

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MESTRADO EM ECONOMIA

**SEGURIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA:
TRAJETÓRIAS RECENTES DE REFORMA E
CONTRARREFORMA**

RENATA BAÍA AFONSO REGO ALVIM

DEZEMBRO 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MESTRADO EM ECONOMIA

**SEGURIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA:
TRAJETÓRIAS RECENTES DE REFORMA E
CONTRARREFORMA**

RENATA BAÍA AFONSO REGO ALVIM

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de
Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ), como parte dos requisitos para a obtenção
do título de Mestre em Economia.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Helena Lavinias

DEZEMBRO 2011

FICHA CATALOGRÁFICA

- A475 Alvim, Renata Baía Afonso Rego.
Seguridade social na América Latina : trajetórias recentes de reforma e contrarreforma / Renata Baía Afonso Rego Alvim Rio de Janeiro, 2011.
217 f. : 30 cm.
- Orientador: Maria Helena Lavinias.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Economia, 2011.
Bibliografia: f. 211-217.
1. Proteção social. 2. Seguridade social. 3. Conarreforma. 4. América Latina. I. Lavinias, Maria Helena. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MESTRADO EM ECONOMIA

**SEGURIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA:
TRAJETÓRIAS RECENTES DE REFORMA E
CONTRARREFORMA**

RENATA BAÍA AFONSO REGO ALVIM

Rio de Janeiro, 16 de dezembro de 2011.

Prof. Dra. Maria Helena Lavinas - UFRJ

Prof. Dr. Aloísio Teixeira - UFRJ

Prof. Dr. Eduardo Fagnani - UNICAMP

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora pela sua generosidade e dedicação e que, com todo seu conhecimento, acentuou o meu interesse em estudar e provocar mudanças no nosso país, de modo que seja possível traçar uma trajetória de crescimento com redistribuição de renda e melhoria da qualidade de vida da população.

Agradeço a todos os meus professores, da graduação e do mestrado, que aguçaram o meu senso crítico e contribuíram para o meu crescimento profissional.

Agradeço aos Professores Aloísio Teixeira e Eduardo Fagnani pelo interesse e disponibilidade em participar do meu trabalho.

Agradeço aos funcionários do Instituto de Economia, sempre muito prestativos e atenciosos.

Agradeço aos meus amigos, que estiveram ao meu lado e torceram para que eu alcançasse as minhas metas.

Agradeço a minha família, que sempre me estimulou a perseguir os meus objetivos, fornecendo-me uma base sólida de princípios, além de muito amor.

RESUMO

Essa dissertação apresenta uma análise das trajetórias recentes de reforma e contrarreforma dos Sistemas de Seguridade Social do Chile e Argentina no final do século XX e início do século XXI, tendo o modelo brasileiro como contraponto. Essas contrarreformas refletem mudanças profundas nos sistemas de proteção social que foram objeto de experimentos liberalizantes nas décadas anteriores, com respaldo do Banco Mundial. A evolução recente dos sistemas previdenciários, de assistência social e de saúde sugere um retorno importante à dimensão pública da proteção social, não só por razões de justiça social, mas também de eficiência econômica. Descrever e sistematizar as reformas, as contrarreformas e o modelo brasileiro, hoje referencial na região, são o objeto desse trabalho.

Palavras chave: Proteção Social, Seguridade Social, Contrarreformas Previdenciárias, Chile, Argentina, Brasil.

ABSTRACT

This dissertation presents an analysis of the paths of Social Protection Systems at Chile and Argentina in the late twentieth and early twenty-first century, with the Brazilian model as a counterpoint. The new path reflects changes in these social protection systems, which have been the subject of liberalizing experiments in previous decades, with support from the World Bank. Recent developments in social security, social assistance and the health system suggest a return to the important public dimension of social protection, not only for reasons of social justice but also because of economic efficiency. Describing and systematizing the reforms, these new paths and the Brazilian benchmark model in Latin America today are the content of this master's dissertation.

Keywords: Social Protection, Social Security, Counter-reform, Chile, Argentina, Brazil.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 - Pilares do Sistema Previdenciário.....	46
Figura 2 - Reforma Neoliberal Chilena de 1981.....	79
Figura 3 - Lições da Reforma Neoliberal Chilena de 1981	94
Figura 4 - Aperfeiçoamento da Previdência - Chile	96
Figura 5 - Cronologia da Reforma do Sistema Previdenciário da Argentina	108
Figura 6 - Medidas tomadas a partir de novembro de 2001 que afetaram a dinâmica dos FJPs.....	128
Figura 7 - Políticas setoriais, programas/ações e produtos/resultados da política social brasileira – 2010.....	204
Figura 8 - Multiplicadores decorrentes de um choque de 1% do PIB de 2006	205

GRÁFICOS

Gráfico 1 - América Latina: evolução da pobreza e da indigência – 1980-2011	15
Gráfico 2 - Evolução do Sistema ISAPRE – 1990-2003 – Em milhões de pessoas.....	89
Gráfico 3 - Percentual de cobertura pública e privada do sistema de saúde – Chile – 1981-2006	90
Gráfico 4 - Cobertura do sistema previdenciário argentino – 1993 a 2006.....	121
Gráfico 5 - Balanço Financeiro do Sistema Previdenciário 1993-2008 (%PIB)	122
Gráfico 6 - Composição do Gasto da Seguridade Social (em milhões de dólares) - 2001	124
Gráfico 7 - Repartição dos gastos consolidados em saúde por nível de gestão – 1980 a 2006	134
Gráfico 8 - Repartição dos gastos em atenção pública de saúde por nível de gestão – 1980 a 2006	135
Gráfico 9 - Taxas de cobertura e número de benefícios de aposentadoria – 1995 – 2008 (em % e milhões)	141
Gráfico 10 - % da população em situação de pobreza por grupos de idade em 2003 e 2009	148
Gráfico 11 - Gasto público consolidado em saúde em pesos per capita – 1980 - 2006.....	149
Gráfico 12 - Pessoas que receberam medicamentos gratuitamente – Brasil e macrorregiões – 2003 e 2008 (Em %)	182
Gráfico 13 - Evolução dos benefícios emitidos pelo BPC no período 1996-2008.....	187
Gráfico 14 - Evolução dos benefícios emitidos pelo BPC no período 1996-2008.....	189
Gráfico 15 - Evolução do coeficiente de Gini no Brasil – 1994 - 2010	193
Gráfico 16 - Proporção da população em situação de pobreza e extrema pobreza (%).....	194
Gráfico 17 - Evolução do salário mínimo real (R\$) desde sua criação	195

TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de Cobertura: Padrão Regressivo das Taxas de Participação e Incidência dos Benefícios	17
Tabela 2 - Modelos e Características das Reformas de Previdência na América Latina.....	48
Tabela 3 - Cobertura do Antigo Sistema Previdenciário Chileno (em %).....	51
Tabela 4 - Taxas de Contribuição Globais no Antigo Sistema Previdenciário Chileno - % do Salário Tributável	52
Tabela 5 - Estrutura do sistema de saúde argentino.....	57
Tabela 6 - Déficit Previdenciário (em % do PIB).....	80
Tabela 7 - Déficit Previdenciário Estatal e seus componentes (em milhões de pesos de março de 2002)	81
Tabela 8 - Participação de Mercado - por número de contribuintes ¹	82
Tabela 9 - Participação de Mercado - por Fundo de Pensão (em milhões de dólares – março de 2002)	83
Tabela 10 - Distribuição da população entre o subsetor público e privado de saúde, segundo renda e idade – Chile (1990).....	86
Tabela 11 - Síntese da ação pública no âmbito das políticas sociais.....	92
Tabela 12 - Chile: Índice de Desenvolvimento Humano 1990-1998	93
Tabela 13 - Variações do IDH por dimensões – 1990-1998.....	94
Tabela 14 - Argentina – Dados Previdenciários	112
Tabela 15 - Composição dos Investimentos dos Fundos das AFJP.....	127
Tabela 16 - Estimativa da cobertura do Sistema de Saúde por subsetor – 1999	131
Tabela 17 - Estabelecimentos assistenciais com e sem internação por subsetor – total no país	132
Tabela 18 - Quantidade de contratos estabelecidos por empresas líderes de medicina pré-paga com Obras Sociales - 1999.....	133
Tabela 19 - Incidência de Pobreza e Indigência - % de mulheres a partir de 60 anos e homens a partir de 65 anos	146
Tabela 20 - Simulações: incidência da pobreza e indigência (em %) - 2009	147
Tabela 21 - Cobertura – gestação e parto – mulheres de 15 a 49 anos – 1996 e 2006 (Em %)	180
Tabela 22 - Concentração de consultas e hospitalizações pelo sistema público – 1987, 1995, 2000, 2005	181
Tabela 23 - Número e proporção de pobres – 2001, 2004, 2007, 2008.....	197
Tabela 24 - Evolução da cobertura previdenciária (em %) – 2002-2009 ¹	199
Tabela 25 - Posição do número de benefícios emitidos em junho de 2010.....	200
Tabela 26 - Total de famílias beneficiadas, indicadores da distribuição da renda das famílias beneficiadas e valor da renda após o benefício – setembro de 2009	202

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFP – Administradoras de Fondos de Pensión
AFJP – Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones
AMPO – Aporte Medio Provisional Obligatorio
ANSSAL - Administración Nacional del Seguro de Salud
ANSES – Administración Nacional de Seguridad Social
APS – Aporte Previsional Solidario
ASI – Aposentadorias pagas com base no sistema anterior
BID – Banco Inter-Americano de Desenvolvimento
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CANAEMPU - Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas
CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCI – Cuenta de Capitalización Individual
CPP – Caixas Provinciales de Pensiones
EMPART - Caja de Previsión de Empleados Particulares
FJP – Fondos de Jubilaciones y Pensiones
FONASA - Fondo Nacional de Salud
FPAS - Fundo da Previdência e Assistência Social
IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INJP – Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados
INPS – Instituto Nacional de Previsión Social
ISAPRE - Institutos de Salud Previsional
MEI - Micro Empreendedor Individual
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OS – Obras Sociales
PAMI – Programa de Atención Médica Integral do INJP
PAN - Programa Alimentario Nacional
PIB – Produto Interno Bruto
PBU – Pensión Básica Universal
PC – Prestación Compensatoria
RMV – Renda Mensal Vitalícia
SAFJP – Superintendência de AFJPs
SIJP – Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones
SSN – Superintendencia de Seguros de la Nación
SSS - Servicio de Seguro Social
SUSS – Sistema Único de Seguridad Social

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do autor.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA PROTEÇÃO SOCIAL	20
1.1. JUSTIFICATIVA TEÓRICA.....	22
1.1.1. SEGURO	26
1.1.2. ASSISTÊNCIA: REDUÇÃO DA POBREZA	31
1.1.3. SAÚDE	33
CAPÍTULO 2 – PANORAMA DA SEGURIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA.....	36
2.1. OS PRINCÍPIOS DA SEGURIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA	37
2.2. TIPOLOGIA DAS REFORMAS	44
2.3. EVOLUÇÃO HISTÓRICA PRÉ-REFORMA: CHILE, ARGENTINA E BRASIL	49
2.3.1. CHILE.....	49
2.3.2. ARGENTINA	54
2.3.3. BRASIL.....	60
CAPÍTULO 3 - SEGURIDADE SOCIAL NO CHILE.....	67
3.1. A REFORMA DE 1981	67
3.1.1. PREVIDÊNCIA	67

3.1.2. SAÚDE.....	70
3.1.3. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	75
3.2. PRINCIPAIS RESULTADOS	78
3.2.1. PREVIDÊNCIA	79
3.2.2. SAÚDE.....	85
3.2.3. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	91
3.3. A CONTRARREFORMA.....	94
3.3.1. PREVIDÊNCIA	95
3.3.2. SAÚDE.....	100
3.3.3. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	102
CAPÍTULO 4 - SEGURIDADE SOCIAL NA ARGENTINA	106
4.1. AS REFORMAS IMPLEMENTADAS NOS ANOS 90.....	106
4.1.1. PREVIDÊNCIA: A REFORMA DE 1994	106
4.1.2. SAÚDE.....	113
4.1.3. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	116
4.2. PRINCIPAIS RESULTADOS	119
4.2.1. PREVIDÊNCIA	119
4.2.2. SAÚDE.....	130
4.2.3. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	135

4.3. A CONTRARREFORMA.....	138
4.3.1. PREVIDÊNCIA	138
4.3.2. SAÚDE.....	148
4.3.3. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	151
CAPÍTULO 5 - SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL.....	158
5.1. A CONSTITUIÇÃO DE 1988: NA CONTRAMÃO DAS REFORMAS LIBERALIZANTES	158
5.2. A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL PÓS-CF 88	161
5.2.1. PREVIDÊNCIA	166
5.2.2. SAÚDE.....	175
5.2.3. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	184
5.3. NOVAS TENDÊNCIAS NOS ANOS 2000	191
CONCLUSÃO.....	207
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	211

INTRODUÇÃO

Na maioria dos países da América Latina, as décadas de 80 e 90 foram marcadas pelo baixo crescimento econômico, sem geração de emprego. Nesse contexto, juntamente com o fortalecimento das idéias neoliberais, são colocados em questão os Sistemas de Seguridade Social, sobre os quais recaem muitos dos motivos da crise que se instalou na região. As recomendações neoliberais são direcionadas para a asfixia dos sistemas, baseadas na ideia de que os sistemas devem conceder mínimos sociais para combater a pobreza e o restante do modelo dever ser prioritariamente dominado pelo setor privado.

Diante disso, diversos países da América Latina decidem implantar reformas profundas nos seus sistemas de proteção social, sobretudo no sentido da ampliação dos mercados de capital em detrimento do aumento da capacidade de cobertura da população.

Dentre os países que implementaram reformas, esta dissertação tem por objetivo analisar os diferentes caminhos traçados por três países no que tange à evolução de seus sistemas de proteção social: Chile, Argentina e Brasil.

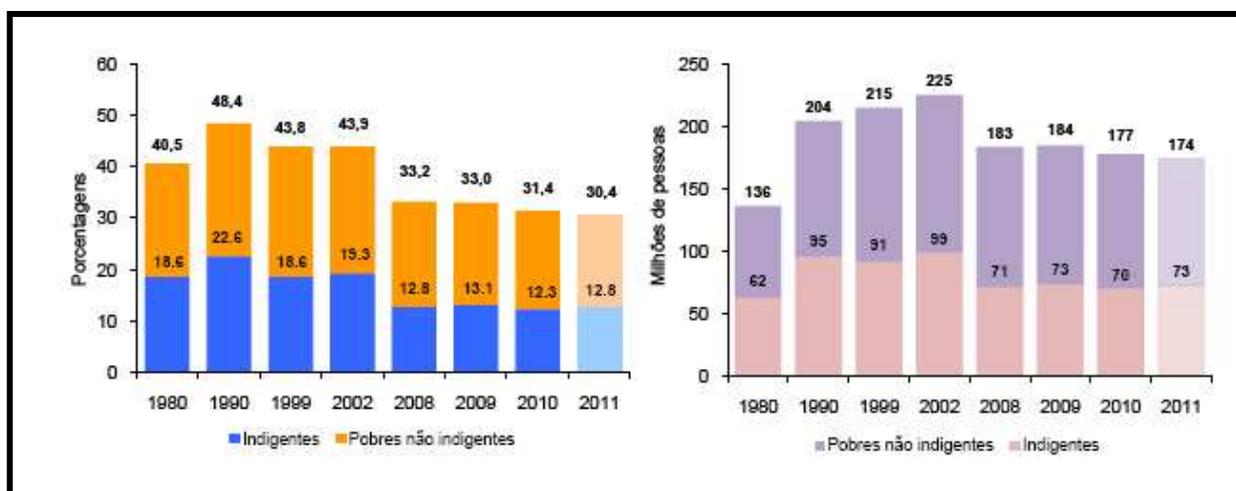
Esta escolha se justifica, pois os países selecionados apresentam trajetórias distintas: enquanto o Chile, sob a ditadura do governo de Pinochet, muda seu sistema previdenciário público para um sistema compulsório de capitalização, gerenciado por administradores de fundos de pensão privados, em 1981, e a Argentina opta por uma reforma estrutural caracterizada por um sistema misto em 1994, o Brasil consegue aprovar em 1988 uma Constituição que inclui a dimensão não contributiva no seu Sistema de Seguridade Social, além de benefícios universais, e, apesar das pressões, institui apenas reformas paramétricas no seu sistema previdenciário.

Nos anos 2000, por sua vez, a conjuntura política e econômica da América Latina sofre mudanças que permitem questionar as recomendações de organismos internacionais como o Banco Mundial assim como as reformas dos Sistemas de Seguridade Social implementadas na região.

Nesse período, a América Latina vivencia um momento de retomada do crescimento econômico na maioria dos países, aumento dos gastos sociais e queda da pobreza, como

mostra o gráfico 1. Em média, o gasto público social da região foi de 12,9% do PIB, no período de 1990-1991, chegando a aproximadamente 16%, em meados dos anos 2000 (CEPAL, 2006). No que se refere à evolução da pobreza, nota-se que no início dos anos 90, quase 50% da população da América Latina era pobre, sendo 22,6% indigentes. Em 2010, este valor caiu drasticamente para 31,4%, sendo 12,3% indigentes.

Gráfico 1 - América Latina: evolução da pobreza e da indigência – 1980-2011
(em % e milhões de pessoas)



Nota: Estimativa para 18 países da região, mais Haiti, com base nas tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países. Os dados de 2011 correspondem a uma projeção.

Fonte: Panorama Social da América Latina 2011 – CEPAL.

Nesse contexto, ao mesmo tempo em que uma nova coalizão política assume o poder em muitos países, verifica-se que os resultados das reformas liberais realizadas na década anterior não foram satisfatórios. Iniciam-se, portanto, movimentos de contrarreforma, caracterizados fortemente pelo resgate do pilar público nos sistemas de proteção social e pela reavaliação das prescrições políticas dos anos 80 e 90: com o fim da euforia da fase inicial da reforma previdenciária e com uma década ou mais de experiência para revisar o sistema, é possível acessar dados relevantes para analisar a eficácia e a equidade da mudança para o modelo de contas individuais.

Ressalta-se que a dimensão política terá papel secundário neste trabalho, enquanto a ênfase será concedida à frustração dos resultados das reformas liberais, como motivação para sistematizar como se dá o movimento de contrarreforma. Diante disso, procuraremos apreender as mudanças registradas na última década, quando a reforma mais radical implementada no Chile e a reforma argentina começam a ser colocadas em questão.

O próprio Banco Mundial, em documento publicado em 2005 - *Keeping the Promise of Social Security in Latin America – faz mea culpa* vis a vis os pressupostos sistematizados no documento *Averting the Old Age Crisis de 1994*, contendo o receituário do modelo liberalizante de proteção social para a América Latina. Reconhece a necessidade de avaliar os sucessos e fracassos das reformas implementadas na América Latina nas décadas anteriores, além de repensar as prioridades nos seus sistemas de Seguridade Social, sobretudo no que diz respeito ao que parece ser a sua principal debilidade: a não-cobertura do acesso à Seguridade Social por uma parte significativa da população, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Indicadores de Cobertura: Padrão Regressivo das Taxas de Participação e Incidência dos Benefícios

a. Percentual de contribuintes da previdência - população entre 15 e 65 anos										
Grupo de renda	Argentina	Bolívia	Chile	Colômbia	Costa Rica	El Salvador	Nicarágua	Peru	Venezuela	
Total	36.0	10.3	62.7	22.3	22.9	25.5	11.0	13.0	33.1	
1° Quintil	18.7	0.6	43.4	9.8	8.9	3.6	-	1.6	14.4	
2° Quintil	14.8	2.5	57.4	10.3	25.2	7.3	-	6.1	28.8	
3° Quintil	34.7	9.2	64.3	16.1	25.5	18.2	-	10.6	32.9	
4° Quintil	47.4	14.6	67.9	26.0	27.0	34.6	-	17.0	37.7	
5° Quintil	58.4	25.8	72.0	42.1	23.2	49.5	-	25.1	44.3	
b. Percentual de beneficiários da previdência - população maior de 65 anos										
Grupo de renda	Argentina	Bolívia	Chile	Colômbia	Costa Rica	República Dominicana	El Salvador	Peru	Venezuela	
Nacional	66.2	11.9	41.4	15.2	33.2	14.6	8.8	23.5	9.4	
1° Quintil	54.1	0.3	15.0	0.2	25.5	10.7	1.6	8.2	2.2	
2° Quintil	66.5	6.3	41.6	12.4	31.5	10.8	9.3	17.5	6.1	
3° Quintil	70.4	13.3	50.2	15.8	41.0	17.1	11.1	26.2	9.7	
4° Quintil	70.0	28.9	57.4	22.8	48.3	19.8	11.4	34.4	15.8	
5° Quintil	71.2	29.0	55.0	32.5	35.0	19.2	20.6	41.8	16.1	

- Não disponível. National household surveys (Argentina, EPH 2002; Bolívia, ECH 2000; Chile, CASEN 2000; Colômbia, ENH 1999; Costa Rica, EHPM 2000;

República Dominicana, ENFT 2000; El Salvador, EHPM 1998; México, ENEU 2001; Nicarágua, ENMV 1999; Peru, ENAHO 2000; Venezuela, EHM 2000).

Fonte: Banco Mundial, 2005.

Como podemos observar, as maiores taxas no que se refere à capacidade da população de contribuir para a previdência são encontradas nos grupos de renda mais elevados da sociedade. Em relação ao percentual de beneficiários da previdência em faixas de idade mais avançadas, a Argentina parece ser capaz de cobrir em média dois terços da população idosa enquanto os demais países sequer alcançam a metade dos indivíduos maiores de 65 anos.

No Brasil, estima-se que, em 2010, haja 62% da população na faixa 16-64 anos contribuinte para o INSS, percentual que tende a aumentar com a criação recente da figura do Micro Empreendedor Individual (MEI), que levou a uma flexibilização das alíquotas de contribuições, que passam a variar de 5% até 20%, como um estímulo à adesão ao sistema previdenciário. Do ponto de vista dos dependentes, a cobertura deve alcançar cerca de 70%. O incentivo é importante na medida em que flexibiliza a contribuição mas mantém o vínculo com o piso do valor previdenciário, a saber o salário mínimo. Em termos da cobertura efetiva da população idosa com mais de 65 anos e inativa, o Brasil apresenta uma das proporções mais elevadas no continente, perto de 85% (Hofman e Luchetti, 2006).

O objeto da dissertação consiste, portanto, em entender o período que compreende as reformas e analisar o resgate do pilar público, identificando os mecanismos de reintrodução no sistema de aposentadorias e pensões, saúde e políticas sociais, após o fim da fase privatista. Defende-se a necessidade da realização de ajustes paramétricos nos Sistemas de Seguridade Social da América Latina, mas não reformas privatizantes nos moldes do receituário neoliberal.

Dessa forma, no capítulo 1, será apresentada a fundamentação teórica necessária para a compreensão do restante do trabalho, com o objetivo de justificar e defender a existência de Sistemas de Seguridade Social públicos.

No segundo capítulo, será apresentada uma tipologia das reformas implementadas na América Latina, de modo a obter uma visão abrangente do panorama estabelecido na região.

Os capítulos seguintes serão dedicados ao aprofundamento da trajetória de reforma dos Sistemas de Seguridade Social em dois países específicos: Chile e Argentina. O conceito de Seguridade Social adotado neste trabalho compreende três dimensões: previdência, assistência social e saúde. Cada capítulo abordará as principais reformas pelas quais os países em questão passaram, suas propostas, os resultados das mudanças e discutirá os próximos passos e desafios que enfrentam estas economias.

O último capítulo da dissertação, dedicado ao caso brasileiro, buscará demonstrar que, apesar das dificuldades, o Brasil pode ser visto como um caso de referência pelos seus parâmetros de avanço social.

O objetivo final do trabalho consiste em demonstrar que uma boa política econômica e uma boa política social andam juntas, integradas, em um processo de retroalimentação e suporte e que o Brasil não deve ceder às pressões políticas de privatização ainda que parcial ou desconstitucionalização de seu Sistema de Seguridade Social, ao contrário, deve buscar meios de fortalecê-lo.

CAPÍTULO 1 - Fundamentação Teórica para a Intervenção do Estado na Proteção Social

O moderno sistema de proteção social tem origem na Alemanha, onde, há mais de um século, o chanceler Otto von Bismarck instituiu uma série de seguros sociais destinados à proteção dos trabalhadores contra alguns riscos, notadamente aqueles derivados da inatividade forçada, como a idade, invalidez e doença. Os princípios norteadores do seguro social consistiam na compulsoriedade da contribuição dos trabalhadores e empregadores e no papel regulador do Estado. Esse modelo estendeu-se de forma gradual à Europa e em outros países industrializados.

Em 1919, após o fim da Primeira Guerra Mundial, fundou-se a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que elevou o seguro social a instrumento fundamental de proteção dos trabalhadores e suas famílias contra riscos sociais. Posteriormente, em 1935, os Estados Unidos promulgaram a primeira lei a utilizar o vocábulo “Seguridade Social” – o Social Security Act. Elaborada durante o primeiro mandato de Roosevelt e aprovada pelo Congresso como parte do New Deal, esta lei foi uma tentativa de limitar alguns riscos tidos como perigos da vida moderna americana, incluindo a idade avançada, o desemprego, e os encargos das viúvas e órfãos. Dessa forma, a lei instituía benefícios aos aposentados e desempregados e um benefício fixo por ocasião de morte. Além disso, estabelecia o direcionamento de recursos para ajudar famílias com crianças, serviços públicos de saúde e para os cegos.

No entanto, o desenvolvimento do termo Seguridade Social pode ser atribuído a Sir William Beveridge, que o elaborou durante a Segunda Guerra Mundial, visando suprimir a miséria após esse período, momento em que a questão social passa a ter maior visibilidade, e divulgou em 1942, por meio da publicação do Relatório sobre o Seguro Social e Serviços Afins – The Beveridge Report. Neste documento, Beveridge propunha que todas as pessoas em idade de trabalhar deveriam pagar uma contribuição semanal (seguro social) ao Estado. Esse dinheiro seria posteriormente usado como subsídio para doentes, desempregados, aposentados e viúvas. Segundo Beveridge, este sistema permitiria um nível de vida

mínimo, abaixo do qual ninguém deveria viver. O plano de “Seguridade Social” deveria integrar os seguros sociais, a assistência social e os seguros voluntários complementares.

Quando a Segunda Guerra Mundial estava chegando perto do fim, em 1944, a OIT estabeleceu que a Seguridade Social deveria tornar-se um instrumento internacional e destacou a necessidade da extensão de sua cobertura. Mais ainda, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu que todo indivíduo, como membro da sociedade, tem direito à Seguridade Social.

De acordo com a Convenção nº 102/1952 da OIT, a Seguridade Social pode ser caracterizada como um sistema de:

*“proteção que a sociedade proporciona a seus membros, mediante uma série de **medidas públicas** contra as privações econômicas e sociais que, se não fosse assim, ocasionariam o desaparecimento ou uma forte redução de renda devido à doença, à maternidade, a acidente de trabalho ou doenças profissionais, ao desemprego, à invalidez, velhice e morte; além da proteção por meio da assistência médica e da ajuda às famílias com filhos.”*

Como destaca Mesa-Lago (2004), outras convenções e recomendações foram aprovadas pela OIT ao longo das décadas de 60 e 80, vigorando no mundo sem grandes desafios até esta data. Entretanto, as mudanças demográficas, econômicas e sociais ocorridas a partir dos anos 80 juntamente com a globalização e a atuação mais freqüente dos organismos financeiros internacionais começaram a colocar em questão os princípios convencionais da Seguridade Social e a pressão por reformas.

Antes de analisar os resultados dessas mudanças nos sistemas de Seguridade Social da América Latina, cabe destacar os fundamentos teóricos que justificam tais sistemas.

Dessa forma, procuraremos, na próxima seção, explicitar os principais argumentos sob os quais a dissertação irá se pautar para defender a Seguridade pública, englobando todas as suas dimensões de seguro, assistência e saúde.

1.1. Justificativa Teórica

A teoria econômica destaca essencialmente dois motivos pelos quais o Estado deve intervir na economia, são eles: eficiência econômica e justiça social.

Segundo Barr (2004), o objetivo de eficiência econômica consiste em fazer o melhor uso de recursos limitados, dadas as preferências dos indivíduos e a tecnologia disponível. Uma melhoria de Pareto ocorrerá quando mudanças na produção ou distribuição levarem à melhora da situação de uma pessoa sem o prejuízo de nenhum indivíduo.

Em termos de ideologia, o objetivo de alcançar eficiência está presente em todas as diferentes correntes da teoria econômica, embora o peso atribuído a ela varie conforme o seu alcance entre em conflito com objetivos distributivos.

A intervenção do Estado na economia por razões de eficiência pode ocorrer de quatro maneiras distintas:

- regulação, que se refere à preocupação com a qualidade da oferta e a quantidade de demanda individual;
- financeira, por meio da concessão de subsídios ou a taxação sobre determinados produtos e serviços;
- produção de segurança nacional, educação e saúde, por exemplo; e
- transferências de renda, que não representam uma intervenção direta nos mecanismos de mercado, e permitem que os indivíduos adquiram bens de sua escolha aos preços vigentes, como por exemplo, com suas aposentadorias e pensões.

De acordo com a teoria da mão invisível de Adam Smith (1776), os mercados são eficientes se determinados pressupostos forem respeitados: informação perfeita, concorrência perfeita, mercados completos e inexistência de falhas de mercado.

Informação perfeita implica dizer que todos os consumidores e firmas estão bem informados acerca da natureza e preço dos produtos, inclusive em relação ao futuro. Este

pressuposto pode até ser plausível para alguns bens, como alimentação e vestuário, mas não se aplica no caso de assistência médica, por exemplo. No que se refere ao conhecimento do futuro, veremos que alguns riscos, como o desemprego, não podem ser assegurados por empresas do mercado privado, porque estão no plano das incertezas.

