benefícios contributivos e benefícios que dispensavam exigências de contribuições pretéritas, extravasando portanto o critério

²² Essa tendência é mais geral. Tal como mostra Ferreira (1984), nos anos 70 tanto os sistemas conservadores do continente europeu quanto mesmo os EEUU, com seu sistema de tipo residual ou liberal, já haviam perdido muito de suas características "radicais", através de trajetórias que pareciam convergir para o padrão institucional-redistributivista. O otimismo em relação à continuidade do "circulo virtuoso keynesiano" típico dos 30 gloriosos constituiu, até metade dos 70, o ambiente intelectual no qual se teciam tais considerações sobre o futuro do Estados de Bem Estar Social.

ocupacional em que se apoiavam os sistemas originais. É na década dos setenta que muitos países ensaiam ou fazem reformas unificadoras dos regimes previdenciários, tentando reduzir os graus internos de diferenciação e de privilégios. É também nesse período que muitos países introduzem ou reforçam as pensões sociais para trabalhadores precariamente incorporados ao sistema de seguros, principalmente os ligados ao trabalho rural. A maior integração entre os programas previdenciários, de saúde e de assistência social também se verifica com mais nitidez nesta etapa, movimento que acelera a substituição da estreita concepção de seguro social por uma visão de **seguridade social**, mais próxima do padrão institucional-redistributivista de Welfare State²³.

Finalmente, em boa parte dos países - em particular o Brasil e o México - processava-se um relativo adensamento de programas especialmente dirigidos aos grupos pobres (programas assistenciais, em especial os de alimentação e nutrição), concorrendo para reforçar os efeitos redistributivos do conjunto de programas sociais.

A projeção em direção a maiores graus de equidade esteve, sem dúvida, alimentada também pelo otimismo gerado pelo dinamismo econômico anterior; pelas tendências de redução da pobreza absoluta registradas em quase todos os países, mesmo aqueles de maiores graus de desigualdade (como o Brasil) e, quase ao fim do período de que estamos tratando, pelos processos de liberalização política, que afetava muitos dos países.

Mas é inegável, também - e as distorções apontadas o atestam vivamente - que esse lento processo esteve sempre e tensamente contrariado pela dinâmica dos interesses categoriais, pelos mecanismos da sua relação com o sistema político - o populismo, o clientelismo, o patrimonialismo - enfim, pelas forças de movimento próprias do padrão conservador de bem-estar social sob o qual erigiram-se os sistemas de políticas sociais. Desse modo, a reprodução das distorções nunca esteve ausente do horizonte de sua expansão.

Essa era, em resumidas contas, a situação em que se encontravam os países quando foram surpreendidos pelas turbulências dos anos 80.

²³ É de Mesa-Lago a tese de que os sistemas latinoamericanos já se classificavam então como *mistos*, ao lograrem transitar do estreito conceito de seguro social a uma base um pouco mais ampla de seguridade social, sem contudo atingí-la (Mesa-Lago, 1989, p.xvii).

PARTE II

AS ALTERAÇÕES DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NOS ANOS 80

Não será ocioso reafirmar que os programas sociais vêm sendo dramaticamente afetados pelo duplo processo de transformações que há mais de quinze anos abalam profundamente a região. De um lado, os movimentos políticos de liberalização e construção democrática, que anunciaram com otimismo o fim do ciclo autoritário mas se manifestaram como de difícil consolidação. De outro, a crise econômica, os ajustamentos e as reformas estruturais que envolvem, processos que minaram as bases daquele otimismo e, ao impor dolorosos custos sociais e políticos, vêm exigindo também um esforço inédito de armação do Estado e das instituições da democracia.

Nesse quadro, e em que pesem as fortes diferenças nacionais, os embrionários e imperfeitos Estados de Bem-Estar Social da região passaram a enfrentar, desde o início da década passada, situações típicas de *sobrecarga de demandas* derivadas tanto das pressões por sua democratização quanto pelo forte empobrecimento das famílias e indivíduos. E isso, como é sabido, numa situação de séria deterioração dos recursos disponíveis para os gastos sociais, além da decomposição da capacidade pública de satisfazê-las.

A reestruturação das políticas sociais passou assim a integrar a **agenda de reformas**, no continente e - é bom que se sublinhe - com múltiplos, sobrepostos e nem sempre convergentes objetivos, já que, também nesse caso, os modos de conceber as modificações não se organizaram em vazios intelectuais e valorativos. Ao contrário, estiveram claramente referidos aos mapas cognitivos e aos sistemas de valores, também eles em mudança, que se contrapuseram ao longo dos anos 80²⁴ na proposição de alternativas para as reformas estruturais em geral e para as sociais em particular.

Pelo menos três sistemas de valores têm alimentado as iniciativas político-ideológicas tanto de atores reformistas quanto das forças de resistência. Inegavelmente, os ideários **socialista e social-democrata** mobilizaram as sugestões de reforma dos programas sociais

²⁴ Uso a expressão mapas cognitivos tal como a apresenta Lurdes Sola na discussão que faz dos ajustamentos intelectuais que vêm ocorrendo.(Sola,1993). A este respeito, ver também o competente balanço que faz José Luiz Fiori da evolução política e intelectual da temática da crise e transformação das economias da Terceiro Mundo, em particular da América Latina.(Fiori, 1993).

em direção a um padrão redistributivista, e portanto mais universalista, apoiando-se na crítica às iniquidades, limitações e inoperâncias do sistema prévio. Também a crítica ao desperdício de recursos, ao populismo e ao uso clientelista dos programas motivou, no plano da gestão e controle, a busca de alternativas mais propícias à consecução das metas democratizantes. A **descentralização das políticas e a ampliação dos graus de participação social**, acompanhadas da maior transparência dos processos decisório, foram concebidas como mecanismo de democratização, promovida pela maior proximidade entre formuladores, decisores e beneficiários. No início dos 80, pelo menos aqueles países que atravessavam a "dupla transição" de que fala a literatura viram florescer este paradigma, enraizado nas velhas tradições das esquerdas, das então oposições aos regimes autoritários e, mais à frente, alimentado pelo movimentos sociais de extensão da cidadania.

Um outro sistema valorativo organiza-se em torno à defesa do status quo e, quanto ao futuro, nas sugestões de "reformas" que se traduzem, de fato, naquilo que o jargão latino-americano registra criticamente como "fazer mais do mesmo". O corporativismo e o clientelismo são provavelmente os mais fortes mecanismos propulsores desta tendência que, em última instância, corresponde muito de perto à lógica de "massificação de privilégios" que já citamos. Com mais ou menos visibilidade, esta vertente pseudo-reformista afeta quase todos os países, e não apenas os da região, apoiando-se em geral nas forças organizadas e mais poderosas (em recursos e voice) das sociedades nacionais.

Mas é o paradigma hoje dominante que exige um melhor registro. É difícil localizar, nos **receituários neoliberais** de estabilização e reformas estruturais, um conjunto sistemático de recomendações acerca dos programas sociais. Até por quê, como já se assinalou, modificaram-se, no tempo, os conteúdos e as ênfases das orientações²⁵. Ainda assim, nas suas proposições mais ambiciosas, projetaram a alteração da concepção, do perfil e dos modos de operação dos programas e dos sistemas de proteção enquanto tal. Vejamos.

Desde os episódios de ajustamentos fiscais do início dos 80 - completados ou não - os setores de políticas sociais estiveram na mira dos pacotes reformistas pelo menos por três razões. Em primeiro lugar, tratava-se sobretudo de exigir do gasto social maior eficiência e principalmente uma forte adequação aos objetivos macroeconômicos, particularmente os da estabilização e os de natureza fiscal, mesmo quando não repousavam em políticas expansionistas de gasto as raízes dos desajustes do setor público. O **corte do gasto social** foi o resultado mais palpável dessa diretriz, alcançado tanto através dos instrumentos tradicionais quanto de outros tais como a **privatização** e a **descentralização** do

²⁵ Veja-se nota nº3.

financiamento e operação dos programas e serviços. Todas as áreas sociais estiveram submetidas a estas pressões. Porém, no plano das reformas institucionais, o foco da atenção esteve concentrado sobre os sistemas de pensões, cuja reestruturação passou mesmo a ser apresentada como condicionante do ajustamento do setor público. Em seguida, tratava-se de reorientar o gasto social de modo a que, pelo menos em parte, atendessem ao previsível empobrecimento da população, resultante dos impactos do ajustamento recessivo sobre emprego, renda e redução dos serviços sociais. A **focalização** do gasto, a opção por **fundos sociais de emergência** e por **programas compensatórios dirigidos exclusivamente aos grupos pobres e vulneráveis** passaram a compor o núcleo duro da estratégia de reforma da área social. Finalmente, tanto para canalizar recursos a ações dotadas de grande potencial de *externalidades*, quanto para considerar os requisitos mais amplos da reestruturação econômica e integração competitiva das economias da região, o gasto social haveria de priorizar ações básicas de saúde, nutrição e principalmente os programas de caráter "produtivo" ou, se se quiser, do **investimento em capital humano**.

As composições e recomposições desses três sistemas doutrinários são, na prática, frequentes. Como também têm sido a "atualização" ou mudanças de cada um frente aos outros ou face às transformações em curso. O que nos interessa destacar é que as reformas ou alterações do sistema de políticas sociais dos países que estamos estudando têm tido como referência esse desconstruído, desafiante e sobreposto ambiente intelectual e valorativo. Os modos concretos como se deram, os êxitos ou os limites em que esbarraram constituem o centro das preocupações dessa Parte.

1. AS PRINCIPAIS MODIFICAÇÕES INSTITUCIONAIS: POLÍTICAS E PROGRAMAS

Os programas universalistas

Os **sistemas nacionais de educação básica** estão entre os que menos alterações sofreram do ponto de vista da sua concepção e lugar no conjunto dos programas sociais: em todos os países que estamos considerando, os princípios da universalidade, obrigatoriedade e gratuidade da educação compreensiva seguiram regendo esta área social básica²⁶.

²⁶ Nos outros níveis não obrigatórios de ensino - pré escolar e superior - além de se verificar ampliação da oferta pública na pré-escola, no caso brasileiro a Constituição de 88 prevê (junto com as creches) a sua integração no sistema de ensino fundamental obrigatório e gratuito, embora esse dispositivo não tenha se implementado. Supressão da gratuidade no nível superior verificou-se no Chile.

No *plano institucional*, são várias, entretanto, as experiências de vulto registradas. Desde os anos 80, a **descentralização** do ensino básico e secundário esteve entre os mais anunciados propósitos, tanto por objetivos democratizantes quanto pela intenção de reduzir gastos. Em termos concretos, entretanto, os resultados parecem ser, até hoje, muito modestos e, em certas circunstâncias, a descentralização ocorrida deveu-se menos a políticas deliberadas, antes à falência dos níveis superiores de governo.

Entre os países de estrutura unitária, a **Costa Rica** e a **Bolívia** não registram nenhum movimento significativo nesta direção. O **Chile**, ao contrário, procedeu ao mais radical processo, ao **municipalizar** em 1981 a educação primária e secundária²⁷, descentralizando a função executiva do Ministério da Educação e transferindo para as municipalidades as construções, os equipamentos e o pessoal empregado nas escolas públicas, reservando-se as funções técnico-pedagógicas cumpridas por entidades regionais e departamentais. Recursos do governo central financiam os gastos através de um subsídio transferido ao Município por aluno atendido, ajustado a características locais. A gestão das escolas passou a ser feita ou diretamente pelo município, ou por uma corporação privada de desenvolvimento social, presidida pelo Prefeito. Também em relação aos professores, houve a opção de seguir pagando-os segundo a escala do setor público ou adotar o sistema privado de negociação salarial, escolha esta que encontrou forte resistência. Na **Colômbia**, as reformas tributárias dos anos 80 já apontavam para um maior crescimento dos recursos dos níveis sub-nacionais de governo, processo sobre o qual se apoiou a transferência de encargos educacionais para os departamentos e municípios (Carcioffi & Barris & Cetrângulo, 1994; Jaramillo, 1993). A Constituição de 1991 reforça esta tendência descentralizadora, definindo com mais rigor os percentuais dos recursos transferidos (*transferências e situado fiscal*) que devem ser alocados em educação e saúde pelos entes territoriais menores. Um sistema de incentivos foi posto em prática para induzir os municípios e departamentos a receberem e operarem as plantas educacionais básicas e secundárias.

Entre os países de estrutura federativa, o **México**, apesar de ensaiar reformas descentralizantes desde finais dos 70, parece ter de fato reforçado as estruturas centrais nas áreas de educação básica e secundária. A **Argentina**, que já transferira às províncias, no final dos 70, as escolas primárias, na década seguinte acelera este processo e inicia a transferência das escolas de nível médio, apenas a educação universitária ficando em mãos

²⁷ A Reforma Administrativa de 1975 regionalizou o país e reforçou as competências municipais na área social (Lei Municipal de 1975 e lei de Ingressos Municipais de 1979). No setor educacional, foram criadas 13 Secretarias Regionais de Educação, cada província contando também com o seu Departamento de Educação. A descentralização também afetou a educação superior, ainda que de outro modo: antigas 21 sedes regionais das duas universidades estatais foram transformadas em 11 universidades derivadas e 8 institutos profissionais, conferindo-lhes autonomia. Raczynski & Cominetti, 1993; Urenda & Villaroel, 1991.

do governo nacional²⁸. A experiência **brasileira** é multifacetada. O ensino básico e secundário nunca foi, no Brasil republicano, competência do governo central; são principalmente os estados e, secundariamente os municípios que concentram as competências e a oferta de educação básica e secundária, com alto grau de autonomia curricular e de gestão²⁹. Desde os anos 80, a descentralização tem vários significados. Em primeiro lugar, visa a redução da dependência, de parte dos governos sub-nacionais, dos recursos e do poder regulatório do nível federal, movimento até hoje muito pouco significativo³⁰. O outro nível da descentralização pretendida é a **municipalização plena** do ensino básico e secundário, significando, no limite, a transferência de recursos e encargos do nível estadual para o municipal: embora transferências efetivas sejam quase nulas, o que vem ocorrendo é o expressivo crescimento das redes municipais, principalmente nas regiões mais pobres do país (Afonso & Serra, 1994). Múltiplas e heterogêneas experiências vêm sendo realizadas em todo o país, algumas delas apontando para outro tipo de descentralização: a maior autonomia da unidade escolar em sistemas pertencentes a um mesmo nível de governo³¹.

Formas de **privatização** do ensino têm também sido experimentadas pelos diferentes países. Apesar das confusões semânticas, três tipos de processos podem ser detectados. Em primeiro lugar - e quase todos os países registram esse movimento, ainda que pouco quantificado - verifica-se a *privatização por default*: embora não haja recuo da oferta pública, aumenta o peso relativo do setor privado, procurado por grupos médios em função da deterioração da qualidade do ensino público. A segunda vertente expressa uma política deliberada de privatização do ensino, que pode ser registrada tão somente no modelo

²⁸ Uma avaliação das dificuldades da descentralização e, portanto, dos obstáculos a sua maior eficiência é realizada por Flood & Gerchunoff & Lumi (1992): "...no se prepararon en las provincias los recursos humanos necesarios para recibir las nuevas responsabilidades, no está garantizada la transferencia de los servicios, no se han incorporado las problemáticas locales en los lineamientos curriculares y - quizás lo más importante - el Estado Nacional está dejando vacante su rol. Formalmente hay un Consejo Federal de Educación que debería tener tareas de coordinación y vigilar que aumente la retención escolar y disminuyan las desigualdades entre regiones, grupos étnicos, sexos y estratos de ingreso. Pero el Consejo Federal funciona deficientemente, con lo cual estos problemas pueden terminar agravándose." (op. cit. p. 29).

²⁹ No ensino superior, o governo federal concentra a maior oferta, ainda que muitos estados e municípios também contem com universidades próprias. Inversamente ao que tende ocorrer com a educação básica, os municípios tratam de "estadualizar" suas unidades de ensino superior; também repetidamente se verifica, no governo federal, a vontade de transferir sua rede de ensino superior para os estados, encontrando resistências de todo tipo - dos próprios estados e dos sindicatos docentes.

³⁰ Além dos recursos fiscais constitucionalmente transferidos a estados e municípios, o Governo Federal recolhe e transfere recursos do salário-educação, porcentual pagos pelas empresas sobre a folha salarial. Parte desses recursos permanece no nível central e deve financiar programas nacionais de alimentação e material escolar, fortemente centralizados, inclusive na compra e distribuição de alimentos e livros didáticos para todo o território nacional. Estes programas vêm sendo muito lentamente descentralizados, nos últimos anos, através de convênios com os municípios.