Segundo o pressuposto da concorrência perfeita, os indivíduos devem ser tomadores de preços e devem ter igual poder, o que implica na necessidade de inexistirem barreiras à entrada e saída de uma atividade, além da existência de um grande número de consumidores e firmas, incapazes de influenciar os preços individualmente. Este pressuposto se torna frágil diante da existência de monopólios, cuja atuação necessita do Estado via regulação.

Mercados completos pressupõem a oferta de todos os tipos de bens e serviços para indivíduos decididos a pagar o preço que cobre os custos de produção. Entretanto, nem sempre esta condição pode ser observada, devido a diversas falhas de mercado, que podem se manifestar de três formas: existência de bens públicos, externalidades e retornos crescentes de escala.

Alguns bens, como a segurança nacional, não apresentam as características de um bem privado – rival e excludente – e, por isso, muitas vezes, o mercado é ineficiente na oferta destes bens. O efeito das externalidades, por sua vez, é a criação de diferenças entre o custo ou benefício social e o privado. Como resultado, em geral, a produção do mercado na presença de um custo provocado por externalidade será maior do que o valor eficiente. Já a existência de retornos crescentes de escala também pode conduzir à formação de monopólios.

Diante disso, Barr (2004) afirma que o mercado alocará de forma eficiente os recursos da economia apenas quando nenhum dos pressupostos acima for quebrado. Quando houver falha de um ou mais pressupostos, a intervenção do Estado torna-se necessária e deve ser avaliada a melhor forma de atuação para cada caso - via regulação, financeiramente, produzindo ou transferindo renda.

A intervenção do Estado na economia por razões de justiça social é explicada de forma diferente de acordo com cada uma das correntes da teoria econômica. Para entendê-las, devemos ter em mente duas grandes questões: por que a redistribuição ocorre e se ela deve ocorrer *in cash* ou *in natura* (na forma de serviços).

A primeira questão pode ser respondida da seguinte forma: a redistribuição ocorre de forma coercitiva, via pagamento de impostos; ou voluntária, que se dá quando os agentes percebem que não conseguirão maximizar seu bem-estar com a existência de muita pobreza. Para os libertários, a redistribuição ocorre e é aceita pelos ricos em função do poder de voto que os pobres possuem. Já os utilitaristas argumentam que os ricos, motivados por razões altruístas, podem escolher políticos que propõem taxá-los de forma mais significativa com o objetivo de financiar políticas redistributivas. Por trás disso, está a noção de que o bem-estar dos indivíduos é interdependente.

A redistribuição voluntária pode ser criticada sob dois aspectos. O primeiro se refere à existência de *free riders*: segundo o Teorema de Thurow¹, os indivíduos irão esconder suas preferências em relação à sua renda de modo a evitar pagar a taxa ótima de contribuição necessária para atingir o nível ótimo de transferência de renda na sociedade. Além disso, mesmo na ausência de *free riders*, se a redistribuição ficar apenas sob a responsabilidade do voluntariado dos ricos, ela pode constantemente atingir níveis sub-ótimos.

Na discussão sobre como deve ocorrer a redistribuição, podemos levantar alguns argumentos para que ela seja *in natura*, que consiste na transferência de bens e serviços diretamente para os pobres a custo zero ou a preços abaixo do mercado. Dentre eles, destaca-se o fato de os pobres possuírem pouca informação sobre alguns bens, sendo, nesses casos, mais eficiente a decisão de um agente econômico acerca da quantidade a ser consumida. Um exemplo são os bens meritórios, como a educação e saúde, onde as preferências individuais costumam ser substituídas.

Mesmo nos casos em que se torna desejável substituir as preferências dos consumidores, isso só pode ser feito quando os indivíduos não são capazes de subverter ou

¹ Para mais informações, ver Barr (2004), p. 83.

corromper as decisões dos agentes, o que requer que os bens não sejam facilmente trocados ou negados, nem mesmo alocados de forma indesejável na renda familiar. Dessa forma, podemos afirmar que o uso das transferências *in natura* para fins de redistribuição é limitado, a não ser que existam razões de eficiência econômica que o justifiquem.

Até este momento, abordamos apenas a dimensão de equidade vertical, que se refere à redistribuição de renda ou consumo dos ricos para os pobres. Entretanto, a justiça social também envolve a equidade horizontal, que diz respeito às condições de acesso igualitário a padrões básicos de bens e serviços e iguais oportunidades para que isso ocorra.

A existência de padrões básicos de bens e serviços pode ser assegurada pela regulação do Estado, que se justifica pela falência de alguns dos pressupostos que analisamos anteriormente. As dificuldades de adquirir informação podem conduzir os consumidores a escolhas ineficientes de alimentos que não se enquadram dentro de requisitos mínimos de higiene, além de escolas e hospitais de baixa qualidade. Mais ainda, o poder assimétrico entre os indivíduos pode impedir que suas escolhas sejam efetuadas, levando à necessidade da regulação trabalhista, por exemplo.

Nos casos em que os pressupostos para eficiência não são quebrados e os agentes são capazes de realizar escolhas racionais, a única causa para um acesso desigual a bens e serviços consiste na escassez de renda. Nessas situações, a preocupação com a qualidade de consumo dos pobres deve se dar preferencialmente através de transferências de renda.

No que se refere às iguais oportunidades, um ponto importante é a desigualdade de *know-how*, que inclui o entendimento do valor da educação, conhecimento dos direitos do cidadão, além dos contatos sociais e profissionais dos indivíduos. Para atenuar estas diferenças, o Estado pode intervir via regulação, subsídios ou produção.

Por fim, vale destacar que o quantum de redistribuição é função de uma sociedade e está diretamente relacionado ao seu conjunto de valores.

Nas seções seguintes, analisaremos as três dimensões dos Sistemas de Seguridade Social.

1.1.1. Seguro

Barr (2004) destaca basicamente dois significados distintos que podem ser atribuídos ao termo “seguro”, são eles: um dispositivo que oferece aos indivíduos proteção contra o risco e um mecanismo atuarial, normalmente organizado pelo setor privado. O primeiro aspecto define seguro em termos de seu objetivo, enquanto o segundo refere-se ao método por meio do qual este objetivo deverá ser alcançado. É possível fazer seguro contra diversos riscos, tais como roubo, morte, acidentes de carro, entre outros. No entanto, o mercado privado encontra dificuldades para ofertar seguros contra desemprego e outros fenômenos sociais imprevisíveis, por exemplo, e é esta fragilidade que iremos explorar.

De forma resumida, sabemos que a incerteza reduz a utilidade de um indivíduo avesso ao risco e, portanto, ele estará disposto a pagar um preço positivo pela commodity “certeza”. O preço, ou prêmio, \mathbb{I} pelo qual o seguro será ofertado num mercado competitivo obedecerá à seguinte fórmula:

$$\mathbb{I} = (1 + \alpha)pL$$

Onde: pL é a perda esperada pelo indivíduo que está comprando o seguro e $(1 + \alpha)$ representa o mark-up de α por cento destinado a cobrir os custos administrativos e o lucro da seguradora.

Com base na equação acima, podemos observar que a oferta privada de seguro será ineficiente ou até mesmo inexistente caso a probabilidade p desrespeite uma das cinco condições a seguir: a probabilidade do evento sob seguro de um indivíduo deve ser independente da probabilidade deste evento ocorrer para qualquer outro indivíduo, ou seja, é importante para a viabilidade financeira da oferta de um seguro que exista um número previsível de ganhadores e perdedores, o que implica na incapacidade dos seguros de suportarem choques sistêmicos como a inflação; eles lidam apenas com riscos individuais. Em segundo lugar, p deve ser menor do que 1, caso contrário não haveria a possibilidade de repartir os riscos e o prêmio atuarial seria igual ou excederia a perda do indivíduo. A terceira condição refere-se à necessidade de p ser conhecido ou, pelo menos, estimável,

para que seja possível calcular o valor do prêmio atuarial. Por fim, a existência de informação assimétrica acaba permitindo que a empresa seguradora tenha menos informações do que o cliente, o que nos leva às duas últimas condições: inexistência de seleção adversa² e risco moral³.

Além disso, existe mais um fator que pode prejudicar a oferta de seguro pelo setor privado e ocorre quando o pagamento é responsabilidade de terceiros. Este é um problema particularmente relevante no que se refere à assistência médica, pois o fato de o seguro cobrir todos os custos dos indivíduos e pagar os médicos pelos serviços prestados permite que ambos tenham a impressão de que seus custos são nulos, gerando excesso de consumo.

A lista de questões discutidas acima nos leva a confirmar que a oferta de seguro privado pode, em muitos casos, ser ineficiente, ou até impossível de ser realizada. Neste contexto, as falhas relacionadas à informação no mercado de seguros permitem fornecer argumentos teóricos que justificam e explicam a provisão do seguro social por parte de uma entidade pública e a conseqüente formação de um Estado de Bem-Estar Social, que vá muito além de uma rede de segurança básica. O argumento central de Barr (2004) consiste na afirmação de que o simples seguro atuarial não é capaz de cobrir contingências como desemprego, inflação e outros riscos de saúde e, nestes casos, o seguro social é a resposta: “(...) social insurance, in sharp contrast with actuarial insurance, can cover not only *risk* but also *uncertainty*” (p. 117).

Mais ainda, o seguro social difere do seguro atuarial em dois aspectos: o fato de a adesão ser obrigatória permite quebrar a ligação entre prêmio e risco individual, possibilitando partilhar o risco. Em segundo lugar, ele consiste num “contrato” menos específico do que o seguro privado, com as seguintes vantagens: proteção contra riscos que o mercado privado não é capaz de combater e contra riscos que variam ao longo do tempo.

² A seleção adversa surge quando o indivíduo que adquire o seguro é capaz de ocultar da empresa seguradora o fato de que ele possui baixo risco. Se a empresa não consegue distinguir seus clientes de baixo e alto risco, ela irá cobrar o mesmo valor de ambos os grupos, baseada no risco médio. Como resultado, os indivíduos de baixo risco enfrentarão altos custos e poderão não contratar o seguro.

³ Risco moral pode se manifestar de duas maneiras: quando o cliente é capaz de manipular, sem custos, a probabilidade de que o evento sob seguro irá ocorrer ou quando o cliente é capaz de manipular o tamanho da perda, *L*.

Dito isto, podemos analisar, particularmente, a lógica das aposentadorias e pensões, que possuem um papel relevante para a suavização do consumo ao longo do tempo, além de contribuir para a redistribuição vertical e o fortalecimento da solidariedade na sociedade.

Existem dois métodos principais de organização das aposentadorias e pensões, são eles: regime de capitalização e regime de repartição ou *Pay-As-You-Go* (PAYG).

O regime de capitalização caracteriza-se pelo investimento dos rendimentos dos trabalhadores, ao longo de suas vidas, geralmente, em contas individuais. Neste caso, os benefícios previdenciários dependerão da capacidade de poupança e do retorno dos investimentos, sendo os riscos assumidos de forma individual pelos afiliados ao sistema. Este regime pode adquirir dois formatos distintos: contribuição definida ou benefício definido. No primeiro caso, a taxa de contribuição é fixa e a aposentadoria do indivíduo é determinada apenas pelo montante acumulado ao longo de sua vida como trabalhador. E o indivíduo poderá enfrentar riscos tais como variações não antecipadas de inflação após a aposentadoria, o que levará a uma perda de bem-estar. No segundo caso, por sua vez, o trabalhador contribui com parte de seu salário e, em geral, uma média de seus salários durante determinado período definirá os valores que irá receber após a aposentadoria. Neste caso, a responsabilidade por variações não antecipadas da taxa real de retorno dos fundos de aposentadorias não é do indivíduo. Esta opção é, por isso mesmo, pouco frequente no mercado privado dos fundos de capitalização.

Já no regime de repartição (PAYG), ocorre um financiamento intergeracional, por meio do qual a população ativa financia os benefícios dos inativos. Tais benefícios são definidos, tomam como base o salário dos segurados e o risco é assumido coletivamente pelos trabalhadores, empresários e Estado, não havendo relação estreita entre contribuições e benefícios.

Numa comparação preliminar, podemos destacar algumas vantagens do regime PAYG. Primeiramente, plenos direitos às aposentadorias podem ser construídos rapidamente, uma vez que estas não são pagas pelas contribuições anteriores do próprio indivíduo, mas sim por aqueles da força de trabalho atual; além disso, regimes de PAYG são mais capazes de proteger as aposentadorias contra os efeitos da inflação e podem

permitir, ainda, o crescimento de seus valores reais de acordo com o crescimento econômico. Regimes de contribuição definida podem lidar bem com a inflação durante o período de constituição do fundo, considerando uma dada taxa, antecipada, de inflação durante o período de pagamento das aposentadorias. Entretanto, estes regimes não são capazes de lidar com taxas não antecipadas pós-aposentadoria.

As desvantagens do regime de capitalização podem ser vistas como um espelho das vantagens do regime de repartição. Argumenta-se que a maior vantagem da capitalização, no entanto, consista no fato de ser relativamente insensível às variações da estrutura etária da população, que reduz a força de trabalho relativamente ao número de dependentes, representada pela razão, a seguir: P/W , onde P é o número de aposentados e W o número de trabalhadores.

Segundo Barr (2004), entretanto, este argumento é falacioso:

“For individuals, the economic function of a pension scheme is to transfer consumption over time. But (...) this is not possible for society as a whole; the consumption of pensioners as a group is produced by the next generation of workers. For an aggregate viewpoint, the economic function of pension schemes is to divide total output between workers and pensioners – that is, to reduce the consumption of workers so that sufficient output remains for pensioners. Once this point is understood, it becomes clear why PAYG and funded schemes, which are both financial mechanisms for dividing output between workers and pensioners, should not fare very differently in the face of demographic change.” (p. 194-195)

Como vimos, a tarefa de ambos os regimes consiste em reduzir o consumo dos trabalhadores, seja via impostos no caso do regime PAYG ou obrigação de poupar no caso da capitalização. A noção importante a destacar é a de que a variável crucial é o produto. Um declínio da força de trabalho pode causar problemas apenas se gerar uma queda na produção da economia. Este problema será resolvido na medida em que esta queda possa

ser impedida e isto envolve outras questões como, por exemplo, o aumento da produtividade.

Um dos mitos⁴ dos Sistemas de Seguridade Social analisados por Stiglitz e Orszag (1999) consiste no fato de que as contas individuais, privadas e de contribuição definida, aumentam a poupança nacional. Segundo os autores, se os indivíduos compensam quaisquer contribuições às contas individuais, através da redução da poupança reduzida em outras formas, então a poupança total privada não é afetada pelas contas. Mais ainda, na ausência do sistema de contas individuais, os indivíduos teriam economizado uma soma equivalente de alguma outra forma. Se a poupança pública também não é afetada, então a poupança nacional não é alterada pelo grupo de contas individuais.

Entre outros mitos, há destaque para a crença de que as taxas de rentabilidade são maiores em um sistema de contas individuais.

Os autores destacam que a comparação simples da taxa de retorno é fundamentalmente equivocada por duas razões: a existência de custos administrativos e custos de transição. A comparação simples da taxa de retorno usualmente observa taxas de retorno brutas, embora os custos administrativos possam diferir e, *ceteris paribus*, os custos administrativos mais altos reduzem a taxa de retorno líquida que um indivíduo recebe. A existência dos custos de transição, por sua vez, denota a necessidade de se computar na taxa de retorno nas contas individuais o custo de continuidade para pagar os benefícios prometidos aos aposentados e trabalhadores idosos, sob o sistema existente. Sob a suposição de que a sociedade não deseja renegar suas promessas a tais aposentados e trabalhadores idosos, os custos permanecem, mesmo que o sistema de seguridade social seja eliminado e realocado completamente pelas contas individuais. Caso os pagamentos aos beneficiários atuais não sejam descartados pelo estabelecimento de contas individuais, os retornos das contas individuais não devem ser elevados artificialmente pela exclusão de seu custo. Segundo Stiglitz e Orszag (1999):

⁴ Para mais informações, ver Stiglitz e Orszag (1999).

“The fundamental point is a simple one. If the economy is dynamically efficient, one cannot improve the welfare of later generations without making intervening generations worse off. Reform of pension systems must thus address equity issues both within and across generations. (...) The comparison of rates of return is thus misguided because higher returns in the long run can be obtained only at the expense of reduced consumption and returns for intervening generations.” (p. 13-14)

1.1.2. Assistência: redução da pobreza

Outra dimensão dos Sistemas de Seguridade Social destina-se a cumprir prioritariamente o propósito de redução da pobreza: são os benefícios da assistência social.

Nesta seção, daremos ênfase aos benefícios concedidos em dinheiro. Tais benefícios podem ser divididos basicamente em três tipos: concedidos com base em limites de renda, como, por exemplo, benefícios de complementação de renda e auxílio-moradia; concedidos com base em limites de renda e um critério adicional, tal como o imposto de renda negativo; e, os benefícios universais, como por exemplo, aqueles concedidos para crianças, sem critérios adicionais.

A idéia por trás da concessão destes benefícios consiste no fato de existirem diversas situações de destituição de renda que não podem ser cobertas pelo seguro social. Além disso, tais situações não são passíveis de serem atendidas por um seguro privado, pelos diversos motivos descritos e analisados na seção anterior. Como Barr (2004) destaca, o Estado poderia não tomar nenhuma providência em relação a estes casos, no entanto, mesmo ignorando os argumentos da equidade, essa posição geraria diversos custos, que incluem desde a sobrecarga dos sistemas de saúde até a piora nas condições de vida dos dependentes destas famílias que constituiriam a futura força de trabalho. Pelos critérios da eficiência, portanto, o Estado deve prover benefícios que objetivem reduzir a pobreza de indivíduos que se encontrem nestas situações.

Do ponto de vista da justiça social também encontramos argumentos favoráveis à provisão pública de benefícios assistenciais numa esfera que ultrapassa o seguro social. A

corrente dos libertários ou liberais conservadores, por exemplo, tende a defender a caridade no combate à pobreza causada por riscos não mensuráveis. Entretanto, eles reconhecem que algumas dificuldades, como a existência de *free riders*, levarão à provisão voluntária de um nível ineficiente de benefícios e, portanto, reconhecem a legitimidade da provisão pública de uma espécie de renda de subsistência, embora reforcem a necessidade do incentivo ao trabalho. A corrente socialista, por sua vez, defende a provisão de benefícios de acordo com as necessidades da sociedade, de modo a promover e reforçar os seus objetivos igualitários.

A efetividade dos benefícios na redução da pobreza deve ser, por sua vez, avaliada sob três aspectos principais:

- se o benefício concedido permite o alcance de um padrão de vida aceitável sem estigmatização – e isto envolve tanto a capacidade de adquirir uma determinada cesta de consumo quanto a existência de estigmatização, ou seja, se os indivíduos que recebem o benefício podem se sentir estigmatizados pela sociedade e o quanto isto pode afetar o seu padrão de vida em termos de utilidade;

- quanto aos critérios de elegibilidade utilizados: se o benefício deve ser concedido apenas àqueles que realmente necessitam (eficiência vertical⁵) ou a todos os considerados pobres (eficiência horizontal).

- os custos, que englobam os próprios benefícios e os custos administrativos.

Dito isto, a grande questão dos benefícios assistenciais e que envolve bastante polêmica consiste no incentivo ao trabalho. Um aumento da renda de um indivíduo combinado com a redução ou perda de um benefício permite que não haja nenhuma mudança no padrão de vida de uma família. Diante disso, torna-se fundamental a criação de mecanismos de monitoramento para evitar o que Barr (2004) chama de armadilha da pobreza, no formato de uma restituição ou desconto nos anos subsequentes ao fim do recebimento do benefício, por exemplo.

⁵ Alguns dos problemas da focalização consistem em alcançar pessoas que estão fora do quesito de elegibilidade (ineficiência vertical) e não conseguir atingir os pobres com as mesmas características em função das dificuldades de conseguir documentação e comprovação de sua condição de vida (ineficiência horizontal).

Podemos acrescentar, portanto, duas questões que devem permanecer em mente dos formuladores das políticas assistenciais:

- o benefício permitirá elevar o número de horas trabalhadas pelos indivíduos que já fazem parte da força de trabalho?

- o benefício incentiva que aqueles que não estão na força de trabalho passem a fazer parte dela?

Mais do que isso, é importante lembrar que famílias beneficiárias dos programas de mínimos sociais monetarizados tendem a permanecer à margem dos sistemas de proteção social, entendidos como um conjunto de políticas voltadas para a desmercantilização de bens e serviços que permitam a todo indivíduo manter seu bem-estar independentemente do valor de mercado de seu trabalho e de suas propriedades (ASA BRIGGS, 1961 *apud* Lavinias et al., 2010).

É necessário refletir se os benefícios assistenciais têm sido efetivamente utilizados pelos governos como um mecanismo de fortalecimento da desmercantilização como pensada por Asa Briggs, ou, ao contrário, da mercantilização e expansão dos serviços privados. Mais ainda, cabe observar se a idéia é que estes programas contribuam para reconfigurar os sistemas de proteção social e abrir espaço para que a assistência social torne-se um direito institucionalizado ou, pelo contrário, favoreçam seu recuo e ineficiência, perdendo mais espaço ainda junto à opinião pública por reforçarem o estigma dos pobres não-merecedores. (Lavinias et al., 2010)

1.1.3. Saúde

A última dimensão dos Sistemas de Seguridade Social a ser analisada neste trabalho é a saúde.

Segundo Barr (2004), a saúde deriva de diversas fontes e envolve várias questões, tais como a renda, estilo de vida, alimentação, mas, sobretudo fatores sócio-econômicos amplos, que dependem de desenvolvimento em outras áreas que ultrapassam o setor da saúde.

Para o autor, nenhum sistema de saúde consegue ser perfeito:

“(...) the real issue is to choose the least inefficient and inequitable form of organization. Radical privatization is no way of doing so. This conclusion rests not on personal values but on the technical nature of health care, and particularly, though not exclusively, on information problems.” (Barr, 2004, p. 289)

Tomando como base os pressupostos para a eficiência dos mercados que analisamos nas seções anteriores, chegamos à conclusão de que o setor de saúde e assistência médica enfrenta problemas, quebrando diversas hipóteses apresentadas, uma vez que a saúde constitui uma “commodity” diferente das demais. Isto gera ineficiência tanto pelo lado da demanda quanto da oferta.

Informação imperfeita, poder desigual dos consumidores, externalidades e dificuldades técnicas enfrentadas pelas empresas de seguros de saúde são alguns exemplos. Os indivíduos, em geral, desconhecem a intensidade e risco de suas doenças e os tratamentos disponíveis. Além disso, torna-se difícil buscar informação por toda a sua complexidade técnica e pelo envolvimento de muitas emoções, como o medo, superstições, etc. (Barr, 2004). Uma escolha errada pode, ainda, ser muito mais custosa e dificilmente reversível, quando comparada a outros produtos. Questões como seleção adversa e risco moral também elevam as dificuldades das seguradoras. Por fim, o comportamento não competitivo por parte dos médicos pode causar ineficiências pelo lado da oferta: a motivação dos médicos advém de forma mais significativa de sua reputação profissional do que do dinheiro, o que, muitas vezes, gera um viés para a escolha de tratamentos mais avançados tecnicamente, na busca pelo reconhecimento. Eles dificilmente atuam como os maximizadores de lucro que a teoria econômica espera.

Os argumentos da intervenção por motivo de justiça social surgem quando os problemas descritos acima, sobretudo no que se refere à falta ou ao mau uso da informação disponível, atingem os grupos menos privilegiados da sociedade – equidade horizontal. Nesses casos, a regulação da qualificação dos médicos, da qualidade dos remédios ou até mesmo subsídios podem elevar tanto a eficiência quanto a igualdade no acesso aos

serviços. Além disso, a intervenção também se justifica pelo aumento de utilidade que o consumo de serviços de saúde pelos pobres pode gerar para os ricos – permitindo o alcance da equidade vertical, que se refere à redistribuição dos ricos para pobres e pode ser alcançada pelo maior pagamento de impostos pelos ricos para uma mesma quantidade de serviços de saúde consumida pelos pobres. O aumento de utilidade dos ricos pode ser gerado por diversos motivos, entre eles: crença de que uma força de trabalho mais saudável pode facilitar a promoção do crescimento econômico; aumento da produtividade da força de trabalho ou redução de custos com licenças médicas; prevenção da desordem social ou mesmo por razões altruístas.

Por todas as questões discutidas acima, podemos afirmar que a idéia inicial de que um mercado de saúde totalmente privado será ineficiente e inconsistente com a noção de justiça social pode ser comprovada. A eficiência do setor exige, no mínimo, regulação ou algum envolvimento financeiro por parte do Estado.

Por fim, a questão mais relevante levantada por Barr (2004) consiste em destacar a importância do estabelecimento de uma estratégia para que o setor de saúde de um país obtenha êxito em sua proposta. Considerando quatro objetivos básicos de um sistema de saúde eficiente – acesso igualitário, contenção de custos, ausência de listas de espera e prevalência da escolha do consumidor – apenas em um nível estratégico será possível elencar os problemas do sistema como consequência das escolhas feitas pela sociedade.

CAPÍTULO 2 – Panorama da Seguridade Social na América Latina

Após analisarmos a justificativa teórica para a existência de Sistemas de Seguridade Social públicos e antes de focarmos na trajetória dos três países selecionados neste trabalho, cabe observarmos o contexto em que se encontrava a América Latina, às vésperas do período mais intenso de reformas.

Historicamente, os sistemas de proteção social na América Latina caracterizaram-se pela predominância e quase exclusividade do seguro social, que garantia alguns outros serviços na área médica àqueles que eram contribuintes compulsórios, em função de sua inserção no mercado de trabalho formal. A assistência social não era objeto de uma política institucional pública, normatizada por direitos, e não integrava os regimes previdenciários: era relegada ao campo da benevolência e da caridade, sendo a pobreza regulada ao acaso pela iniciativa daqueles de boa vontade ou em troca de isenções fiscais. O próprio seguro social manteve por muito tempo um perfil extremamente seletivo, caracterizado por cobertura limitada, baixa densidade contributiva, heterogeneidade dos benefícios e assimetrias para habilitação (Lavinias et al., 2010).

“Ao contrário do que ocorreu na Europa Ocidental, esses países raramente apresentaram um núcleo institucional forte e estável capaz de planejar e articular políticas sociais com objetivos de médio e longo prazos, com comprometimentos que vão além dos sucessivos ciclos presidenciais (e apenas recentemente democráticos para a maioria dos países). Sem um sistema de proteção social forte e consolidado, os problemas característicos da região, como o alto índice de pobreza (fundamentalmente crônica) e desigualdade, os gargalos na oferta e na prestação de serviços públicos sociais e o alto grau de informalidade e precariedade do mercado de trabalho, tornam os desafios para a melhoria das condições de vida da população ainda mais difíceis de serem superados.” (Lavinias et al., 2010, p.10)

Na seção a seguir, serão apresentados os princípios da seguridade social, baseados no trabalho de Mesa-Lago (2004) de organização de documentos de Beveridge - *The*

Beveridge Report - e da OIT, e sua vigência na América Latina, no período anterior às reformas.

2.1. Os princípios da Seguridade Social na América Latina

Segundo Mesa-Lago (2004), antes do início das reformas estruturais na América Latina, ainda em 1980, os países latino-americanos foram qualificados em três grupos, com base na data em que introduziram seus primeiros programas no âmbito da Seguridade Social, assim como no grau de desenvolvimento alcançado por esses programas: pioneiro-alto, intermediário e tardio-baixo.

O grupo pioneiro-alto, formado por Chile, Argentina, Brasil, Cuba, Costa Rica e Uruguai foi o primeiro a estabelecer sistemas de seguros sociais na região. Ainda nas décadas de 20 e 30, os países deste grupo alcançaram a maior cobertura e o maior desenvolvimento desses sistemas, sua população estava relativamente mais envelhecida e sua expectativa de vida era mais alta. No entanto, os sistemas apresentavam problemas, tais como a estratificação, altos custos, déficit crescente e desequilíbrio financeiro e atuarial.

O segundo grupo, intermediário, formado pelo Panamá, México, Peru, Colômbia, Bolívia, Equador e Venezuela iniciou a implementação de seus programas nas décadas de 40 e 50, influenciado pelo Documento Beveridge e pelas convenções da OIT. Alcançou uma cobertura e um desenvolvimento médio para seus sistemas, os quais estavam menos estratificados, tinham um custo menor e uma situação financeira melhor em comparação ao primeiro grupo, ainda que alguns já enfrentassem desequilíbrio

Já o grupo tardio-baixo, formado pelo Paraguai, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicarágua, Honduras e Haiti foi o último a introduzir seus programas, nas décadas de 60 e 70. Dessa forma, em 1980, sua população era a mais jovem entre os grupos e sua expectativa de vida, a mais baixa. Os sistemas eram relativamente mais unificados e apresentavam menos problemas financeiros, embora possuíssem a menor cobertura e o menor desenvolvimento (Mesa-Lago, 1985 *apud* Mesa-Lago, 2004).

Em função das diferenças apontadas entre os três grupos, assim também se apresentavam os princípios da seguridade social na região antes das reformas implementadas. São eles: (1) universalidade da cobertura; (2) igualdade, equidade ou uniformidade de tratamento; (3) solidariedade e redistribuição de renda; (4) abrangência e suficiência das prestações; (5) unidade, responsabilidade do Estado, eficiência e participação na gestão; e (6) sustentabilidade financeira.

O primeiro princípio foi introduzido por Beveridge como “abrangência da cobertura das pessoas”, considerado um instrumento para abolir a pobreza. Historicamente, a cobertura começou pelos grupos organizados, pelas grandes empresas, por empregadores formais e assalariados urbanos, considerados os grupos mais fáceis de identificar, filiar, arrecadar, registrar e obter conta individual. Dessa forma, como a cobertura depende do grau de industrialização, do tamanho do setor formal e da idade do sistema, ela é muito maior nos países desenvolvidos em comparação aos países menos desenvolvidos. Entretanto, nos países como um todo, as crises econômicas, os programas de ajuste estrutural, a globalização e outros fatores geraram maior desemprego, emprego parcial, por conta própria, ocasional, em microempresas e no setor informal, provocando uma queda na proteção social e criando novos desafios ao ideal da universalidade (OIT, 2000b; OIT-AISS, 2001 *apud* Mesa-Lago, 2004).

Segundo declaração da OIT no ano 2000, a extensão da cobertura é o maior desafio enfrentado pelos sistemas de seguridade social. E destacou que, para enfrentar esse desafio, cada país deve determinar uma estratégia nacional que alcance a seguridade social para todos: “a função prioritária do Estado é facilitar, promover e estender a cobertura da seguridade social”; “devemos dar prioridade máxima às políticas e iniciativas que contribuam com a seguridade social, àquelas pessoas que não estejam cobertas pelos sistemas vigentes”, por exemplo, empregados de microempresas, trabalhadores por conta própria ou autônomos, trabalhadores em domicílio ou temporários, participantes no setor informal — muitos deles, mulheres. Mais ainda, quando não for possível cobrir esses grupos de maneira imediata e obrigatória, devem ser introduzidos seguros voluntários, microseguros ou outras medidas como a assistência social (OIT, 2002b *apud* Mesa-Lago, 2004).

Na América Latina, antes das reformas estruturais, o princípio da universalidade predominava em uma minoria de países. O nível de cobertura dos beneficiados variava muito nos países da região, sendo a média ponderada estimada por Mesa-Lago em 42,7% ao final dos anos 80, excluído o Brasil, que possuía aproximadamente 50% de sua força de trabalho associada a algum regime previdenciário. Segundo o autor, os fatores que explicam as diferenças na cobertura são a idade do sistema, o grau de industrialização e urbanização e o tamanho do setor formal ou assalariado.

No que se refere ao segundo princípio, Beveridge recomendava em seu trabalho que as taxas de contribuição e prestações monetárias fossem uniformes para todos os segurados, independentemente de suas rendas, embora pudessem ser ajustadas de acordo com diferentes características dos grupos (assalariados, por conta própria, patrões, agricultores, donas de casa). Aqueles que adiassem sua aposentadoria e continuassem contribuindo teriam direito a um benefício maior, ainda que a assistência à saúde fosse igual para todos. Essa postura foi criticada sob a alegação de que as prestações seriam muito baixas e se criariam riscos. No entanto, a idéia de Beveridge era justamente promover acesso a toda a população a um mínimo de subsistência, deixando que os segurados que tivessem recursos pudessem recorrer ao seguro voluntário adicional.

Como destaca Mesa-Lago (2004), poucos países latino-americanos implantaram sistemas igualitários ao estilo de Beveridge: ao contrário, estabeleceram uma forte relação entre contribuição e montante da prestação. Enquanto as condições legais de acesso deveriam ser iguais para todos os segurados, evitando qualquer discriminação por sexo, ocupação, renda etc, os grupos de trabalhadores que já tinham planos de previdência ocupacionais ou de empresa, superiores aos do sistema geral, normalmente se opuseram a renunciar a suas conquistas.

Esses sistemas caracterizados pela estratificação proliferaram principalmente no grupo pioneiro-alto e introduziram desigualdades no nível de cobertura, nas condições de acesso, prestações e financiamento entre diversos setores ocupacionais. Mesmo que, ao longo do tempo, essas iniquidades fossem reduzidas por processos de unificação e normalização, subsistiam programas privilegiados para as forças armadas em quase todos os países, assim como para funcionários públicos e outros grupos. Além disso, havia fortes

desigualdades de gênero em função das idades mais baixas para aposentadoria para as mulheres, combinadas com uma maior expectativa de vida e menor densidade de contribuição que os homens, gerando benefícios mais baixos.

Em relação ao princípio da solidariedade e redistribuição de renda, na concepção de Beveridge, toda a população deveria estar filiada ao sistema de seguridade social, permitindo que houvesse solidariedade entre as gerações. Ou seja, os trabalhadores ativos deveriam contribuir para financiar as prestações dos inativos, gerando um efeito redistributivo progressivo. De acordo com Beveridge, elevar o nível de vida e eliminar a pobreza são tarefas que exigem uma adequada redistribuição do produto, não bastando apenas o aumento da produção. Nesse sentido, a seguridade social pode contribuir tanto por meio do financiamento tripartite (contribuições de trabalhadores, empregadores e Estado) quanto pela existência de prestações universais que ajudam os grupos de baixa renda, e a assistência social, financiada pelo Estado e encarregada pelos mais pobres. “O plano da seguridade social é, antes e acima de tudo, um método de redistribuição de renda, de maneira a antepor as primeiras e mais urgentes necessidades e fazer o melhor uso possível de quaisquer recursos de que se possa abrir mão” (Beveridge, 1942: 210, 214 *apud* Mesa-Lago, 2004).

Na América Latina, o princípio da solidariedade era proclamado em todos os países, embora fosse diminuído pela estratificação subsistente, pela baixa cobertura em metade dos países e pelos tetos de contribuição em muitos deles. Somente os países do grupo pioneiro-alto possuíam programas assistenciais de benefícios, enquanto que os demais — que sofriam a maior incidência de pobreza — precisavam de tais programas.

O quarto princípio destaca a importância da seguridade social em amparar contra todos os riscos ou contingências sociais e da necessidade de suas prestações mostrarem-se suficientes para assegurar um mínimo adequado. Abrangente, o plano Beveridge combinava três instrumentos: (1) o mais importante seriam os seguros sociais, que incluíam benefícios associados à saúde, a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; (2) de forma suplementar, a assistência social para aqueles não-cobertos pelo seguro social e que estivessem em estado de necessidade, estando o recebimento do benefício sujeito à comprovação de recursos; e (3) de caráter adicional, os seguros voluntários para os

segurados que tivessem recursos, com o objetivo de estimular a poupança. Entretanto, como vimos anteriormente, no conceito de Beveridge, as prestações deveriam ser de subsistência, independentes da renda e deviam ser ajustadas de acordo com o custo de vida.

O princípio de suficiência predominava, em tese, na totalidade dos países latino-americanos embora, na prática, dependesse do nível de cobertura. Enquanto no grupo pioneiro-alto as condições de acesso aos benefícios eram muito liberais, eram bem mais restritas no tardio-baixo. Além disso, na maioria dos países da região, o ajuste dos benefícios superou o aumento do custo de vida até 1980; no entanto, houve forte deterioração posterior, devido à alta inflação e ao ajuste estrutural.

No que se refere ao quinto princípio, o plano Beveridge defendia a unificação administrativa, com o objetivo de promover a eficiência e reduzir os custos. Para ele, o sistema público seria menos custoso que o seguro voluntário privado, devido a diversos fatores, tais como o aproveitamento de economias de escala, o seu caráter não-lucrativo e o treinamento de pessoal técnico e especializado em seguridade social. Um Fundo de Seguro Social deveria arrecadar todas as contribuições e pagar todas as prestações sob a administração e supervisão do Ministério da Seguridade Social alinhado a uma política única e coordenada. Ressalte-se que a unidade não implicaria, necessariamente, em centralização de modo que o sistema pudesse se estender por meio de agências locais próximas aos segurados e conhecedoras de suas necessidades. Em função das diversidades econômica, social e política dos países, a posição da OIT quanto a esse assunto é a de não recomendar um modelo único e uniforme de administração da seguridade social. Por outro lado, a OIT atualmente observa que, nos países com cobertura quase universal, é comum encontrar uma instituição única responsável por todas as funções do sistema.

Na América Latina, a unidade de gestão existia em poucos países, muito em função da estratificação, especialmente no grupo pioneiro-alto, chegando à existência de cerca de 160 programas de seguros sociais no Chile antes da reforma, por exemplo. De maneira geral, o custo da administração era baixo nos países com maior cobertura e alto nos de menor cobertura.

Por fim, o documento de Beveridge demonstrava preocupação com a viabilidade financeira dos planos de seguridade social de acordo com a capacidade econômica de cada país. Dessa forma, seu trabalho sugeria que os planos não fossem implantados de uma só vez, mas sim por etapas, como parte de um plano maior e geral, indicando as prioridades na sua implementação e avançando quando existissem os recursos.

A OIT, por sua vez, na Conferência de 2001, recomendou “ampliar as fontes de financiamento da seguridade social por meio do financiamento tripartite” e advertiu sobre as reformas previdenciárias: “Para que seja sustentável, a viabilidade financeira dos sistemas de previdência deve ser garantida a longo prazo. Portanto, é necessário que se realizem projeções atuariais periódicas e se introduzam os ajustes necessários. É imprescindível que se realize uma avaliação atuarial completa de qualquer reforma proposta antes que seja adotada uma nova legislação” (OIT, 2002: 4-5 *apud* Mesa-Lago, 2004).

Na América Latina, os meios de obtenção da sustentabilidade financeira variavam: nove países tinham um regime de capitalização parcial coletiva ou CPC, embora apresentassem desequilíbrio atuarial em diferentes magnitudes (Colômbia, Equador e Venezuela, por exemplo), seis países se aproximavam da repartição (República Dominicana e Nicarágua, por exemplo), com déficit alto, e os países do grupo pioneiro-alto, com exceção da Costa Rica, tinham regimes de repartição, sofriam de um déficit maior e requeriam subsídio estatal. Como tendência geral, podia-se observar um incremento do gasto com aposentadorias e pensões dentro do gasto geral. Vigorava a norma mínima da OIT segundo a qual o trabalhador assalariado não deveria pagar mais de 50% da contribuição total: os aportes dos trabalhadores correspondiam na média a 32% do total da contribuição contra 68% para os empregadores e o Estado. A alta contribuição, sobretudo no grupo pioneiro-alto, combinada a outros fatores como ineficiência no controle da arrecadação gerava incentivos para a evasão. O investimento dos fundos de pensão era geralmente ineficiente devido à concentração em valores públicos e em outros instrumentos de baixa rentabilidade. Entre 1981 e 1994, na metade dos países da região o rendimento real dos investimentos foi negativo.

A comparação do desempenho latino-americano quanto à vigência dos princípios de seguridade social em relação ao resto do mundo indicava que a maioria dos países da América Latina levava vantagem com relação a outros países em desenvolvimento, mas ficava abaixo dos países industrializados. Deve-se levar em conta, no entanto, que, diferentemente dos países industrializados que possuíam mercados de trabalho mais formalizados, melhor distribuição de renda, níveis altos de cumprimento das leis de seguridade social e alta cobertura de suas populações, os países de desenvolvimento médio, como os da América Latina, enfrentavam sérios problemas como altas taxas de desemprego e subemprego, setor informal considerável, distribuição de renda altamente desigual e carência de um sistema tributário capaz de arrecadar as contribuições do seguro social e financiar programas assistenciais. Apesar disso, os países pioneiros latino-americanos introduziram seus primeiros programas de seguro social antes de países como os Estados Unidos e Japão, e toda a região contava com um seguro social associado à doença e à maternidade, enquanto que os Estados Unidos careciam de tal programa, e uma parte considerável de sua população não tinha acesso a seguro-saúde. (OIT, 2000b *apud* Mesa-Lago, 2004)

É importante destacar que as reformas estruturais de seguridade social implementadas na região a partir da década de 80 modificaram alguns dos princípios convencionais apresentados acima e introduziram outros novos. O Banco Mundial, em seu documento *Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth*, publicado em 1994, expôs os princípios básicos das reformas estruturais, como veremos mais à frente. Antes disso, entretanto, é importante ter em mente a lógica de alguns dos novos princípios introduzidos pelas reformas de modo a compreender suas motivações mais facilmente. São eles: (1) promoção da poupança nacional e o mercado de capitais e (2) imunidade à ingerência estatal e política.

O primeiro novo princípio alegava que, após as reformas, o sistema privado seria capaz de gerar acúmulo de capital, aumento da poupança nacional, desenvolvimento do mercado de valores e diversificação da carteira de investimento, promovendo, assim, o crescimento, o emprego e melhores benefícios. Em muitos países, esse princípio se converteu no principal objetivo da reforma. Como destaca Mesa-Lago (2004), a

contraposição entre esse princípio, cujo caráter é econômico, e aqueles convencionais de natureza social descritos anteriormente se reflete nas disputas entre os organismos financeiros internacionais, de um lado, e os organismos de seguridade social, de outro lado.

Já o segundo princípio inerente às reformas, defendia que o sistema privado possuía a capacidade de ser imune às interferências estatais e à manipulação política, em função da natureza privada da gestão do sistema e da propriedade das contas individuais, em contraste com os sistemas públicos marcados pela ingerência político-estatal tradicional na região. Ainda assim, o Banco Mundial reconhecia que a imunidade contra o risco político dependeria do bom comportamento do Estado e do cumprimento adequado de suas funções de regulação, supervisão e financiamento da transição.

Dito isso, passemos a analisar as características das reformas na próxima seção.

2.2. Tipologia das Reformas

Na América Latina, região que introduziu programas de seguro social antes de outros países em desenvolvimento na África, Ásia e Oriente Médio, a crise internacional da década de 70 e a onda neoliberal do final dos anos 80 e 90 levaram à disseminação da idéia de que seria necessário implantar reformas profundas nos seus sistemas de proteção social, sobretudo no sentido da ampliação dos mercados de capital e não da cobertura protetiva, tão insuficiente.

A maioria dos países latino-americanos optou por uma troca de paradigma em lugar de uma simples reforma nos parâmetros internos dos sistemas de previdência públicos não capitalizados, refletindo uma mudança na política social da região, apoiada, ativamente, por organismos internacionais como o Banco Mundial. A característica comum das reformas foi a introdução de um segundo pilar capitalizado, administrado por uma instituição privada, além da tendência à privatização da saúde.

O primeiro país a implementar uma reforma radical foi o Chile que, sob a ditadura do governo de Pinochet, muda seu sistema previdenciário público (financiado pelo método da repartição) para um sistema compulsório de capitalização, gerenciado por administradores de fundos de pensão privados (AFP), em 1981. De forma resumida, a

reforma - que pretendia aumentar a poupança interna, ampliar o mercado de capitais e, sobretudo, resolver o problema do déficit público - fechou a previdência pública para novos contribuintes e extinguiu o sistema de repartição. Os trabalhadores deveriam contribuir com 10% de seus salários, destinados às AFPs que, por sua vez, cobrariam taxas destinadas a cobrir seus custos administrativos e de contratação de seguros de invalidez e desemprego.

Segundo Hujó (1999), inicialmente, a reforma chilena é tida como uma experiência muito audaciosa promovida por um regime autocrático e pouco atraente aos demais países democráticos da região. No entanto, essa visão se modifica por diversas razões, tais como transformações econômicas, deterioração das condições financeiras, problemas estruturais dos sistemas e mudanças demográficas. A partir de então, a experiência no Chile passa a ser vista como um novo paradigma internacional de reforma.

Reforçando o mito do sucesso da reforma chilena e baseando-se nela, o Banco Mundial publica em 1994 - *Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth* - documento em que sugeria um modelo de três pilares para a previdência social. A estrutura recomendada consiste de um primeiro pilar público, financiado por impostos e contribuições que incidiriam sobre a folha de pagamentos, com o objetivo de aliviar a pobreza e segurar os afiliados contra os riscos de perda da capacidade de trabalho; um segundo pilar de fundos de pensão privados, compulsório, baseado em uma estreita relação contribuição-benefício, com o objetivo de fomentar a poupança e repor a renda; e, finalmente, um terceiro pilar, constituído pela poupança voluntária, responsável por fornecer uma renda complementar aos trabalhadores interessados em receber um rendimento previdenciário superior ao propiciado pelos demais pilares e, ainda, funcionar como mecanismo de aumento da poupança interna, como mostra a figura 1.

“Reliance on individual pillars will vary with a country’s circumstances over time, but every country should have a multipillar system.” (Banco Mundial, 1994, p. 15)

Figura 1 - Pilares do Sistema Previdenciário

	Pilar Público e Obrigatório	Pilar Privado e Obrigatório	Pilar Privado e Voluntário
Objetivos	Redistribuição e Seguro	Poupança e Seguro	Poupança e Seguro
Forma	Teste de Meios, Garantia Mínima de Aposentadoria ou Aposentadoria Básica	Plano de Poupança Pessoal ou Plano de Trabalho	Plano de Poupança Pessoal ou Plano de Trabalho
Financiamento	Impostos, taxas e contribuições	Poupança Compulsória	Poupança Voluntária

Fonte: Banco Mundial, 1994.

Como hipótese central, o Banco Mundial afirmava que o sistema misto seria capaz de atingir o duplo objetivo da previdência - proteção social e promoção do desenvolvimento – sendo o Estado responsável pela distribuição de renda para a camada mais pobre da população e o mercado capaz de criar mecanismos para a poupança das camadas com capacidade de poupar.

Para o Banco Mundial, o sistema público de repartição simples apresentava diversos sinais de falência, tais como: o declínio da taxa de retorno, que expressava uma crise estrutural desses sistemas; o incentivo à aposentadoria precoce por parte dos planos de benefício definido; o incentivo à privatização devido à existência de governos corruptos e ineficientes; e, o fato de os fundos administrados pelo Estado serem impelidos a investir seus recursos em títulos estatais com retornos inferiores ao mercado, com tendências a resultados negativos a médio e longo prazo.

Tomando como base as recomendações do Banco Mundial e a experiência do Chile, durante os anos 90, sete países latino-americanos implementaram reformas de seus sistemas previdenciários, alguns com mais, outros com menos modificações em relação ao modelo chileno original, e influenciaram, ainda, as reformas que se estenderam aos anos 2000.

A tabela 2 nos mostra uma tipologia destas reformas na América Latina, distinguindo-as entre reformas estruturais – modelo substitutivo, paralelo ou misto - paramétricas ou sem reformas. Podemos descrevê-las de forma geral, a seguir: o modelo substitutivo, seguido por seis países⁶, promove uma reforma estrutural completa, como a descrita acima, no caso do Chile. Este modelo fecha o sistema público, de modo a não permitir novos afiliados, e o substitui por um sistema privado. No modelo paralelo, o sistema público não é fechado, apenas reformado e compete com o novo sistema privado. Já o modelo misto, o mais difundido fora da América Latina, integra um sistema público, que não se fecha e constitui o primeiro pilar ao oferecer um benefício básico, e um sistema privado predominante que dispõe um benefício complementar, constituindo-se no segundo pilar. A administração é múltipla: pública, privada ou mista. Este foi o modelo adotado pela Argentina, em 1994. Nos três modelos de reformas estruturais, o sistema privado possui um componente obrigatório e um voluntário. A filiação e a contribuição são obrigatórias no primeiro e opcionais no segundo, as duas contas são gerenciadas pela mesma administradora e, na época da aposentadoria, o trabalhador poderá retirar o montante da conta voluntária ou combinar os dois fundos para o cálculo do seu benefício.

Já os países que não levaram adiante uma reforma de previdência estrutural mantiveram seus sistemas públicos com as características tradicionais: contribuição não-definida, prestação definida, regime financeiro de repartição e administração pública. As reformas realizadas apresentaram como objetivo primordial o saneamento das condições financeiras do sistema previdenciário, sem a adoção do modelo dividido em pilares distintos. Dentre esses países está o Brasil, que implementou apenas reformas paramétricas, que serão discutidas no capítulo 4. Resumidamente, em 1998, instituiu mudanças no Regime Geral da Previdência Social (RGPS), ao desconstitucionalizar a fórmula de reajuste das aposentadorias; estabeleceu uma idade mínima para aposentadoria dos funcionários públicos e introduziu o “fator previdenciário”, alterando a fórmula de cálculo dos benefícios ao inserir a lógica atuarial. E, em 2003, o governo Lula propôs uma reforma concentrada basicamente no regime previdenciário do setor público.

⁶ São eles: Chile (1981), Bolívia (1997), México (1997), El Salvador (1998), República Dominicana (2003-06) e Nicarágua (2004).

Tabela 2 - Modelos e Características das Reformas de Previdência na América Latina

Modelo, país e data de início da reforma	Sistema	Contribuição	Prestação	Regime Financeiro	Administração
Reformas Estruturais					
Modelo Substitutivo	Privado	Definida	Não-definida	CPI	Privada**
Chile: Maio 1981					
Bolívia: Maio 1997					
México: Set. 1997					
El Salvador: Maio 1998					
R. Dominicana: 2003-06					
Nicarágua: Março 2004					
Modelo Paralelo	Público ou Privado	Não-definida	Definida	Repartição*	Pública Privada**
Peru: Junho 1993		Definida	Não-definida	CPI	
Colômbia: Abril 1994					
Modelo Misto	Público e Privado	Não-definida Definida	Definida Não-definida	Repartição* CPI	Pública Múltipla
Argentina: Julho 1994					
Uruguai: Abril 1996					
Costa Rica: Maio 2001					
Equador: Janeiro 2004					
Reformas Paramétricas ou Sem Reforma					
Brasil	Público	Não-definida	Definida***	Repartição ou CPC	Pública
Cuba					
Guatemala					
Haiti					
Honduras					
Panamá					
Paraguai					
Venezuela					

*No Peru, na Argentina e no Uruguai, mas CPC na Colômbia e Costa Rica.

**Múltipla no México, na República Dominicana e Colômbia.

***Contribuição definida, por parte do programa do setor privado no Brasil (contas virtuais).

Fonte: Mesa-Lago, 2004.

É nesse contexto de implementação de reformas estruturais na maioria dos países da América Latina, que os programas de combate à pobreza ganham força e tornam-se quase que substitutos da política de proteção social, apoiados por órgãos como o Banco Mundial,

antes radicalmente contrários a transferências de renda monetárias. A argumentação favorável baseava-se no fato de tais programas alcançarem as famílias mais desfavorecidas, justamente aquelas que não integravam os sistemas contributivos meritocráticos que prevaleciam no continente.

Dessa forma, propagam-se inúmeros programas de renda mínima (*safety nets*) para combater a pobreza, sujeitos à seletividade, em paralelo à institucionalidade dos sistemas de proteção social, como mostraremos de forma mais aprofundada nos capítulos designados aos países selecionados. Por outro lado, ao longo desse processo, ocorre também uma mudança fundamental que deve ser aprimorada, expandida e consolidada – a política de combate à pobreza passa a integrar o campo das políticas públicas sob gestão estatal (Lavinias et al., 2010).

Tomando como base os dados expostos anteriormente, escolhemos três países que optaram por caminhos distintos – Chile, Argentina e Brasil – a fim de analisar de forma mais profunda o modo como foram conduzidas as reformas implementadas em seus Sistemas de Seguridade Social a partir da década de 80.

2.3. Evolução Histórica Pré-reforma: Chile, Argentina e Brasil

A fim de dimensionar o impacto das reformas nos países selecionados, cabe analisar historicamente aspectos relevantes da formação de seus Sistemas de Seguridade Social e suas características antecedentes às mudanças. Como vimos, os três países selecionados encaixam-se no grupo pioneiro-alto, no que se refere ao estabelecimento dos seus sistemas de proteção social. Por outro lado, os problemas também se manifestaram cedo e ativaram idéias reformistas.

2.3.1. Chile

O sistema previdenciário chileno, apesar de esforços prévios isolados, começa a se desenvolver a partir dos anos 20, seguindo os critérios de profissionalismo com base no

modelo desenhado por Bismarck no século XIX. Seu desenvolvimento é explosivo e desordenado⁷.

Numa primeira fase, que termina em meados do século XX, são criadas diversas caixas previdenciárias, semipúblicas, para atender a alguns setores com maior poder de pressão, tais como os funcionários públicos civis e militares, que conseguem obter melhores benefícios. Nas caixas principais, foram criadas, em paralelo aos regimes gerais, subregimes preferenciais para alguns setores.

Assim, ao final dos anos 60, o sistema chileno apresentava 35 caixas de aposentadoria e 150 regimes previdenciários distintos, cujas regras e normas estavam dispersas em cerca de 600 peças de legislação.

Em uma segunda etapa, os governantes que estiveram no poder entre 1958 e 1973 – Alessandri, Frei Montalva e Salvador Allende - procuraram aprovar reformas que fornecessem ao sistema um caráter mais universal, menos fragmentado, de modo a padronizar a multiplicidade de regimes que estavam envolvidos, eliminando as distorções e os privilégios, além de sanear problemas financeiros que enfrentavam. Dados de 1971 mostram que as alíquotas incidentes sobre a folha de pagamento para o total dos programas de Seguridade Social chegavam a 65% dos salários brutos, os subsídios estatais cobriam 30% do gasto e as despesas totais alcançavam 17% do PIB⁸.

O sucesso das reformas foi apenas parcial, uma vez que os governantes não conseguiram estabelecer um consenso necessário para empreender as mudanças com as lideranças das caixas e regimes previdenciários. Apenas no início do governo militar, a partir de 1973, foi possível aprovar algumas reformas que estabeleceram regimes únicos para concessão de benefícios tais como auxílio desemprego, pensão por morte e aposentadorias. Em 1979, também foram empreendidas medidas importantes para eliminar privilégios, uniformizar e unificar as condições de elegibilidade. Além disso, houve alteração na idade da aposentadoria que passou para 60 anos, para mulheres, e 65 anos para os homens.

⁷ MESA, A.; SÁNCHEZ, H. (2001)

⁸ HUJO (1999).

A tabela 3 mostra a performance das taxas de cobertura do sistema previdenciário chileno previamente à reforma de 1981.

Tabela 3 - Cobertura do Antigo Sistema Previdenciário Chileno (em %)

Ano	Contribuintes Ativos/PEA	Contribuintes Ativos/Ocupados
1960	69	75
1961	60	65
1965	69	74
1970	73	77
1971	74	79
1972	75	78
1973	79	83
1974	78	83
1975	74	86
1976	74	83
1977	73	79
1978	68	76
1979	68	75
1980	64	71

Fonte: Yazigi, 2003.

Como pode ser observado, as taxas de cobertura variavam entre 60% e 79% no período 1960-1980, atingindo o máximo de cobertura em 1973. Após esta data, a cobertura cai, pouco a pouco, até que em 1980 atinge 64%. A redução gradual pode ser explicada pelo aumento do desemprego no período, um ligeiro aumento na proporção da população que trabalha de forma autônoma e aumento da evasão. Estima-se que as altas taxas de contribuição tenham incentivado esse movimento: embora as taxas de contribuição tenham sido reduzidas em mais de 20 pontos percentuais entre 1974 e 1980, quando a reforma entra em vigor, estas ainda oscilam entre 32% e 41% nas principais caixas previdenciárias do antigo sistema, como mostra a tabela 4.⁹

⁹ YAZIGI (2003).

**Tabela 4 - Taxas de Contribuição Globais no Antigo Sistema Previdenciário Chileno -
% do Salário Tributável**

Ano	SSS			EMPART			CANAEMPU		
	Empregado	Empregador	Total	Empregado	Empregador	Total	Empregado	Empregador	Total
1968-1972	8.75	39.15	47.90	13.75	43.98	57.73	18.75	7.00	25.75
1973	9.50	40.40	49.90	14.64	44.36	59.00	18.75	7.00	25.75
1974 (Jan)	7.50	40.10	47.60	12.64	42.86	55.50	18.75	27.00	45.75
1974 (Mar)	7.50	53.10	60.60	12.64	55.86	68.50	18.75	40.00	58.75
1974 (Mai)	7.50	49.10	56.60	12.64	51.86	64.50	18.75	36.00	54.75
1975 (Jan)	7.25	45.10	52.35	12.34	47.87	60.21	18.50	32.00	50.50
1975 (Mar)	7.25	43.95	51.20	12.34	46.73	59.07	18.50	32.00	50.50
1977	7.25	39.95	47.20	12.34	42.73	55.07	18.50	28.00	46.50
1978 (Jan)	7.25	35.95	43.20	12.33	38.72	51.05	18.50	24.00	42.50
1978 (Abr)	7.25	31.95	39.20	12.33	34.71	47.04	18.50	20.00	38.50
1978 (Jul)	7.25	28.95	36.20	12.33	31.71	44.04	18.50	17.00	35.50
1980	7.25	25.95	33.20	12.33	28.71	41.04	18.50	14.00	32.50

Nota: SSS - Servicio de Seguro Social; EMPART - Caja de Previsión de Empleados Particulares; CANAEMPU - Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas (CANAEMPU). Fonte: Yazigi, 2003, p. 29.

A terceira fase da reforma do sistema previdenciário chileno se inicia em novembro de 1980, com a publicação do Decreto Lei 3.500, que estabelecia uma reforma estrutural e entra em vigor em maio de 1981. O novo sistema será constituído por um regime de aposentadorias de capitalização individual financiado e gerido pelo setor privado, como veremos no capítulo 3.