³¹ Maior autonomia pode expressar, simultaneamente ou não, maior poder político-administrativo e financeiro por parte de diretores e conselhos de escolas, assim como eleição dos dirigentes escolares. Os estados de Minas Gerais e de São Paulo empreendem reformas do ensino nessas direções.

chileno: ali, além da alternativa de gestão privada dos serviços públicos, a privatização se traduziu em estímulos à provisão privada de serviços educacionais em todos os níveis de ensino, em troca de subvenções públicas, cujos critérios para atribuição estão relacionados com custo e frequência dos alunos - mecanismo também utilizado para alocação de recursos na rede pública. Tal estímulo resultou em mudança na composição das matrículas, com diminuição da pública e aumento da subvencionada. A terceira modalidade - algumas vezes referida também como descentralização - é a que vem se dando através das parcerias ou subvenções a Organizações Não-Governamentais, de tipo filantrópico, para a prestação de serviços educacionais, principalmente através de projetos dos Fundos Sociais de Emergência³².

A **focalização** do gasto educacional não constituiu o eixo das modificações institucionais nesse campo, salvo no **Chile**: tratou-se aí de transferir recursos dos níveis mais complexos (educação universitária, onde ocorreu supressão da gratuidade) para os níveis mais básicos (educação pré-escolar, básica e secundária), e de concentrar o gasto fiscal nos quintis inferiores de renda da população matriculada (em 1987, 60% do gasto fiscal com educação básica se concentrava nos dois primeiros quintis mais pobres. (Rondanelli & Besoain & Llona, 1989). Programas especiais que focalizam regiões e/ou famílias pobres verificam-se principalmente na Bolívia e no México, através dos projetos vinculados aos fundos sociais. No Brasil, um antigo e vasto programa educacional, apoiado pelo BIRD, opera na região Nordeste. Mais do que focalização, os ensaios de alteração do gasto, na área educacional, têm tido como objetivo aumentar a sua progressividade, embora os resultados sejam, nesse plano, muito insatisfatórios, principalmente no que diz respeito ao ensino superior.

É de chamar a atenção o fato de que, em toda a década de 80, apenas a Costa Rica introduz alteração curricular na educação básica visando sua modernização e melhora qualitativa: o Programa de Informática Educativa, iniciado em 1988 (Trejos, 1994). Já no período pós-reformas e sob o governo civil, o **Chile** iniciou um programa de melhoria da qualidade do ensino, **Mece-Básica**, com desempenho aparentemente promissor (Raczynski, 1994). Quase todos os países organizaram programas de capacitação de professores, com resultados pouco animadores.

³² As pouco sistemáticas informações disponíveis sobre esta alternativa de privatização dão conta de incontáveis formas e tipos de envolvimento das ONGs com o sistema educacional, principalmente nos níveis pré-escolares: subvenções totais; pagamento de pessoal das ONGs; "compra" de vagas para atender a demanda ou contratação de atividades de educação especial ou complementar. Na Bolívia, as ONGs e a Igreja Católica assumiram, em convênio com o Ministério de Educação, a supervisão das escolas públicas, em algumas das quais suplementam salários dos professores.

A experiência latinoamericana com os **sistemas de saúde** seguiu trajetória institucional distinta da que ocorreu com educação, pelo menos nos países aqui examinados. Quatro entre os sete casos - Bolívia, Brasil, Costa Rica e México - tentaram, em algum momento dos anos 80, superar a dicotomia e fragmentação de seus serviços e **universalizar a atenção médica** através da criação de **Sistemas Únicos e Descentralizados de Saúde**, aproximadamente nos moldes preconizados pela OMS/OPS, embora o único caso de êxito - relativo e discutível - tenha sido o brasileiro.

Entre 1982 e 1985, a **Bolívia** buscou garantir o direito universal à saúde através da criação de um sistema único fortemente assentado na participação popular (Conselhos Populares de Saúde). A integração pretendida fracassou e, com o agravamento da crise e as restrições do ajustamento, maiores ênfases foram dadas aos programas de atenção básica, (com forte participação das ONGs) e à descentralização, evoluindo posteriormente para a fragmentação da política em grandes projetos territorialmente localizados e apoiados por recursos externos (Arretche & Vianna, 1992). Também o **México**, sem sucesso, ensaiou, no início dos 80, a estratégia de constituir um sistema único de saúde, cujos objetivos eram os de universalizar o atendimento, eliminando as principais disparidades; reforçar a capacidade administrativa e operacional dos serviços, vincular os planos setoriais ao planejamento nacional e descentralizar os serviços³³. As tentativas integradoras dos serviços de saúde, na **Costa Rica**, além de esbarrarem nos tradicionais conflitos entre os setores de seguro-saúde e saúde pública, foram restringidas pelas próprias políticas de ajustamento, de tal modo que, em 1988, ao instituir os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), já se abdicava da meta de integração institucional e pública, que alcançou patamares considerados insuficientes³⁴.

O **Brasil** constitui a exceção, no caso da política de saúde: desde o início da década, mas principalmente com a Constituição de 1988, procedeu-se, no plano formal-institucional, a mais profunda reforma do setor, que além de integrar-se num sistema único, universalizou o atendimento gratuito para toda a população. A criação do sistema unificado foi antecedida,

³³ Algumas avaliações são bastante negativas, enfatizando a permanência dos problemas de fundo que a reforma pretendia superar: a segmentação entre serviços da seguridade e os serviços públicos à "população aberta"; a grande dependência do financiamento em relação às contribuições de trabalhadores e empregadores, sendo decrescente o aporte estatal; a estrutura centralizada da seguridade e a descentralização parcial do subsistema de serviços públicos à "população aberta"; a desconexão do subsistema privado. River & Ascencio & Vinagre, 1991; Laurell, 1991.

³⁴ "...en 1988 se acogió la creación de los SILOS como la política dirigida a resolver los problemas de desintegración y descoordinación que vivía el sistema de salud costarricense. Y en 1989 se publicó el Decreto que establecía el marco jurídico para el desarrollo de los SILOS. Meses antes, se había anunciado también una nueva estructura del sistema Salud, compuesta por 6 regiones, 26 áreas de salud, 86 Sistemas Locales de Salud, los cuales poseen, a su vez, centros, puestos y botiquines. En cada uno de los 81 cantones se organizó un SILO, el cual dispone de centros de salud, puestos e clínicas de la CCSS y Centros Infantiles de Atención Integral." Güendel & Trejos, op.cit: 47.

em 1984, por convênios entre a agência do seguro-saúde (INAMPS) e serviços públicos estaduais e municipais. Em 1987, novo passo é dado, em vários estados, com a criação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde que, na Constituição de 88, passa a se denominar SUS - Sistema Unificado de Saúde. A universalização do atendimento se completa totalmente, sendo eliminadas todas as distinções entre segurados e não-segurados, assim como as urbano-rurais³⁵. Entretanto, o sistema seguiu fortemente dependente dos recursos financeiros da seguridade, cada vez mais insuficientes para cobrir todos os novos benefícios criados ou valorizados constitucionalmente. Também a integração e hierarquização dos serviços, ainda em curso, enfrenta fortes dificuldades, o sistema adquirindo crescentemente características de *municipalização*, mais que integração: cresceu a participação dos serviços municipais de saúde na oferta total e os gastos municipais com o setor apresentaram, nos últimos anos, crescimento acentuado³⁶.

A mais radical **descentralização** e **municipalização** das ações básicas de saúde foi a operada pelo **Chile**. Além de descentralizar a função executiva do agora Sistema Nacional de Serviços de Saúde, SNSS, procedeu-se à municipalização do sistema primário, através da transferência aos municípios de estabelecimentos, equipamentos e pessoal dedicados àquele nível de atenção. A responsabilidade por cuidados secundários e terciários ficou a cargo dos serviços regionais do SNSS³⁷. A **Colômbia**, segundo a mesma matriz descrita para educação, transfere para as municipalidades os serviços básicos de saúde; por sua vez, os departamentos permaneceram com os níveis secundários e terceiros, para os quais

³⁵ A Constituição de 1988 redefine o conceito de Seguridade Social, incluindo previdência, saúde e assistência social e tendo como princípios e objetivos: a universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços à toda a população; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; democratização e descentralização da gestão, com participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (Azeredo e Oliveira, 1989). É fundamentalmente em relação à **saúde** que princípio da universalização da cobertura e atendimento mais se diferencia em relação ao passado: garante-se o acesso igualitário a toda a população, o que deverá ser afirmado também pelas futuras proposições em termos organizacionais - a definição de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

³⁶ Entre 1988 e 1992, os gastos municipais com saúde e saneamento cresceram a uma taxa de 16% ao ano; a disponibilidade de leitos na rede municipal cresceu 15% a.a. e a de postos de saúde em 21% a.a., num período em que as redes estaduais e federal praticamente não cresceram. Também as regiões mais pobres mostraram um desempenho positivo: foram elas as que apresentaram as maiores taxas de crescimento dos serviços municipais. Afonso & Serra, op.cit.

³⁷ O SNSS foi dividido em 27 unidades gozando de autonomia operacional, às quais se juntou o serviço de meio-ambiente. O pessoal municipalizado passou a estar submetido às leis trabalhistas do setor privado, embora sem direito a greves e negociação coletiva. Para financiar as novas responsabilidades, instituiu-se um sistema de financiamento que, a partir do Fundo Nacional de Saúde (FONASA), reembolsa a municipalidade pelos serviços que presta, em base a uma lista de preços pré-estabelecidos (sistema FAP/FAPEM). Raczynsky & Cominetti, op. cit.; Médici & Oliveira & Beltão, 1992.

a União transferiu sua rede hospitalar³⁸. Na **Argentina** a ênfase da descentralização foi posta nas províncias, a quem o governo nacional transferiu hospitais públicos.

A **privatização** dos serviços de saúde, como política deliberada, se deu no **Chile** ao abrir às seguradoras privadas o mercado para planos pré-pagos de saúde oferecidos pelas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), às quais se afiliam em geral os setores de ingressos médios e altos. Outros setores assalariados, contribuindo com 7% sobre as remunerações, optam pelo sistema de livre eleição (pagando preços estabelecidos segundo um dos quatro níveis aos quais o prestador do serviço se vincula) ou contam com os serviços de saúde pública gratuita não-curativa do SNSS. Também na **Bolívia**, coerentemente à lógica do seu ajustamento, houve reforço da privatização na gestão dos serviços de saúde³⁹. No **México**, ainda que marginalmente à estrutura geral de financiamento, introduziu-se o sistema de "recuperação de custos": pagamentos de fees por parte dos usuários dos serviços da Secretaria, segundo sua capacidade econômica, com o objetivo de subsidiar os segmentos mais pobres⁴⁰. Provavelmente mais que em educação, a vertente forte da privatização se dá pela deterioração e falência dos serviços públicos.

Outra vez o **caso brasileiro** ocupa posição singular, na questão da privatização da saúde. A reforma institucional trouxe consigo forte componente de estatizante, mas o país apresenta, na região, um dos mais altos graus de participação do setor privado na oferta global dos serviços, incluindo os comprados pelo setor público: os hospitais públicos respondem atualmente apenas por 10% das internações hospitalares, as 90% restantes sendo feitas pelo setor privado sob distintas formas (planos de saúde, cooperativas médicas ou compra de serviços pelo Estado)⁴¹.

³⁸ Recursos do governo central - tanto do orçamento geral quanto do "situado fiscal" - financiam os departamentos (através dos Servicios Seccionales de Salud - de âmbito regional) e os municípios, e são assignados por critérios múltiplos, proporcionais e redistributivos, permanecendo ainda forte dependência, portanto, dos municípios em relação ao governo central. Carciofi & Beccaria, op.cit.

³⁹ Além do aumento da participação de recursos próprios (consultas e serviços pagos), os hospitais e postos de serviços (equipamentos públicos) passam a ser geridos por uma lógica privada de gestão, implementada seja por profissionais de saúde (que assim complementam seus salários), seja por Organizações não-Governamentais que assumem a supervisão desses equipamentos (Arretche & Vianna, 1991).

⁴⁰ Cinco níveis co-pagamentos foram estabelecidos, variando também segundo o tipo de serviço prestado e a localidade. A participação dos fees nos orçamentos dos hospitais da Secretaria aumentou de 23 a 34% entre 86 e 87, mas a meta de subsídio parece ter sido desvirtuada. Rivero & Ascencio & Vinagre, cit:12.

⁴¹ Os seguros-saúde detêm acima de 40% do mercado; na cidade de São Paulo, 57% das pessoas têm planos privados de saúde. É muito frequente a superposição de planos e filiações, mas o setor público é sempre procurado para exames mais caros, em geral não cobertos pelos planos privados.

A manutenção do princípio de universalização pelo menos da atenção básica e preventiva, em saúde, conviveu, na década, com múltiplos tipos e formas de **focalização**, menos do gasto total, antes do tipo programático, em geral a partir da combinação de critérios territoriais, grupos-alvo e renda. A ênfase no grupo materno-infantil é geral e antecede as modificações dos anos 80; os programas foram, em alguns casos, reorganizados para melhor atingir a população mais pobre (como ocorreu na Argentina⁴²). Focalização mais decisiva do gasto ocorre no **Chile**, que tratou de concentrar a atenção primária nos serviços materno-infantis e no fortalecimento da infraestrutura rural de saúde pública primária. A **Bolívia** e o **México**, através do Fundo Social e do Pronasol, focalizaram ações básicas de saúde em grupos-alvo e regiões deprimidas (como é o caso do Coplamar-Solidariedade mexicano).

Os seguros sociais: as principais alterações dos sistemas de pensões

O **Chile**, a **Argentina** e, recentemente, a **Colômbia** foram os três países, entre os sete, que procederam à reforma de seus sistemas previdenciários, privatizando parte destes e reintroduzindo o regime de capitalização. Interessa-nos aqui sublinhar, dessas reformas, aqueles aspectos que, de algum modo, alteram a lógica do sistema de bem-estar social pré-existente.

A primeira e mais radical reforma é a realizada em 1981 pelo **Chile**, que privatizou o segmento de seguros e alterou o regime para um sistema de capitalização individual, com contribuição compulsória dos trabalhadores de 10% sobre as remunerações. O novo sistema oferece apenas três benefícios: pensão por idade (*pensión de vejez*), pensões de invalidez e sobrevivência, estas financiadas por um seguro coletivo também de capitalização. No mercado privado de seguros, a administração dos fundos de pensão é realizada por 14 instituições (*Administradoras de Fondos de Pensiones - APF*). O Estado, além de funções de regulamentação e fiscalização, garante com recursos fiscais uma pensão social mínima e se encarrega do pagamento dos benefícios devidos aos trabalhadores que preferiram permanecer no antigo regime ("transição" que tem significado gastos de cerca de 9% do PIB). A reforma, em relação ao sistema anterior, significou uma forte homogeneização e uniformização de normas, requisitos e prestações. Além de eliminar as diferenças entre

⁴² Na Costa Rica, o FODESAF já apoiava, desde meados dos anos 70, programas de saúde (entre 30 e 40% do total) e outros focalizados nos grupos pobres. O Brasil, desde os anos 70, instituiu um denso programa de nutrição e saúde, dirigido ao grupo materno-infantil de renda baixa. As avaliações disponíveis revelam desvios tanto de inclusão quanto de exclusão, nesses programas. Trejos, 1994; ILO, 1992; Jaramillo, 1993; Martinez, 1994.

white colors e blue colors, restringiu fortemente a quantidade de benefícios e retirou do sistema os programas de saúde e os assistenciais, resgatando a concepção de um puro, individual e não solidário regime de seguro social.

Mais de dez anos depois, a **Argentina** reformou seu sistema de pensões, após um longo período de discussão pública e parlamentar. O novo sistema é simultaneamente duplo e misto e é opcional a filiação a um ou outro: no sistema público de repartição, o segurado tem direito a uma pensão básica universal - solidária e redistributiva -, a uma pensão correspondente aos anos de contribuição (prestação compensatória) e finalmente, a uma prestação adicional por permanência. Os que se filiam ao novo regime misto, têm direito à pensão básica universal, uma pensão compensatória e à pensão por capitalização. É de 11% a contribuição do trabalhador (para qualquer dos sistemas) e de 16% a do empregador (esta última irá formar o fundo para a pensão básica universal, estimada em US\$ 150,00 mensais). À diferença do sistema chileno, o novo sistema argentino, ainda que suprima a solidariedade intergeracional em um dos seus ramos, mantém uma base solidária geral (a pensão mínima) dentro do sistema compreensivo.

A reforma da **Colômbia**, discutida por mais de três anos no Congresso, foi recentemente aprovada e inicia sua implementação. O novo desenho prevê três sub-sistemas: o privado (por capitalização), o público (por repartição) e o solidário ou cooperativo. O caso colombiano chama a atenção por duas razões. A primeira é a proposta deste setor solidário, destinado a oferecer benefícios a trabalhadores segurados de baixos ingressos pertencentes ao setor informal da economia - ou seja, mantém uma base solidária no próprio sistema. A outra - se assim permaneceu no projeto - é o fato de que não alterar muito os regimes especiais dos funcionários do Estado, mantendo privilégios antigos.

A **Bolívia**, a **Costa Rica** e o **México** não modificaram as bases de seus sistemas previdenciários, embora pequenas medidas de ajustes possam ser encontradas. O **Brasil** também não alterou os linhas mestras do seu sistema, mas foram introduzidas modificações de tal monta que, no plano formal-legal, delineou-se um novo perfil da proteção social. De fato, a Constituição de 88 reforçou os princípios de equidade, uniformidade e redistributividade do regime anterior, além de introduzir novos benefícios: a igualização entre trabalhadores urbanos e rurais; a introdução de critérios de seletividade para a maior proteção aos trabalhadores de baixa renda; a extensão dos benefícios familiares e a proteção ao desempregado involuntário. No que se refere aos valores dos benefícios, houve forte aumento, seja porque foram vinculados ao Piso Nacional de Salários, seja porque

foram alterados os critérios de concessão e cálculo. Os impactos financeiros dessas alterações se fizeram sentir fortemente após 1992, agravados pela recessão e forte evasão das contribuições. Desde 1990, a reforma da previdência voltou à agenda de reformas estruturais. Entre os vários projetos em discussão, predomina a proposta de um sistema misto, em que o regime de repartição se complementa por outro, voluntário, de capitalização individual. Muito recentemente o governo anunciou um projeto de reforma que, além daquela divisão, pretende suprimir radicalmente os regimes especiais dos funcionários públicos civis, o que vem despertando fortes resistências.

Os programas assistenciais

Seguramente estão nesse campo as mais numerosas inovações dos sistemas nacionais de proteção social. A introdução ou o reforço de programas dirigidos aos grupos pobres impôs-se tanto por recomendações programáticas quanto por pressões reais originadas nos aumentos da pobreza e da desigualdade que acompanharam a crise e os ajustamentos processados. Entre os sete países que estamos analisando, há diferenças que dizem respeito tanto às suas tradições anteriores nesse campo quanto às preferências que tiveram por programas mais ou menos permanentes, quanto enfim pelas prioridades estabelecidas. Três países, entre os sete, seguiram relativamente de perto o paradigma de ações sociais emergenciais e compensatórias. O **Chile** inaugurou, na região, a modalidade *rede social*, coerente com o princípio da focalização do gasto e a tentativa de aumentar a sua progressividade. A rede organizou e integrou, para o atendimento a famílias pobres, os seguintes programas e serviços: os dirigidos ao grupo materno-infantil; o fortalecimento da infraestrutura rural de saúde pública primária; o programa de emprego de emergência e os programas habitacionais. Concebeu e dirigiu, também aos grupos pobres, um conjunto de subsídios monetários, entre os quais os mais importantes são o Programa de Pensões Assistenciais (PASIS), dirigido aos idosos e menores marginalizados dos benefícios previdenciários; o Subsídio Único Familiar (SUF), destinado a compensar perdas de benefícios familiares da previdência⁴³. À diferença de outros países que também

⁴³ Estes subsídios cobriram uma porcentagem importante da população pobre, permitindo incrementar o nível de renda do decil inferior em mais de 11%, compensando as perdas de emprego, renda e benefícios previdenciários. Estima-se que o conjunto de benefícios outorgados pelo Estado representam para o decil inferior a duplicação da renda que este setor é capaz de gerar autonomamente. As limitações associadas à focalização são de diferentes tipos. Os problemas que em geral são assinalados dizem respeito a grupos excluídos do foco, por exemplo o segmento de rendas médias ou o grupo etário dos jovens de famílias pobres e médias; a passividade e dependência da população beneficiária; a incidência de mecanismos e critérios clientelistas e, finalmente, a permanência das graves disparidades regionais, particularmente no caso da saúde. (Raczynski & Cominetti, 1992; Vergara, 1991).

concentraram a política social nos programas assistenciais e emergenciais, o Chile não isolou seus programas em um especial fundo social. Apenas no final dos anos 80, já sob o governo civil, foi criado o FOSIS - Fundo de Solidariedade e Inversão Social de Chile, destinado a complementar os programas sociais principalmente pelo apoio à *participação e a organização* dos beneficiários pobres, capacitando-os através de programas "produtivos", de capacitação, de desenvolvimento comunitário e emergenciais. O FOSIS atua através de "fondos concursables", selecionando projetos segundo suas potencialidades de focalização, efetividade, viabilidade técnica, concurso dos beneficiários e auto-sustentação futura. Além de ter sido concebido como complementar e não substitutivo dos programas sociais existentes, o FOSIS difere dos outros fundo de inversão por não ter estatuto diferente - em termos de atribuições, normas, controles e remuneração do seu pessoal - do resto da administração pública (Wurgaft, 1994; Raczynski, 1994).

O **México** também introduziu alterações importantes nos seus **programas assistenciais**. Os antigos subsídios a alimentos foram gradativamente sendo eliminados, dentro da política de corte de gastos, e substituídos primeiramente (1984) pela venda, através da cadeia de CONASUPO, da tortilla a preços mais baratos e, posteriormente (1986), pelo tortibonos⁴⁴. A mais ambiciosa iniciativa foi o **Programa Nacional de Solidariedade - PRONASOL** - iniciado em 1989, como instrumento específico para erradicar a pobreza. Contando com recursos orçamentários e empréstimos externos, o Programa foi inicialmente focalizado sobre áreas pobres, adquirindo posteriormente um caráter nacional. Incluiu programas já existentes, como o IMSS-COPLAMAR (rebatizado IMSS-Solidariedad) e foi organizado em quatro vertentes: i) Bem-Estar (benefício social familiar; infra-estrutura educativa; benefício social comunitário; assistência social e apoio a comunidades indígenas); ii) Infra-estrutura Básica de Apoio (Caminhos e Carreteras) e Eletrificação; iii) Solidariedade para a Produção (Programas Produtivos e Programas de alcance territorial); iv) Mistos (programas de apoios a zonas específicas; outros programas; programas novos) (Wurgaft, 1993; Brachet- Marquez

⁴⁴ Em 1982, o custo do programa alimentar atingia 0,5% do PIB. Com as modificações introduzidas, cai a 0,2% em 1990. A elevação dos preços dos alimentos foi acentuada: a dieta básica, que representava 30% do salário mínimo em 1982, sobe a 50% em 1985 (Carcioffi & Beccaria, 1992, p. 76). Conforme as avaliações de Lustig (1991) e de Friedmann & Lustig & Legovini (1992), a intervenção governamental buscava conferir maior seletividade e progressividade aos seus programas, através da redução de subsídios em geral e da expansão ou introdução de programas destinados a ampliar o poder de compra de famílias pobres (subsídios à tortilla, leite e milho), assistência alimentar ao grupo materno-infantil e educação nutricional. Os subsídios a estes programas mais que duplicaram entre 86 e 89. Em 1988, embora mais da metade do gasto governamental com subsídios ainda fosse para alimentos em geral, o percentual focalizado sobre famílias pobres havia aumentado de 20% (1983) a 50%. A população pobre rural, até aquele ano, carecia de programa que proporcionasse os mesmos níveis de proteção alimentar de que dispunham as famílias pobres urbanas.

& Sheradden, 1992)⁴⁵.

Do ponto de vista da estratégia de implementação, o PRONASOL, sob a supervisão direta e pessoal do Presidente da República, envolve a mobilização e participação popular e das comunidades, que adicionam seus recursos (humanos e trabalho) às iniciativas públicas. Institucionalmente, desenvolve-se através das ações conjugadas dos governos federal, dos estados e municípios, sendo o convênio a forma usada para as articulações e repasse de recursos (Convênios CUD). Os Comitês de Solidariedade e os Consejos Municipais de Solidariedade são os organismos que agilizam descentralizadamente o Programa: recebem as demandas comunais, estabelecem prioridades e distribuem os fundos aos municípios. Em 1992, o Programa foi incorporado ao novo Ministério de Desenvolvimento e Solidariedade, reforçando e conferindo maior institucionalidade à área de programas assistenciais do sistema mexicano de proteção social. No plano da agenda política, é inegável a centralidade do PRONASOL, componente importante das estratégias político-eleitorais.

Na **Bolívia**, com o objetivo de aliviar os custos sociais do ajuste refletidos nos segmentos mais pobres da população, instituiu-se o **FSE - Fundo Social de Emergência**, criado em 1985 como organismo autônomo diretamente ligado à Presidência da República, operando sob normas especiais de exceção, com critérios de eficiência "próprios do setor privado" e em geral em parceria com ONGs (Wurgaft, 1994: 53). Os programas apoiados pelo FSE foram dos tipos assistência social, infraestrutura social, infraestrutura econômica e apoio à produção. Terminou suas operações em 1991 e foi substituído pelo **FIS- Fundo de Inversões Sociais**, concebido com caráter permanente e dirigido basicamente a programas de saúde e educação. Na transformação do FSE em FIS, aparentemente operou-se uma certa centralização do programa, que visava eliminar duplicação de esforços e conferir maior poder de iniciativa ao Estado.

O **Brasil**, a **Argentina**, a **Costa Rica** e a **Colômbia**, ainda que contem com numerosos e variados programas dirigidos aos grupos pobres, não introduziram, na década, uma estratégia deliberada de erradicação da pobreza, conforme se pode avaliar em estudo recente (Martinez, 1994; Trejos; 1994; Draibe, 1994; Jaramillo, 1993). Tampouco

⁴⁵ Entre as ações de Bem Estar envolve os programas do IMSS- Solidariedade; o Hospital Digno e Centros de Saúde e Bem Estar; a Escola Digna, as Escolas em Solidariedade (100 escolas com piores índices de reprovação e deserção); Crianças em Solidariedade (bolsas para alunos pobres); programas de professores aposentados, estimulando-os a incorporarem-se em campanhas de alfabetização, e bolsas para alunos de curso superior que prestem serviços comunitários.

concentraram em programas emergenciais compensatórios as ações voltadas às populações mais pobres. No caso brasileiro, após a fracassada tentativa dos PPS - Programas de Prioridades Sociais que acompanharam as estratégias de ajuste heterodoxo do Plano Cruzado (1986) - somente em 1993 instituiu-se o Programa de Combate à Fome e à Miséria, muito mais um movimento social mobilizador e de solidariedade, do que efetivo programa para a pobreza. Paradoxalmente, vários dos programas federais foram desativados à medida em que se acentuava a crise econômica, entre eles os de alimentação e nutrição (salvo o da merenda escolar e o recente programa de leite para crianças desnutridas) (Draibe et alii, 1994). No caso dos **programas habitacionais**, o complexo e antigo programa (SNH/BNH) foi extinto em 1986; inúmeros outros, mais focalizados na população de baixa renda foram desde então, implementados⁴⁶. A **Argentina** reforçou ou criou programas para enfrentar algumas situações do forte empobrecimento: o PAN - Programa Alimentário Nacional; o PROMIN - Programa Materno- Infantil, o PSA - Programa Social Agropecuário - dirigido à pobreza rural -, o Plan Arraigo, destinado à regularização urbana e de assentamentos precários (Martinez, 1994). A **Costa Rica** contabilizou, em 1993, 38 programas de combate à pobreza, dos quais os assistenciais, que mobilizam 12% dos recursos, parecem ter melhor cobertura. O programa habitacional que o país realiza, altamente subsidiado, utilizando 23% dos recursos destinados aos programas para a pobreza, atingiu reduzido número de beneficiários e não os mais pobres. Os programas de apoio produtivo somam-se aos primeiros, compondo um quadro que se aproxima de uma estratégia de combate à pobreza, com ênfase crescente na inversão em recursos humanos: os programas de Talleres Públicos de Capacitación y Producción (PTT), assim como o de Informática Escolar enquadram-se nesta perspectiva (Trejos, 1994). A **Colômbia**, que apresentou melhoras nos indicadores sociais e de pobreza nos anos 80, contabiliza, entre os programas sociais de impacto sobre as populações pobres, o Programa de Habitação Popular - subsidiando a habitação de interesse social no interior do próprio sistema de CAPs(Corporaciones de Ahorro y Viviendas) -, o Programa Supervivir, envolvendo ações de saúde e educação para crianças pequenas; o Programa Escuela Nueva, voltado para o aumento da qualidade da educação básica, principalmente nas zonas rurais; os Hogares de Bienestar - programa de creches com participação comunitária e, finalmente, o Plan Nacional de Rehabilitación, conjunto de medidas voltadas à melhoria do

⁴⁶ Na área federal, os mais conhecidos são o Programa Nacional de Mutirões Habitacionais; o Programa Nacional de Apoio às Comunidades *Fala Favela*, o Programa Orçamentário, o Programa Morar- Município e Morar- Brasil. Apesar de inovadores na formulação e implementação, foram pouco efetivos na produção de unidades habitacionais - estimadas em 200 mil, frente a um déficit de 7 milhões. Draibe et alii, 1994.

bem estar de populações marginalizadas das regiões mais afetadas pelos conflitos guerrilheiros (Jaramillo, 1993).

O comportamento institucional descrito foi acompanhado de poucas, mas importantes alterações no financiamento e no gasto social públicos, como se verá a seguir.

2. O PADRÃO DE FINANCIAMENTO E O GASTO SOCIAL PÚBLICO GLOBAL E SETORIAL NOS ANOS 80/90

O **modo de financiamento** do gasto social alterou-se pouco, no decênio 1980-1990. Apenas aqueles sistemas de proteção que tiveram seus princípios fortemente alterados - o Chile e, parcialmente, o Brasil - registram modificações significativas. No **caso chileno**, como vimos, a privatização nos setores de seguridade e de saúde reduziu a participação dos recursos de origem fiscal no financiamento atual das pensões e, em parte, nos serviços de saúde, embora o gasto fiscal com os segurados do regime anterior seja muito alto, como já se indicou. No **caso brasileiro**, ao contrário, várias modificações constitucionais, entre elas a integração e universalização do sistema de saúde, projetam um aumento dos recursos de origem fiscal no financiamento do gasto público social. Outra tendência de mudança que se registra, em alguns países - em consequência de processos de reformas tributárias e descentralização administrativa - é o aumento da participação de recursos locais (municipais e estaduais/provinciais) no gasto social (principalmente com educação básica e atenção primária de saúde), com equivalente redução da participação dos recursos do governo central. Porém **um balanço geral da origem e composição dos recursos destinados à área social, nos países que estudamos, não revela uma efetiva e profunda alteração do modelo anterior de financiamento do gasto social público** - mais uma demonstração da reduzida transformação institucional dos programas sociais no período.

Diferenças maiores verificaram-se na dinâmica do gasto. O Quadro 1, a seguir, registra as principais variações ocorridas no decênio.