No que se refere ao sistema de saúde no Chile, o envolvimento do Estado no setor teve início com a criação do Seguro Social Operário Obrigatório ainda nos anos 20, como consequência da legislação social aprovada no mesmo período, sob forte pressão política e mobilização popular. Esse seguro estendeu a gratuidade dos serviços de saúde para um conjunto significativo de trabalhadores urbanos.¹⁰

Nos anos seguintes, as associações médicas começaram a ter um papel relevante na gestão das políticas de saúde pública, posicionando-se em direção a uma orientação mais centrada nos princípios da medicina social e coletiva, o que resultou, em 1938, na

¹⁰ Labra, 2001 *apud* Lanzara, 2006.

aprovação da Lei de Medicina Preventiva, que serviu de base para que posteriormente fossem criadas várias instituições públicas de provisão assistencial de serviços de saúde.¹¹

Mais tarde, em 1952, após anos de discussão no Congresso chileno é aprovada a criação do *Sistema Nacional de Salud* (SNS), com o objetivo de superar os problemas administrativos e financeiros do aparato institucional fragmentado e da tradicional forma de segmentação ocupacional do sistema de saúde. Segundo Raczynski (1994): “quase 90% dos recursos médicos do setor público foram integrados somente nesta entidade [SNS] e, sob o sistema, a quantidade de leitos públicos tornara-se muito superior aos leitos particulares”.¹²

A partir da década de 60 e início dos anos 70 cresceram as pressões políticas e sociais para unificar e homogeneizar o sistema. Sob os governos do democrata-cristão, Eduardo Frei (1964- 1970), e do socialista Salvador Allende (1970-1973), várias políticas públicas de saúde de caráter preventivo foram implementadas, com foco nos grupos mais pobres e vulneráveis da população.¹³

No entanto, as iniciativas públicas no campo preventivo e a existência do SNS conviviam com diferentes formas de provisão. No início dos anos 70, havia quatro subsistemas de serviços de saúde no Chile: o SNS, com cobertura de 65% da população, em sua maioria trabalhadores urbanos com vínculo contributivo ao seguro social e os mais necessitados; o sistema de livre escolha, ao qual estavam afiliados os empregados públicos e privados; o sistema especial das forças armadas; e o de medicina privada, com atividade residual. Apesar da fragmentação, um balanço do período que se encerra com o golpe militar de 1973, indica que a atuação do Estado, no campo da saúde, beneficiou amplos setores da população, inicialmente os trabalhadores urbanos, seguidos pelos estratos médios e baixos também urbanos, e finalmente, os habitantes das áreas rurais (Raczynski, 1994 *apud* Lanzara, 2006).

De forma resumida, o sistema de saúde que vigorava no momento anterior às reformas introduzidas pelo governo militar, embora segmentado, contribuiu para melhorias

¹¹ Raczynski, 1994 *apud* Lanzara, 2006.

¹² Raczynski, 1994, p.30 *apud* Lanzara, 2006, p. 9.

¹³ Illanes e Riesco, 2007 *apud* Lanzara, 2006.

significativas das condições sanitárias da população, sobretudo pela atuação do SNS. As reformas do sistema de saúde e seus desdobramentos serão estudados no capítulo 3.

No que se refere às iniciativas no campo da assistência social no Chile, segundo (Raczynski, 1994), desde o início do século XX até 1973, nota-se uma expansão gradual do gasto público social, da cobertura dos programas de educação, saúde e previdência social – como já analisamos - e dos benefícios assistenciais para a população. Nesse contexto, o Estado assumiu um crescente papel no financiamento, gestão e provisão direta de serviços, além dos programas assistenciais. No entanto, o governo militar instituído após o golpe de setembro de 1973 e que permaneceu mais de 16 anos no poder, introduziu mudanças radicais na economia – liberalização, abertura externa e privatização - e também no sistema de políticas sociais. Neste campo, as mudanças foram orientadas em cinco direções principais: (i) redução drástica dos recursos, que afetou particularmente os setores de habitação, saúde e educação em termos de investimentos e remunerações; (ii) transferência de funções de execução e provisão de serviços ao setor privado e desconcentração geográfica dos serviços; (iii) introdução de mecanismos de mercado na alocação de recursos públicos; (iv) aplicação de medidas concretas orientadas a reduzir programas universais e a focalizar os recursos fiscais nos segmentos mais pobres da população; e (v) desenvolvimento de programas sociais compensatórios de situações de pobreza extrema.

A análise detalhada das escolhas referidas acima será feita no capítulo 3.

2.3.2. Argentina

A formação do sistema previdenciário argentino se inicia ainda no século XIX, de forma descentralizada, por meio da organização voluntária de grupos de migrantes ou categorias profissionais específicas¹⁴.

O crescimento das funções dos governos provinciais, no entanto, permitiu que sistemas de pensões para funcionários públicos começassem a se estruturar, o que levou, em 1867, na Província de Santa Fé, à promulgação da primeira lei de pensões que previa

¹⁴ MÉDICI, A. C. (2003).

um sistema de caixas para empregados públicos, financiadas através de impostos gerais da Província. Foi uma iniciativa pioneira na América Latina.

A experiência da Província de Santa Fé foi replicada para outras categorias profissionais e outras províncias, utilizando a mesma base de financiamento e restrita a funcionários públicos.

A partir de 1904, o governo nacional passa a legislar sobre o sistema previdenciário, criando mecanismos para a cobertura de novas categorias profissionais organizadas sob um regime de capitalização coletiva, com aportes de patrões e empregados. Foram criadas 13 caixas nacionais, que ofereciam aposentadorias para empregados nos setores públicos e privados e pensões para seus dependentes em caso de morte do assegurado contribuinte. Às caixas nacionais somavam-se os sistemas próprios para funcionários públicos provinciais e municipais.

Com isso, o sistema previdenciário argentino chega ao final da primeira metade do século XX como um dos mais abrangentes da América Latina, ainda que bastante heterogêneo no que se refere aos termos de suas regras de contribuição e benefícios.

Dada a instabilidade econômica e a insuficiente articulação entre as receitas e despesas com benefícios, o sistema mergulhava em déficits constantes, tendo que recorrer freqüentemente ao orçamento fiscal para manter sua estabilização. Em função disso, em 1954, o sistema muda oficialmente o seu regime de financiamento, que passa a funcionar sob a forma de repartição simples.

Apesar desta mudança, o sistema previdenciário argentino enfrenta uma profunda crise durante o governo populista de Perón, nos anos 50, devido ao aumento significativo dos benefícios sem correspondente base de arrecadação. Em 1960, é promulgada uma lei que unifica as 13 caixas existentes em 3 caixas, uniformizando por baixo os benefícios, como tentativa de solucionar as inconsistências. Tal unificação, no entanto, não impediu que o sistema continuasse a gerar constantes déficits e a recorrer a aportes do Estado para garantir a sua estabilização.

A partir de 1968, a situação financeira do sistema previdenciário se agrava ainda mais com a promulgação de leis que estendem a cobertura previdenciária a todos os trabalhadores formais não protegidos pelas três caixas até então existentes, além de outras categorias ocupacionais, como trabalhadores autônomos.

O sistema ainda enfrentava outros problemas, como as anistias fiscais e os privilégios concedidos pelo Estado, por meio do perdão das dívidas de empresas e dos trabalhadores autônomos, a flexibilidade na aceitação de comprovação duvidosa de tempo de serviço, permitindo que os benefícios fossem concedidos sem o tempo correspondente de contribuição e a manutenção de regimes de privilégio para categorias profissionais especiais, sem uma justa base contributiva.

A crise econômica dos anos 80 e o processo de hiperinflação geraram uma grave perda de valor dos benefícios, levando o governo a iniciar uma série de reformas a partir dos anos 90, que serão exploradas no capítulo 4.

No que se refere ao sistema de saúde argentino, pode-se dizer que sua estruturação não obedeceu a uma única orientação política, não sendo fruto de um planejamento estratégico abrangente intersetorial do país, mas sim resultado de um conjunto de decisões e ações realizadas por diversos atores - públicos, sindicais, sociais e privados – em diferentes etapas¹⁵.

O sistema é formado por três subsetores: público (hospitais e outras instituições de âmbito nacional, provincial e municipal), *Obras Sociales* (nacionais e provinciais) e privado (empresas de medicina pré-paga, prestadores e profissionais independentes), como mostra a tabela 5.

¹⁵ Espinel et al. (1998).

Tabela 5 - Estrutura do sistema de saúde argentino

Subsistema	Cobertura	Financiamento
Público	Universal. Ainda que atenda, em sua maioria, os segmentos de baixa renda.	Impostos ou recursos fiscais. Presente nos três níveis de governo: nação, províncias e municípios.
Obras Sociales	Em geral, atende aos segmentos de renda média. Estão integrados ao mercado formal de trabalho.	Contribuições com base nos salários são transferidas às <i>Obras Sociales</i> , sejam elas nacionais, provinciais ou municipais.
Privado	Atende, em sua maioria, aos grupos de maiores rendas. Os serviços são prestados por meio da compra direta no mercado de contratação de seguros privados.	Gasto das famílias constituído em pagamentos diretos e cotas de seguros voluntários.

Fonte: Tobar, 2000.

As Obras Sociales, entidades dependentes dos sindicatos de trabalhadores, surgem nas décadas de 60 e 70 e consolidam sua participação no sistema de saúde por meio da exigência de contribuições obrigatórias para este tipo de seguro¹⁶.

Ao final dos anos 60 e início dos anos 70 agregam-se ao sistema os seguros privados de saúde, organizados a partir das contribuições voluntárias dos seus associados e das empresas.

Durante o período que se estende de 1983 a 1989 procurou-se estabelecer a integração dos diferentes sistemas existentes em um único sistema de seguridade social. Esta proposta, assim como as tentativas de reforma que já haviam sido feitas nos anos 70, orientadas à formação de um sistema único de saúde, não avançou. O fato é que todas estas propostas não resistiram às pressões do poder sindical, que defendeu a autonomia de seu subsistema dentro do sistema global, optando por um formato pouco regulado, livre de pactos corporativos e com intervenção mínima do Estado

¹⁶ Acuña et al. (2002) destacam que o subsetor de Obras Sociales adquiriu força, em função da determinação na década de 70 de obrigatoriedade de afiliação a toda população trabalhadora e os aposentados e pensionistas. (Leis 18.610 e 19.032).

Após uma fase de negociação, foram obtidos os textos finais das Leis 23.660 (Leis de Obras Sociales) e 23.661 (Lei do Seguro Nacional de Saúde) ambas promulgadas em 1989 e que, a partir desta data, regulamentaram o sistema nacional de saúde. Pela primeira lei, foi regulamentado o regime de Obras Sociales, que passariam a atuar como Agentes do Seguro Nacional de Saúde, compreendendo as entidades sindicais originadas em organismos públicos, pessoas civis ou militares das Forças Armadas, incorporando, ainda os Institutos de Administração Mista. Em termos gerais, esta lei estabelece as disposições comuns às Obras Sociales.

A Lei 23.661, por sua vez, reforça o direito à saúde de todos os cidadãos, assegurando benefícios igualitários e integrais; reconhece a *Administración Nacional del Seguro de Salud*¹⁷ (ANSSAL) como entidade estatal de direito público com personalidade jurídica e autarquia individual, financeira e administrativa; e, por fim, a lei reconhece a capacidade de condução pela autoridade pública do sistema em sua totalidade e o papel das sociedades intermediárias na gestão direta das ações.

A importância do subsetor de Obras Sociales é destacada a seguir:

“(...) la expansión de los derechos sociales, no está ligada a la expansión de la ciudadanía, sino a la constitución misma de otra categoría: los trabajadores (...) formales (...) la universalización se deriva de la amplitud de esta categoría, casi superpuesta a la de ciudadano, más que de la ampliación de los derechos de ciudadanía.”
(Grassi et al, 2004 apud Fidalgo, 2008, p.54)

Uma ilustração da força deste subsetor está na formalização implícita, até 1994, do reconhecimento do direito à saúde na Constituição Nacional argentina a partir da figura do trabalhador.

Apenas com a reforma constitucional de 1994, o direito à saúde passa a ser contemplado de forma explícita sem vinculação à condição de trabalhador, a partir da

¹⁷ Em 1996, ocorre a fusão da ANSSAL com o Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) e a Dirección Nacional de Obras Sociales (DINAS), constituindo a Superintendencia de Servicios de Salud (Decreto 1.1615/96)

incorporação de tratados internacionais.¹⁸ Esta atualização constitucional tardia e atribuída a pressões de organismos internacionais confirma a forte relação do direito à saúde na Argentina com o mercado de trabalho.

Segundo Lo Vuolo et al. (2002):

“La cobertura del sistema de salud estaba claramente segmentada conforme a la condición socioeconómica de la población. El sector público soportaba la carga principal de la internación crónica, de la formación técnico-profesional y el entrenamiento de la mayor parte de los trabajadores del sector. Además, atendía a los sectores de más bajos ingresos cubiertos por las obras sociales, que no hacían uso de las mismas ante la imposibilidad de pagar los medicamentos y los “plus” exigidos por parte de los profesionales. Por su parte, los grupos de más altos ingresos se trasladaban hacia los sistemas privados. De esta manera se iba produciendo no sólo una clara fragmentación social e institucional sino que, además, los niveles de calidad se distanciaban de la mano de un patrón sofisticado de consumo y muy dispendioso en recursos.” (p. 8)

Este regime, fortemente fragmentado e heterogêneo, era o regime vigente na Argentina quando, na década de 90, foram implementadas reformas, que também serão objeto de estudo do capítulo 4.

As políticas de assistência social na Argentina, por sua vez, caracterizaram-se tradicionalmente como de caráter residual: consistiam em todos aqueles programas e ações sociais que não faziam parte das demais políticas sistemáticas e organizadas. A natureza residual das políticas de bem-estar e promoção social também era comprovada pela quantidade limitada de recursos que estas iniciativas mobilizavam. A diversidade e

¹⁸ O Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales e Culturales (PIDESC) assinala o direito à saúde como “el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Fidalgo (2008) destaca que, a partir disso, o Estado argentino tem a obrigação de adotar as seguintes medidas a fim de assegurar a efetividade deste direito: “prevención y tratamiento de las enfermedades (...) y la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos em caso de enfermedad.” (p. 55)

descontinuidade dos programas assistenciais, a sua natureza difusa e indefinida, e o seu formato de clientelismo foram as principais características das políticas durante anos.¹⁹

O primeiro programa assistencial significativo aparece, pela primeira vez, em 1984, com o retorno à democracia. O Programa Alimentario Nacional (PAN) consistia na entrega de caixas contendo alimentos básicos para o consumo da família e representou o primeiro reconhecimento explícito da importância crescente do fenômeno da pobreza na Argentina.

De forma resumida, segundo Lo Vuolo et al. (2002):

“La preeminencia de un modelo “industrial-meritocrático”, junto con un discurso universalista, definió un desordenado esquema donde el estímulo o fuerza motora era la aspiración de imitar los privilegios de los grupos mejor posicionados. Así, el sistema no fomentaba ni motivaba la búsqueda de estándares universales orientados a la cobertura de necesidades básicas. La ausencia de seguro de desempleo y de específicas políticas activas de empleo completaba el indefinido panorama de la política social argentina.” (p. 9)

Os rumos da política social, assim como das demais dimensões do Sistema de Seguridade Social argentino nas décadas seguintes serão estudados no capítulo 4.

2.3.3. Brasil

A previdência brasileira tem sua origem em 1923, com a Lei Eloy Chaves, por meio da qual foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), inicialmente para os funcionários das empresas ferroviárias. Posteriormente, em 1926, as CAPs são criadas também para estivadores e marítimos.²⁰

¹⁹ Lo Vuolo et al (2002).

²⁰ TEIXEIRA, A. (1990).

Rapidamente as CAPs se expandiram e, em 1933, já funcionavam 33. Este sistema, no entanto, só beneficiava os trabalhadores urbanos e de determinados ramos de atividades, considerados indispensáveis para o desempenho da economia tipicamente agro-exportadora da época, tais como ferroviários, portuários, além dos funcionários públicos, que também foram beneficiados com a criação do Instituto de Pensões para os Funcionários da União, em 1926.

Pelas suas características, as Caixas estavam baseadas no conceito bismarckiano de previdência enquanto seguro. Elas eram organizadas pelas empresas, sob regime de capitalização e a forma de financiamento estava baseada na contribuição tanto dos empregados quanto das empresas, cabendo ao Estado apenas o papel de fiscalizador.

A partir da década de 30, este quadro começa a mudar com o surgimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que gradativamente substituíram as CAPs. Economicamente, esta mudança corresponde ao momento de industrialização do país, em que o capital industrial começa a se destacar na dinâmica de acumulação. Do ponto de vista político, por sua vez, corresponde ao surgimento de uma nova lógica, que concede grande importância à estrutura sindical corporativa, vinculada à emergência do Estado Novo.

Nesse contexto de regulamentação das profissões, o acesso aos benefícios previdenciários estava restrito àqueles que tinham carteira de trabalho e filiação aos sindicatos. Os IAPs estavam organizados por categoria profissional e contemplavam representantes do governo em seu Conselho Diretor, além de seu presidente ser nomeado pelo Presidente da República. O regime de capitalização permanecia, com um esquema de financiamento tripartite por meio de contribuições dos empregados, empregadores e União. Apesar do rápido crescimento dos Institutos, grande parte da população permanecia excluída do sistema, uma vez que este não contemplava os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos do setor informal.

O cenário do sistema previdenciário brasileiro constituiu uma realidade extremamente corporativista e discriminatória durante anos, que beneficiava nitidamente segmentos profissionais com maior poder de barganha, capazes de expandir os benefícios de seus IAPs.

Os gastos crescentes dos IAPs pressionavam o sistema que passa a adotar um regime de repartição simples e, em 1960, na tentativa de uniformizar os planos de benefícios e solucionar o desequilíbrio financeiro, é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). A estrutura fragmentada do sistema, entretanto, permanece inalterada e embora os trabalhadores autônomos sejam incorporados ao sistema, os trabalhadores rurais e outras categorias permanecem excluídos.

A unificação dos IAPs ocorre em 1966, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), órgão responsável apenas pelos benefícios dos trabalhadores urbanos, enquanto os funcionários públicos mantinham um instituto próprio, o IPASE. O regime militar autoritário da época reduz o poder dos sindicatos e o sistema passa a operar sob uma base regional, excluindo do processo decisório tanto as empresas quanto os trabalhadores.

A partir dos anos 70, o sistema se amplia e passa a incorporar os trabalhadores agrícolas, com a criação do Pró-Rural²¹ em 1971; as empregadas domésticas, em 1972; e, finalmente, em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que passa a constituir o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977²².

A expansão do sistema de previdência social pode ser comprovada pelo aumento do número de segurados inativos urbanos, que passou de 2,3 para 5,3 milhões de pessoas, entre 1971 e 1980. No caso da clientela rural, a cobertura evoluiu de 833 mil para 2,5 milhões, entre 1973 e 1980. O número de segurados ativos também cresceu: entre 1970 e 1980, passou de 8,7 para 23,8 milhões de pessoas. Já a participação dos segurados ativos em relação à população urbana evoluiu de 17% para 30% e, em relação à População Econômica Ativa (PEA), de 29% para 54% (Silva, 1984 *apud* Fagnani, 2005).

²¹ Pela Lei Complementar 11/1971, é criado o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural), subordinado ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que concede os seguintes benefícios ao trabalhador rural e seus dependentes: aposentadoria por velhice, aposentadoria por invalidez, pensão, auxílio-funeral, serviço de saúde e serviço social.

²² A fim de dimensionar o poder político, institucional e financeiro do SINPAS, cabe destacar que, ao final do período ditatorial, esse complexo empregava mais de 195 mil funcionários, havia 3.400 representações locais espalhadas pelo país, 16.200 imóveis patrimoniais, 41 hospitais próprios (9.761 leitos), 3.800 hospitais contratados (195 mil leitos), 33 mil médicos e 10 mil dentistas credenciados. O SINPAS estava presente em todos os estados e em grande parte dos municípios de maior porte (Silva, 1992:15 *apud* Fagnani, 2005).

Os valores dos benefícios urbanos, entretanto, ainda eram muito baixos: em 1985, 76% dos benefícios pagos pela previdência social tinham valor igual ou inferior a um salário mínimo e 92% eram iguais ou inferiores a três salários mínimos.

Como destaca Fagnani (2005), as fontes de financiamento do complexo previdenciário, constituído pela previdência, assistência médica previdenciária e assistência social, eram o Fundo da Previdência e Assistência Social (FPAS), a “Contribuição da União” e “Outras Receitas”, em que prevaleciam as aplicações financeiras.

O FPAS correspondia a mais de 90% do total de recursos e era integralizado pelas contribuições compulsórias das empresas e dos empregados do mercado formal urbano, incidentes sobre a folha de salários, e com a remuneração de empregadores e trabalhadores autônomos, avulsos e domésticos.

Em relação à segunda fonte de financiamento do SINPAS - a “Contribuição da União” - cabe ressaltar que a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), aprovada em 1960, rompeu com o sistema tripartite em vigor até então. A partir dos anos 60, a “Contribuição da União”²³ passou a ser definida pela “quantia destinada a financiar o pagamento de pessoal e as despesas da administração geral da previdência social, bem como suprir as deficiências financeiras verificadas”. Em 1960, estimava-se que a contribuição da União para fazer frente a tais despesas corresponderia a cerca de 15% da receita total (Fleury Teixeira e Oliveira, 1986 *apud* Fagnani, 2005).

Alguns indicadores demonstravam o caráter regressivo do financiamento do complexo previdenciário, tais como a reduzida participação de recursos fiscais, que decresce ao longo do tempo de cerca de 10% (1970-72), para 5,2% (1980), contrastando com a experiência internacional²⁴; a dependência dos recursos do FPAS, principal fonte de financiamento do setor, e que recaíam fortemente sobre os assalariados do mercado de

²³ A “Contribuição da União” era formada pelos recursos advindos da arrecadação das loterias, das competições hípicas, do preço ex-refinaria de combustíveis automotores (que constituíam a chamada “quota de previdência”) (Oliveira e Azevedo, 1985 *apud* Fagnani, 2005).

²⁴ “Os padrões mundiais de financiamento indicam que os governos contribuem em média com 40% dos recursos previdenciários; esse percentual chega a 65% para um grupo selecionado de países desenvolvidos e até mesmo subdesenvolvidos. (...) Comparada internacionalmente, portanto, a contribuição do governo brasileiro ao sistema previdenciário é nitidamente insignificante”. (Braga e Paula, 1981:107 *apud* Fagnani, 2005).

trabalho formal, enquanto a contribuição das empresas era repassada aos preços dos produtos e, assim, indiretamente, pesava sobre todos os consumidores; a prevalência do conceito de seguro social, segundo o qual o acesso aos benefícios dependia da contribuição individual, o que excluía parcela significativa da população - meio rural e mercado informal urbano – e reforçava o caráter desigual especialmente no caso da política de saúde onde, até 1975, o acesso à rede privada de assistência médica, gerenciada pelo INAMPS e financiada pelo FPAS, dependia da comprovação de pagamento da contribuição ao INPS; por fim, a fixação de uma alíquota-teto de 10% sobre os salários superiores ao teto de vinte salários mínimos, o que penalizava os trabalhadores com salários mais baixos em relação àqueles que recebiam salários superiores a vinte mínimos.²⁵

No âmbito do SINPAS, foi instituído, ainda, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que gerenciava a assistência médica previdenciária a partir da compra de serviços do setor privado credenciado (hospitais, laboratórios e médicos).

Como cada ato médico gerava uma fatura remetida ao INAMPS e o setor público não tinha capacidade nem meios para analisar, rigorosamente, um volume tão grande de faturas, o descontrole das contas e dos pagamentos rapidamente tornou-se uma das marcas da política de saúde da ditadura. O próprio presidente do INSS no governo Geisel, Reinhold Stephanes, reconheceu o total descontrole das contas da saúde, cuja administração gerava “um cheque em branco” ao setor privado.²⁶

Apesar da expansão da oferta dos serviços de saúde²⁷ entre 1971 e 1980, com aumento das internações hospitalares anuais totais (urbano e rural) de 2,9 para 11,7 milhões; as consultas médicas, de 44 para 179 milhões; os exames laboratoriais, radiológicos e outros serviços complementares crescendo, respectivamente, 307%, 613% e

²⁵ “Para as pessoas que ganham até três salários mínimos, a alíquota de 8,5% sobre os proventos é excessiva, quando comparada com a alíquota real incidente sobre rendimentos superiores ao limite de contribuição que define uma alíquota real decrescente, que no patamar de 100 salários mínimos chega a reduzir-se para 2%. O mesmo limite, fixado para as empresas, onera mais pesadamente a imensa maioria daquelas cujos trabalhadores ganham até vinte salários mínimos. Deve-se observar que dentro desse limite estariam 88% das empresas industriais e 92% das empresas comerciais brasileiras” (MPAS, 1986b:30-31 *apud* Fagnani, 2005).

²⁶ Stephanes, 1984:166-168 *apud* Fagnani, 2005.

²⁷ Silva, 1984 *apud* Fagnani, 2005.

814%; e o número de hospitais passando de 2.847 para 5.708, entre 1964 e 1978, permanecia a concentração da infra-estrutura e da prestação de serviços nas regiões mais desenvolvidas, com cerca de 54% dos leitos na região sudeste, em 1980, e a completa marginalização das ações ligadas aos cuidados primários de saúde e atenção médica sanitária, o que gerava profundas desigualdades regionais e de renda entre os diferentes segmentos populacionais, no que se refere ao risco de adoecer ou morrer. (Fagnani, 2005)

Segundo Piola et al. (2009), nos campos teórico, político e conceitual, desde os anos 1960, havia propostas de expansão dos serviços públicos de saúde, que se unificam, no âmbito das instituições acadêmicas, sob a denominação de movimento sanitaria ou movimento da Reforma Sanitária nos anos 80, defendendo quatro pontos centrais: i) concepção de saúde como direito universal de cidadania; ii) a compreensão da determinação da saúde e doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; iii) a responsabilidade do Estado na garantia do direito e a necessidade de criar um sistema público unificado de saúde e de livre acesso a toda a população, superando a antiga dicotomia organizacional e de usuários que advinha da existência separada dos serviços de saúde pública e do INAMPS; e iv) a participação e o controle direto, isto é, o controle social deste sistema unificado por representantes da população e das entidades civis da sociedade. Esses pontos foram decisivos para a formulação dos artigos referentes à saúde na nova constituição.

No que se refere ao campo da assistência social, pode-se falar em uma ação pública nesse sentido a partir de 1938, quando do surgimento do Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS). O Decreto-Lei nº 525, de 1º de julho de 1938, que cria o CNSS seria a primeira regulamentação nacional na área de Assistência Social e visava fixar as bases da organização do serviço social no país, definindo-o como um conjunto de obras públicas ou privadas orientadas “para o fim de diminuir ou suprimir as deficiências ou sofrimentos causados pela pobreza ou pela miséria, ou oriundos de qualquer forma de desajustamento social” (BRASIL, 1938, Art. 1º *apud* Jaccoud et al., 2009). Da mesma data é o Decreto-Lei nº 527, que se voltou à cooperação financeira entre a União e as entidades privadas de Assistência Social, regulando as subvenções públicas àquelas entidades e

institucionalizando uma política na qual o Estado tinha como principal tarefa apoiar financeiramente as obras de Assistência Social.²⁸

Dessa forma, nas décadas seguintes, pode-se dizer que a Assistência Social esteve fundamentalmente sob responsabilidade da iniciativa privada, com predomínio das obras católicas. A participação do setor público foi subsidiária da participação do setor privado, presente, sobretudo, no financiamento, seja via subsídios ou isenções, seja via transferências. Mais tarde, em 1974, é criada a Renda Mensal Vitalícia (RMV), considerada por alguns atores como precursora dos benefícios monetários assistenciais. Consistia em benefício vinculado à Previdência Social direcionado aos inválidos ou às pessoas a partir de 70 anos de idade sem condições de garantir sua sobrevivência. Os potenciais beneficiários deveriam ter feito no mínimo 12 contribuições à Previdência Social ao longo de sua vida ativa, o que significava que somente as pessoas que já houvessem trabalhado tinham direito ao benefício, fato que excluía o acesso ao programa de grande parte das pessoas com deficiência grave e/ou daquelas que nunca ingressaram no mercado de trabalho formal. Este foi o quadro herdado pelos constituintes, diante do qual a Constituição Federal representou efetiva inovação, como será estudado no capítulo 5.

Dessa forma, ao longo dos anos, até a introdução de mudanças pela Constituição de 1988, pode-se afirmar que o Sistema de Seguridade Social brasileiro evoluiu e, gradativamente, passou a englobar ao conceito de previdência como seguro, a dimensão de sistema distributivo e assistencial. Os desdobramentos desse processo serão analisados no capítulo 5.

²⁸ Jaccoud et al (2009).

CAPÍTULO 3 - Seguridade Social no Chile

O governo militar chileno (1973-1990) promoveu a mais radical reestruturação dos regimes de proteção social na América Latina, levando às últimas consequências a introdução de um fundo de capitalização privado no lugar da previdência pública por repartição. Em nenhum outro país do mundo assistiu-se no auge da fase neoliberal a experimentos tão ousados e absolutos.

No final dos anos 70, tem início no Chile um amplo programa de reformas no sentido de transferir para o setor privado a incumbência da provisão de serviços sociais antes fornecidos pelo Estado. Ao sistema público de prestação de serviços relegou-se a responsabilidade de cobrir os grupos com renda insuficiente para obter via mercado um pacote de condicionalidades imposto pelos provedores privados à aquisição de algum tipo de benefício social (Vergara, 1994 *apud* Lanzara, 2006).

3.1. A Reforma de 1981

3.1.1. Previdência

A reforma estrutural do sistema previdenciário chileno se inicia, conforme mencionado anteriormente, em novembro de 1980, com a publicação do Decreto Lei 3.500, que entra em vigor em maio de 1981.

De forma resumida, o novo sistema foi constituído por um regime de aposentadorias de capitalização individual financiado e gerido pelo setor privado em substituição ao regime de repartição. Os trabalhadores deveriam contribuir com 10% de seus salários e os fundos seriam administrados por instituições privadas denominadas Administradoras de Fundos de Pensão (AFP). Estas, por sua vez, cobriam uma taxa incidente sobre as contribuições para arcar com seus custos administrativos e para a contratação de seguros de invalidez e desemprego.²⁹ As contribuições dos trabalhadores eram retidas pela empresa em que trabalhavam e enviadas para suas contas previdenciárias pessoais nas AFP, escolhidas livremente pelo trabalhador.

²⁹ MESA, A.; SÁNCHEZ, H. (2001)

O antigo sistema continuou a funcionar, através do Instituto de Normalização Previdenciário (INP), instituição que agrupou as principais Caixas do sistema e ficou encarregada de administrar as obrigações que as antigas Caixas tinham para com seus contribuintes.

Com a reforma, procurou-se estabelecer uma separação rígida entre os benefícios de seguro financiados pelas contribuições dos segurados e os de assistência social pública, financiados por impostos. Os afiliados ao antigo sistema e os trabalhadores autônomos deveriam se afiliar voluntariamente; já os militares e a polícia mantiveram seus privilegiados sistemas anteriores. Dessa forma, pode-se dizer que o novo sistema substituiu o sistema público anterior a médio prazo, tornando-se compulsório para aqueles que ingressassem no mercado de trabalho.³⁰ O novo sistema foi constituído em três pilares, nos moldes das recomendações do Banco Mundial.

O primeiro pilar, financiado por impostos, garantia uma aposentadoria mínima (Pensiones Mínimas Garantizadas por el Estado - PMGE) para os segurados que tinham ao menos 20 anos de contribuição e cujo saldo acumulado fosse inferior ao valor mínimo estabelecido para a aposentadoria. O piso equivalia a 80% do salário mínimo³¹. De acordo com Hujo (1999), se o valor acumulado pelo contribuinte fosse inferior ao piso, o governo complementava a renda de aposentadoria. Esse benefício tinha caráter assistencial, uma vez que era financiado por impostos e também atendia aos mais pobres. Entretanto, existia, ainda, o Programa de Pensiones Asistenciales (PASIS), de natureza não contributiva, sujeito a requisitos de pobreza. Neste último caso, o governo oferecia a renda para um número reduzido e limitado de pessoas, somente aqueles que não tinham condições financeiras de arcar com o suprimento de suas necessidades básicas.

O segundo pilar, núcleo do novo sistema previdenciário chileno, era compulsório e baseava-se na capitalização individual administrada pelas AFPs, empresas privadas com fins lucrativos. Pelas AFPs eram cobrados uma taxa de administração e um prêmio de

³⁰ HUJO (1999).

³¹ Em 2009, o salário mínimo no Chile equivalia a 315 dólares americanos mensais. Registre-se aqui que há um valor distinto para maiores de 65 anos e para os jovens.

seguro por invalidez e desemprego (valor que chegava a aproximadamente 3,2% do salário bruto).

O terceiro pilar consistia em contribuições voluntárias e recebia tratamento tributário favorecido até o limite máximo de 50 unidades de fomento (UF) e para os juros auferidos. Somente o lucro obtido pelas AFPs estava sujeito ao imposto de renda.

A fim de incentivar a migração dos trabalhadores do antigo para o novo sistema, o governo estipulou que o fim da alíquota de contribuição patronal, cobrada pelo antigo sistema, fosse incorporada ao salário líquido dos funcionários que optassem pela transferência para o novo sistema. As contribuições efetuadas no antigo sistema eram reconhecidas pelo governo e pagas na aposentadoria como título de reconhecimento, com uma taxa real de juros de 4% ao ano. Os Bônus de Reconhecimento representam de 50% a 70% do total dos fundos de pensão privados. A emissão e liquidação desses Bônus estavam sob a responsabilidade do INP.³²

O cálculo do Bônus de Reconhecimento era baseado no capital necessário para que o afiliado que migrou para o novo sistema obtivesse uma pensão vitalícia equivalente a 80% das contribuições feitas no antigo sistema entre junho de 1978 e junho de 1980, ponderada pelo quociente entre a quantidade de anos de contribuição no sistema de repartição e 35. Esse valor era reajustado pelo Índice de Preços ao Consumidor e incidiam, ainda, juros de 4% real anual.³³

Com o objetivo de garantir a segurança do sistema compulsório das AFPs, o Estado criou a Superintendência de AFP (SAFP), órgão vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Suas funções englobavam as áreas financeiras, atuarial, jurídica e administrativa. As políticas de investimento e as informações ao público das AFPs eram reguladas; o capital do segurado tinha que ser mantido pelos administradores e era separado legal e financeiramente da AFP; deveria ser constituída uma reserva de capital próprio da administradora (1% do total de seus ativos) seguindo as mesmas regras de investimento do capital dos segurados para que o sistema tivesse uma blindagem financeira - essa reserva

³² MESA, A.; SÁNCHEZ, H. (2001).

³³ Yazigi, 2002.

era chamada de Encaje; o rendimento excedente deveria ser depositado em uma reserva de flutuação, sendo considerado rendimento excedente tudo aquilo que ultrapassasse a rentabilidade mínima; deveria ser garantida uma rentabilidade mínima, entendida como pelo menos 50% de retorno médio, ou não menos que dois pontos abaixo da média, de todos os fundos de pensão durante um período de doze meses.

Se a AFP não conseguisse obter a rentabilidade mínima e também não possuísse recursos disponíveis na blindagem financeira, era dever do Estado arcar com o valor faltante para chegar ao montante da rentabilidade mínima, e posteriormente, liquidar a Administradora. No caso de quebra de uma Administradora, o Estado deveria garantir as rendas vitalícias que a seguradora estava comprometida a pagar, até 100% da pensão mínima ou até 75% do excesso sobre esta.³⁴

Além disso, também era função da SAFP garantir que as AFPs divulgassem informações para os trabalhadores, de modo que estes pudessem escolher a melhor instituição para gerir os recursos que garantiriam sua aposentadoria. Ademais, as administradoras eram obrigadas a informar seus afiliados sobre a rentabilidade obtida e as comissões pagas. Mais ainda, existiam normas de investimentos específicas estabelecidas pelo Estado, para que fosse assegurada uma rentabilidade adequada pelas AFPs. A carteira de investimentos das administradoras deveria ser composta por no máximo: 50% de títulos públicos; 50% de depósitos a prazo fixo; 37% em ações e 9% de ações + títulos estrangeiros.³⁵

Os resultados obtidos com a reforma serão explorados em seção posterior.

3.1.2. Saúde

Segundo Mesa-Lago (2008), a reforma do sistema de saúde do governo de Augusto Pinochet, implementada em 1981, sem discussão pública prévia, criou um sistema dual.

Hertel-Fernandez (2009) resume os objetivos do governo:

³⁴ Yazigi, 2002.

³⁵ Hujo, 1999.

“Pinochet’s primary goals in this sector were the decentralization of previously nationally controlled public hospitals and the introduction of a private health-care system of insurance and provision parallel to the existing public structure. As part of these plans, the military state dismantled the National Health Service, which had previously been responsible for comprehensive public health policy and health-care provision, and replaced it with the National Health Services System, a decentralized group of 26 regional entities, which now controlled public hospitals and clinics, and set regional health policy. Pinochet’s reform package also included provisions for the creation of private health funds (ISAPREs) that would permit Chileans to opt out of the public system and instead purchase private individual health insurance and medical care services.” (p. 388)

Com isso, em 1981, o seguro saúde foi separado da previdência social e as empresas privadas foram incentivadas a competir por usuários com o subsistema público descentralizado. Dessa forma, de um lado, estava o setor público, composto pelo *Fondo Nacional de Salud* (FONASA) e o *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNSS), antigo SNS, responsável pela prestação de serviços em níveis mais avançados, e os municípios, responsáveis pela prestação de cuidados primários. Do outro lado, estava o setor privado, constituído principalmente pelo conjunto de *Institutos de Salud Previsional* (ISAPREs), formado por seguradoras privadas que recolhiam as contribuições de seus membros e forneciam seus próprios serviços ou possuíam contratos com prestadores privados independentes e hospitais públicos.

É importante destacar que o setor privado de saúde não possuía nenhum órgão supervisor/regulador até a década de 90, quando a democracia foi restaurada e várias reformas foram realizadas no período seguinte, de 1991 a 2005, e serão exploradas a seguir. As Forças Armadas permaneceram sempre com seus regimes próprios, com benefícios e cobertura cuja taxa média era de 100%.

Mesa-Lago (2008) destaca que diante da reforma, teoricamente, todas as pessoas tinham liberdade de escolha entre o setor público e o privado, porém, na prática, os

grupos de renda média alta e renda alta se afiliaram aos ISAPREs por serem capazes tanto de pagar as contribuições propostas quanto por não sofrerem exclusão devido ao alto risco e estarem localizados essencialmente em áreas urbanas – muitas zonas rurais não apresentavam oferta privada de serviços de saúde. Dessa forma, os mais pobres, de alto risco, e alguns residentes rurais não podiam efetivamente escolher e terminavam por aderir ao FONASA.

Dito isso, podem-se destacar alguns graves problemas do sistema de saúde chileno no período pós-reforma, gerando iniquidades no acesso a bem-estar: a falta de solidariedade e as desigualdades de cobertura, acesso e financiamento.

A reforma uniformizou e aumentou a contribuição dos trabalhadores ao sistema de saúde – única e compulsória - que subiu de 4% do salário, em 1981, para 7% em 1986, sendo o FONASA o responsável pela arrecadação e transferência aos provedores de serviços; e instituiu uma quota paga pelos empregadores de 2%, deduzida nos impostos, para financiar o ISAPRE de trabalhadores com baixas remunerações, medida que demonstrava o incentivo do governo de forma deliberada para injetar recursos no setor (Laranza, 2006).

Após a reforma, as ISAPREs passaram a aumentar os valores de suas contribuições anualmente – não havia limite legal - criando barreiras para excluir de fato os pacientes de alto risco, considerados mais custosos (idosos, doentes crônicos ou terminais e mulheres grávidas).

Rapidamente, a transferência dos grupos de maior renda do FONASA para o ISAPRE acarretou a perda de receita no setor público: em 1988, o ISAPRE prestava serviços apenas para 11% da população, mas detinha mais da metade dos recursos provenientes das contribuições obrigatórias, e absorvia quase 45% dos gastos de saúde no país. Nota-se, portanto, que a criação do sistema ISAPRE produziu um forte efeito regressivo sobre as formas de financiamento da saúde (Raczynski, 1994 *apud* Laranza, 2006).

Além disso, os ISAPREs praticavam essencialmente a seleção adversa, ou seja, rejeitavam a maioria das pessoas que apresentassem alto risco e fossem menos rentáveis, concentrando-se na população de menor risco e maior renda; cobravam dos segurados e capturavam uma parcela significativa de recursos disponíveis. Já o setor público concentrava os grupos sociais com maiores riscos, custos e baixa renda.

Em 2006, apenas 5% da população de 60 anos ou mais estavam filiadas aos ISAPREs, enquanto o Fundo Nacional cobria cerca de 90%, sendo 72% destes, pobres ou de baixa renda. Uma pessoa entre 60 e 65 anos, por exemplo, matriculada em uma ISAPRE, pagava quase três vezes mais do que uma pessoa de 18 a 44 anos; com mais de 75 anos, esse valor chegava a 5,5 vezes mais.³⁶

Retorno à democracia

O retorno do Chile à democracia em 1990 provocou a retomada das políticas públicas de saúde, como parte do consenso entre governos de coalizão de centro e centro-esquerda, agrupados em torno da chamada *Concertación de Partidos por la Democracia*. A meta era criar compromisso para reduzir as desigualdades no sistema de saúde, entre outras políticas sociais. As mudanças foram orientadas no sentido de reversão das tendências privatizantes produzidas pelas reformas do período ditatorial.³⁷

Uma das medidas implementadas foi a consolidação e expansão de um fator de equidade que já existia na década de 80. O FONASA tornava-se responsável pela parcela mais pobre da população e oferecia subsídios em proporção inversa à capacidade de pagamento aos seus membros, de acordo com quatro grupos de renda: (A) população indigente, que não contribui para o Fundo e somente tem acesso ao sistema público gratuito; (B) população com renda inferior a um salário mínimo, que contribui e tem acesso ao sistema público gratuito; (C) população com renda entre 1 e 1,45 salários mínimos, que deve pagar o valor da contribuição mais 10% pelos serviços prestados pelo setor público; (D) população com renda superior a 1,45 salários mínimos, que deveria contribuir e pagar 20% pelos serviços públicos utilizados. Imagina-se a dificuldade de operacionalização

³⁶ Mesa-Lago (2008).

³⁷ Laranza (2006).

desse sistema, estratificado por pequenas diferenças do ponto de vista da renda do trabalho, sujeitas estas a grande volatilidade, notadamente entre os grupos de renda menos favorecidos. Esse desenho certamente operava um *cream skimming* importante levando a uma não-cobertura dos mais necessitados.

Outra iniciativa dos governos democráticos consistiu em aumentar consideravelmente o orçamento destinado à saúde pública, principalmente nas áreas de infraestrutura e equipamentos. Estima-se que o gasto público com saúde tenha se elevado de 0,7% do PIB em 1989 para 1,6% em 1997³⁸, percentual esse ainda relativamente baixo se comparado a padrões de países desenvolvidos.

Além disso, a partir de 1995, outra novidade para corrigir distorções do sistema anterior foi a adoção de um processo crescente de supervisão, controle e restrições aos abusos das companhias de seguros, através da criação da Superintendência dos ISAPREs. Esta ficou encarregada de supervisionar o cumprimento das regras estabelecidas em contratos; fixar um índice de preços e taxas máximas para os planos de saúde dos idosos e das mulheres grávidas; regulamentar o tratamento de doenças preexistentes; normalizar os dados para facilitar a comparação entre os diferentes planos de saúde³⁹ e arbitrar sobre os conflitos entre os ISAPREs e seus afiliados.

Entre 1995 e 2005, o gasto público com a saúde quase quadruplicou no Chile. Dado que as contribuições ao FONASA eram baseadas em salários relativamente baixos, insuficientes para financiar os serviços prestados, a contribuição do Estado foi acionada. Esta aumentou de cerca de 41% para 55% entre 1990 e 2004 enquanto o percentual de despesas cobertas pelas contribuições declinava de 45% para 34%.⁴⁰

Em 2002, o então presidente Ricardo Lagos destacava a necessidade de buscar soluções para reduzir a profunda desigualdade que ainda caracterizava o sistema de saúde no Chile, devido à elevada carga financeira sobre as famílias e à velocidade da queda de qualidade do atendimento à população (Chile, 2002 *apud* Mesa-Lago, 2008). Duas propostas de reforma foram elaboradas entre 2002 e 2004, porém sem sucesso. Tentava-se

³⁸ Hertel-Fernandez (2009).

³⁹ Lei 40.586, 2006.

⁴⁰ Mesa-Lago (2008).

estabelecer um fundo de solidariedade estatal para cobrir as contribuições dos indigentes para o FONASA (de modo que o acesso não dependesse da capacidade econômica ou risco do indivíduo) e criar um fundo de compensação para cobrir a licença maternidade nos dois sistemas. O Estado, então, assumiu o pagamento da licença maternidade⁴¹ em 2002, independentemente da seguradora e do nível de renda da segurada, eliminando a discriminação dos ISAPREs.

A partir de 2004, outras leis são promulgadas com o objetivo de reduzir ainda mais as desigualdades do sistema, que persistiam. Tais leis serão discutidas na seção a seguir, enquadradas no movimento de contrarreforma observado na primeira década dos anos 2000.

3.1.3. Assistência Social

Também no campo do combate à pobreza, o regime militar trouxe consigo uma mudança de orientação das políticas sociais no Chile. A orientação no âmbito da assistência social traduziu-se em um movimento firme a caminho da focalização e da residualidade. Raczynski (1994) resume a trajetória:

“(...) colocaron tópicos nuevos en la agenda pública: eficiencia en el uso de los recursos; descentralización; papel del Estado, complementariedad entre la acción pública y privada, y focalización del gasto social. A ellas se agregó una elevación en el manejo técnico de las políticas sociales: diagnósticos, evaluaciones económicas de programas, elaboración de instrumentos de focalización, medición de los beneficiarios efectivos del gasto social (...)” (p. 221)

Em consequência, o gasto social foi reduzido de 25% do PIB em 1970 para 15% em 1980 durante os anos de chumbo chilenos. O problema, no entanto, era, em paralelo, um contexto de recessão econômica, ao final dos anos 70 e início dos anos 80, com elevadas taxas de desemprego, forte queda no nível de consumo dos 60% mais pobres da população

⁴¹ A licença dá direito a seis semanas de descanso antes do nascimento da criança e a 12 semanas após o parto, com remuneração integral, mantendo-se o posto de trabalho, sem demissão durante o ano seguinte.

e um incremento significativo da intensidade da pobreza associada à renda familiar. O quadro social dos mais vulneráveis deteriorou-se rapidamente.

Como exemplo de programa *safety net* compensatório implementado em 1981, pode-se citar o Subsídio Unitário Familiar, destinado a mães inseridas em famílias pobres, com crianças em idade escolar, ou *ainda mulheres* grávidas ou cuidadoras de inválidos. O benefício consistia na transferência de US\$ 6/mês/criança e estava condicionado à comprovação da frequência escolar e acompanhamento da saúde das crianças. Estima-se que o gasto anual do programa equivalia a 0,09% do PIB (ou cerca de US\$ 70 milhões) e a cobertura atingia 6,3% da população (954 mil alunos).⁴²

Apesar da tentativa do governo em responder aos efeitos sociais da crise e do corte do gasto público por meio da alocação dos escassos recursos em programas de transferência de renda altamente focalizados, o crescimento da indigência e pobreza no Chile continuou a aumentar.⁴³ O percentual de domicílios indigentes se elevou de 6% em 1969 para 13% em 1987, chegando a 30% entre os anos de 1982 e 1983. Já o percentual de domicílios pobres passou de 17% em 1969 para 38% em 1987.⁴⁴ Com a recuperação da economia na segunda metade dos anos 80, observou-se uma redução da magnitude da indigência e da pobreza. Ainda assim, o Chile chega a 1990 com 34% dos seus domicílios na pobreza e 12% na indigência, porcentagens que correspondiam ao dobro dos níveis encontrados 20 anos antes, quando têm início as reformas autoritárias.

Retorno à democracia

Em março de 1990, após mais de 16 anos de violento regime militar, assume o governo democrático do presidente Aylwin, dando início a uma nova fase na política social de combate à pobreza no Chile. O governo se propunha a compatibilizar, dentro da economia capitalista de livre mercado, o crescimento econômico de longo prazo com a

⁴² Lavinias et al. (2010).

⁴³ Raczynski (1994).

⁴⁴ Domicílios indigentes são aqueles cuja renda familiar per capita é igual ou inferior ao custo de uma cesta básica de alimentos por pessoa e pobres são aqueles cuja renda familiar per capita é igual ou inferior a 2 cestas básicas nas zonas urbanas e 1,75 nas zonas rurais. (Raczynski, 1994).

melhoria das condições distributivas e o combate à pobreza. De acordo com Raczynski (1994):

“La estrategia social del gobierno se integra a la económica y las dos se complementan y necesitan. El crecimiento económico sostenido, la creación de nuevos empleos productivos y el control de la inflación son componentes esenciales del combate contra la pobreza. El ‘buen desempeño económico’ es condición indispensable para el logro de las metas de mayor equidad y reducción de la pobreza. Por otro lado, las políticas sociales y de combate a la pobreza en la medida en que se traducen en inversión social y de capital humano, constituyen un aporte al crecimiento económico. No obstante, se considera que el ‘buen desempeño económico’ no es suficiente para combatir la pobreza. Es indispensable contar con políticas específicas, focalizadas en los sectores pobres y los grupos vulnerables debidamente financiados y eficientes en su diseño y ejecución.” (p. 225)

Diante disso, pode-se dizer que a nova política social não consistiu em apenas mais do mesmo senão que a focalização se tornou mais complexa pela ampliação dos grupos destinatários. Aos segmentos de pobreza extrema e materno-infantil, vêm somar-se as mulheres, os jovens, os povos indígenas, os adultos maiores e os portadores de deficiência. Em consequência, aos temas centrais dos programas, acrescentam-se a qualidade e equidade da educação, além da integração laboral e social dos jovens e mulheres, entre outros.

Para atender aos três primeiros grupos, foram criadas novas instituições: o *Servicio Nacional de la Mujer* (SERNAM), o *Instituto Nacional de la Juventud* (INJ) e a *Corporación Nacional de Desarrollo Indígena* (CONADI). A partir de estudos e diagnósticos sobre cada grupo, foram criados programas específicos. À focalização adiciona-se a segregação da clientela, prática recorrente no âmbito das políticas condicionadas e residuais.

Em termos de financiamento, os gastos sociais foram incrementados por uma reforma tributária aprovada pelo novo governo no início da década de 90. O orçamento para as políticas sociais compensatórias contava, ainda, com empréstimos de organismos internacionais, tais como Banco Mundial e BID.

Outra novidade da política social do período democrático consistiu na articulação entre o Estado e a sociedade civil. Intensificou-se a transferência das responsabilidades de desenho e aplicação de programas para o setor privado, sobretudo, por organismos não governamentais (ONGs). Nesse caso, o papel do Estado restringia-se à normatização, supervisão e financiamento das políticas que poderiam ser executadas com recursos públicos via licitações ou subcontratações. Portanto, outra característica do modelo focalista era a terceirização dos serviços em nome da maior eficiência, desprofissionalizando o atendimento aos mais vulneráveis.

Por fim, foi criado um novo instrumento para o combate à pobreza: *Fondo de Solidaridad e Inversión Social* (FOSIS), em 1990, sob a órbita do *Ministerio de Planificación y Cooperación*, com orçamento de \$ 11,7 bilhões de pesos com foco em iniciativas voltadas para as microempresas urbanas, economia rural, juventude popular, organização social e capacitação em comunidades pobres.⁴⁵

3.2. Principais Resultados

De forma resumida, podemos destacar na figura a seguir os principais resultados das reformas implementadas no sistema de proteção social chileno a partir de 1981:

⁴⁵ Hoje, o FOSIS apresenta orçamento anual de \$ 50 bilhões de pesos, possui direções regionais e oficinas provinciais e contribui para a operacionalização de alguns programas que integram o Programa Chile Solidário.

Figura 2 - Reforma Neoliberal Chilena de 1981

Governo Militar 1981 Objetivo principal: mais mercado e escolha individual Ênfase na Seguridade Social Contributiva	
Saúde	Aposentadorias
Contratos individuais Seguros privados de saúde (ISAPREs) Planos individuais Administração privada Fundo Nacional de Saúde (FONASA) Plano coletivo Administração pública	Contratos individuais Contas de poupança individual (AFPs) Contribuições definidas Capitalização individual Administração privada Transição Poucas opções Pouca informação
Papel do Estado Regulação e Supervisão Saúde pública	Papel do Estado Regulação e Supervisão Aposentadoria Mínima (20 anos) Aposentadoria Assistencial (Quota)

Fonte: Uthoff, 2010.

3.2.1. Previdência

Uma das consequências imediatas da reforma foi o aumento do déficit previdenciário, ameaça que se tentava controlar, reduzindo sua incidência, através da privatização. Medido como proporção do PIB, o déficit cresceu de forma acelerada até 1986, decresceu até 1989 e, desde 1990 até o final da década, o crescimento se manteve constante, como mostra a tabela 6.

Tabela 6 - Déficit Previdenciário (em % do PIB)

Anos	Aporte Fiscal Sistema Antigo	Bônus de Reconhecimento	Total
1981	1,45	0,00	1,45
1982	1,96	0,09	2,06
1983	2,50	0,18	2,67
1984	3,12	0,23	3,35
1985	3,44	0,25	3,69
1986	3,70	0,33	4,03
1987	3,01	0,41	3,42
1988	3,09	0,42	3,51
1989	2,35	0,42	2,77
1990	2,98	0,50	3,48
1991	3,00	0,44	3,45
1992	2,72	0,50	3,22
1993	2,91	0,62	3,53
1994	2,78	0,67	3,45
1995	2,60	0,69	3,30
1996	2,44	0,73	3,17
1997	2,68	0,83	3,50
1998	2,69	0,91	3,60
1999	3,08	1,08	4,16
Média 1981-1999	2,76	0,49	3,25
Média 1991-1999	2,77	0,72	3,49

Fonte: Boletim Estatístico da Superintendencia de Seguridad Social e do BC do Chile, 2002
apud Oliveira, 2005.

O déficit previdenciário alcançou 1,54 bilhão de pesos chilenos, em 1999, o que equivale a 2,3 milhões de dólares US. Ao observarmos a tabela 7 constatamos que, desde a criação do sistema de AFPs, o déficit cresceu a uma taxa média de 10,2% real anual, sendo o componente principal do déficit o aporte do Estado para financiar o pagamento dos benefícios do INP, além dos gastos provocados pelo compromisso de pagamento do Bônus de Reconhecimento.

Tabela 7 - Déficit Previdenciário Estatal e seus componentes (em milhões de pesos de março de 2002)

Ano	Aporte Fiscal no INP	%	Bônus de Reconhecimento	%	Total
1981	264.604	99,66	911	0,34	265.516
1982	273.706	95,52	12.833	4,48	286.539
1983	355.163	93,43	24.995	6,57	380.158
1984	439.228	93,17	32.193	6,83	471.421
1985	520.592	93,13	38.420	6,87	559.013
1986	615.331	91,90	54.270	8,10	669.602
1987	663.429	87,98	90.260	12,02	754.049
1988	649.700	88,12	87.597	11,88	737.298
1989	505.949	84,77	90.883	15,23	596.833
1990	632.307	85,60	106.386	14,40	738.694
1991	704.139	87,20	103.328	12,80	807.468
1992	710.288	84,58	129.464	15,42	839.753
1993	800.889	82,46	170.381	17,54	971.270
1994	836.645	80,58	201.683	19,42	1.038.329
1995	875.450	78,98	232.979	21,02	1.108.430
1996	840.494	77,01	250.855	22,99	1.091.350
1997	970.230	76,42	299.393	23,58	1.269.624
1998	994.720	74,83	334.610	25,17	1.329.330
1999	1.137.184	74,06	398.287	25,94	1.535.471
Crescimento Médio Anual 1981-1999	8,44		40,18		10,24
Crescimento Médio Anual 1994-1999	6,33		14,58		8,14

Fonte: Superintendencia de Seguridad Social do Chile, 2002 *apud* Oliveira, 2005.

Ademais, a reforma do sistema previdenciário gerou um custo de transição elevado, em função da necessidade de pagamento dos benefícios aos contribuintes que permaneceram no antigo regime, além de assumir o custo do Bônus de Reconhecimento. Ao mesmo tempo, o montante de contribuições arrecadado para financiar as obrigações foi reduzido em grande escala, uma vez que os trabalhadores passaram a contribuir para o novo

sistema de capitalização individual. Diante disso, o Estado precisou assumir a obrigação de cobrir o déficit crescente do antigo sistema. Estima-se que, desde a implementação da reforma até 2004, esse custo alcançava a média anual de 5,7% do PIB⁴⁶.

Outro resultado da reforma foi a forte concentração de mercado das AFPs. Enquanto, no início do sistema de capitalização individual existiam 12 AFPs; em 2002, apenas 7 continuavam no mercado. Em março de 2002, cerca de 78,23% dos contribuintes pertenciam às 3 maiores administradoras, o que correspondia a 70,4% do total dos recursos previdenciários. Logo, a capacidade de escolha do contribuinte não se ampliava, muito pelo contrário, nem se fomentava a concorrência no mercado.

Como mostram as tabelas 8 e 9, a instituição com maior *market-share* era a Provida, que detinha 42,37% do total de contribuintes e 31,74% do total dos ativos dos fundos de pensão.⁴⁷

Tabela 8 - Participação de Mercado - por número de contribuintes¹

AFP	Nº de contribuintes (2)	% de Mercado	% Acumulado
Provida	1.490.096	42,37	42,37
Habitat	801.537	22,79	65,16
Santa Maria	459.611	13,07	78,23
Cuprum	317.724	9,04	87,27
Summa Bansander	282.781	8,04	95,31
Planvital	95.597	2,72	98,03
Magister	69.108	1,97	100,00
TOTAL	3.513.454	100,00	

Notas: (1) Dados de março de 2002. (2) Corresponde ao número de afiliados ativos que contribuíram nesta data. Fonte: SAFP, 2002 *apud* Oliveira, 2005

⁴⁶ Mesa-Lago, 2008.

⁴⁷ Yazigi, 2002.

Tabela 9 - Participação de Mercado - por Fundo de Pensão (em milhões de dólares – março de 2002)

AFP	Ativos de Fundos de Pensão	% de Mercado	% Acumulado
Provida	11.651	31,74	31,74
Habitat	8.362	22,78	54,52
Cuprum	5.827	15,88	70,40
Santa Maria	4.734	12,90	83,30
Summa Bansander	4.080	11,12	94,42
Magister	1.028	2,80	97,22
Planvital	1.018	2,78	100,00
TOTAL	36.703	100,00	

Fonte: SAFP, 2002 *apud* Oliveira, 2005

A forte concentração do mercado pode ser explicada devido à economia de escala existente nessa indústria. À medida que aumenta o número de contribuintes nas administradoras, os gastos operacionais médios diminuem e com isso os custos de produção são reduzidos⁴⁸. A concentração se intensificou ainda mais a partir de 1996, momento em que ocorreram muitas fusões e aquisições entre as AFPs.

De acordo com Yazigi (2002), desde a criação do sistema de capitalização, os Fundos de Pensão chilenos cresceram a uma taxa real anual de 28,3%, com a reserva, em março de 2002, de 36.703,38 milhões de dólares. Entre 1997 e 2002, o crescimento médio dos Fundos foi de 10,4% real anual. Em dezembro de 2001, a participação dos Fundos de Pensão equivalia a 55% do PIB. No que se refere à rentabilidade média dos Fundos, a mais alta ocorreu em 1991, com 29,7% e a mais baixa aconteceu em 1995, -2,5%. Desde o início do sistema até 2002, a rentabilidade média obtida foi de 10,7% real anual, enquanto de 2002 a 2011, foi de cerca de 7,34% real anual.