QUADRO 1

América Latina, Países Seleccionados: GASTO PÚBLICO SOCIAL TOTAL E SETORIAL
1980/81 e 1990/93
(em % do PIB e per capita)

	TOTAL	EDUCAÇÃO	SÁUDE	SEGURIDADE	HABITAÇÃO
CHILE					
TOTAL (% PIB) (1980/1)	17.0	4.2	2.6	9.2	1.2
TOTAL (% PIB) (1990/3)	14.0	2.7 (6)	2.1 (6)	8.9 (6)	1.2 (6)
US\$ "per capita" (1980/1)	264.5	63.4	40.0	110.6	16.8
US\$ "per capita" (1990/3)	260.9	52.1	43.8	120.5	22.3
ARGENTINA					
TOTAL (% PIB) (1980/1)	16.2	3.3	4.0	5.7	0.9
TOTAL (% PIB) (1990/3)	15.5	3.4 (4)	4.4 (4)	5.4 (4)	0.7 (4)
US\$ "per capita" (1980/1)	569.9	113.5	154.0	255.8	46.7
US\$ "per capita" (1990/3)	516.5	104.1	133.8	238.0	40.8
COSTA RICA					
TOTAL (% PIB) (1980/1)	23.3	6.9	11.3	3.6	1.5
TOTAL (% PIB) (1990/3)	20.1 (7)	4.6 (5)	6.8 (5)	6.8 (5)	3.2 (5)
US\$ "per capita" (1980/1)	251.3	92.0	111.1	32.4	8.6
US\$ "per capita" (1990/3)	261.1	78.7	120.2	54.4	3.8
BRASIL (2)(3)					
TOTAL (% PIB) 1980/1	9.3	0.9	1.8	5.1	1.5
TOTAL (% PIB) 1990/3	11.8	1.9	2.4	7.0	0.8
US\$ "per capita" (1980/1)	159.6	16.7	29.9	89.4	23.6
US\$ "per capita" (1990/3)	177.3	20.1	38.0	106.6	12.5
MEXICO					
TOTAL (% PIB) (1980/1)	8.0	3.1	3.5	-	0.8
TOTAL (% PIB) (1990/3)	6.5	2.7	3.2	-	0.2
US\$ "per capita" (1980/1)	224.8	87.6	94.0	-	23.5
US\$ "per capita" (1990/3)	167.4	67.2	80.1	-	8.3
COLOMBIA					
TOTAL (% PIB) (1980/1)	7.8	2.8	1.1	2.8	0.7
TOTAL (% PIB) (1990/3)	7.9	2.7 (6)	1.0 (6)	3.1 (6)	0.5 (6)
US\$ "per capita" (1980/1)	91.4	34.2	13.2	35.5	8.5
US\$ "per capita" (1990/3)	107.2	37.1	16.5	49.4	4.2
BOLÍVIA (2)					
TOTAL (% PIB) (1980/1)	5.9	3.8	1.7	0.2	0.2
TOTAL (% PIB) (1990/3)	5.5	2.6	0.3	2.6	0.0
US\$ "per capita" (1980/1)	73.0	48.1	18.7	-	1.3
US\$ "per capita" (1990/3)	45.0	29.0	13.4	-	0.3
A.LATINA-Médias Regionais (7)					
TOTAL (% PIB) (1980/1)	11.2				
TOTAL (% PIB) (1990/3)	10.2				
US\$ "per capita" (1980/1)	237.2				
US\$ "per capita" (1990/3)	208.2				

Fonte: CEPAL, 1994; Cominetti, 1994.

- Os valores em dólares per capita correspondem às médias 1980/1981 e 90/93.
- Os valores da Bolívia e em menor medida do Brasil estão subestimados devido à seleção do ano de 1985 como base.
- O gasto brasileiro corresponde apenas ao Federal, equivalendo a pouco mais que a metade do gasto social público total; o gasto mexicano refere-se ao Sector Público Pressupuestario.
- Os percentuais dos gastos setoriais sobre o PIB correspondem aos anos de 1980 e 1990 para a Argentina e todos os outros países, salvo indicação específica.
- Referem-se a 1989.
- Referem-se a 1988.
- Referem-se a 1987.
- Além dos países acima, estão incluídos o Uruguai, a Venezuela, o Equador e o Peru.

Comparando os anos extremos da década, verifica-se que o gasto social total médio da região em relação ao PIB de 1990 reduziu-se pouco (um ponto porcentual). Também não se modifica, nos dez anos, a já indicada distribuição dos países segundo os três grupos de gasto (alto, moderado e baixo). Entre os países analisados, entretanto, todos, com exceção do Brasil e da Colômbia, apresentam quedas (enquanto porcentual do PIB), que são maiores no Chile (-3%), na Costa Rica (-2%), no México (-1,5%) e bem pequena na Bolívia (-0,2%).

O comportamento do gasto social per capita mostra diferenças mais fortes: em apenas um caso, o do Brasil, há aumento significativo; a Colômbia e a Costa Rica registram aumento insignificante, enquanto que os outros quatro países registram redução (modesta no caso da Argentina e Chile e bem acentuada no caso do México e da Bolívia - 25% e 38% respectivamente).

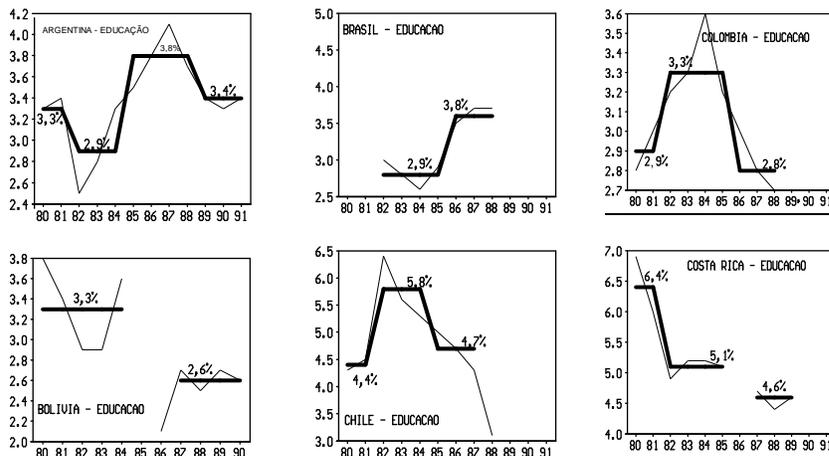
Os gastos setoriais, tanto em porcentuais do PIB quanto em valores per capita mostram um padrão mais heterogêneo de comportamento. Como porcentual do PIB, os gastos com educação e saúde caem em 5 dos sete casos estudados (registram aumento nos dois setores a Argentina e o Brasil). No caso da seguridade, enquanto Argentina e Chile registram pequena queda, os outros mostram pequenos aumentos (salvo o México, para o qual não se dispõe de informação). Os gastos per capita com educação caíram em 5 dos 7 países, tendo mostrado comportamento positivo apenas no Brasil e na Colômbia. Já com a saúde, o gasto per capita aumenta em quatro casos, registrando decréscimo na Argentina, no México e na Bolívia. No caso da seguridade social, o gasto per capita apresentou aumentos nos casos da Costa Rica, Chile, Brasil e Colômbia, e queda na Argentina, México e Bolívia⁴⁷.

Vários estudos têm indicado ter sido a queda do gasto social per capita, entre 1980 e 1990, bastante generalizada no continente. A mais marcante característica do comportamento do gasto social foram, entretanto, suas fortes oscilações nos anos 80, que pode ser vista, nos Gráficos abaixo, através do comportamento dos setores de educação, saúde e seguridade.

⁴⁷ Essa tendência se verifica principalmente em relação aos porcentuais do PIB, salvo na Argentina e no Brasil. Em termos de composição do gasto, um número maior de países mostra aumento relativo da participação de educação e saúde no gasto social total. No **Brasil**, entre 1980 e 1989, a participação da educação no gasto social federal sobe de 9,55 a 17,2%; a de saúde de 19% a 23,5%; a de alimentação de 0,64 a 2%, enquanto a participação do gasto público federal com habitação reduz de 12,5 a 2,1%. (Azeredo, 1991). Na **Colômbia**, entre 1980 e 1990, também crescem as participações relativas de educação e saúde no gasto social básico (de 61% a 63% e de 19,5% a 23,2% respectivamente), enquanto decresce a participação de gastos com habitação e atenção materno-infantil - de 19,4% a 14,4%. (Delgado, 1993). No **México**, a participação dos gastos com educação no gasto social total sobe de 39 a 42,5%, enquanto a de saúde aumenta de 40 a 47,5%. (Lustig, 1991). Na **Costa Rica** se dá o inverso na composição do gasto: entre 1980 e 1989, a participação da educação cai de 29 a 23%; a de saúde de 48,3 a 29,6%, enquanto sobe a participação da assistência social (de 15,3 a 35,4%) e da habitação (de 6,6 a 12,1%). Sojo, 1993.

GRÁFICO 1

América Latina 1980-1990: Gasto Social em Educação -- Países Seleccionados - (% PIB)



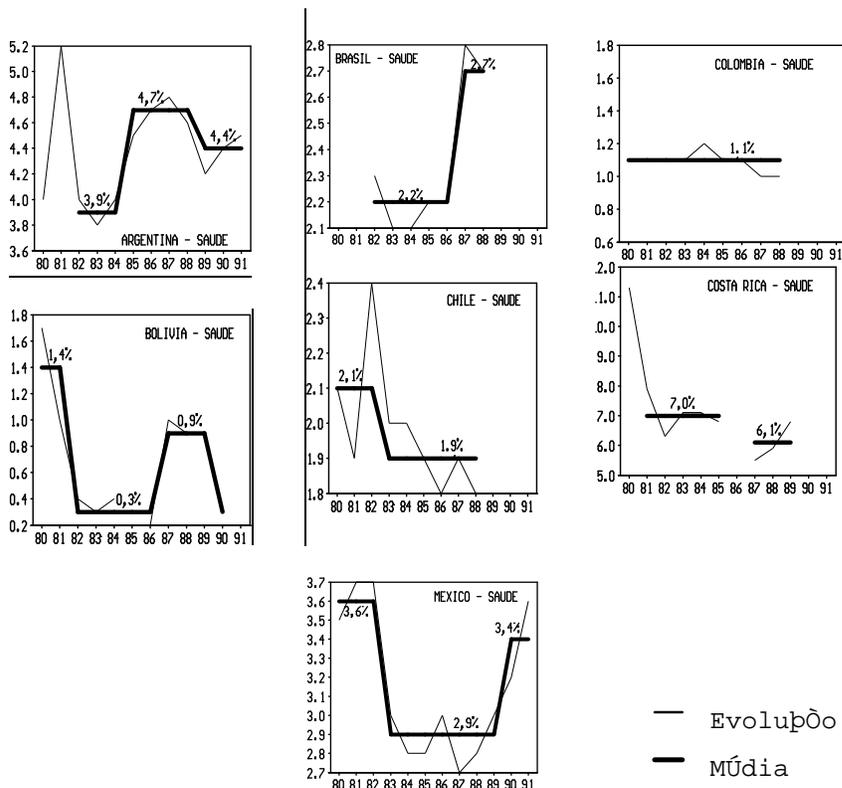
NEPP/UNICAMP, 1994.

FORTE: CEPAL, 1994; Cominetti,

* Salvo Brasil, para o qual foram agregados gastos dos três níveis de governo

GRÁFICO 2

América Latina 1980-1990: Gasto Social em Saúde -- Países Seleccionados - (% PIB)



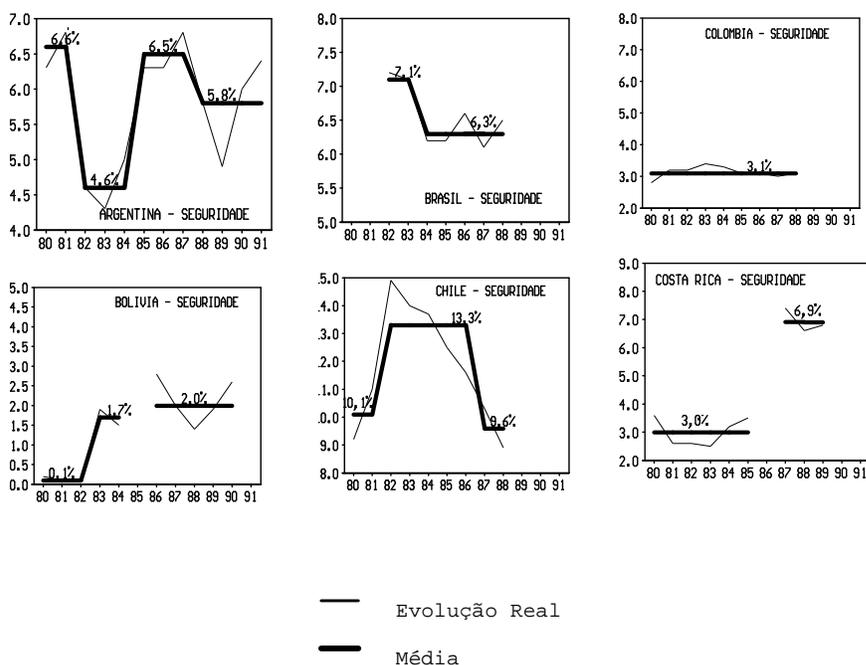
NEPP/UNICAMP, 1994.

FORTE: CEPAL, 1994; Cominetti,

* Salvo Brasil, para o qual foram agregados gastos dos três níveis de governo

GRÁFICO 3

América Latina 1980-1990: Gasto Social em Seguridade -- Países Seleccionados (% PIB)



NEPP/UNICAMP, 1994.

FONTE: CEPAL, 1994; Cominetti,

* Salvo Brasil, para o qual foram agregados gastos dos três níveis de governo

O gasto social setorial oscilou fortemente e, no início dos 90, praticamente não haviam ainda recuperado o patamar de 1980. Mas, além de fortes, as **oscilações** do gasto social total e setorial revelam a natureza das suas relações com variáveis macroeconômicas gerais. O competente estudo de Rossana Cominetti (1994) ressalta que o gasto social operou como um instrumento do *ajustamento fiscal*, dele se exigindo o mais significativo esforço para a redução do gasto público. O mesmo esforço pró-ajustamento foi também demonstrado nos episódios de desajustes: na maioria dos casos, o gasto social cumpriu papel amortizador, raros sendo os episódios em que contribuiu para ampliação do desequilíbrio (Cominetti, 1994: 22/23).

Entre os países que acompanhamos, algumas situações particulares são sublinhadas pelo referido estudo. No **caso chileno**, se no início dos anos 80 o gasto social contribuiu para agravar o desajuste fiscal (provavelmente em razão da reforma da seguridade e dos programas assistenciais iniciados), na segunda metade da década foi exatamente sua forte redução (queda de 4,3% da sua participação no PIB entre 1985 e 1987) que mais contribuiu

para aquele episódio de ajustamento fiscal (o gasto primário encolheu em 3,5% e o gasto não-social em 0,8%). Dessa forma, mesmo tendo estabilizado suas finanças, o Chile chega aos anos 90 com um nível de gasto social ainda inferior ao de 1980. É também substancial o papel pró-ajuste do gasto social público na **Costa Rica**: no início dos 80 registra redução da ordem de 9% do PIB⁴⁸. Na **Argentina**, se no início da década o gasto social público contribuiu com uma redução de 3,6% percentuais do PIB para o ajustamento, no período imediatamente posterior sua expansão de 4,5% do PIB atua mais no sentido pró-desajuste. Nos outros países, as magnitudes de redução e expansão do gasto social acompanharam mais ou menos os outros componentes do gasto público⁴⁹.

As novas condições institucionais e financeiras em que passam operar os programas sociais constituem o centro das preocupações da parte seguinte.

⁴⁸ Examinando os comportamentos pró-cíclicos e anti-cíclicos e pró-ajustes e pró-desajustes do gasto social público durante os 80's, a enfatiza que "...la evidencia es bastante concluyente respecto de que los gastos sociales durante la década del ochenta contribuyeron al cierre de la brecha fiscal en la región y por otra parte, no constituyeron un factor de desequilibrio de las finanzas públicas." A autora agrupa países segundo o papel desempenhado pelo gasto público tanto na fase de fortes desequilíbrios quanto nos períodos de ajuste fiscal, verificando que na maioria dos casos o gasto social operou como fator eminentemente proajuste, nas duas fases. (Cominetti, 1993: 22-24).

⁴⁹ No **caso mexicano**, a estratégia de redução do déficit público implicou num decréscimo de 7,6% (cumulativo) do gasto governamental e uma contração de 33,6% no gasto social (saúde, educação, desenvolvimento urbano e "solidariedade"): "...Como resultado, a proporção do gasto social no gasto não-financeiro declinou de 31.2 por cento em 1981 a 28 por cento em 1983. A tendência começou a se reverter em 1985. Por exemplo, a mesma proporção em 1989 alcança 35.6%." Lustig, 1991: 15.

PARTE III

OS PROGRAMAS SOCIAIS LATINOAMERICANOS NA DÉCADA DAS REFORMAS: UM BALANÇO PRELIMINAR

Após uma quinzena de anos, dificilmente se poderá afirmar terem sido plenamente reformados os programas sociais latinoamericanos. Entretanto, e paradoxalmente, vêm passando por múltiplas e frequentes alterações de desenho, de formulação e principalmente de gestão e formas de operação. Esta Parte examina, agora em conjunto, as principais tendências detectadas e as novas modalidades de proteção social que parecem estar sendo sugeridas por esse denso movimento de mudanças.

1. A VARIEDADE DE PROCESSOS E A SEMELHANÇA DOS RESULTADOS

O Quadro 4 (Anexo) localiza os sete países estudados de acordo com as principais alterações que vêm afetando os programas sociais. Experiências de **Descentralização**, **Privatização** e **Focalização** são comuns a quase todos os países, independente do modelo mais geral de reformas estruturais que manejaram. Diferem, entretanto, em relação às modalidades que cada um dos três processos admite, assim como à posição final resultante do setor público na oferta e regulação dos serviços.