⁴⁸ Segundo Yazigi (2002), os gastos operacionais médios da AFP Provida, 1º do mercado, compreendiam cerca de 49.639 pesos enquanto que os gastos da Magister, última do mercado em número de contribuintes, chegavam a 132.524 pesos.

Por fim, e certamente o mais grave, os maiores problemas da reforma foram as desigualdades causadas tanto nos índices de cobertura do sistema quanto no modelo de financiamento.

Segundo Mesa-Lago (2008), com base nos contribuintes ativos, a cobertura da força de trabalho, que era de 73% em 1973 e 64% em 1980, um ano antes da reforma, cai para 57% em 1997 e 44% em 2002. Além disso, dentre os afiliados das AFPs, estima-se que, em 2007, apenas 46% eram contribuintes ativos.

Ademais, existiam fortes diferenças de cobertura da força de trabalho em função da renda, tipo de ocupação, educação e sexo. De acordo com o autor, os afiliados não contribuintes tinham as seguintes características em 2004: 66% possuíam rendas muito baixas, 46% eram considerados pobres, 52% possuíam baixa escolaridade e 75% não haviam trabalhado nos últimos três anos. Como razões para a não afiliação, os indivíduos informavam: afiliação não obrigatória, carência de recursos, ignorância do sistema, falta de trabalho, emprego instável, desconfiança do sistema privado e o alto custo do sistema. No que se refere aos trabalhadores autônomos, apenas 3,4% dos afiliados às AFPs em 2007 pertenciam a esta categoria e apenas 1,7% era contribuinte ativo. De 1986 a 2004, a proporção de autônomos afiliados que não contribuía aumentou 80%. Logo, a cobertura previdenciária caiu significativamente, não levando, ao contrário do que era argumentado, a um maior compromisso com contribuições por serem essas transparentes e individuais e não mais fundadas em valores de solidariedade.

Ao final de 2007, 55% dos afiliados ao sistema eram homens e 45% mulheres, mas os contribuintes eram 62% e 38%, respectivamente. Essa desigualdade de cobertura das mulheres em relação aos homens era ainda mais aguda nos quintis inferiores de renda, muito em função das características de inserção feminina no mercado de trabalho.⁴⁹ Logo, houve um agravamento das assimetrias de gênero no âmbito do sistema previdenciário, o que não acontece no âmbito do sistema de repartição (Barr, 2004, Lavinias, 2010).

Outro ponto importante consiste no modelo de financiamento do novo sistema. Segundo Mesa-Lago (2008):

⁴⁹ Mesa-Lago (2008).

“El sistema privado carece de solidaridad, elimina la redistribución entre generaciones y asegurados y transfiere las funciones solidarias y distributivas al Estado, que debe financiar las pensiones asistenciales y mínimas.”(p. 435)

De fato, a reforma da previdência implementou diversas medidas geradoras de inequidades: eliminou a contribuição do empregador; fixou em 20 anos o tempo de contribuição necessário para o acesso a uma aposentadoria mínima, requisito difícil de cumprir para a maior parte dos assegurados, em razão de sua inserção ocupacional; o regime de forças armadas permanecia no modelo de benefício definido e recebia cerca de 1,3% do PIB em benefícios em 2006, enquanto apenas 0,4% do PIB se destinava a aposentadorias assistenciais e 0,1% a aposentadorias mínimas; os custos de transição eram completamente suportados pelo Estado, com recursos de impostos arrecadados de toda a população e que eram transferidos, num modelo regressivo, à população de renda média e alta; e, por fim, o novo sistema não permitia participação alguma dos trabalhadores e aposentados na SAFP nem nas AFPs, quando na realidade eram os atores principais do modelo de capitalização⁵⁰.

3.2.2. Saúde

A reforma de 1981

Uma das consequências mais importantes da reforma do sistema de saúde chileno, em 1981, como já apontado, foi a formação de um sistema dual, marcado pela falta de solidariedade e desigualdades de cobertura, acesso e financiamento.

“The creation of a parallel private insurance pool resulted in the flight of the healthiest and wealthiest patients from the public fund, greatly increasing costs and decreasing incentives for improvement of the public infrastructure. Given the high administrative and operational fees associated with the private sector, only the upper-middle and upper classes of Chile have been able to afford to enrol in ISAPREs. In 1990, only 16 per cent of Chileans had purchased private insurance, and 86

⁵⁰ Mesa-Lago, 2008.

per cent of these purchasers had incomes over \$40,000 per year.”
(Holst et al. 2004 apud Hertel-Fernandez, 2009).

Nesse contexto, pode-se destacar como uma das tendências mais marcantes do sistema, após a reforma, o problema de seleção de riscos. Esta distorção fica mais clara quando analisamos suas evidências na tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição da população entre o subsetor público e privado de saúde, segundo renda e idade – Chile (1990)

	Quintil 1		Quintil 2		Quintil 3		Quintil 4		Quintil 5	
Grupos de idade	Setor público	ISAPRE								
0-20	92,2	1,6	85,8	6,6	73,5	15,2	53,8	32,0	26,2	61,6
21-50	89,0	1,7	82,6	6,2	72,5	12,9	55,3	26,8	31,1	52,1
51-64	91,6	1,1	90,7	2,3	82,5	6,5	70,6	14,1	44,5	40,6
65 ou mais	93,2	0,8	93,7	1,0	90,2	1,7	82,2	5,6	58,7	22,0
Total	91,0	1,6	85,5	5,6	75,7	11,8	59,8	24,4	34,6	49,9

Fonte: CEPAL, 2006.

Quando observamos os dados de 1990 em relação à distribuição da população entre o setor público e o privado de acordo com a renda e a idade, nota-se que nos quatro primeiros quintis da distribuição de renda a maioria das pessoas está afiliada ao setor público; apenas no último quintil – os 20% mais ricos da população – a participação no sistema ISAPRE é mais significativa. A análise da distribuição por idade, por sua vez, demonstra que as pessoas de maior idade tendem a se concentrar no FONASA, sistema público. Até mesmo entre os 20% mais ricos da população, a partir dos 50 anos, a maioria dos afiliados encontra-se no FONASA. Na medida em que as pessoas de mais idade costumam dispendir mais com saúde, pois têm aumentado seus riscos médicos, a lógica dos seguros privados tendia a discriminar este tipo de assegurados, seja via preço ou redução da cobertura. Esta discriminação de riscos afetava não só os idosos, mas também

quaisquer pessoas que apresentassem maior probabilidade de desenvolver doenças, os doentes crônicos e as pessoas de menores rendas. (CEPAL, 2006)

Portanto, na ausência de qualquer medida de prevenção ao risco e de uma atividade regulatória por parte do Estado para estabelecer regras para o setor, a instituição das formas privadas de provisão no setor de saúde chileno, promovidas pelas reformas orientadas para o mercado, aumentaram a exposição e a vulnerabilidade aos riscos sociais para a população (Laranza, 2006).

Como Barr (2004) já havia demonstrado, as características do setor de saúde exacerbam as falhas de mercado, resultado das assimetrias de informação e de poder, com riscos elevadíssimos. O caso do Chile pode ser considerado exemplar a esse respeito:

“En el plano internacional, y en Chile en la región, se ha comprobado que las imperfecciones que se observan en el mercado de la salud determinan que el libre juego de la oferta y la demanda no traiga aparejado una mejora de la eficiencia. Un tema fundamental en lo que respecta a la eficiencia (y por supuesto a la equidad) son los incentivos a la selección de riesgos que se producen en los mercados de seguros. En la medida en que las utilidades de las aseguradoras estén altamente relacionadas con la discriminación de riesgos es poco probable que estas tengan incentivos para impulsar mejoras de eficiencia notorias. En este caso, los incentivos están dirigidos a evitar la afiliación de personas de alto riesgo más que a perfeccionar la gestión de los recursos. En el caso chileno, la combinación entre los campos público y privado existente, unida a un mercado altamente desregulado, han incentivado y permitido la reducción de los riesgos (Titelman, 2000 apud CEPAL, 2006, p. 105).

Com isso, o sistema de saúde chileno chega ao final da década de 90 com formas regressivas de financiamento direcionadas a consolidar o sistema privado e que, além de

acirrare as tendências de estratificação, reforçaram o caráter excludente do sistema, limitando o acesso à saúde pela capacidade de pagamento dos usuários pelos serviços.⁵¹

No entanto, Laranza (2006) destaca que, apesar do discurso e da retórica pró-mercado dos políticos vinculados ao regime militar, as reformas foram capazes de reverter apenas de forma parcial a trajetória previamente estabelecida do sistema de saúde chileno, uma vez que, importantes componentes institucionais do legado prévio desse sistema público foram preservados. Isso permitiu que, na volta ao regime democrático e desse momento em diante, a atuação do Estado fosse retomada. O desmantelamento não foi completo.

Retorno à democracia

Tal como já destacado nas seções anteriores desta dissertação, diversas medidas foram implementadas no Chile ao longo da década de 90 com o objetivo reduzir as profundas desigualdades que assolavam o sistema de saúde chileno.

Dentre os resultados que já foram expostos, pode-se destacar como consequência direta dessas medidas a diminuição da população assegurada pelo setor privado, principalmente das categorias profissionais, e sua migração, posteriormente, para o sistema público de saúde.

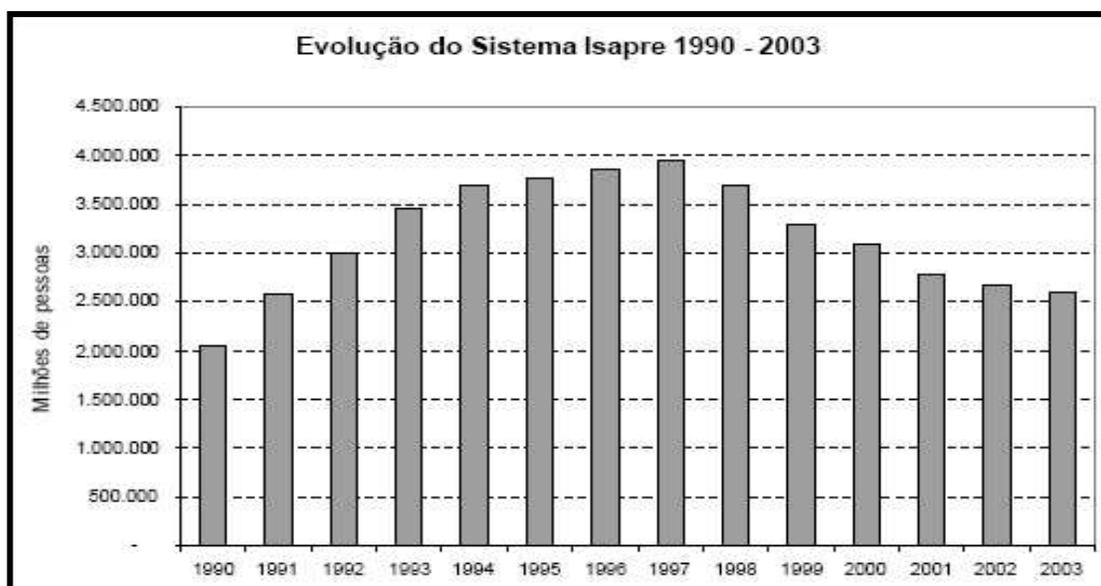
Outros fatores que induziram a transferência de afiliados entre o setor privado e o setor público estão relacionados aos custos excessivos de aquisição dos planos de saúde privados, que tornaram aos poucos o sistema ISAPRE inviável ao padrão médio de renda da população chilena.⁵²

Diante disso, o setor de provisão de assistência médica privada no Chile teve sua população de assegurados reduzida quase pela metade a partir de meados da década de 90, mais precisamente a partir de 1997, como mostra o gráfico 2.

⁵¹ Vergara, 1994 *apud* Laranza, 2006.

⁵² Laranza (2006).

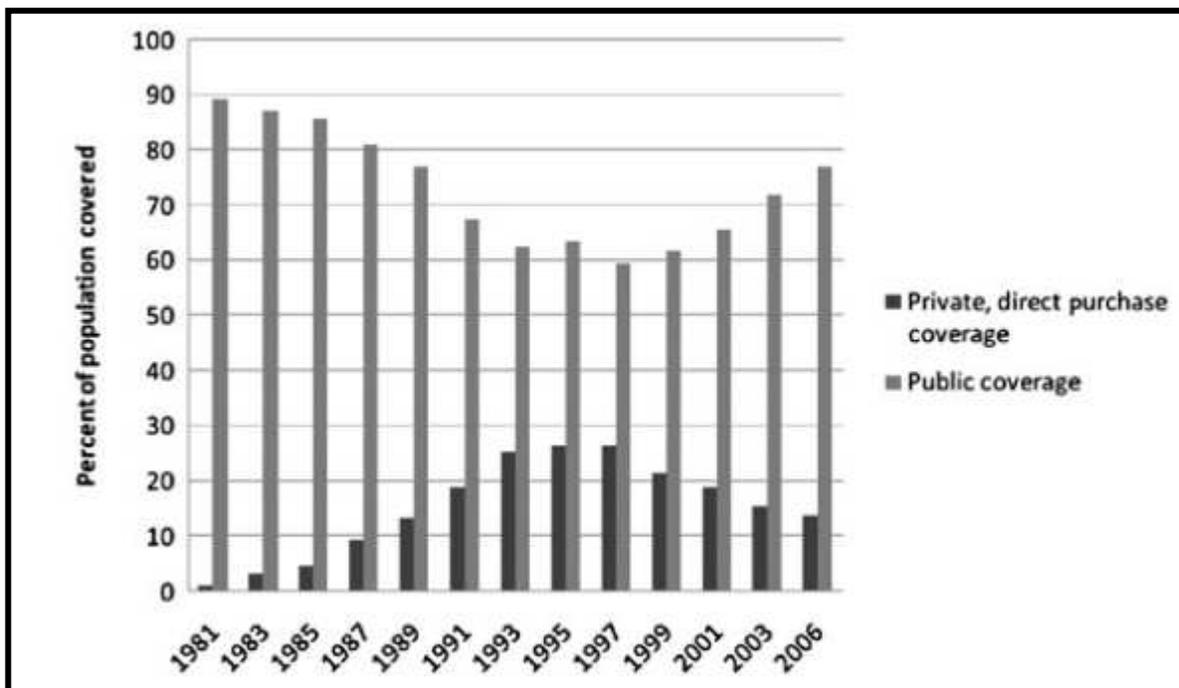
Gráfico 2 - Evolução do Sistema ISAPRE – 1990-2003 – Em milhões de pessoas



Fonte: Superintendencia de Salud, 2004 *apud* Lanza, 2006..

Em termos de cobertura, nota-se a partir da segunda metade da década de 90 uma perda de espaço do setor privado e um incremento da participação do setor público na saúde, que passa a cobrir, efetivamente, quase 80% da população em 2006, em contraste com a cobertura de 60%, registrada em 1997. É o que nos confirma o gráfico 3 abaixo.

Gráfico 3 - Percentual de cobertura pública e privada do sistema de saúde – Chile – 1981-2006



Fonte: Hertel-Fernandez, 2009.

É importante ressaltar que esse processo de retomada da atuação do Estado no sistema de saúde chileno ao longo da década de 90 não ficou circunscrito apenas a decisões políticas unilaterais.⁵³ Como destaca Hertel-Fenandez (2009), houve participação da sociedade:

“Apart from politicians and government technocrats, civil society has been an integral force in pushing for State action in the reduction of health disparities. Advocacy groups, alongside technical organizations,

⁵³ Segundo Laranza (2006): “O crescimento desenfreado do sistema ISAPRE, até meados dos anos 90, e as queixas acumuladas por parte da população em relação à restrição e exclusão dos seus serviços, incitaram o governo a promover medidas mais efetivas à regulação do setor privado, e através desta, de criar uma oportunidade de recuperar a capacidade interventora estatal no campo da saúde.” (p. 16) Além disso, as queixas sobre os procedimentos do sistema ISAPRE após a redemocratização também partiram dos profissionais do setor e das organizações sindicais recém-estruturadas, de modo que “na medida em que se consolidava a democracia, se tornava cada vez mais difícil para o ISAPRE exercer vetos” (Labra, 2000: 12 *apud* Laranza, 2006).

have formed alliances that have successfully encouraged government intervention in health policy, capitalizing on the wealth of disaggregated data available by region and municipality.” (p. 389)

A atuação do Estado no sistema de saúde chileno acabou sendo mantida, e até ampliando-se na década seguinte, de forma ainda mais intensa. É o que na seção que trata da contrarreforma no Chile.

3.2.3. Assistência Social

As mudanças no âmbito das políticas assistenciais desde o período anterior ao governo militar até o governo democrático podem ser resumidas por Raczynski (1994) na tabela 11.

Tabela 11 - Síntese da ação pública no âmbito das políticas sociais

	Período anterior a 1973	Governo Militar (1973-1990)	Governo Democrático (1990 em diante)
Papel do Estado	Benfeitor	Subsidiário	Integrador
Política Social/Econômica	Política Social sobrepõe a econômica	Política Social subordinada à econômica	Política Social integrada e complementar à econômica
Nível de Gasto Social	Crescente	Decrescente	Crescente, sujeito ao equilíbrio macroeconômico
Descentralização	Ausente - Administração central e vertical	Desconcentração dos serviços - Administração municipal	Descentralização política e aprofundamento da descentralização administrativa
Estado/setor privado	O Estado normatiza, financia e executa a política social	O Estado normatiza e financia os programas para os mais pobres, supervisiona e avalia. Privatização dos serviços sociais para os segmentos médios e altos da população	Similar à fase anterior. Maior ênfase no papel regulador do Estado
Focalização	Baixa preocupação. Ênfase em programas universais (nominalmente)	Preocupação forte. Aplicação de instrumentos de seleção de beneficiários	Preocupação forte, mas não exclusiva
Prioridade da política social	Investimento em serviços sociais. Ampliação da cobertura	Atenção aos bolsões de pobreza. Ênfase em subsídios assistenciais e transferências	Qualidade dos serviços, equidade dos resultados. Investimento em capital humano e produtivo. Dar voz ao beneficiário
Grupos destinatários das políticas	Segmento materno-infantil	Domicílios pobres e segmento materno-infantil	Segmentos pobres. Crianças, jovens, mulheres e terceira idade

Fonte: Raczynski, 1994.

Como vimos, o resultado da nova estratégia compensatória, na fase dos ajustes estruturais, desenvolvida pelo governo militar levou, entre outros fatores, ao aumento da pobreza e da indigência ao longo dos anos 80.

O governo democrático que assume o poder em 1990, por sua vez, formulou uma nova estratégia explícita para enfrentar a pobreza e a miséria, cujos componentes básicos eram: integração e complementariedade entre o econômico e o social, coordenação de

interesses, reforma tributária que aumentasse a disponibilidade de recursos para fins sociais, aprofundamento do processo de descentralização e da delegação de responsabilidades ao setor privado e aos organismos não governamentais e políticas específicas que enfatizassem o investimento em capital humano nos segmentos mais pobres.⁵⁴

De fato, a estratégia social do novo governo materializou-se em iniciativas concretas. Ainda que não se possa atribuir somente à estratégia das políticas assistenciais da década de 90 uma reversão de tendência no que se agravou sob a ditadura, é importante destacar que o Chile logrou êxitos no que se refere aos seus indicadores de desenvolvimento humano, chegando ao final dos anos 90 como o país mais bem colocado da América Latina no ranking das Nações Unidas.

A tabela 12 mostra a evolução positiva do IDH do Chile entre 1990 e 1998.

Tabela 12 - Chile: Índice de Desenvolvimento Humano 1990-1998

Ano	População (habitantes)	Alfabetização de adultos (%)	Esperança de Vida ao nascer (anos)	PIB real per capita (dólares de 1998)	Índice de educação	Índice de saúde	Índice de renda	IDH
1990	12.934.650	94,10%	73,7	3.092	0,864	0,812	0,733	0,803
1998	14.623.269	94,30%	75,2	4.957	0,89	0,837	0,814	0,847

Fonte: PNUD, 1999.

Além disso, pode-se observar na tabela 13 que a dimensão “renda” apresentou o melhor desempenho.

⁵⁴ Raczynski (1994).

Tabela 13 - Variações do IDH por dimensões – 1990-1998

Dimensão	Educação	Saúde	Renda	IDH Total
Variação Absoluta	0,026	0,025	0,081	0,044

Fonte: PNUD, 1999.

3.3. A Contrarreforma

A partir da análise dos principais resultados das reformas implementadas no Chile, Uthoff (2010) destaca algumas das lições aprendidas pelo país e que funcionaram como motivadoras do movimento de contrarreforma observado a partir dos anos 2000.

Figura 3 - Lições da Reforma Neoliberal Chilena de 1981

Lições Aprendidas	
Sem diálogo social, nunca se legitimaram.	
Saúde	Aposentadorias
Assimetrias de informação	Custos de transição importam
Seleção Adversa	Déficit histórico
Fazer seguro obrigatório	Déficit Operacional
Seleção de riscos	Abono de Reconhecimento
Múltiplos planos e prêmios	Garantias explícitas
Fracasso da soberania do consumidor	Taxas de substituição sensíveis a:
Falta de informação	Densidade de contribuições
Risco moral	Taxa de retorno da carteira
Problemas de contenção de custos	Altos custos administrativos
Subprodução de bens públicos	Economias de escala
Prevenção	Seguros de invalidez e sobrevivência
	Condições para incrementar a poupança
	Macroeconômicas
	Institucionais
Papel do Estado	Papel do Estado
Falta regulação e supervisão	Falta regulação e supervisão
Perda da solidariedade no financiamento	Não houve alinhamento dos incentivos
Não há mecanismo de ajuste por riscos	Pobreza na velhice

Fonte: Uthoff, 2010.

3.3.1. Previdência

Em 2008, a presidente Michelle Bachelet conseguiu aprovar no Congresso, em tempo recorde e por unanimidade, uma nova legislação⁵⁵ sobre o sistema previdenciário, depois de amplo acordo político entre seu partido e outras legendas⁵⁶.

Segundo Rofman et. al (2008)⁵⁷, podem ser destacados três fatores que levaram a presidente Michelle Bachelet a adotar a reforma da previdência como uma das promessas mais importantes de sua campanha:

“La reforma previsional, especialmente la reforma del componente no contributivo, claramente era una de las deudas pendientes de la coalición gobernante. Esta demanda por una reforma que apuntara a mejorar la cobertura estaba justificada en parte por los primeros estudios sobre el tema (...) que sugerían que gran parte de la población no iba a estar en condiciones de financiar una pensión mínima y no calificaría tampoco para la obtención de la pensión mínima garantizada. (...) Um segundo factor relevante (...) es el espacio fiscal creado por la reducción gradual em los costos de transición generados por la reforma original de 1980. (...) Finalmente, existía cierta preocupación em torno al creciente grado de concentración del mercado de las AFP (...) Estos eran síntomas de que la competencia en precio no estaba funcionando adecuadamente em este mercado em particular.” (p. 28-30)

Após 27 anos da implementação do novo modelo, o número de trabalhadores com contribuição irregular havia-se ampliado e a densidade contributiva, recuado. Estimava-se que o benefício de aposentadoria dos indivíduos em fase de recebimento de renda fosse

⁵⁵ Foi sancionada a Lei 20.255 (2008) de reforma previdenciária, que reconhece as desigualdades do sistema anterior e outorga uma pensão básica solidária aos que não tiveram acesso ao sistema de capitalização, recuperando-se, deste modo, o princípio de universalidade.

⁵⁶ Para mais informações, ver Chile (2006).

⁵⁷ Neste trabalho, Rofman et al. (2008), do Banco Mundial, reconhecem alguns resultados insatisfatórios obtidos com as reformas da previdência implementadas no Chile e Argentina, sob recomendação do próprio Banco Mundial, nos anos 80 e 90, respectivamente.

cerca de 45% menor do que aquele à qual eles teriam direito no antigo sistema. Ademais, os autônomos nunca foram obrigados a integrar uma AFP (estima-se que, em 2008, quase 1,4 milhão de pessoas estivessem sem cobertura). O crescimento da economia informal fez surgir um contingente de desprotegidos: calcula-se que mais de 50% da mão-de-obra ativa estivessem descobertos em 2005, quando em 1973 o país possuía 79% de sua população protegida. Como vimos, das 12 AFPs existentes no início do sistema de capitalização individual, o mercado concentrou-se em apenas 7.

De acordo com a Superintendencia de Pensiones (2009), o diagnóstico do antigo sistema indicava que *“el funcionamiento de los tres pilares del sistema no estaba respondiendo a las necesidades del país”*. Com isso, propõe-se fortalecer o pilar solidário, aperfeiçoar o pilar contributivo e estender os benefícios do pilar voluntário, seguindo a lógica da figura 4:

Figura 4 - Aperfeiçoamento da Previdência - Chile



Fonte: Superintendencia de Pensiones, 2009.

Diante disso, no que se refere ao pilar solidário, a reforma de 2008 propunha que todos os chilenos encontrados entre os 40% mais pobres da população (US\$ 170 dólares de renda per capita por domicílio) - maiores de 65 anos e residentes no Chile por 20 anos contínuos ou não, contados a partir dos 20 anos de idade do indivíduo - passassem a receber uma “pensión básica solidária” (PBS) de cerca de US\$ 150, financiada pelo Estado, mesmo sem jamais ter contribuído para a previdência. A aposentadoria básica se estenderia de modo gradual, amparando 45% da população mais pobre em 2009, 55% em 2012 e depois

desta data, 60%. O benefício, cujo valor superava em 33% a aposentadoria assistencial vigente em 2008, chegaria a um patamar superior em 67% em 2009 e seria posteriormente ajustado anualmente de acordo com a inflação dos últimos doze meses.

A reforma criou, ainda, o “aporte previdencial solidario” (APS), um bônus para aqueles que se encontravam na faixa de baixos benefícios. Consiste em um benefício pago pelo Estado para complementar a aposentadoria contributiva das pessoas maiores de 65 anos, independente dos anos de contribuição. Os requisitos para receber o benefício são semelhantes aos da aposentadoria básica: pertencer aos 40% mais pobres da população em 2008 e até 55% em 2012. A aposentadoria final de afiliado que tenha contribuído pelo menos um mês já seria maior que a PBS, com o objetivo de incentivar a contribuição. O valor máximo da APS aumentaria gradualmente (em dólares): USD 140 em 2008-2009, USD 240 em 2009-2010, USD 300 em 2010-2011, USD 400 em 2011-2012, até atingir USD 510 de 2012 em diante. O benefício decresce de acordo com o valor da pensão contributiva e é extinto quando excede os valores máximos fixados.

Ambos os benefícios, PBS e APS, também seriam concedidos por motivo de invalidez. Nesse caso, os indivíduos deveriam ter entre 18 e 65 anos de idade, não ter direito a nenhum benefício previdenciário no regime de capitalização, pertencer aos 40% mais pobres da população e sua condição deveria ser atestada por uma Comissão Médica de Invalidez.

Além disso, a Lei estabelecia para todas as mães, independentemente de sua condição econômica, um “*bono universal por maternidad*”, equivalente a 10% de 18 salários mínimos por cada filho nascido vivo, valor depositado na data de nascimento do filho, recebendo uma rentabilidade anual e que servirá para aumentar o nível da aposentadoria da mulher, quando ela completasse 65 anos.

Em relação ao pilar contributivo, dentre as principais mudanças estavam as novas medidas relacionadas aos autônomos, que passariam obrigatoriamente a afiliar-se ao sistema, considerando um período de transição para que fosse transmitida a importância da afiliação aos trabalhadores, de modo a que até 2016 todos estejam cobertos.

Além disso, abriu-se a possibilidade de filiação voluntária aos que não realizassem nenhuma atividade remunerada; criou-se o *Fondo de Educación Previsional*, financiado pelo Estado e AFPs para divulgar informação para a população; foi implementado um subsídio para incentivar a contribuição dos jovens; passaram a ser divididos os saldos das capitalizações individuais em caso de divórcio e os homens não inválidos passaram a ter direito a uma pensão por viuvez.

Ademais, foram modificados alguns aspectos do Seguro de Invalidez e Sobrevivência ofertado pelas AFPs: antes da reforma, as AFPs deveriam oferecer cobertura deste tipo através da contratação de um seguro (SIS), mas na prática elas mesmas assumiam estes riscos e discriminavam os contribuintes de acordo com o potencial de sinistro, já que este tipo de seguro correspondia a cerca de 50% dos seus custos operacionais.⁵⁸ Para acabar com esta situação, foi instituído um modelo de licitação organizado pela *Superintendencia de Pensiones* para escolher de forma conjunta um seguro independente da AFP de filiação, estabelecendo, assim, um valor de prêmio único.

Em relação ao pilar voluntário, são introduzidos os planos de *Ahorro Previsional Voluntario Colectivo* (APVC), que consistem em contratos entre os empregadores e as empresas de capitalização individual para depositar valores negociados com os trabalhadores. Estes planos possuíam vantagens tributárias, mas ainda assim não foram bem sucedidos.⁵⁹

Foram implementadas, finalmente, medidas regulatórias para reduzir o custo administrativo das AFPs, tais como: licitação de afiliados a cada dois anos para que a AFP que ofereça a menor comissão ganhe a filiação de cerca de 200.000 pessoas que entram no mercado de trabalho anualmente (a AFP ganhadora deverá aplicar essa comissão a seus antigos afiliados) e eliminação da comissão fixa regressiva.

⁵⁸ Berstein (2011).

⁵⁹ Segundo Bersrein (2011): “Respecto a la oportunidad en que entró en vigencia, esto fue en octubre de 2008, momento que coincide con el período más agudo de la crisis financiera “sub-prime”, lo que afectó de manera significativa tanto la demanda como la oferta de productos de ahorro, sobre todo en casos como el del APVC que se constituía como una nueva alternativa. Sin embargo, luego de la rápida recuperación del año 2009, no se ha observado un aumento significativo de este tipo de planes. Las razones estarían vinculadas a dificultades operativas y requisitos de la norma que resultan muy restrictivos.” (p. 15)

A Superintendência de AFPs foi eliminada e substituída pela *Superintendencia de Pensiones* que fiscaliza tanto o sistema público (o Instituto de Normalización Previsional foi substituído pelo Instituto de Previsión Social) como o privado. Além disso, foi criada a *Comisión de Usuarios* do sistema com cinco representantes, sendo um de cada grupo: trabalhador, aposentado, membro da AFP, *Instituto de Previsión Social* e acadêmico (presidente da comissão) para que dêem suas opiniões sobre o sistema, vigiem o cumprimento das metas da reforma e guiem as estratégias de educação, difusão e comunicação dirigidas aos afiliados. Esse controle externo inexistia no sistema anterior.

Em recente informe divulgado pela *Superintendencia de Pensiones* em novembro de 2011, são destacados os principais avanços da reforma previdenciária de 2008, em termos de cobertura e benefícios concedidos pelo sistema:

- (i) Benefícios do Pilar Solidario - *Pensión Básica Solidaria* (PBS) e *Aporte Previsional Solidario* (APS) – sua cobertura tem aumentado significativamente desde sua implementação, alcançando em média 580.393 pessoas mensalmente no primeiro semestre de 2009, 911.815 em igual semestre de 2010, chegando, no primeiro semestre de 2011 a 1.027.312 pessoas como média mensal. O mesmo ocorre com o gasto fiscal associado a estes benefícios, que atingiu o valor de \$ 391.708 milhões⁶⁰ médio mensal no primeiro semestre de 2011.
- (ii) A concessão de PBS e APS por invalidez tem gerado um grande esforço operacional das *Comisiones Médicas Regionales*, refletindo o incremento do número de solicitações de avaliação de invalidez para beneficiários do pilar solidario de 1.700 solicitações médias mensais no primeiro semestre de 2008 (pré-reforma) para 9.588 já no segundo semestre de 2008. Atualmente, este valor tem se estabilizado em 5.175 solicitações médias mensais no primeiro semestre de 2011.
- (iii) A pensão por viuvez recebida pelos homens tem aumentado consideravelmente desde que foram incluídos como beneficiários (outubro de 2008), de 153 beneficiários no segundo semestre de 2008, média mensal, para 2.096 casos no primeiro semestre de 2011.

⁶⁰ Em dólares: aproximadamente 800 milhões em junho de 2011.

- (iv) Desde a implementação do *Bono por Hijo* até junho de 2011, foram beneficiadas 144.834 mulheres. Entre agosto de 2009 e junho de 2011, estima-se que tenham sido gastos cerca de \$ 145.857 milhões⁶¹ neste benefício, o que inclui tanto os pagamentos que ocorreram mensalmente quanto as transferências dos fundos às contas individuais das beneficiárias equivalentes ao valor final do benefício.

3.3.2. Saúde

No que se refere ao sistema de saúde, algumas leis⁶² promulgadas em 2004 - leis nº 19.937, 19.949 e 19.966 – objetivaram reduzir as desigualdades existentes. Foi fortalecida a governança do Ministério da Saúde e criou-se a Superintendência de Saúde (que absorveu a Superintendência do ISAPRE), em 2005, a fim de unificar e consolidar o monitoramento e controle de todo o sistema.

Entre as principais medidas tomadas para ampliar o acesso aos serviços de saúde estão a vacinação gratuita contra a gripe, o sistema de chamadas telefônicas para consultas gratuitas referentes a cuidados primários, novos serviços de emergência, reduzindo a lista de espera nos hospitais e enfermarias, melhoria dos cuidados com famílias pobres e de baixa renda, por meio da concessão de subsídios para gastos com água potável e esgoto.

O FONASA passa a conceder benefícios com base em uma fórmula que privilegia os distritos mais pobres e contribui para a redução das desigualdades tanto na saúde quanto nas aposentadorias. Embora a alocação de alguns desses recursos já estivesse estabelecida anteriormente, o Programa Chile Solidário, formulado em 2002, institucionalizado pela Lei nº 19.949 de 2004 e estendido em 2006, baseava-se em uma concepção multidimensional com foco na extrema pobreza e apresentava algumas inovações, que contribuíram para o sistema de saúde:

- Integração das transferências monetárias com a prestação de serviços: acesso garantido ao primeiro grupo do FONASA, benefícios assistenciais, educação, subsídio ampliado à água potável (cobertura de 100% dos gastos de até 15 m³), entre outros;

⁶¹ Em dólares: aproximadamente 300 milhões em junho de 2011.

⁶² Chile, 2004a, 2004b e 2004c.

- Verificação de meios de subsistência (teste de renda), utilizando múltiplos indicadores e participação familiar voluntária, mas condicionada ao cadastro em alguns planos, como o de saúde;

- Informação sobre os direitos de receber benefícios públicos, dentre os quais: saúde, educação, habitação, renda, emprego;

- Administração e orçamento consolidado pelo Ministério do Planejamento.

A ideia do novo modelo era incentivar o diagnóstico precoce de certas doenças e aumentar a capacidade de resolução de emergências: a proporção das despesas alocadas a esta rubrica aumentaram de 12% para 21,4% entre 1995 e 2005.

A criação de duas novas entidades seria fundamental para o sucesso do Programa: Acesso Universal com Garantias Explícitas em Saúde (AUGE) e o Fundo de Compensação Solidário.

O AUGE é um plano integral de garantias de serviços de saúde, instituído pela Lei nº. 19.966 de 2004, que concede a todos os membros do FONASA e do ISAPRE uma série de serviços (incluindo os cuidados do parto). O AUGE está sendo expandido gradualmente para as patologias que causam grande parte da mortalidade e da incapacidade dos indivíduos, independentemente de renda, idade, sexo e risco, além de fixar o tempo máximo de espera para o atendimento, melhorando as condições pré-existentes. Os usuários têm direito a exigir o cumprimento das garantias ao FONASA e aos ISAPRES e de recorrer à Superintendência, que impõe multas, suspensão e outras sanções aos infratores.

Pesquisas periódicas de opinião nacional sobre o plano AUGE mostram que 50% dos entrevistados se sentem muito protegidos, 29% neutros e 21% desprotegidos; 51% apresentam alto nível de satisfação, 38% médio e 7% baixo; 72% acreditam que o plano AUGE garante o acesso, 58% a qualidade, 56% a oportunidade e 48% a proteção financeira. (Superintendencia de Salud, 2007b *apud* Mesa-Lago, 2008).

Já o Fundo de Compensação Solidário não conseguiu ser aprovado até hoje. Ele consiste num fundo entre os ISAPRES responsável por reduzir a discriminação por

risco. Todos os afiliados a um ISAPRE contribuiriam de forma igual ao fundo, entretanto, os benefícios de cada indivíduo seriam calculados de acordo com seus gastos esperados com saúde, de modo que as mulheres em idade fértil e os idosos se beneficiariam das contribuições feitas pelos jovens. O Fundo compensaria os ISAPREs pela diferença entre o prêmio universal e prêmio de risco ajustado em conformidade com cada caso. A Superintendência fixaria o montante da compensação destinado a cada ISAPRE, o que lhe permitiria homogeneizar seus riscos de saúde no futuro; ela também seria responsável por regular os aumentos dos prêmios, estabelecendo um limite para o reajuste anual determinado por uma faixa de preços. Segundo Hertel-Fernandez (2009):

“The original proposal for Plan AUGE met with considerable opposition due to its perceived incursion on private insurance and delivery providers, particularly through a new Solidarity Fund that would redistribute funds between private providers. After eliminating the Solidarity Fund provision and reducing overall regulation of the private sector, the plan quickly found extensive support in the Chilean legislature.” (p. 390)

A Lei de Reforma da Previdência de 2008 (Chile, 2008) estabelece, ainda, a obrigatoriedade da filiação ao sistema de saúde a partir de 2016, e isenta o pagamento dos 7% de contribuição por parte dos indivíduos que recebem uma pensão solidária.

Não há participação popular na administração da Superintendência, do FONASA, dos ISAPREs e do Sistema Nacional de Serviços de Saúde. Os municípios devem preparar uma avaliação e um diagnóstico do sistema de saúde com a participação do cidadão. Existem conselhos de desenvolvimento em saúde em hospitais e clínicas com representantes da comunidade, porém sem formalização jurídica, apenas com caráter consultivo.

3.3.3. Assistência Social

Na década de 90, o Chile conseguiu reduzir sua pobreza de cerca de 38,4% para 20,5% da população, em um contexto de rápido crescimento econômico e geração de

empregos. No entanto, o percentual da população em extrema pobreza apresentou uma tendência à estabilização entre 1995 e 2000, o que deu margem à hipótese de que este núcleo duro da população possuía muitas dificuldades de integração à economia e à própria rede de programas sociais. Neste contexto, é criado o Programa Chile Solidário, em 2002.⁶³

Segundo Larrañaga et al. (2009): “*el Sistema Chile Solidario combina dos elementos centrales: la asistencia y la promoción, ambas desde una perspectiva integradora y se sustenta en los principios de: solidaridad, compromiso, perspectiva de derechos, e inclusión e integración social*”. (p. 7)

Dessa forma, os objetivos do Programa são: (i) integração social das famílias em situação de extrema pobreza; (ii) entrega de ofertas institucionais às famílias que enfrentam eventos adversos para mitigar as perdas de bem-estar; (c) incentivar o destaque institucional das famílias em extrema pobreza para que passem a ter acesso aos benefícios da rede social do Estado. Para isso, o Programa Chile Solidario promove o cumprimento de 53 condições mínimas em sete dimensões distintas: saúde, educação, habitação, emprego, renda, dinâmica familiar e identificação, com o objetivo de promover uma vida familiar mais plena.⁶⁴

O Programa se apóia sobre quatro componentes: apoio psicossocial, *bono solidario*, acesso preferencial à oferta pública e subsídios garantidos. O apoio psicossocial consiste no acompanhamento personalizado, por dois anos, de um profissional treinado que realiza visitas ao domicílio, nas quais se estabelece um plano de trabalho específico para o alcance das 53 condições mínimas de qualidade de vida. Esta etapa é implementada pelo programa *Puente*, executado pelos municípios e supervisionado pelo FOSIS.

Os *bonos solidários*, por sua vez, consistem em transferências monetárias mensais às famílias e incluem tanto o *bono de protección* quanto o *bono de egreso*. O primeiro é concedido em montantes decrescentes durante seis meses à mulher chefe de família ou à mulher do chefe da família, com o objetivo de financiar os custos de transição das famílias para o acesso às redes de serviços sociais. Os valores (em pesos de julho de 2007) eram

⁶³ Larrañaga et al. (2009).

⁶⁴ Larrañaga et al. (2009).

\$11.429, \$ 8.708, \$ 5.987 e \$ 4.126.⁶⁵ O segundo consiste em uma transferência monetária por 36 meses, após o fim do recebimento do *bono de protección*, no valor de \$ 4.126, funcionando como um prêmio vinculado à transição.

Além disso, a família tem acesso preferencial a um conjunto de programas sociais: está isenta dos custos de emissão da identidade e outros documentos, possui um plano de saúde familiar que lhe permite ter acesso a programas de prevenção de doenças e reabilitação de drogas, tem acesso a diversos benefícios educacionais, programas de desenvolvimento social, cuidados para prevenir a violência familiar, programas habitacionais, reinserção ao mercado de trabalho e capacitação.

Por fim, os participantes do Programa Chile Solidario têm acesso garantido aos subsídios tradicionais do Estado, como o Subsidio Unitário Familiar para menores de 18 anos, a aposentadoria assistencial (PASIS) e o *Subsidio de Agua Potable* (SAP), como já havíamos mencionado na seção anterior.

O processo de seleção dos beneficiários do programa se dá por meio do preenchimento da ficha CAS – cadastro presente na pesquisa anual CASEN - que avalia a condição socioeconômica do domicílio a partir de variáveis que mensuram as dimensões de habitação, patrimônio, ocupação e escolaridade. O índice resultante é uma média ponderada das variáveis. De acordo com a pontuação obtida na CAS, as famílias são convidadas a participar do programa e devem estabelecer um compromisso explícito de cumprimento das condições e contrapartidas do mesmo.⁶⁶

Entre os anos de 2002 e 2006, o Programa Chile Solidario identificou pelo cadastro e convidou a tornar-se beneficiária um total de 258.573 famílias, das quais 4,9% não aceitaram participar, de modo que a cobertura efetiva do programa foi de 245.955 famílias (Raczynski 2008 *apud* Larrañaga et al., 2009).

Torna-se difícil estimar os custos do programa, uma vez que, alguns convênios com agências públicas que ofertam os programas assistenciais, aos quais têm acesso os beneficiários do Chile Solidario, exigem transferências e outras não. Além disso, quando há

⁶⁵ Em dólares: 22, 16, 11 e 8, respectivamente.

⁶⁶ Larrañaga et al. (2009).

transferência, não fica claro se os benefícios concedidos aos participantes foram superiores ou inferiores aos recursos transferidos. Raczynski (2008), no entanto, estima que o gasto do Programa Chile Solidario em 2006 correspondeu em média a US\$ 505 anuais por família participante. Este gasto inclui apoio familiar, bonos e reforço de programas de oferta pública, mas exclui os subsídios monetários do Estado.

Em termos de impactos sobre a população beneficiada, diversos estudos apontam para o fato de que o Programa Chile Solidario tende a melhorar o acesso da população aos programas de educação, saúde, habitação, assistência ao emprego e subsídios monetários. Entretanto, não se encontra evidência de que o Programa tenha melhorado as condições de emprego e pobreza das famílias. Em estudos específicos, destaca-se o papel do apoio psicossocial para aumentar a informação dos serviços sociais e melhorar a disposição para o futuro dos beneficiários⁶⁷, além de ter impacto importante nas atitudes dos beneficiários diante dos problemas que podem vir a enfrentar⁶⁸.

Logo, como pudemos observar, a volta da dimensão pública na saúde e na previdência foram fatores que, de forma incontestável, contribuíram para a melhoria da cobertura e do valor dos benefícios oferecidos, respectivamente. No caso das políticas de assistência social, apesar da inovação do modelo de implementação multidimensional do Programa Chile Solidario, sua cobertura resulta aparentemente baixa e, segundo estudos, parece pouco eficaz no que se refere à redução da pobreza das famílias beneficiadas.

⁶⁷ Galasso, 2006 *apud* Larrañaga et al.,2009.

⁶⁸ Peticara, 2007 *apud* Larrañaga et al.,2009.

CAPÍTULO 4 - Seguridade Social na Argentina

4.1. As reformas implementadas nos anos 90

Assim como no Chile, o Sistema de Seguridade Social argentino, em todas as suas dimensões – previdência, saúde e assistência social - passou por reformas estruturais iniciadas nos anos 90.

Segundo Lo Vuolo et al. (2002), a Argentina pode ser considerada um dos casos mais marcantes do que Pierson (1995) definiu como *retrenchment* do Estado de Bem-Estar Social. Para o autor, trata-se de um exemplo extremo de desmantelamento (*dismantling*) de um dos Estados de Bem-Estar Social mais desenvolvidos da América Latina e que, diferentemente do caso paradigmático do Chile, reformou-se em um ambiente de plena vigência das instituições formais típicas da democracia liberal.

4.1.1. Previdência: a reforma de 1994

Como vimos anteriormente, a crise econômica dos anos 80 e o processo de hiperinflação geraram uma grave perda de valor dos benefícios previdenciários na Argentina. Além disso, em 1991, o governo havia acumulado uma dívida de 7 bilhões de pesos - equivalentes a 4,6% do PIB - com os beneficiários do sistema, o que levou a diversos processos contra a União exigindo o pagamento. Para quitar essa dívida foram emitidos títulos de longo prazo e investidos 4,5 bilhões de pesos oriundos das privatizações⁶⁹. As reformas se tornavam urgentes.

Os principais acontecimentos que marcaram a trajetória de mudanças no sistema previdenciário argentino ao longo da década de 90 são apresentados de forma resumida por Médici (2003) na figura 5.

Entre 1990 e 1994, podemos considerar a existência de uma primeira onda de reformas que procurou, basicamente, reduzir o excessivo grau de fragmentação do sistema, com o objetivo de melhorar sua administração, além de tornar mais severas as condições de elegibilidade, por meio da elevação dos anos de contribuição mínima.

⁶⁹ Hujo (1999).

Neste contexto, foram unificados todos os regimes de previdência (1990) e criou-se um órgão central responsável por administrar a totalidade do sistema – o Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) posteriormente transformado em Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES). Todas as contribuições da Seguridad Social foram unificadas em uma única alíquota de 17% para empregadores e 33% para os empregados. Tais contribuições seriam responsáveis pelo financiamento de diversos benefícios como, por exemplo, aposentadorias, pensões, proteção à saúde, seguro desemprego, entre outros.

Do valor arrecadado pela contribuição dos empregados e empregadores, respectivamente 11% e 16% eram destinados para as aposentadorias e pensões, sendo os demais recursos destinados ao pagamento de assistência médica aos trabalhadores ativos, ao Programa de Atención Médica aos Aposentados e Pensionistas (PAMI/INSSJP) e ao seguro desemprego.

Entretanto, mesmo após a unificação, os elevados encargos sociais sobre a folha de salários permaneciam como um grande empecilho para aumentar a competitividade da economia argentina no contexto de liberalização econômica dos anos 90.

Figura 5 - Cronologia da Reforma do Sistema Previdenciário da Argentina

1990: Unificação da previdência social de âmbito federal (Criação do INPS).

1992: Criação do Sistema Único de Seguridade Social (SUSS) que passa a incorporar outros benefícios como auxílios familiares, saúde acidentes do trabalho e emprego. O INPS é extinto e é criada, como órgão gestor do novo sistema, a Administración Nacional da Seguridad Social (ANSES).

1993: O governo nacional e as províncias fecham acordos para a transferência dos sistemas estaduais de previdência para o Sistema Nacional.

1994: Começa de fato a reforma, com a criação do Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) que estabelece um sistema de dois pilares: um de repartição, administrado pela ANSES e outro de capitalização, operado por Administradoras de Fondos de Pensión y Jubilación (AFJP) e regulado por uma Superintendência (SAFJP).

1995: Lei de Solidariedade da Previdência: autoriza o Estado Nacional a garantir o pagamento dos benefícios até os limites autorizados na Lei de Orçamento Anual; benefícios passam a ser reajustados por índice equivalente ao desempenho das finanças públicas e limitados ao teto máximo de 3.100 dólares mensais.

Fonte: Médici, 2003.

A partir de 1994, as principais mudanças no sistema de Seguridade Social argentino começam a acontecer, sendo priorizado o combate ao problema da sustentabilidade futura do sistema.

Diante disso, a reforma argentina busca estabelecer novas bases de arrecadação e novos mecanismos de concessão e gestão de benefícios para os novos ingressantes no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que propõe regras de transição para aqueles que, tendo ingressado no mercado de trabalho sob a tutela do antigo sistema, queiram integrar o novo sistema.

De forma objetiva, a reforma traduziu-se na substituição do antigo sistema previdenciário de repartição por um sistema misto de dois pilares compulsórios e complementares: um pilar básico de repartição, com benefícios definidos, administrado pelo setor público e financiado por contribuições sobre a folha de pagamentos e outros impostos, e um pilar complementar obrigatório, administrado pelo setor privado e em parte pelo setor público, com contribuição definida, configurando um regime de capitalização individual.

A Administração Nacional da Seguridade Social (ANSES) ficava responsável pelo pilar básico e pelo estabelecimento de um novo conjunto de benefícios e regras de transição para o novo sistema.

O pilar básico responderia por três tipos distintos de benefícios. São eles: a prestação básica universal (PBU) e a prestação compensatória (PC), além das aposentadorias pagas sobre a base do sistema anterior (ASI) destinadas àquelas pessoas que se aposentaram antes da reforma, para as quais continuaria sendo pago o benefício calculado sobre a base do regime anterior.

O primeiro benefício seria destinado a todos os novos ingressantes do sistema. Em termos monetários, a PBU é um benefício equivalente a 2,5 vezes o valor do aporte médio previdenciário obrigatório (AMPO)⁷⁰, o que equivalia no momento de sua criação, em março de 1995, a 180 dólares. Para ter direito ao benefício era necessário completar 35 anos de contribuição e ter uma idade mínima de 60 anos no caso das mulheres e 65 anos no caso dos homens.

⁷⁰ O AMPO resulta da divisão da contribuição de 11% dos empregados pelo número de contribuintes ativos e é calculada duas vezes por ano.

As contribuições para o sistema previdenciário anterior foram convertidas em um benefício definido adicional: a Prestação Compensatória, paga aos trabalhadores que se encontravam na transição do antigo ao novo regime, representava 1,5% do salário médio de contribuição dos últimos dez anos de trabalho que antecederam a aposentadoria multiplicado pelo número de anos de contribuição no sistema anterior, até no máximo 35 anos.

Dessa forma, um indivíduo que já contribuísse ao regime anterior receberia, no novo sistema, o valor equivalente à soma da prestação básica universal com a prestação compensatória, considerando apenas o pilar básico.

Com o objetivo de desonerar a folha de salários, a contribuição dos empregadores foi reduzida de 16% para 9,5% sobre a folha, para os que já contribuía para o regime anterior, e 7,5% para os novos ingressantes no mercado de trabalho. Os dois pontos percentuais de diferença de contribuição entre os trabalhadores que ingressaram antes ou depois no mercado era o valor necessário para arcar com os custos da Prestação Compensatória.

Com a reforma, houve uma especialização das contribuições, a dos empregadores ficou destinada ao custeio dos benefícios do Pilar Básico e a dos empregados passou a financiar exclusivamente o Pilar Complementar Obrigatório. As Caixas de Aposentadorias Provinciais (CPP) puderam ser incorporadas pelo SIJP a partir de 1993. Das 24 CPPs, 11 foram incorporadas e 13 províncias mantiveram seus sistemas próprios. As que foram incorporadas tiveram seu regime unificado de acordo com as regras da reforma de 1994, eliminando privilégios e distorções. Essa medida foi utilizada como moeda de troca política para a aprovação da reforma do sistema pelos governos provinciais⁷¹ e contribuiu para a crise do próprio SIJP, pois ele absorveu os elevados déficits das CPPs.

O segundo pilar, complementar e obrigatório, por sua vez, poderia ser administrado tanto pela ANSES, para aqueles que optassem por continuar no sistema público, quanto pelas Administradoras de Fondos de Pensión y Jubilación (AFJP).

⁷¹ Médici (2003).

As AFJPs consistiam em entidades privadas, escolhidas pelos trabalhadores para gerenciar a parcela descontada da folha de salários dos empregados para a formação de um fundo de capitalização individual, e destinavam-se a prover benefícios de valor indefinido, além de financiar o pagamento de seguros e taxas de administração. Foi autorizada a criação de 25 AFJPs e permitida a portabilidade entre as instituições, inicialmente a cada quatro meses e posteriormente a cada ano, para estimular a competitividade entre elas.

Dentre os elementos sob responsabilidade do segundo pilar estão as contas de capitalização individual (CCI) e a prestação adicional por permanência (PAP), além das taxas de administração.

As contas de capitalização individual seriam utilizadas por aqueles que optassem pelo novo sistema gerenciado pelo setor privado. Neste caso, estas contas seriam administradas pelas AFJP em um sistema com as seguintes características: contribuição definida e benefício indefinido. As contribuições seriam destinadas ao pagamento de uma aposentadoria regular, assim como subsídios por invalidez e pensões por morte, sob a modalidade de seguro.

Já a prestação adicional por permanência seria destinada àqueles indivíduos que optassem pelo sistema público. Dessa forma, o benefício seria concedido pela ANSES, sendo equivalente a 0,85% do salário médio de contribuição corrigido dos últimos dez anos para cada ano de serviço vinculado ao novo sistema.

A partir de 1995, a legislação argentina eliminou a opção dos indivíduos de continuar no sistema público. Passou a ser obrigatória a escolha de uma AFJP para administrar os benefícios do sistema. Apenas aqueles que optaram por este benefício entre 1993 e 1995 permaneceram com ele.

Cabe destacar que, embora não houvesse regras que limitassem qual parcela dos 11% descontados da folha de pagamento dos empregados seria destinada para as contas individuais e ao pagamento de seguros e taxas de administração, o sistema, desde suas origens, foi estabelecido com custos de transação muito elevados. Em média, 3,5% eram

destinados ao pagamento de seguros e taxas de administração. Portanto, o valor a ser capitalizado constituía, na verdade, apenas 7,5% do aporte de contribuição (MÉDICI, 2003).

Para regular o funcionamento do regime de capitalização, foi criada a Superintendência de AFJP (SAFJP). Suas atribuições principais eram acompanhar o mercado de capitais, a diversificação de portfólio, administração de risco e fiscalização de benefícios: as aplicações dos recursos das AFJPs eram limitadas institucionalmente e sua carteira de investimento deveria ser composta pelo mix estabelecido por lei.

O desempenho do sistema de capitalização individual da Argentina pode ser verificado na tabela 14.

Tabela 14 - Argentina – Dados Previdenciários

Indicador	Valor
Afiliação no Sistema de capitalização	75,5%
Nº de pessoas asseguradas	7.067.123
Contribuintes	3.459.176
Média de segurados por administradora	471.142
% de trabalhadores dependentes	88%
% de trabalhadores autônomos	12%
Taxa efetiva de contribuintes	48,95%
Estrutura de Mercado	Estrutura em 1/99
Nº de administradoras	15
Concentração	>50% afiliados nas 3 primeiras AFJP
Custos de Administração (% salário)	2,47%
Prêmio de seguro	0,95%
Volume de recursos administrados pelos fundos	US\$ 11,526 bilhões
Fundo acumulado/PIB	3,5%
Taxa Real Média de Retorno	12,3%
Carteira de Investimentos	Carteira em 12/98 (limite máx.)
Títulos Públicos	50% (50%)
Depósitos a prazo fixo	18,8% (28%)
Ações	18,4% (50%)
Ações + títulos estrangeiros	0,25% (10%)

Fonte: Hujo, 1999.

4.1.2. Saúde

A onda neoliberal dos anos 90 também afetou o sistema de saúde argentino.

Segundo Acuña et al. (2002), a reforma do setor de saúde argentino se insere dentro de um pacote de políticas estatais dirigidas a modificar os regulamentos sociais vigentes. Para o autor, os fatores que reforçaram a opção do governo por este paradigma de reformas, a partir de 1991 foram: as recomendações dos organismos internacionais como condição para empréstimos, a pressão dos poderosos grupos econômicos e o “clima ideológico local” em que amplos setores da população culpavam o Estado empresário, os líderes sindicais e os trabalhadores estatais pela deterioração e ineficiência dos serviços públicos, além da corrupção. Nesse contexto, são implementadas reformas tanto no subsetor público quanto no de Obras Sociales.

No que se refere ao subsetor público, as reformas visavam, sobretudo, transformar a modalidade de gestão dos hospitais, o aprofundamento da descentralização hospitalar e a privatização dos serviços periféricos e outros serviços de saúde, tais como o programa nutricional materno-infantil, focalizado em grupos com necessidades básicas insatisfeitas (NBI).

Com isso, avançou-se no processo de transferência dos hospitais nacionais para as demais jurisdições (províncias e municípios). Em 1991, foi realizada a transferência de 19 estabelecimentos do Estado Nacional para diferentes esferas de governo – 12 para a Cidade de Buenos Aires, 4 para a província de Buenos Aires e 3 para a província Entre Ríos. O total de hospitais transferidos empregava cerca de 9.200 funcionários e representava um gasto de \$110,7 milhões anuais, o que equivalia a pouco mais de 22% do gasto público consolidado (\$ 500 milhões) em saúde pela Administração Nacional (Repetto *et al*, 2001). Ao final dos anos 90, permaneciam sob a órbita do Estado apenas 7 estabelecimentos com internação e 9 sem internação.

Outra medida relevante para o subsetor público foi o Decreto 578/1993, que propunha transformar os hospitais públicos em unidades autogestionadas - Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) – eficientes, capazes de obter recursos através da cobrança

de tarifas pelos serviços prestados às pessoas com capacidade de pagamento. Dessa forma, a atenção médica gratuita ficava totalmente restrita aos setores de baixa renda, que demonstrassem não possuir cobertura por Obras Sociales ou seguro privado. (Cortés e Marshall, 1999: 203 *apud* Acuña et al., 2002).

Uma das principais inovações do regime de autogestão foi o estabelecimento de um sistema de débito automático que garantia o pagamento por parte das Obras Sociales pelos serviços demandados por seus beneficiários aos HPAs. A estratégia de implementação desse modelo em termos de cooperação técnica e capacitação de recursos humanos foi capitaneada pelo Ministério da Saúde e contou, inclusive, com um empréstimo do Banco Mundial, que financiou o *Programa de Reforma del Sector Salud* (PRESSAL) e desenvolveu experiências piloto na cidade e província de Buenos Aires, além de Mendoza. Nestes lugares, foram selecionados estabelecimentos que receberam aportes em infraestrutura, equipamentos, capacitação e assistência técnica. Nas demais províncias, foram financiados projetos menores, principalmente no formato de consultoria.

Ainda em 1993, a influência do Banco Mundial se estendeu ao subsetor de Obras Sociales. Foi levantada a necessidade de melhorar a eficiência dos serviços de saúde dos assalariados e, para isso, defendia-se a importância de permitir às empresas de seguro privado que ofertassem cobertura em saúde simultaneamente às Obras Sociales, de modo que os indivíduos pudessem escolher livremente entre ambas.