São raras as **políticas deliberadas** gerais de descentralização, privatização e focalização, apenas o Chile mostrando certa consistência de decisões nesse sentido. Políticas setoriais, entretanto, verificam-se com frequência nos sete países, ainda que de modo desigual. Enquanto tendência geral, a **descentralização** e a **focalização** são experiências que afetam basicamente as áreas de educação (básica e secundária), saúde e programas assistenciais. Os programas de pensões (e os de saúde para segurados) passam ao largo desse movimento, mantendo suas instituições anteriores. A **privatização**, por sua vez, parece ser processo mais raro, manifestando-se com força apenas nos sistemas de pensões (Argentina, Colômbia e Chile) e tão somente no Chile para as outras áreas de políticas. Quando, entretanto, o eixo privilegiado da privatização significa transferência para ONG's, a frequência de áreas e países aumenta, sendo consistente no Chile, na Bolívia e no México. A forma mista - parceria do setor público com entidades privadas - é mais frequente

ainda, dela participando também a Argentina, o Brasil e a Costa Rica. Finalmente, formas de privatização por falência dos serviços públicos têm sido registradas no Brasil, Bolívia e, em menor medida, Argentina e Costa Rica. Há variações setoriais, que merecem comentários.

Apenas os programas de **Seguridade Social** reformados - Chile, Argentina e Colômbia - registram tendência de **privatização** (total no caso chileno ou parcial nos dois outros países). Uma espécie de descentralização ocorre com a entrada de entidades privadas de seguros sociais.

No caso da **Educação básica e secundária**, as experiências dos sete países são bastante similares. Predominam nesse setor as políticas deliberadas de **descentralização para níveis locais de governo**, com exceção da Costa Rica e do México. Contrariamente, não se registra nenhum caso claro de **privatização**, nem mesmo no Chile. Embora o setor educacional básico venha experimentando múltiplas alternativas de parcerias, subvenções ao setor privado e terceirização da gestão, a oferta pública não mostra recuo significativo⁵⁰. Finalmente, este nível educacional não tem sido objeto privilegiado de **focalização** do gasto, seja por nível de renda dos alunos, seja em relação a outros níveis de ensino, a exceção sendo tão somente a de conferir prioridade a regiões deprimidas, unidades escolares de pior qualidade ou projetos que concorrem por recursos especiais (Chile, Bolívia e México). **Assim, este programa social segue apresentando características de universalidade e gratuidade em todos os países estudados.**

Nos **programas de saúde** são quase inexistentes as **políticas deliberadas de privatização**, embora formas de co-pagamento tenham sido introduzidas pelo Chile. Também são frequentes as parcerias com ONG's (Bolívia, México). **Diferentemente, formas explícitas de privatização são registradas em quase todos os países no caso de serviços de maior complexidade.** O setor registra também **fortes esforços de descentralização**, através de políticas deliberadas no Chile, Argentina, Brasil, Colômbia, as exceções sendo aqui a Bolívia e o México. A Costa Rica e o Brasil orientaram-se por um tipo sistêmico de descentralização, em que a unidade local de saúde ou o nível municipal são reforçados dentro de um sistema centralizado. Mas essas experiências, como já se assinalou na Parte I, foram até agora pouco exitosas.

Os **programas de assistência social dirigidos aos segmentos pobres** tendem, em quase todos os países, a mostrar as seguintes e semelhantes características: apoiam-se desde o

⁵⁰ No caso da educação superior, a tendência tem sido menos a da menos privatização e sim a de quebra da gratuidade (Chile).

início em formas mistas de parceria público/privado; estão sob sistemas decisórios fortes e nacionais; não contam com redes de interesses fortes de sustentação, salvo partidos e altas autoridades políticas, dado o potencial clientelista que detêm; tendem a ser operados descentralizadamente e as modalidades predominantes são os municípios, organizações de beneficiários e as ONGs; as transferências de recursos tendem a ser fracas e insuficientes (salvo projetos de Fundos Sociais) e, finalmente, são focalizados, ainda que variem muito os critérios de focalização. Em quatro dos sete países são operados por Fundos Sociais de emergência - México, Bolívia, Chile e Costa Rica -, mas apenas nos dois primeiros estão aí concentrados os programas compensatórios que acompanharam as políticas de ajustamentos.

O Quadro 4 mostra ainda interessantes diferenças entre os países, quando se examinam os níveis preferenciais escolhidos para apoiar as políticas descentralizadoras ou a força com que se efetivam as transferências de recursos. **Se a descentralização está associada ao recuo da oferta pública, o nível privilegiado são as entidades não-governamentais** (Chile, México, Bolívia), escapando parcialmente dessa tendência o Brasil, a Costa Rica, a Argentina e a Colômbia. Se, entretanto, a descentralização tem o objetivo de transferir poder e recursos de um nível superior a um nível local de governo, **a tendência dominante é a municipalização, mesmo em países de estrutura federativa como a Colômbia ou o Brasil**. A exceção cabe à Argentina, que vem descentralizando seus serviços de educação e saúde privilegiando o nível provincial.

Há **diferenças setoriais**, assim mesmo. Na saúde, a municipalização é a tendência predominante no Chile, Brasil e na Colômbia, diferindo desse padrão a Argentina (que reforça o nível provincial). Na descentralização da educação básica, entre os quatro países que exibem políticas deliberadas nesse campo as preferências se dividem: Brasil e Argentina privilegiam o nível provincial ou estadual, enquanto o Chile e a Colômbia enfatizam o município.

A força da descentralização ocorrida pode ser estimada pelo nível de transferência de recursos (ou de redução da dependência em relação a recursos centrais) **versus** a de encargos e atribuições. Nesse plano, há grande semelhança entre os países que vêm experimentando descentralização: são raras as situações que revelam forte transferências de recursos, mesmo quando a descentralização de atribuições tenha sido significativa. O Chile, em parte, parece ter logrado descentralizar recursos com mais força e coerência,

enquanto a Argentina, o Brasil, a Colômbia e o México (em programas assistenciais) mostram um padrão sistemático de fraca transferência de recursos⁵¹.

A última observação que o Quadro 4 permite fazer diz respeito à posição resultante do setor público, nas várias áreas, após quinze anos de experiências de privatização e descentralização. Em termos do seu peso na oferta dos serviços, em muito poucos casos o setor público mostra forte recuo: a seguridade chilena; as áreas de saúde e programas assistenciais no Brasil e, também esta última na Costa Rica. Ou seja, **apesar das inúmeras experiências de privatização, é modesto o recuo do setor público e, quando ocorre, provavelmente o faz menos por decisão ou coerência privatizante, mais em decorrência da restrição de recursos e a conseqüente deterioração dos serviços públicos.**

Também **as frequentes experiências ou processos de descentralização e privatização não parecem ter afetado muito o poder e capacidade regulatória do Estado sobre os programas sociais.** Os casos em que se verificam fraca regulação (seguridade social e educação na Colômbia e na Bolívia; educação básica e superior no Brasil; programas assistenciais no Brasil e na Argentina) revelam muito mais falências ou insuficiências sistêmicas que resultados de decisão. Ao contrário, o Chile que tão deliberadamente descentralizou e privatizou, mostra forte poder regulatório em praticamente todas as áreas sociais.

Finalmente, é de se notar que, por estas características institucionais, não se pode depreender alterações significativas no caráter universalista dos programas, principalmente na educação básica, mesmo quando políticas deliberadas de focalização tenham sido implementadas (Chile, México e Bolívia). Na saúde, menos por focalização, mas sobretudo por privatização - deliberada ou não - alguns países registram enfraquecimento do critério universalista e da oferta gratuita, ou ambos.

Sem a pretensão de um balanço, a topologia comparada registrada no Quadro 4 revela um interessante processo de mudança nos programas sociais. Apesar dos diferentes paradigmas e concepções de reformas (ou da não-reforma), a descentralização, a privatização e a focalização não foram processos exclusivos de algum modelo particular. Desse modo, há sugestivas **semelhanças de resultados**, ainda quando alcançados por

⁵¹ Ainda assim, no Chile, a forte transferência de encargos nos programas municipalizados tem sido acompanhada, aparentemente, de modestos pagamentos dos custos *per capita* estimados dos serviços. No Brasil, em função do forte federalismo fiscal, a descentralização foi mais forte na transferência de recursos que de encargos, embora nos primeiros anos dos 90 tenha crescido fortemente a participação de recursos próprios dos municípios no gasto social. Na Argentina, na Colômbia e no México a dependência de recursos federais mantém-se alta.

processos distintos: afinal as reordenações das relações público/privado; a descentralização; a focalização ou mesmo a manutenção de programas universais assemelham-se quanto aos resultados, apesar de apoiadas em distintas modalidades, formas e timings de alterações.

2. AS ALTERAÇÕES DOS PROGRAMAS SOCIAIS: os limites institucionais

É interessante destacar que não mudou a posição relativa dos países, no tocante aos indicadores sociais, ao longo da década. É o que, grosso modo revela o Quadro 5. Os países foram aí ordenados em um ranking que varia de 1 a 7 segundo alguns indicadores sociais e o Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD) que lhes corresponde⁵². **As mudanças de posição, entre 1980 e 1990 são insignificantes, apenas a Colômbia mostrando melhora visível de posição.**

A permanência das posições relativas dos países permite diferentes leituras. Mostra, em primeiro lugar, que, por mais frequentes e fortes que tenham sido as alterações institucionais dos programas, não chegaram a alterar o padrão histórico do seu desempenho, quando comparados os países entre si. Remete, por outro lado, a uma indagação sobre as relações entre o gasto e o desempenho dos programas sociais. Não são muito precisas as conclusões que podem ser extraídas das comparações entre o comportamento do gasto e os indicadores de desigualdade e incidência da pobreza, mas elas possibilitam algumas especulações.

Numa década em que aumentaram os níveis de *pobreza e de desigualdade social*, o gasto social público não pareceu ter sido especialmente direcionado para minimizar a deterioração das condições de vida; ao contrário, registram-se quedas acentuadas na maioria dos casos em que também se registra aumento da pobreza e da desigualdade⁵³. Porém, o aumento do gasto, quando se verificou, não foi acompanhado de substantivas reduções da desigualdade

⁵² Os mais baixos números correspondem às melhores posições.

⁵³ Confrontadas com o comportamento do gasto social total e *per capita*, as informações disponíveis sobre incidência de pobreza e concentração da renda organizam um quadro pouco conclusivo. De fato, a Argentina e o Chile registraram simultaneamente queda no gasto social e aumento da pobreza e desigualdade, enquanto o Brasil e a Costa Rica gastaram mais em circunstâncias de piora da distribuição da renda e da pobreza. Apenas a Colômbia estaria registrando comportamento mais próximo das expectativas, já que registrou aumento do gasto e redução da incidência da pobreza e da concentração de renda. As fortes reduções do gasto social mexicano são aparentemente inconsistentes com a redução da incidência da pobreza (até 84), mas provavelmente, a crer nas evidências, houve aumento da desigualdade até o final da década.

e da pobreza, ou de sensíveis melhoras nas condições de vida. A insuficiência dos recursos, no primeiro caso, e a ineficácia e ineficiência na sua execução, no segundo, constituem fortes fatores explicativos do desempenho dos programas sociais.

É importante, então, sublinhar, à base das observações anteriores, a força relativa dos fatores econômicos na explicação das variações do desempenho dos programas sociais, na década dos 80. Num período de tantas inovações institucionais, a piora da situação econômica e as oscilações e insuficiências de recursos produziram impactos negativos sobre o desempenho dos próprios programas, agravando suas distorções originais ou impedindo que as inovações institucionais que pretendiam melhorá-los pudessem se implementar adequadamente.

Neste item, algumas dimensões dos programas e das políticas são examinadas sob a dupla perspectiva dos impactos negativos que sobre elas tiveram as restrições econômicas e do próprios limites em que esbarraram as inovações institucionais implementadas.

- A fragilização dos programas universais

Os programas universais, ainda que pouco alterados do ponto de vista da sua institucionalidade, foram abalados principalmente pelas restrições de gasto. Ao contrário da ênfase posta no debate, as informações colhidas mostram não ter sido propriamente a **focalização** ou a **privatização** que comprometeram estes programas que, ao final, seguiram e seguem principalmente universais, públicos e gratuitos. As dificuldades que enfrentam derivam basicamente do empobrecimento da população e da restrição de recursos. Como já se viu, mesmo nos países que equilibraram suas finanças, as recuperações do gasto social setorial no começo dos noventa mal atingiram os níveis de 1980, enriquecimento de recursos que debilitou dramaticamente os serviços sociais básicos, comprometendo o ritmo de universalização da cobertura, a qualidade da oferta e os graus anteriormente atingidos de equidade do sistema. Senão, vejamos.

No caso da educação, já pelo lado da demanda, o aumento da pobreza e da desigualdade fizeram se sentir rapidamente, principalmente naqueles países que também apresentavam

graus elevados de repetência e deserção escolar. O caso do México é extremo⁵⁴, mas também o Brasil, apesar da melhora em quase todos seus indicadores educacionais, seguiu registrando índices muito elevados de repetência escolar no nível primário, nula ampliação da taxa de cobertura do secundário, queda de qualidade e forte persistência das desigualdades. Na Costa Rica, entre 80 e 89, a taxa de repetência se incrementou em todos os graus⁵⁵. O Chile e a Argentina registraram queda de qualidade e agravamento ou persistência das desigualdades e iniquidades⁵⁶. A Colômbia, que apresentou melhora dos indicadores quantitativos, também registrou queda de qualidade e aumento das taxas de deserção escolar, além da persistência das desigualdades urbano-rurais e as associadas às disparidades de renda⁵⁷.

A redução do *gasto educacional* incidiu, em praticamente todos os países, diretamente sobre as remunerações dos docentes, a deterioração física dos equipamentos escolares, a paralisia ou descontinuidade dos programas de livros e material escolar e de capacitação dos professores⁵⁸. Mesmo nos países como o Brasil, em que se registrou aumento do dispêndio, nem a recuperação da capacidade instalada da rede escolar nem a capacitação

⁵⁴ Entre 81 e 84, o México registrou queda líquida de 8% das matrículas no primeiro ano da escola primária; aumento da deserção escolar; redução de cobertura do nível secundário e menores incrementos da taxa de eficiência terminal do sistema, o que não se explica pela taxa de declínio do grupo etário correspondente, que foi de 3.7%. O início da década registrou também maior taxa de desistência escolar e/ou postergação da entrada no nível seguinte. As taxas de cobertura do nível secundário (junior high school) caem de 86,8 para 82,4%, assim como da high school, de 69,6% para 60,2%, os dois níveis registrando também aumento da taxa de evasão. A taxa de eficiência terminal do sistema, que havia aumentado em quase 8% durante o período 76/81, aumenta apenas 4,9% entre 81 e 88, o que significa que, ao final da década, apenas 55,3% dos alunos que entram na escola primária logram terminar o ciclo completo. Também persistem ou se agravam as iniquidades do sistema: enquanto o grupo urbano apresentou melhora nos índices de deserção e malogro escolar, o grupo rural apresentou aumento da deserção (2,8% entre 81/88, sendo de 4,5% e na fase pior da crise -82/85). Em relação às disparidades regionais, enquanto o Distrito Federal registrava um índice de 80.3% de eficiência terminal, o estado de Chiapas apresentava apenas 27.1%. Em 1988 cerca de 20% das escolas, em geral localizadas em áreas rurais isoladas, não ofereciam o ciclo completo de seis anos e 22% tinham um só professor para atender vários graus. Valério, 1991:25,26; Lustig, 1991.

⁵⁵ A taxa de repetência no primeiro grau aumenta de 13 a 21% entre 80 e 89; a de deserção diminuiu nos dois primeiros ciclos, mas aumentou nos terceiro e quarto. Sojo, 1993.

⁵⁶ No caso da Argentina, Flood & Gerchunoff & Lumi (1992) chamam a atenção para a persistência do número absoluto de analfabetos e ao aumento das desigualdades das oportunidades educacionais associadas às diferenças de renda dos grupos pobres estruturais, pauperizados e não-pobres.

⁵⁷ Enquanto 12% das crianças urbanas em idade escolar estão fora da escola, nas zonas rurais este porcentual é de 22%. Jaramillo, 1993.

⁵⁸ Na **Costa Rica** a deterioração relativa dos serviços sociais públicos acompanhou a queda do gasto. Em educação, os salários passaram a responder por 99% do total do dispêndio, mesmo tendo havido queda dos salários docentes. Dificuldades de ampliação levaram, então, ao aumento da proporção de professores não-qualificados contratados para enfrentar as novas demandas. Houve redução no programa de livros escolares e outros materiais didáticos. Sojo, op. cit.

docente se deram em patamares capazes de deter a queda da qualidade do ensino⁵⁹.

Também as fortes reduções, em meados dos 80, do *gasto com programas de saúde* parecem ter deixado marcas de difícil correção sobre os sistemas, mesmo com a recuperação que se verifica ao final da década. Além da deterioração dos equipamentos hospitalares ter ocorrido em praticamente todos os países, o comprometimento da já baixa equidade não é estranho a várias das experiências nacionais⁶⁰. Por outro lado, a concentração do gasto com atenção primária - se de fato atende a objetivos de equidade e efetividade - tende a excluir da atenção secundária e terciária grupos pobres ou pertencentes ao setor informal do mercado de trabalho. Não foram raros os casos, entre eles o Chile, que registraram elevação de alguns indicadores de mortalidade adulta ou por enfermidades antes controladas.

Portanto, além da fragilização da única dimensão universalista que nossos sistemas de proteção contavam no passado, a deterioração dos setores educação e saúde projeta conseqüências negativas sobre as possibilidades futuras de crescimento, tanto como do enfrentamento em bases mais permanentes da pobreza e da marginalidade (Cominetti, cit: 36).

- *a quebra da solidariedade no sistema de pensões*

Outra alteração importante registra-se no pilar relativo aos *seguros sociais*: a **quebra de solidariedade** entre segmentos diferenciados do mercado de trabalho.

Uma das dimensões da crise e da piora da situação social foi a forte segmentação, informalização e precarização do mercado de trabalho, simultaneamente à redução da proteção aos setores sociais aí localizados. Como vimos, até os anos 80, praticamente todos os sistemas haviam já incluído, entre seus benefícios, pensões destinadas a trabalhadores egressos desses mercados. Afinal, as assim chamadas **pensões sociais** não

⁵⁹ A forte deterioração de qualidade dos programas sociais foi qualificada por Flood & Gerchunoff & Lumi (1992) como uma sorte de "consumo de seu capital social", similar ao consumo do capital físico. Os fenômenos a que se referem os autores são conhecidos: segmentação dos serviços entre privados de bom nível para setores com capacidade de pagamento, e públicos deteriorados para a massa da população; no setor público, queda das remunerações e qualificações dos profissionais, com a consequente alta rotatividade.

⁶⁰ No caso do **México**, a recuperação de 88/89 eleva os recursos da saúde a um patamar inferior ao de 80/81. Queda mais pronunciada tiveram os recursos dos dois programas destinados aos grupos pobres e marginalizados: em 1987, enquanto os recursos da Secretaria de Saúde equivaliam a 52% dos valores de 1981 e os do IMSS e ISSSTE, respectivamente, 51% e 44%, os do DIF e do IMSS-COPLAMAR atingiam apenas e respectivamente 26 e 27% dos seus níveis de 81. Rivero & Ascencio & Vinagre, 1991: 9-10). No **Chile**, as reformas dos anos 80 acentuaram a heterogeneidade da atenção médica, tendo melhorado a qualidade do atendimento para os segmentos médios que acodem aos sistemas de livre escolha, enquanto o setor gratuito, público e municipalizado - cuja cobertura aumentou de 68 a 75% de todos os usuários do sistema estatal - reflete as restrições financeiras derivadas do corte do gasto em saúde Raczynski & Cominetti, op. cit.

constituem mais um benefício assistencial a idosos pobres; foram e são, em sociedades duais como as latinoamericanas, garantia de renda a crescentes contingentes a idosos que, no passado, trabalharam e participaram do processo de produção da riqueza, mas em mercados de difícil e precária institucionalidade.

Ora, a reforma dos sistemas de pensões segundo o regime de capitalização individual simples, além de suprimir a solidariedade intergeracional, suprime também a solidariedade entre trabalhadores do mercado formal e do mercado informal. A reforma chilena equacionou o problema criando uma pensão a idosos pobres a cargo do Estado, solução que, entretanto, "assistencializa" extremadamente o benefício e desvincula-o totalmente da condição anterior do trabalhador. Mas também países que não reformaram seus sistemas de pensões têm tendido a soluções desse tipo, com o objetivo de melhorar a saúde financeira da área: no caso brasileiro, a Renda Mensal Vitalícia foi transformada em benefício assistencial concedido mediante teste de meios, sem contar com recursos garantidos para sua implementação.

De algum modo, a reforma argentina e o projeto colombiano trataram de equacionar adequadamente o problema, criando alternativas não-assistenciais para este elo fraco da cadeia dentro do sistema de seguridade. Dependendo das soluções que futuras reformas derem a esta questão, os sistemas de proteção social se afastarão definitivamente - ou não - dos rumos que anteriormente pareciam seguir e que os conduzia - na expressão de Mesa-Lago - de simples regimes de seguros a sistemas de fato de seguridade social.

- a assistencialização dos programas sociais

Cominetti (1993) já chamava atenção para o fato de que, comparando-se 90/93 com 80/81, as mudanças na composição do gasto social revelam os diferentes graus de vulnerabilidade ou proteção entre as áreas de saúde, educação, seguridade, habitação e outros. E ao examinar as diferentes fases e oscilações do gasto setorial em alguns países⁶¹, a autora considera que a deterioração do gasto com educação e saúde e o maior aumento com seguridade e assistência social estariam refletindo um **viés assistencial no desenho da política social da região**.

Já a perda de posição relativa do gasto com educação e saúde significa o enfraquecimento dos programas universais, de maior potencial de cobertura e que, como vimos na Parte I, expressavam o maior esforço de desenvolvimento social e extensão da cidadania realizado

⁶¹ Os países que examina são Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

através da ação estatal. Some-se a isso o *peso crescente dos programas assistenciais* no conjunto dos programas de proteção social.

Vistos em si mesmos, os programas focalizados e dirigidos aos segmentos e grupos mais pobres da população - numa década de empobrecimento e piora das condições de vida - apenas estariam respondendo, sob critérios adequados de justiça social, às novas condições postas pela crise e, simultaneamente, "corrigindo" distorções do padrão histórico de proteção, que deixava à margem exatamente os segmentos mais carentes. Programas assistenciais e focalizados, tal como foram postos em prática no Chile, na Costa Rica e em outros países, ampliaram o acesso de grupos vulneráveis a certos bens e serviços. Com efeito, o reconhecimento da progressividade e efetividade da focalização é bastante amplo. No caso chileno, estima-se que o conjunto de benefícios outorgados pelo Estado representa para o decil inferior a duplicação da renda que este setor é capaz de gerar autonomamente⁶². Ao contrário, são também conhecidas os desvios de foco que, por exemplo no Brasil, sempre tiveram programas teoricamente dirigidos a grupos pobres mas apropriados por setores menos carentes. A expressão *(mis)targeting* foi mesmo cunhada para expressar essas distorções dos programas de alimentação e nutrição no Brasil.

Mas o crescimento mais que proporcional dos programas assistenciais e da focalização do gasto ainda assim colocam ineludíveis problemas. Em primeiro lugar, quando estão associados à redução do gasto, fragilização dos programas universais e perdas de direitos, podem reforçar discriminações e iniquidades fortes. Já nos referimos à transformação da pensão solidária em benefício assistencial, desvinculado das contribuições pretéritas do trabalho, aí se processando uma regressão ou mesmo, como no caso brasileiro, uma violação de direitos extremamente sérias. Em segundo lugar, está o problema de focalizar gasto e ações sociais em países cuja base anterior de cobertura em educação e saúde é muito baixa - como na Colômbia ou na Bolívia - ou de grandes populações, como o Brasil e o México. Os resultados tendem a ser negativos e restritivos (Raczynski, 1994).

- a fragmentação e a (re)centralização da política

Dois processos têm contribuído para fragmentar ou, em alguma medida, (re)centralizar o sistema de políticas sociais de vários dos países estudados: a ausência de coordenadas

⁶² No caso do subsídio único familiar, a pensão assistencial e o subsídio ao desemprego, assim avaliam as autoras: "Estos subsidios alcanzaron a un porcentaje importante de la población de menores ingresos, compensando las pérdidas de beneficios previsionales de una parte de la población e incorporando algunos beneficios a sectores de la población que nunca habían accedido a los beneficios de la previsión social." (Raczynski & Cominetti, op. cit. p. 24).

políticas de descentralização e o inadequado manejo de fundos sociais e programas emergenciais.

A descentralização, como vimos, é um dos mais fortes e contínuos processos que vêm alterando a feição dos programas sociais e dos seus modos de operação. Ora, a ausência de coordenadas políticas de descentralização têm resultado em dois fenômenos indesejados, sublinhados em quase todos os estudos nacionais consultados: a fragmentação ou estilhaçamento dos programas (mais do que sua flexibilização e autonomização local) e o reforço de poder das estruturas centrais que atuam diretamente nas localidades, suprimindo (ou não construindo) estruturas decisórias e de representação regionais. Os casos mais graves se dão exatamente nos países de estrutura federativa, nos quais a relação direta governo central/municípios tende a desfigurar o equilíbrio de poder plasmado nos pactos federativos.

O outro forte mecanismo desagregador está associado a certas características dos fundos sociais, questão que, por sua importância, exige maior atenção. Já vimos que a grande inovação institucional que se dá no plano do financiamento e do gasto social latino-americano, nos anos 80/90, é a criação dos **Fundos Sociais**, recomendados e concebidos como instrumento transitório e emergencial dos governos para enfrentar os agudos problemas sociais derivados das crises e das políticas de ajustamento, em particular seus impactos negativos sobre o emprego, os salários e o gasto público social (Wurgaft, 1993)⁶³.

Várias são as justificativas que acompanharam a proposição de tais fundos, na sua maioria promovidos e apoiados pelo Banco Mundial desde o início das políticas de estabilização: a principal parece repousar no diagnóstico institucional negativo sobre a eficiência e efetividade dos programas sociais, e sua incapacidade de responder com rapidez e agilidade à agudização das condições sociais. A outra razão parece ser a de dotar os governos de um instrumento eficaz para captar recursos externos - doações ou créditos - especialmente destinados a apoiar programas sociais de emergência exclusivamente focalizados nos grupos pobres. *Tais diagnósticos e objetivos resultaram na introdução de estruturas paralelas e autônomas na área social, em geral fortemente centralizadas na Presidência da República e descentralizadas localmente na sua operação, através de projetos e envolvendo a participação dos grupos beneficiários.* Os Fundos mobilizam com independência novos, mas também tradicionais recursos anteriormente alocados nos

⁶³ Todas as informações relativas aos fundos boliviano, chileno e mexicano, assim como referências de avaliação geral, foram extraídas desse autor.

organismos públicos responsáveis pelos programas sociais. Operam através de projetos e tendem a cobrir um campo bastante amplo de ações sociais.

São grandes as variações entre os países - no desenho e nas formas da implementação dos fundos, ou no seu caráter transitório ou permanente foram acentuadas, como se descreveu acima, do mesmo modo que variou a posição relativa que ocupam na política social global. As poucas avaliações disponíveis insistem na eficácia de alguns fundos, particularmente os transitórios, em captar recursos externos adicionais e em condições preferenciais (Wurgaff, cit.:28). Do ponto de vista de recursos globais, entretanto, tais fundos pouco acrescentaram às magnitudes tradicionais destinadas ao gasto social, e mesmo aos programas dirigidos aos setores pobres: enquanto os recursos do PRONASOL representam cerca de 0,7% do PIB e 7,7% do gasto social (1993), os gastos realizados pelo FSE boliviano em 1990 alcançaram 1,0% do PIB. Muito mais modesto, FOSIS chileno mobiliza recursos anuais da ordem de 0,1% do produto e 0,5% do gasto social.

Entretanto, **o paralelismo institucional introduzido por alguns Fundos vem fragmentando as instituições e as políticas, além de enfraquecer as áreas sociais tradicionais ou não incorporadas nos programas de emergência**: as experiências boliviana e mexicana contêm inúmeros registros dessa distorção. O Chile é o contra-exemplo que reforça a tese: problemas desse tipo foram evitados seja pela modéstia institucional ou de gasto do FOSIS, seja pela preservação das fontes de recurso e da autonomia dos programas rotineiros (inclusive os assistenciais da rede social)⁶⁴.

3. NOVAS MODALIDADES DA PROTEÇÃO SOCIAL: velhos padrões e novos estilos de gestão pública dos programas sociais

O duplo processo de transformações estruturais que incidiu sobre os países latinoamericanos desenhou também para os programas sociais uma situação de crise. Afinal, partilham eles do mesmo movimento de exaustão da antiga ordem e do velho Estado Desenvolvimentista.

⁶⁴ Distorção que deriva, em parte, da engenharia dos programas: a opção por projetos concorrentes, apesar das vantagens declaradas, instaura um "balcão" que atua poderosamente contra a continuidade programática e de objetivos dos programas sociais.

Inegavelmente, o processo que assistimos é ainda o da construção de novas configurações cujos contornos não se definiram plenamente. Mas embora incompleto, o balanço do movimento recente dos programas sociais nos sete países escolhidos sugere algumas tendências, cujas principais dimensões queremos destacar.

- *os paradoxos das continuidades e das mudanças*

Se os países que estudamos permitem alguma generalização, o quadro dos programas sociais latinoamericanos, nos 80, mostrou em primeiro lugar **a ausência de reformas integrais** dos Estados de Bem-Estar Social. Os processos globais de fundo parecem antes repetir, aqui também, o que já se registrou em outras regiões: **a agenda de reformas em curso tende a combinar claras políticas econômicas (ou seus objetivos) com políticas sociais oscilantes, frouxamente definidas e de objetivos pouco transparentes.**

Entretanto, o balanço aqui realizado mostrou situações paradoxais. Sem ter ocorrido alteração radical do padrão prévio de proteção (salvo o caso chileno), os programas sociais passam, quase todos eles, por um formidável processo de alterações institucionais, afetando principalmente os modos da sua organização (descentralização e focalização) e as modalidades de seu financiamento e gestão (parcerias público/privado).

Paradoxo que também se expressa nos fundamentos dos sistemas de proteção social. A redução das prestações sociais e sua redefinição em bases individualistas, ao orientar a reestruturação do sistema de pensões, rompe com as formas pretéritas de solidariedade, apoiadas na dupla base do direito/cidadania social (dos programas universalistas) e da extensão e extratificação corporativa de privilégios (seguridade social). **Porém tal reestruturação tem convivido com a mobilização e criação de novos mecanismos de solidariedade impostos pela emergência, impossível de serem tão somente reduzidos às versões pobres, descontínuas e irresponsáveis do assistencialismo conservador:** a ativação das energias comunitárias, das redes de apoio, dos recursos organizacionais da sociedade, combinada com as formas novas da participação e do controle social parecem constituir modalidades mais duradouras de (re)organização do tecido social de apoio dos novos estilos de produzir e operar os programas sociais. **Dessa forma, a assistencialização da política social convive tensamente com a tendência a fundamentar benefícios assistenciais (inclusive os subsídios monetários assimilados agora ao tipo renda mínima) no direito social.** As contradições e dificuldades cognitivas, valorativas e práticas dessa inflexão não escondem o potencial inovador entranhado nessas formas novas da distribuição da riqueza social.

Finalmente, não deixa de ser paradoxal o fato de que, apesar das diferenças que separam os países - quanto às situações iniciais, aos objetivos e aos resultados das alterações - são muito semelhantes e frequentes os processos básicos que vêm alterando a fisionomia organizativa e de gestão dos programas: a descentralização, a focalização e a privatização. Os conteúdos desses processos variam e assumem especificidade nacionais. Entretanto, a similitude dos processos revela o quão fortemente generalizada e devastadora tem sido a crítica às mais fortes características do padrão pretérito de Welfare State: suas tendências estatizantes; a acentuada centralização decisória; o patrimonialismo e o clientelismo das suas relações; a baixa accountability da gestão e dos gestores e, enfim, a forte exclusão dos segmentos socialmente frágeis de suas benesses e proteção.

Mas revela também as resistências e inconformismos com as novas e drásticas formas da exclusão social que podem estar embutidas na transformação. A preservação dos programas universalistas, mesmo quando convivendo com critérios de seletividade e focalização, exemplifica opções desse tipo. Também é sintomático o fato de que políticas deliberadas de privatização foram e têm sido raras, limitando-se à área dos seguros. Como vimos, o recuo do Estado nos programas universais tem se dado principalmente por impacto das restrições de recursos e da fragilidade do gasto social frente aos ajustamentos fiscais (e a consequente deterioração dos serviços) ou através de uma modalidade atípica de privatização - a que envolve delegação ou parceria com ONG's ou outros atores coletivos - que ocupa porém lugar marginal no desenho geral do financiamento e gasto sociais.

As paradoxais composições de continuidades e mudanças reafirmam, então, a observação anterior: ainda que preservados nos seus objetivos, escopo e estruturas pilares, os Estados de Bem-Estar da região vêm apresentando inflexões importantes que provavelmente assinalam a emergência de novas modalidades ou estilos de proteção cujos perfis não são ainda muito nítidos.

BIBLIOGRAFIA

- Abranches, S. *The Politics of Social Welfare Development in Latin America*, Friburgo: ANPOCS, 1982.
- Afonso, J. R.; Serra, N. C. *Despesa Pública - Competências, Serviços Locais, Descentralização: O Papel dos Municípios*, Textos para Discussão nº 23, Rio de Janeiro: CEPP, 1994.
- Ayala, R.& Schaffer, C. *Salud y Seguridad Social: Crisis, Ajustes y Grupos Vulnerables*, Perspectivas en Salud Publica nº 12, Mexico:INSP, 1991.
- Arretche & Vianna. *Bolívia: Desafios e Possibilidades em termos de Política Social*, Santiago: CEPAL, Draft, 1992.
- Azeredo, B. *O padrão de Financiamento e do Gasto Público Social: Uma Avaliação comparativa entre Argentina, Brasil e Chile*. Santiago: CEPAL, draft, 1991.
- Ayala, R.& Schaffer, C. *Salud y Seguridad Social: Crisis, Ajustes y Grupos Vulnerables*, *Perspectivas en Salud Publica*, nº 12, Mexico:INSP, 1991.
- BID/PNUD. *Reforma Social y Pobreza*, Washington: BID/PNUD, 1993.
- Boyer, R. (org.) *Théorie de la régulation. L'état des savoirs*, Paris: La Découverte ed., 1995.
- Bustelo, E. & Minujin, A. *La Política Social en los Tiempos del Colera*, B. Ayres: IPSA, 1991.
- Carcioffi, R. & Beccaria, L. *Provisión y Regulación en los sectores sociales - Lecciones de La Experiencia Latinoamericana en la Década del Ochenta*, B.Ayres: Draft, 1992.
- Cepal/Nações Unidas. *Transformación Productiva con Equidad*, Santiago: CEPAL, 1991.
- Cetrángolo, O. & Machine, J.L. *Los Sistemas Previsionales en el Mercosur*, B. Ayres: IDI, draft, 1993.
- Damill, M. & Fanelli, J.M. & Frenkel, R. *Shock Externo y Desequilibrio Fiscal*, Seminário Regional sobre Reforma de Política Pública, Santiago: doc., 1992.
- Delgado, O. *La política Social en Colombia: los casos de Salud y Pensiones*, Bogotá: Fundacion Friedrich Ebert, FESCOL: draft, 1993.
- Díaz-Muñoz, A. *Desarrollo de Políticas de Salud*, Campinas: NEPP/UNICAMP/OPS/UDUAL, 1989.

- Draibe, S.M. Una perspectiva de desarrollo social en Brasil, *Revista de la CEPAL* n° 39, Santiago, Chile, 1989.
- & G. Castro & Azeredo, B. *O Sistema de Proteção Social no Brasil*, Projeto Social Policies for the Urban poor in Southern Latin America, Kellog/Mellon/Cebrap, 1991.
- *Brasil: O Sistema de Proteção Social e suas Transformações recentes*, Série Reformas de Políticas Públicas 14, Santiago: CEPAL, 1993.
- - Neoliberalismo y Políticas sociales: Reflexiones a partir de las experiencias latinoamericanas, *Desarrollo Económico - Revista de Ciencias Sociales* n° 134, vol. 34 jul.- set., Buenos Ayres, 1994.
- (Coord). *Estrategias para combatir la pobreza en Brasil: programas, instituciones y recursos*, Washington: BID, 1994.
- Esping-Andersen, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, N.Jersey: Princeton University Press, 1990.
- Ferreira, M. Welfare State in Italia, Firenzi:Il Molino Ffrench-Davis,R. & Raczynski,D.(1990) - *The Impact of Global Recession and National Policies on Living Standarts: Chile, 1973-89*, Santiago: CIEPLAN, 1984.
- Fiori, J. L. *Ajuste, Transición y Gobernabilidad - El Enigma Brasileño*, BID: paper , 1993.
- Flood, C. & Gerchunoff, P. & Lumi, S. *Un ensayo sobre la política social en la Argentina*, B.Ayres:Draft, 1993.
- Friedmann, S. & Lustig, N. & Legovini A. *Social Spending and Food Subsidies During Adjustment in Mexico*, Washigton: Draft, Brookings Institution, Washigton, 1992.
- Garnier, L. et alii. *Costa Rica entre la ilusión y la desesperanza*, San Jose CR: Ed. Guayacán, 1991.
- González, J. I & Arcos, O. *Notas para una evaluationa de la Administración Gaviria (1990-1993)*, Colloque L état et le Marché en Amerique Latine, Chantilly: dec. 1993.
- ILO. *Satbilisation, structural adjustmente and social policies in Costa Rica: The role of compensatory programmes*, Occasional Paper 1, Geneva: ILO, 1992.
- Infante B., M. & Matte I., P. & Sancho M., A. *Reform of Social Delivery Systems in Latin America*, Washigton: BID,Draft, 1992.

- Jaramillo, Hernán. *Las Reformas Sociales en Colombia*, Projeto Regional sobre Reformas de Política, Santiago: CEPAL, 1993.
- Laurell, Asa C. *Política Social en la Crisis: Una Alternativa para el Sector Salud*, Mexico: F.F.Ebert , 1991 (en prensa).
- Lo Vuolo, R. *El sistema de políticas sociales en Argentina*, São Paulo: Projeto Kellog/Mellon/Cebrap, Draft, 1991.
- (1992) *Maduración, Crisis y Tendências de Reforma del Sistema de Políticas Sociales de Argentina*, B. Ayres: CIEPP, 1992, paper.
- (1992) *Crisis y Estratégias de Reforma del Sistema Nacional de previsión en Argentina*, B. Ayres: CIEPP, 1992, paper.
- Lustig, N. *Mexico: The Social Impact of Adjustment*, Bogotá: draft, 1991.
- Márquez, V. Brachet & Sheradden, M. *Fiscal Austerity, The Welfare State and Political Change: The Case of Health and Food Policies in Mexico(1970-1990)*, draft, 1992.
- Martinez Nogueira (Coor.). *Estrategias para combatir la pobreza en Argentina: programas, instituciones y recursos* Washington: BID, 1994.
- Médici, A. & Oliveira, F.B. & Beltrão, K. *O Sistema de Saúde Chileno: Mitos e Realidades*, Rio de Janeiro: Draft, 1992.
- Mesa-Lago, C. *Social Security in Latin America*, Pittsburgh: Univ. od Pittsburgh Press, 1978.
- - *Ascent to Bankruptcy*, Pittsburgh: Univ. of Pittsburg Press, 1989.
- - *La seguridad social en America Latina* in BID: Progreso Económico y Social en América Latina, Informe 1991, Washington: BID, 1991.
- - *Social Security and Economic Adjustment - Restructuring in Latin America and the Caribbean*, International Labour Office, Draft, 1991.
- - *Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe*, Washington: OPS/OMS e Interamerican Foundation, 1992.
- Nepp /UNICAMP. *Brasil 1985: Relatório sobre a Situação Social do País*, Campinas: NEPP, 1986.
- Oliveira, F.E.B. *Seguridad Social na América Latina: a experiência da Argentina, Brasil, Chile e Venezuela*, Washington: BID, 1993.

- Petrecolla, A. *Sectores Sociales y Recursos Humanos en La Argentina*, Washington: BID, 1992.
- Presidencia de La República. *Colômbia: Descentralização y Federalismo Fiscal*, Informe Final de la Misión para la Descentralización, Bogotá: Depto. Nac. Planeación, 1992.
- Raczynski, D. *Estado de Bien Estar y políticas Sociales en Chile: Origen, Transformaciones y Perspectivas*, São Paulo: Projeto Kellog/Mellon/Cebrap, Draft, 1991.
- & Cominetti. *La Política Social en Chile: Panorama de sus Reformas*, Série Reformas de Políticas Públicas nº 19, Santiago: CEPAL, 1992.
- .(coord). *Estrategias para combatir la pobreza en Chile: programas, instituciones y recursos*, Washington: BID, 1994.
- . *Estrategias para combatir la pobreza en América Latina: Diagnóstico y Lecciones de Política*, Informe Regional Comparativo, Washington: BID, 1994.
- Rivero,C.C. & Ascencio,R.L. & Vinagre, J.Q. *The Impact of Economic Crisis and Adjustment on Health Care in Mexico*, Innocenti Occasional Papers, Firenzi: UNICEF, 1991.
- Rodriguez S., O. *Violence et réforme de la Sécurité Sociale en Colombie*, Colloque L'état et le Marché en Amérique Latine, Chantilly: dec.1993.
- Rondanelli, E.; Besoain, E.; Llona, I. *Gasto Social Efectivo*, Santiago: ODEPLAN/U.CHILE, 1989.
- Schulthess,W. & Demarco, G. *Argentina: Evolución del Sistema Nacional de Previsión Social y propuesta de reforma*, Santiago: CEPAL/PNUD, 1993.
- Sojo, A. *La Política Social en Costa Rica: Panorama de sus Reformas Recientes*, Série Reformas de Políticas Públicas 17, Santiago: CEPAL, 1992.
- Sola, L. *Estado, Reformas Estruturais e Democratização: Economic Liberalization by Default*, paper, São Paulo, 1993a (mimeo).
- Sola,L. *Estado, Reformas Estruturais e Democratização no Brasil*, paper, São Paulo, 1993 (mimeo).
- Soria,V.& Farfán,G. *El deterioro del Bienestar Social y de la Salud en Mexico*, México:Testimonios de la Crisis, 2, 1988.
- Théret, B. *Assurance ou Assistance et Privatisation? L' enjeu des années 80: Le cas Colombien*, Greidt - Université de Picardie, 1993, (mimeo).

- - *De la comparabilité des systèmes nationaux de protection sociale dans les sociétés salariales*, Berlin:doc, 1995.
- Trejos, J.D. & Güendel, L. *Reformas Recientes en el Sector Salud de Costa Rica*, Série Reformas de Políticas Públicas 18, Santiago: CEPAL, 1994.
- Trejos, J.D. et alii. *Estrategias para combatir la pobreza en Costa Rica: programas, instituciones y recursos*, Washington: BID, 1994.
- United Nations. *Economic Stabilization programmes in developing countries, Report of the Secretary - General, paper*, 1993.
- Urdinola, A. J. *Colômbia: Sua Desarrollo Social y Opciones para los años noventa*, Costa Rica: Draft.
- Uthoff, A. & Szalachman, R.(ed.) *Sistema de Pensiones en America Latina* (Costa Rica, Ecuador, Uruguay, Venezuela), Santiago: CEPAL/PNUD, 1991.
- (ed.) *Sistema de Pensiones en America Latina* (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala e México), Santiago: CEPAL/PNUD, 1992.
- - *Some Features on Current Pension System Reform in Latin America*, Santiago: CEPAL, draft, 1993.
- - *Pension System Reforms and Savings in Latin American and Caribbean Countries with special reference to Chile*, Santiago: CEPAL, draft, 1993.
- Valdés Olmedo, C. *Políticas de Salud en Mexico, Una Visión General*, Washington: OPS, 1990.
- Valenzuela, S. *Reflexiones sobre los sistemas de políticas sociales en el cono sur*, paper, São Paulo: Projeto Políticas Sociales, 1991.
- Valério, F. *Fiscal Shock, Wage Compression & Structural Reform: Mexican Adjustment & Educational Policy in the 1980s*, Innocenti Occasional Papers, Firenzi: UNICEF, 1991.
- Vianna & G. de Castro. *Brasil: A Reforma do Sistema de Saúde*, Série Reformas de Política Pública 16, Santiago: CEPAL, 1992.

A N E X O S

Quadro 1A

A Política Educacional nos Anos de Reformas: Características Institucionais, Indicadores e Diagnósticos Atuais
América Latina – Países Selecionados

Países	Segmento I	Segmento II							Segmento III						Segmento IV			
	Situação Ex-Ante	Principais Alterações dos Anos 80/90							Principais Indicadores Educacionais – 1980/1990						Diagnósticos Atuais			
Nível	Principal Provedor	Centralização e Integração/ Fragmentação do Sistema	Origens e Graus Dependência de Recursos Centrais	Descentralização		Privatização	Focalização do Gasto	Reforma Curricular Significativa (Qualidade)	Gasto Público Social / Educação - % PIB		Taxas Líq. de Escolarização Básica ³		Taxas de Escolar. Secundária ² (B = bruta; L = líquida)		Analfabetismo ³ Pop. Adulta		Anos méd. ⁴ Escol. Pop. Adulta	Educação Básica
				Administrativa e de Encargos	De Recursos				1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990		
Argentina	PP. Públ. Provincial B. Públ. Provincial SE. Públ. Provincial SU. Públ. Federal	Centralização: Forte (Minist. da Educação) Integração: Forte	Origem: Fiscal Depend.: Moderada	(76-78) Transferências de Escolas Nacionais Básicas e Médios às Províncias	Fraca	–	–	–	3.3	3.4	94% (1980)	100% (1987)	59% (1981)B 74% (1990)B 63% (1980)L	6,1% (1980)	4,7% (1990)	6,6%(1980) 8,7%(1990)	Centralização; Deterioração qualidade; Exclusão Setores Pobres;	
Bolívia	PP. ? B. Públ. Central SE. Públ. Central SU. Públ. Central	Centralização: Forte Integração: Fraca	Origem: Fiscal Depend.: Forte	Departamentalização Fragmentação por Projetos	Fraca	Parcerias e Subvenções a ONG's	Projetos FSE/FIS Grupos Objetivos cantões	–	3.8	2.6	66% (1976)	81% (1990)	34% (1981)B 34% (1990)B 38% (1985)L	27% (1985)	22,5% (1990)	4,4%(1980) 4,0%(1990)	Centralização; Forte exclusão setores pobres e rurais; Altas taxas repetência/deserção; Fragmentação do sistema;	
Brasil	PP. Públ. Municipal B. Públ. Estadual SE. Públ. Estadual SU. Privado	Centralização: Moderada Integração: Fraca	Origem:Fiscal + 2% folha salário Depend.: Moderada	Descentralização e Municipalização: Fraca	Fraca	–	–	–	0.9*	1.9*	80,4% (1980)	86% (1991)	32% (1981)B 39% (1990)B 15% (1980)L 17% (1991)L	25,5% (1980)	8,9% (1990)	3,6%(1980) 3,9%(1990)	Centralização; Exclusão setores pobres e rurais (básica); Altas taxas deserção e repetência; Forte deterioração qualidade;Baixíssima cobertura educação secundária;	
Chile	PP. Pública B. Públ. Central SE. Públ. Central SU. Públ. Central	Centralização: Forte Integração: Forte	Origem: Fiscal Depend. Forte	Municipalização Segmentação Forte controle central	Forte Para escolas e por aluno	Redução oferta Pública;Aumento setor privado subvencionado; Privatização da gestão	Rede Social FOSIS	Necessidade básica	4.2	2.7 (1988)	98% (1980)	89% (1987)	57% (1981)B 74% (1990)B 53% (1980)L 70% (1990)L	8,9% (1980)	6,6% (1990)	6,8%(1980) 7,5%(1990)	Centralização (M. Ed.); Qualidade insuficiente; Deterioração da Qualidade;	
Colômbia	PP...? B.Públ.Departmental SE.Públ.Departmental SU. Privado (70%)	Centralização: Forte Integração: Moderada	Origem: Fiscal Depend.: Forte	Municipalização e Departamentalização	Fraca	–	–	–	2.8	2.7 (1988)	71% (1980)	81% (1987)	48% (1981)B 52% (1990)B 46% (1990)L	12,2% (1980)	13,3% (1990)	5,7%(1980) 7,1%(1990)	Centralização; Exclusão setores pobres e rurais; Deterioração da qualidade;	
Costa Rica	PP. Públ. Central B. Públ. Central SE. Públ. Central SU. Públ. Central	Centralização: Forte Integração: Forte	Origem: Fiscal Depend.: Forte	–	–	–	–	Programa de Informática Educativa (1988)	6.9	4.6 (1989)	91% (1980)	86% (1987)	48% (1981)B 42% (1990)B 34% (1988)L	7,4% (1980)	7,2% (1990)	6,2%(1980) 5,7%(1990)	Centralização; Qualidade insuficiente;	
México	PP...? B. Públ. Federal SE. Públ. Federal SU. Públ. Federal	Centralização: Forte Integração: Fraca	Origem: Fiscal Depend.: Forte	Maior Centralização Fragmentação nos Projetos (Pronasol)	Maior centralização federal	–	Projetos Pronasol	–	3.1	2.7	92,5% (1981)	98% (1990)	51% (1981)B 53% (1990)B 40% (1980)L	15,8% (1980)	12,4% (1990)	4,4%(1980) 4,7%(1990)	Forte Centralização; Exclusão setores pobres e rurais; Desintegração sistema; Deterioração da Qualidade; Altas taxas Deserção e Repetência	

Draibe, 1994; NEPP/UNICAMP, Brasil

Fontes: 1) CEPAL, 1994; 2) World Bank Report, 1993; 3) Anuário Estatístico CEPAL, 1993; 4) PNUD Report, 1993; * = Gasto Federal.

Legenda: PP = Pré-Primário; B = Básica; SE = Secundário; SU = Superior.

Quadro 2 A

A Política de Saúde nos anos de Reformas: Características Institucionais, Indicadores e Diagnósticos Atuais

	SEGMENTO I		SEGMENTO II				SEGMENTO III					SEGMENTO IV	
	SITUAÇÃO EX ANTE		Sistemas Unificados de Saúde (criação e tentativas)	Descentralização	Privatização	Universalização	INDICADORES SELECIONADOS DE SAÚDE						
Países	Instituições ¹	Centralização e Integração Fragmentação do Sistema		Administrativa	de Recursos		Focalização	Cobertura ³ (teórica) 1985/1990 %	Gasto Público c/ Saúde % PIB ⁴ 1980 1990	Leitos Hospitalares p/ 1000 hab. 1980 1990	Mortalidade ⁵ Infantil/1000 1980 1990	Esperança de Vida ao Nascer (anos) 1980 1990	DIAGNÓSTICOS ATUAIS
Argentina	Públicas ² : Min.+ Provincias Seguridade: Obras Sociais (340) Setor Privado	Centralização: Forte (Gov. Central) Fragmentação: Forte (Obras) Dicotomia Prevenção/Cura Predominância Seg. Saúde	-	-	Transfere Rede Hospitalar às Provincias	-	-	Pública: 23 Seg.Social:74 Privado: 3	4,0% 4,4%	5,3 4,8 (1987)	45 25 (1988)	70 71	Centralização e Fragmentação Desigualdades no Atendimento Deterioração Rede Hospitalar Dicotomia Pública X S.Saúde
Bolívia	Públicas: Min. (MPSSP) Seguridade: IBSS Setor Privado	Centralização:Forte Fragmentação: Forte Dicotomia Prevenção/Cura Predominância Set. Público (baixa cobertura)	82-85 (tentativa)			Parcerias e subvenções às ONG's (FES/FIS)	Focalização através FSE/FIS	Pública: 38% Seg.Social:26 % Privado: 6%	1,7% 0,3%	1,8 1,5 (1987)	126 83 (1989)	51 59	Cobertura Insuficiente Privatização (ONG's) excludente Deterioração forte dos serviços Dicotomia Pública X S.Saúde
Brasil	Públicas: Min.+Est./Mun. Seguridade: INAMPS FUNRURAL Setor Privado	Centralização:Forte Fragmentação: Baixa Predominância Seg. Saúde Dicotomia Prevenção/Cura	84 - AIS (tent.) 87 -SUDS (tent.) 88-94-SUS (criação) Integração Serviços e Recursos	Municipalização do Serviço Básico Unificação	Aumento Rec. Municipais Pagamento p/ produção	Por "default"	Universalização da cobertura (sistema público)	Pública: 87% Seg.Social:26 % Privado: 13%	1,8% ⁵ 2,4%	4,2 3,7 (1988)	73 58 (1986)	64 66	Colapso do Financiamento Centralização Cobertura Insuficiente Integração difícil Aumento Setor Privado
Chile	Públicas - SNS Seguridade: SERMENA FFAA Setor Privado	Centralização:Forte Fragmentação: Baixa Predominância Set. Público Dicotomia Prevenção/Cura Recursos Combinados (Fiscais + Seguros)	-	SNSS (26 unidades territoriais) FONASA (públ.) ISAPPES (34). Municipalização Serv. Básicos	Pagamento por produção (FONASA)	ISAPRES (Pré-pagamento) Subcontratação Privatização de gestão Co-pagamento (FONASA)	Universalização atend. primário Focalização: Rede Social e Programa Materno-Infantil	FONASA: 70/75 ⁵ ISAPRES: 16% Privado	2,6% 2,1% (1988)	3,4 3,3	27 17	70 72	Insuficiência Recursos Necessidade Investimentos e atenção secundária e terciária (+ Hospitais) Desigualdade do Atendimento Dicotomia Pública X S. Saúde
Colômbia	Públicas - SNS Seguridade: Caixas (+1000) CANAJAL FFAA Setor Privado	Centralização:Forte Fragmentação: Moderada Predominância Set. Público Dicotomia Prevenção/Cura	-	Transferência encargos a Departamentos e Municípios	Aumento recursos Deptos e Municípios (transf. "situado")	-	-	Público: 74% Seg. Social:16% Privado: 10%	1,1% 1,0% (1988)	1,7 1,4 (1989)	54 23	64 69	Baixa eficiência Recursos concentrados em Atenção Curativa Dicotomia Pública X S.Saúde
Costa Rica	Públicas: Min. Saúde Seguridade: SEM (CNSS) Setor Privado	Centralização:Forte Fragmentação: Baixa Predominância Seguro Saúde (universalização) Recursos Combinados (Fiscais + Seguro)	88 - SILOS (tentativa)	-	-	Cooperativas médicas (exp.)	Universalização de Cobertura (CCSS + SNS)	Público: 14% Seg. Social: 81% Privado: 5%	11,3% 6,8% (1989)	3,0 2,2 (1989)	18 14	74 76	Necessidade de reequacionamento da distribuição de recursos entre saúde e Pensões
México	Públicas: SSA; DIF, SMDDF COPLAMAR Seguridade: IMSS/ISSSTE ISSFAM;PEMEX Setor Privado	Centralização:Forte Fragmentação: Muito Forte Predominância Set. Público (SSA) (baixa cobertura)	82-84 - Sist. Nacional de Saúde (tentativa)	Por Projetos PRONASOL (1988)	Por Projetos PRONASOL (1988)	Pronasol: parcerias ONG's FEES	Focalização através de Projetos PRONASOL Pronasol	Público: 30% Seg.Social: 60% Privado: 10%	3,5% 3,2%	0,8 0,7	53 36 (1987)	65 70	Forte exclusão da população pobre e rural

Draibe, 1994
NEPP/UNICAMP-Brasil

(1) Inclui Saúde Pública e Seguro Saúde; (2) Instituições Públicas são Ministérios de Saúde, Secretarias e/ou entidades subnacionais (Departamentos, Provincias, Estados, Municípios); (3) Fonte: Mesa Lago, 1992:16; (4) Cepal, 1994; (5) World Bank Report, 1993; (6) PNUD Report, 1993.

Quadro 3 A

A Seguridade Social nos Anos de Reformas: Características Institucionais, Indicadores e Diagnósticos atuais (Aposentadoria e Pensões)

Países	SEGMENTO I SITUAÇÃO EX-ANTE				SEGMENTO II PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NOS ANOS 80/90			SEGMENTO III ALGUNS INDICADORES DOS SISTEMAS				SEGMENTO IV DIAGNÓSTICOS ATUAIS		
	Instituições	Regime		Caract. Inst. dos Principios de Organização	Superávit/ Déficit Como % PIB ⁽¹⁾	Alteração do Regime (reformas)	Alterações do Financiamento e Benefícios	Projetos em Discussão (algs. caract.)	Cobertura Teórica ⁽³⁾		Relação pass./ativ. 1980 ⁽⁴⁾ 1990	Gasto Prev. c/ % PIB 1980 ⁽⁵⁾ 1990		
		Repart. Simples	Capital Coletiva						Popul. Total % 1980 1985/88	PEA % 1980 1985/88				
Argentina	SNPS – INSS (3 caixas: empregados, setor privado; func. Públ. e autônomos)	X		Coordenação: forte Uniformidade: forte Eqüidade: média Universal.: alta Progr. Assist.: sim	-0,4 (1980)	Duplo Público: repart. Privado: capitalização (1994)	Contribuição patronal (16%) para PBU	–	79 74	69 79	0,32	5,7	5,4	Cobertura incompleta setor informal (reg. Antigo)
Bolívia	IBSS (29 caixas)	X		Coordenação: fraca Uniformidade: fraca Eqüidade: fraca Universal.: baixa Progr. Assist.: sim	- 0,7(1981)	–	–	–	25,4 21,4	18,5 16,9	0,33	0,2	2,6	Baixa cobertura Exclusão setor rural
Brasil	SINPAS (Sist. Unif. P/ todo Setor Privado e autônomos). Reg. Esp. P/ func. Públ. Reg. Compl. Privados	X		Coordenação: forte Uniformidade: média Eqüidade: fraca Universal.: alta Progr. Assist.: sim	-0,3 (1981)	Ampliação Benefícios Homogeneização (1988)	82: elevação contribuição 88/91; segur. Social: integr. c/ saúde e assistência 91/94: redução benef. assistenciais	Reg. Misto: públ. Bás.: repart. Priv. Compl.: capitalização	+ - 20%	+ - 48% (1992)	0,18	5,1	7,0	Baixa cobertura Evasão alta Queda relação ativos/passivos Desequilíbrio agudo
Chile	35 Caixas	X		Coordenação: média Uniformidade: média Eqüidade: fraca Universal.: alta Progr. Assist.: sim	-2,0 (1980)	Privatização Capitalização Aporte Individual (1981)	Supressão benefícios assistenciais Pensão social financiada pelo orçamento Antigo regime a cargo do Estado (6% PIB) Forte regulação pública das APFs Supressão contribuição patronal	–	67,3	– 61,2 79,2	0,21	9,2 (1988)	8,9	Baixa cobertura setor informal Desequilíbrio nº contribuintes/nº afiliados Déficit 6% (velho regime) Sensibilidade ao mercado financeiro
Colômbia	ICSS CAJANAL + 1038 Caixas		X (prima média)	Coordenação: fraca Uniformidade: fraca Eqüidade: baixa Universal.: baixa Progr. Assist.: sim	-0,2 (1981)	1993/1994 Reg.: triplo Públ.: repart. Priv.: capital Solidário ⁽²⁾	–	–	15,2 16,0	30,4 30,2	0,05	2,8 (1988)	3,1	Baixa cobertura Exclusão setor rural Baixa eqüidade
Costa Rica	CCSS + 3 regime esp. Do Setor Público		X (prima escalonada)	Coordenação: forte Uniformidade: fraca Eqüidade: fraca Universal.: alta Progr. Assist.: sim	1,0 (1980)	–	Reforma Administrativa Elevação contribuições Consultas médicas externas (co-pagamento) e Modelo de Capitación (comunitária)	–	81,4 84,6	68,3 68,7	0,06	3,6 (1988)	6,8	Oscilações financeiras Exclusão setor informal
México	IMSS ISSSTE (func. Est.) CPTDIF PEMEX CPPPolicia Caixas 31 Estados		X (prima escalonada)	Coordenação: baixa Uniformidade: baixa Eqüidade: média Universal.: baixa Progr. Assist.: sim	0,4 (1980)	–	1983-1989 Desconcentração Racionalização Elevação contribuições Elevação pensão mínima Redução benef. assistenciais	–	53,1 59,7	42,2 40,2	0,08	--	--	Baixa cobertura Exclusão setor rural Baixa eqüidade

Draibe, 1994.

NEPP/UNICAMP, Brasil.

(1) Mesa-Lago, 1991: 204; (2) Programas Assistenciais englobam pensões e outros benefícios para segurados carentes implicando uma base solidária dos sistemas; (3) Mesa-Lago, 1991, salvo para Brasil; (4) Mesa-Lago, 1989; (5) Cepal, 1994, gastos com saúde.

Quadro 4
Características Institucionais das Reformas dos Programas Sociais
1980-1992

ÁREAS ALTERAÇÕES	DESCENTRALIZAÇÃO								PRIVATIZAÇÃO					FOCALIZAÇÃO			POSIÇÃO RESULTANTE DO SETOR PÚBLICO		
	Políticas Delibera- das	Nível Privilegiado da Descentralização			Transferência de				Políticas Delibera- das	Privatizaçã o por falência S. Público	Eixo Privilegiado da Privatização ou Parceria			Políticas Delibera- das	Critério Principal	Convivênci a com Princi- pio Univer- salista	Recuo na Oferta	Regulação	
		Estados / Provín- cias	Munici- -pios	ONG's/ Setor Privado	Recursos		Atribuições				Setor Privado	ONG' s	Misto					Forte/Forte	
Seguridade Social	CH AR CO	---	---	---	---	---	---	---	AR CH CO	BR BO CO CR	CH		AR BR BO CO	---	---	---	CH	AR BR CH CR	BO CO ME
Saúde	AR CH BR CO BO	AR	BR CO	BO CH	CH	AR BO BR CO	BR CH	AR BO CO	CH BO	BR AR CR ME	BR CH	BO ME	BR	BO CH ME	Ren/Reg . Renda Renda	Não Não Não	BR	AR CH CR	BO BR CO ME
Educação Primária Secundária	AR BR CH CO	AR BR	CR CO	---	CH	AR BR CO	AR CH CO	BR	CH	AR BO BR	BR CH	BO		BO CH ME	Ren/Reg . Ren/Reg . Ren/Reg .	Sim Sim Sim	CH	AR CH CR	BO BR CO ME
Programas Assistenciais	CH BO CO ME		BR CH CO	BR BO CH ME	CH	BR ME BO CO	BO CH ME	BR CO	BO BR	---	---	BR BO	CH	AR BO BR CH CO CR ME	Renda/ Região " " " "	Não " " " "	BR CR	BO CH CR ME	AR BR CO
Fundos Sociais	CH BO ME	---	---	CH BO ME	BO ME	CH	CH	BO ME	BO CH ME	---	---	BO ME	CH	BO CH ME	Renda/ Região	Não	---	---	---

LEGENDA: AR=Argentina; BO=Bolívia; CH=Chile; CO=Colômbia; CR=Costa Rica; ME=México; Ren=Renda; Reg.=Região

Quadro 5Posição dos Países Seleccionados segundo alguns Indicadores Sociais
1980-1990

	INDICADORES EDUCACIONAIS										INDICADORES DE SAÚDE								GAS	
	Gasto Público c/ Educação % PIB ¹		Taxas (L) de Escolarização Básica ²		Taxas (B) de Escolarização Secundária ²		Analfabetismo População Adulta ³		Anos Médios Escolaridade Pop. Adulta ⁴		Gasto Público c/Saúde ¹ % PIB		Leitos Hospitalares 1000 Hab.		Mortalidade Infantil/1000 ²		Esperança de Vida ao Nascer/Anos ²			% PIB
	80	90	80	90	80	90	80	90	80	90	80	90	80	90	80	90	80	90		80
Argentina	4	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	3	4	3	3	2
Bolívia	3	6	7	7	5	6	7	7	6	6	6	7	5	5	7	7	7	7	7	7
Brasil	7	7	5	5	6	5	6	6	7	7	5	4	2	2	6	6	6	6	4	
Chile	2	3	1	3	2	1	3	2	1	2	4	5	3	3	2	2	2	2	1	
Colômbia	6	5	6	6	4	3	4	5	4	3	7	6	6	6	5	3	5	5	6	
Costa Rica	1	1	4	4	4	4	2	3	3	4	1	1	4	4	1	1	1	1	3	
México	5	4	3	2	3	2	5	4	5	5	3	3	7	7	4	5	4	4	5	

Draibe, 1994
NEPP/UNICAMP-Brasil

Fontes: (1) CEPAL, 1994; (2) World Bank, 1993; (3) Anuário Estatístico CEPAL, 1993; (4) PNUD Report, 1993.

LEGENDA: 1,2,3

4,5

6,7



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3788-2495 / 3788-2496 / 3289-3901 / 3289-3143

FAX: (019) 3289-4519

Caixa Postal - 6166

E-mail: nucleo@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br