Entretanto, é importante ressaltar que o processo de reforma, sobretudo no subsetor de Obras Sociales, caracterizou-se por uma luta política constante de difícil negociação entre os sindicatos e o governo, o que exigiu diversos decretos e resoluções e muitas idas e vindas. De acordo com Acuña et al. (2002), com a prioridade de flexibilizar o mercado de trabalho, o governo utilizava a ameaça de desregulamentação completa das Obras Sociales para negociar com os sindicatos e implementar as reformas trabalhistas que lhe convinha.

Diante do *lobby* sindical, pelos Decretos 9/93 e 576/93, é estabelecida apenas a livre escolha dos indivíduos entre Obras Sociales, independente do ramo de atividade,⁷² entre

⁷² A regulamentação da medicina pré-paga será objeto de outro Decreto, posteriormente, em 2000 – Decreto 446.

outras providências como a possibilidade de as Obras Sociales contratarem diretamente prestadores de serviços individuais e a obrigação de as instituições do sistema nacional de saúde pagarem por serviços prestados pelos hospitais públicos aos seus membros.

Mais tarde, pelos Decretos 292 e 492 de 1995, a reforma das Obras Sociales avança mais um pouco, em função da: 1) distribuição automática de recursos para o Fondo Solidario de Redistribución (FSR)⁷³; 2) eliminação das afiliações múltiplas e unificação dos aportes às Obras Sociales; 3) livre escolha por parte dos afiliados ao Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados (INSSJP) entre o Instituto e as Obras Sociales; 4) a redução da alíquota de contribuição dos empregadores de 6% para 5%, com o objetivo de aumentar a competitividade da economia argentina, o que implicou em forte perda de recursos equivalente a um ano de arrecadação das Obras Sociales; e 5) a criação do Programa Médico Obrigatório⁷⁴ para todos os beneficiários das Obras Sociales. (Acuña et al., 2002)

A reforma se manteve relativamente estável, até que, em 1998, o governo retrocede e promulga um novo marco regulatório que concede ao sindicalismo uma cota extra de poder, por meio do direito de aprovar ou negar os pedidos de transferência entre Obras Sociales, situação que lhes permitiu evitar perda de afiliados e conter os avanços da medicina pré-paga. Ainda assim, cabe destacar que só o fato de ter-se permitido a troca de entidade seguradora aos beneficiários das Obras Sociales incentivou formas de associação através de contratos de concessão e gerenciamento pelos quais as OS delegam às empresas pré-pagas a responsabilidade pela assistência médica da totalidade ou parte de seus beneficiários. Com isso, muitas Obras Sociales começaram a se desprender de suas responsabilidades como operadoras de saúde.

⁷³ Na década de 70, a Lei 18.610 estabeleceu o Fondo Solidario de Redistribucion (FSR) ao qual todas as Obras Sociales (OS) estavam obrigadas a aportar 10% de suas arrecadações com o objetivo de compensar as OS de menores rendas. Entretanto, a alocação de recursos ao Fundo foi, de forma geral, discricionária. O Decreto 292/95 modifica as formas de aporte ao FSR concedendo-lhe rendas mínimas pré-fixadas de \$40 por aportante titular. Mais tarde, o Decreto 446/00 estabelece alíquotas diferenciais de contribuição (10%, 15% e 20%, segundo o nível salarial) e integra o Fundo com parte da renda arrecadada através da extensão do Imposto sobre Valor Agregado (IVA) às empresas pré-pagas, do setor privado.

⁷⁴ O PMO lista os benefícios obrigatórios que todas as Obras Sociales devem oferecer. O programa constituía a única iniciativa de universalização de direitos à saúde na Argentina, até esta data. Por ser o único requisito obrigatório no sistema, ele acabava por universalizá-lo para baixo.

No ano 2000, o novo governo⁷⁵ busca incrementar a solidariedade do sistema por meio do fortalecimento do FSR, aumentando os aportes ao Fundo pelo Decreto 446/00. Este Decreto também permitia que as empresas pré-pagas atuassem como agentes de saúde, com a obrigação de fornecer os mesmos benefícios que as Obras Sociales.

Os resultados dessas reformas e os desdobramentos nos anos seguintes serão explorados em seções posteriores.

4.1.3. Assistência Social

Como estudamos anteriormente, a estratégia no campo da assistência social para a América Latina, na década de 90, foi claramente de predomínio da focalização. Não foi diferente no caso da Argentina.

Como destacam Lo Vuolo et al. (2004), a mensagem presidencial em relação ao plano social que seria lançado em 1993 evidenciava esta idéia ao defini-lo como “la decisión estratégica de asumir una opción preferencial por los pobres”, assumindo uma série de compromissos: 1) o que se chamou de “federalismo social”, que consistia na descentralização da execução dos programas sociais nacionais; 2) uma “auditoria social” mediante o protagonismo das ONGs; 3) uma “auditoria técnico administrativa sobre o uso dos fundos, tarefa que estaria a cargo da Sindicatura General de la Nación; 4) coordenação das ações através do funcionamento de um “gabinete social federal”. Na prática, segundo o autor, a maioria dos programas já existiam e outros nunca chegaram a existir, não havendo indicadores para avaliação dos objetivos a que se propunham.

Em 1995, a recém-criada Secretaría de Desarrollo Social (SDS) divulgou o “Plan Social 1995”, cuja ênfase também estava no objetivo de aumentar a eficiência do gasto público mediante a aplicação de critérios de maior focalização dos programas (SDS, 1995). Era um novo apelo para a solidariedade como estímulo central às políticas assistenciais e a uma perspectiva de longo prazo para superação da pobreza. É anunciado que a educação,

⁷⁵ Fernando de la Rúa.

capacitação e a organização social deveriam ser os pilares para a estruturação de um plano contra a pobreza.⁷⁶

Nessa linha, o governo anuncia, em 1996, que com o reiterado objetivo de “lograr un gasto social más eficiente y con menores costos” se redefiniria a estratégia governamental, “concentrando los programas sociales, unificando la responsabilidad de las áreas, y estableciendo una coordinación interjurisdiccional y un monitoreo sobre los mismos”. (Gabinete de Ministros, 1996 *apud* Lo Vuolo et al., 2004).

Diante disso, em consonância com o novo acordo político, ideológico e institucional que nutria a política social, o paradigma da focalização orientou-se para três grupos de ações principais: (i) a atenção à infância; (ii) atenção aos idosos e (iii) atenção às famílias.

Dentre os programas de atenção à infância, quatro operavam orientados a atender a situação alimentar. Um deles foi o Programa Materno Infantil, implementado pela Dirección de Maternidad e Infancia do Ministerio de Salud y Acción Social, de onde o volume mais importante de recursos era absorvido pelas transferências aos governos provinciais e municipais para aquisição de leite em pó. Outro, o Programa Social Nutricional (PROSONU) dependia da Secretaría de Desarrollo Social, mas a responsabilidade de sua execução era dos governos provinciais que deveriam destinar recursos à atenção da situação alimentar de crianças de dois a doze anos. O Programa de Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles estava dirigido aos menores de 18 anos, com NBI, que vivem em grandes centros urbanos, e incluía dentro dos benefícios alimentares, apoio médico e psicológico, atendimento jurídico e capacitação de crianças de rua; em geral, o programa era implementado por meio de transferências a ONGs. Por fim, o Programa de Alimentación y Nutrición Infantil (PRANI) se dirigia a crianças entre dois e quatorze anos que pertencessem a domicílios com NBI, era executado em todo o país e incluía a assistência técnica para a aplicação do programa em cantinas escolares e distribuição de alimentos.

Entre os programas voltados para os idosos estão tanto aqueles orientados a atender os aposentados e pensionistas que dependem da sua Obra Social (PAMI) e que envolvem

⁷⁶ Lo Vuolo et al. (2004)

subsídios para gastos considerados prioritários, o que inclui cantinas comunitárias; quanto aqueles programas sob a responsabilidade da SDS, que atendiam aos idosos sem cobertura e com necessidades básicas insatisfeitas.

Os programas de assistência às famílias estavam, em sua maioria, sob a responsabilidade da Secretaría de Desarrollo Social. Eram múltiplos, de vigência limitada e prestavam assistência em dinheiro ou *in kind*. Muitos eram executados pelas províncias e eram financiados, em parte, mediante empréstimos de organismos multilaterais. Nesta categoria, também são observados programas com objetivos nutricionais e melhorias nas condições de saúde materna e infantil (POSOCO, PROMIN), dirigidos principalmente à população com NBI. Em paralelo, o Consejo del Menor y la Familia coordenava uma série de programas orientados à assistência de adolescentes, mães e menores em situação de vulnerabilidade.

Na avaliação de Lo Vuolo et al. (2004), os traços comuns das políticas assistenciais na década de 90 eram a dispersão e falta de coordenação. Para os autores:

“La “inflación” de estos programas es un rasgo distintivo no sólo de la nueva política de gobierno, sino de la poca coordinación entre éste y los organismos internacionales que prestan dinero para ejecutar estos programas. Entre otras causas, además de la incapacidad de gestión y falta de claridad conceptual sobre los problemas, esto sucede porque la obtención de créditos de estos organismos es funcional para sostener el nivel de reservas internacionales, al tiempo que permite eludir las carencias presupuestarias y operar también como un signo de poder institucional. No es de extrañar que muchos de estos programas vayan desapareciendo a medida que se agota el financiamiento que se les destina y que se vaya desarrollando simultáneamente una burocracia “paralela” financiada por los propios préstamos de los organismos internacionales.” (p. 181).

Os resultados e desdobramentos das escolhas no campo da assistência social descritas acima serão estudados nas próximas seções.

4.2. Principais Resultados

Como vimos, a reforma do Sistema de Seguridade Social argentino procurou resolver diversas questões de forma simultânea. Dentre elas, destacam-se a uniformização dos benefícios e da gestão do sistema público, a fim de reduzir os custos de administração e padronizar os mecanismos de financiamento; aumento da competitividade da economia argentina a partir da redução do custo da mão de obra, além do aumento da capacidade de poupança interna do país, por meio da criação de um pilar de capitalização individual compulsório.

Entretanto, a implementação de tantos objetivos, além de requerer grande esforço de coordenação, exigia ainda baixo grau de resistência política e determinação na eliminação dos privilégios que ainda se concentravam em alguns grupos. Dessa forma, a falta de coordenação e consenso limitou consideravelmente o alcance das reformas, além de ter produzido resultados insatisfatórios para a sociedade argentina, como veremos a seguir.

4.2.1. Previdência

Um dos aspectos insatisfatórios da reforma previdenciária foi o resultado referente aos índices de cobertura do sistema.

Segundo Arza (2009), 45,5% da População Economicamente Ativa (PEA) estavam cobertas pelo sistema previdenciário argentino antes de sua privatização, em 1993, chegando ao percentual mínimo de 33% em 2003.

A queda da cobertura pode ser explicada pelas rígidas condições de elegibilidade para o recebimento do benefício no sistema público e ainda pelo crescimento do mercado informal. Com um sistema previdenciário delineado sobre o emprego formal, em situações de crise, uma grande parcela da população fica exposta aos riscos sociais, pois é nesse momento que aumenta a precarização do mercado de trabalho. Isso é prejudicial para o financiamento da PBU, porque o volume de contribuições é diretamente proporcional ao

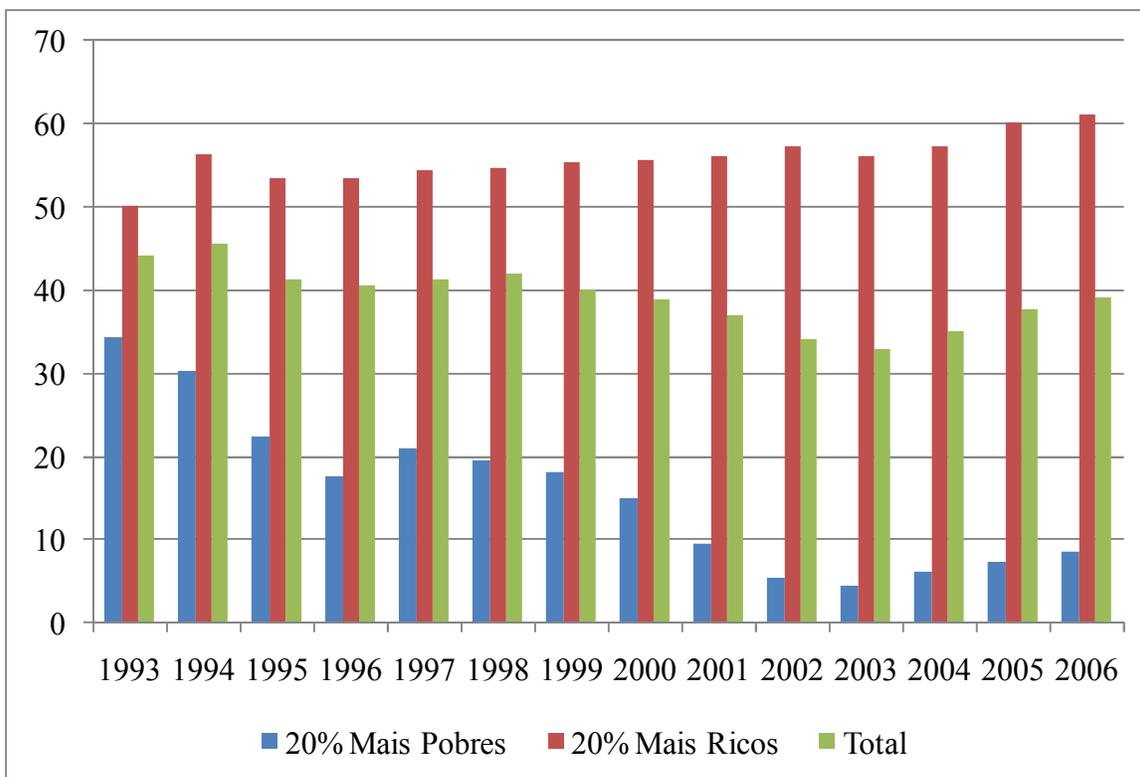
tamanho do mercado formal de trabalho, já que as contribuições incidem sobre a folha de pagamento das empresas.⁷⁷

Arza (2009) destaca, ainda, que a desigualdade na distribuição da cobertura também foi grande e crescente a partir da implementação das reformas. Enquanto entre os anos de 1994 e 2006 a cobertura do sistema previdenciário cresceu no quintil de renda superior, caiu dramaticamente no mais baixo, como mostra o gráfico 4. Aumenta, assim, a desproteção entre os mais vulneráveis.

Em 1994, a taxa de cobertura dos mais pobres foi 3,5 vezes superior à taxa observada em 2006: *“the segmentation of the population in ‘insiders’ and ‘outsiders’ in relation to the social security system has deepened, and became increasingly explained by income”* (ARZA, 2009, p. 10).

⁷⁷ Oliveira (2005).

Gráfico 4 - Cobertura do sistema previdenciário argentino – 1993 a 2006

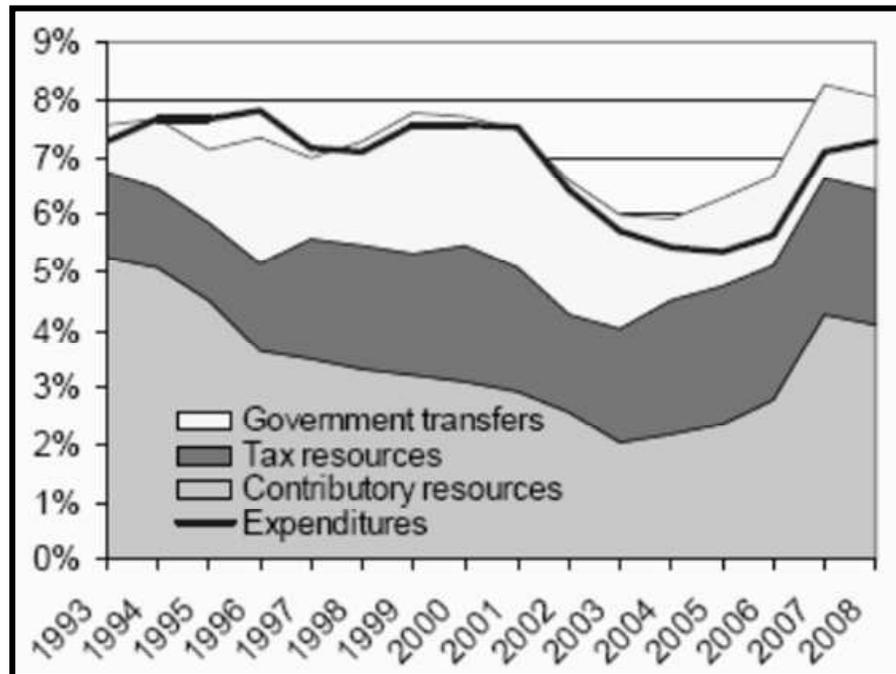


Fonte: Arza, 2009.

Para a autora, outro aspecto problemático da privatização da previdência argentina foi o resultado sobre a sustentabilidade financeira do sistema. Com a criação do sistema de contas individuais, parte dos recursos anteriormente alocados para pagar os benefícios correntes não estava mais disponível. A transição do modelo de repartição para o de capitalização trouxe à tona novas pressões de curto e médio prazo sobre a saúde financeira do sistema previdenciário.

De 1994 a 2005, o resultado primário de contribuições menos benefícios caiu de -27,4% para -50% dos gastos, depois de alcançar um mínimo de -59,3% em 2003. Com isso, a lacuna financeira precisou ser coberta com recursos de receitas gerais.

Gráfico 5 - Balanço Financeiro do Sistema Previdenciário 1993-2008 (% PIB)



Fonte: Arza, 2009, p. 9.

Para tentar amenizar o problema dos déficits, o governo aprovou, em 1995, a Lei de Solidariedade da Previdência, já mencionada, que previa a limitação do valor máximo dos benefícios a P\$3.100,00 por mês e garantia o pagamento dos benefícios sob os limites da disponibilidade orçamentária.

Dentre outros fatores que contribuíram para o déficit previdenciário pode-se citar as mudanças estruturais ocorridas no mercado de trabalho ao longo da década de 90. Com o crescimento da informalidade - de 24,6% para 37% dos ocupados entre 1990 e 2000 - a arrecadação proveniente do desconto sobre a folha de pagamento foi diminuída. Esse fato gerou grandes problemas socioeconômicos para a Argentina, porque o número de chefes de família que se encontravam na informalidade era crescente, o que ocasionou o aumento do

número de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza.⁷⁸ Além disso, como já mencionado, a incorporação das CPPs ao sistema previdenciário, e os seus respectivos déficits, contribuiu anualmente para o aumento do déficit público, desde 1996, em US\$ 1,2 bilhões. Outro fator que pressionou as contas públicas foi a grande evasão do sistema, explicada pela existência de sistemas de controle incompletos e ineficientes. Um estudo realizado pelo BID estimou que mais de 50% dos trabalhadores que deveriam contribuir não o estavam fazendo em 1999.⁷⁹

Por esses motivos e outros como a redução da contribuição dos empregadores; a manutenção de regimes de privilégio para alguns setores específicos como legisladores, funcionários do poder judiciário, funcionários de algumas províncias; a falta de sistemas de informação e instrumentos gerenciais de controle do déficit para permitir maior previsibilidade das receitas e despesas do sistema, o déficit da Seguridade Social passou a representar, em 2002, 55% do déficit público argentino.⁸⁰

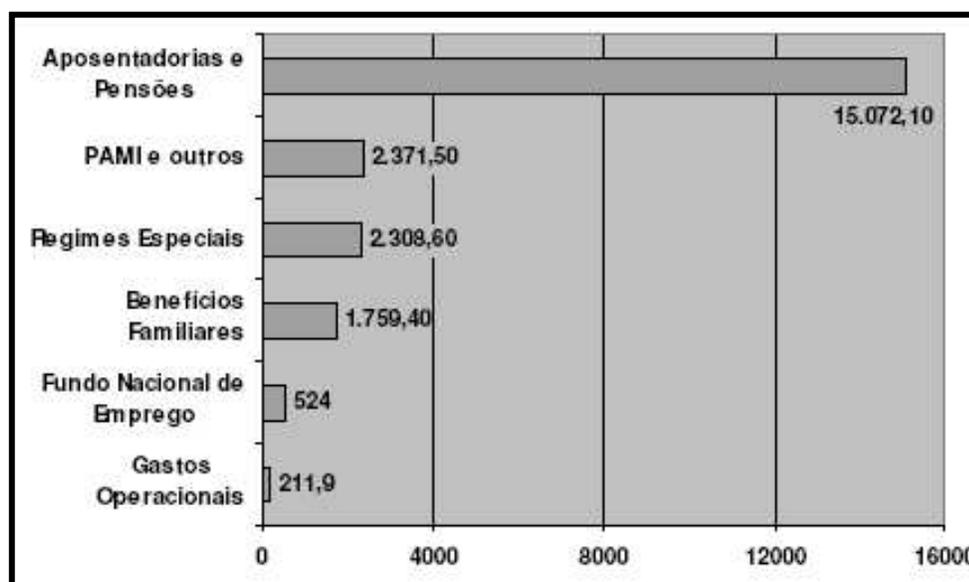
A composição dos gastos da Seguridade Social estava definida como mostra o gráfico 6, sendo cerca de 68% dos gastos atribuídos a aposentadorias e pensões do regime básico, em 2001.

⁷⁸ Para enfrentar este problema, foram criados programas focalizados, como por exemplo o Plan Jefes y Jefas de Hogares Desocupados (PJJHD), que será explorado posteriormente na seção de contrarreformas no campo da assistência social.

⁷⁹ Médici (2003).

⁸⁰ Médici (2003).

Gráfico 6 - Composição do Gasto da Seguridade Social (em milhões de dólares) - 2001



Fonte: Mé dici, 2003.

No sistema de capitalização individual, os resultados também não foram como esperado.

O crescimento do sistema foi restringido pela recessão econômica enfrentada pela Argentina a partir de 1998 e a forte redução do número de empregos formais oferecidos pelo mercado de trabalho.⁸¹ Com isso, o sistema que, em 1995, tinha pouco mais de 2,7 milhões de contribuintes ativos e em 1998 atinge 3,7 milhões, possui apenas 2,9 milhões de contribuintes em 2002.

Ao contrário do ocorrido com o número de contribuintes ativos, o número de afiliados ao sistema continuou a crescer, passando de 4,8 milhões em 1995 para 9,0 milhões em 2002 devido ao fato de a base de afiliados também ser composta pelo número de dependentes do sistema, que registraram grande crescimento. Com isso a relação entre afiliados e contribuintes aumentou de 1,8 para 3,1 entre 1994 e 2002.

⁸¹ As taxas de desemprego aberto subiram de 14% para 22%, entre o ano de 1998 e 2002.

Outra consequência da reforma foi a forte concentração do mercado de AFJPs. Em dezembro de 1994 existiam 26 AFJPs e em junho de 2002 esse número se reduziu para 12. As quatro maiores AFJPs detinham, em 1994, 50,2% dos beneficiários, 51,5% dos contribuintes e 52,2% do valor dos fundos do sistema de capitalização individual e, em 2002, 7,7%, 73,6% e 75,5%, respectivamente.⁸²

A concentração ocorreu porque o sistema foi desenhado com base num modelo essencialmente oligopolista: produto homogêneo, grandes economias de escala, regulação da rentabilidade e da composição das carteiras por mecanismos externos e existência de barreiras à entrada de novos competidores. Assim, não havia grande diferenciação entre os serviços oferecidos, como a taxa de administração e a rentabilidade obtida. Dessa forma, a concentração se direcionou para aquelas instituições que desde o início do programa puderam arcar com custos de propaganda para atrair os contribuintes.⁸³

Além disso, existia grande assimetria de informações entre as AFJPs e seus usuários. Não existia transparência quanto às rentabilidades obtidas e as taxas de administração cobradas. As instituições divulgavam a rentabilidade nominal das cotas de capital, que eram obtidas subtraindo o valor do prêmio de seguro e da taxa de administração da contribuição que o trabalhador depositava na sua conta individual (11% sobre a folha de salário). O detalhamento dos valores deduzidos da contribuição do trabalhador não era amplamente divulgado aos contribuintes.

Outro problema foi o enorme custo de transição do sistema. Com a reforma, a contribuição dos trabalhadores que antes financiavam o regime de repartição passou a ser destinada para as AFJPs e as contribuições dos empregadores foram reduzidas com a justificativa de diminuir os custos trabalhistas. Dessa forma, o Estado deixou de recolher, entre 1994 e 2001, cerca de 70 bilhões de pesos e, para cobrir o déficit fiscal, aumentou sua dívida pública: entre 1994 e 2001 a dívida pública nacional, interna e externa, subiu de US\$ 66.259 bilhões para US\$ 144.279 bilhões.⁸⁴

⁸² Médici (2003).

⁸³ Oliveira (2005).

⁸⁴ Bermúdez, 2003 *apud* Oliveira, 2005.

O crescimento da dívida teve outras conseqüências: gerou aumento da taxa de juros, acompanhado de elevação do risco-país e um ciclo vicioso. Para corrigir essa situação, o governo fez diversos ajustes fiscais, redução de salários e aposentadorias, até a suspensão do pagamento da dívida pública, em 2002.

Mais ainda, uma das bandeiras da reforma - a idéia de que as aplicações das AFJPs serviriam para aumentar a poupança interna do país, direcionando mais recursos para investimentos e contribuindo, assim, para a expansão econômica - não obteve êxito. Embora o valor acumulado nos fundos pelas AFJP apresentasse grande expansão, passando de US\$ 524,9 para US\$ 20.786 milhões entre 1994 e 2001, e já em 2001 representasse 7,4% do PIB, esses recursos não foram aplicados de modo a financiar o investimento produtivo de longo prazo. A própria legislação do sistema travava esses investimentos, uma vez que estabelecia limites máximos para as aplicações e incentivava a aplicação destes recursos em títulos públicos.⁸⁵ A poupança interna, por sua vez, superava os 16% em 1996, enquanto em 2002 girava em torno de 12%.⁸⁶

A tabela 15 evidencia que, desde a criação do sistema de capitalização individual, mais da metade dos recursos dos fundos foi aplicada em títulos públicos.

⁸⁵ Médici (2003).

⁸⁶ Bermúdez, 2003 *apud* Oliveira, 2005.

Tabela 15 - Composição dos Investimentos dos Fundos das AFJP

Tipos de Investimento	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Disponibilidades	2,3	2,2	1,4	1,4	1,9	1,1	0,7	2,4
Títulos Públicos	54,9	54,1	50,6	46,0	52,9	54,4	54,7	78,8
Ações e títulos privados	8,7	24,2	26,6	23,3	19,9	19,2	14,0	9,7
Investimentos a prazo fixo	27,1	17,6	16,4	23,0	18,2	15,2	15,4	2,1
Títulos de exportação	2,8	0,4	0,4	0,4	0,2	4,4	3,4	5,6
Fideicomissos	-	-	3,1	3,0	2,7	2,7	9,1	0,4
Outros	4,2	1,5	1,5	2,9	4,2	3,0	2,7	1,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SAFJP *apud* Médici, 2003.

Como pode-se observar, os investimentos em ações e títulos privados nunca ocuparam posição de destaque no conjunto de ativos dos fundos, nem mesmo nos melhores anos (1996-1998); apenas a partir de 2000, ano em que a crise econômica já estava iniciada, crescem os investimentos em títulos de exportação na tentativa de alcançar uma rentabilidade atrelada à variação do dólar. Nesse período, já havia rumores de que a paridade cambial do peso com o dólar não seria mantida por muito tempo.

A partir de 2001, a concentração das aplicações dos fundos das AFJPs em títulos públicos ficou ainda mais forte (78,8% em 2002), quando as autoridades econômicas argentinas promulgaram diversas medidas que alteraram a regulação da remuneração dos FJP. Essas medidas estão descritas na figura abaixo:

Figura 6 - Medidas tomadas a partir de novembro de 2001 que afetaram a dinâmica dos FJPs

1. Redução transitória da contribuição do trabalhador de 11% para 5% dos salários até novembro de 2003;
2. Eliminação da comissão fixa que cobram as AFJP;
3. Redução do encaixe compulsório das AFJP de 2% para 1% do valor dos fundos administrados;
4. Mudança da base de cálculo dos seguros coletivos de invalidez, que passaram da base denúncia para exigibilidade;
5. Extensão da cobrança da comissão de seguros para os casos onde o contribuinte para de recolher por problemas de desemprego. Neste caso, o débito passa ocorrer diretamente sobre o montante da CCI;
6. Substituição dos títulos públicos nacionais por empréstimos públicos com garantia governamental e elevação da participação destes novos ativos para 59,3% da carteira dos FJP;
7. Subscrição obrigatória, por parte dos FJP de Letras do Tesouro a partir do vencimento dos depósitos a prazo fixo, como consequência dos Decretos No. 1572/01 e 1582/01 e da Resolução 807/01, do Ministério de Economia, emitidas em 05/12/01;
8. Suspensão do pagamento de serviços financeiros (default) da dívida pública formalizada em 03/01/02;
9. Suspensão da Lei de Convertibilidade (Lei 23.928) através da Lei de Emergência Econômica (Lei 25561 de 06/01/02), rompendo com o sistema monetário que regulou a economia argentina desde abril de 1991;
10. Conversão dos depósitos a prazo fixo remunerados em dólares a pesos, com uma cotação de \$1,40 por dólar, mediante decreto 214 de 03/02/02;
11. Conversão das Obrigações do Tesouro Nacional, Provincial e Municipal de dólares ou outra moeda estrangeira a pesos, ao mesmo valor de \$1,40 por dólar, sendo este valor reajustado mensalmente pelo coeficiente de referencia para estabilização (CER), através do Decreto 471 de 08/03/02;
12. Substituição dos valores dos ativos dos FJP referenciados ao dólar (empréstimos com garantia, títulos públicos e depósitos a prazo fixo) ao valor do peso, utilizando como critério as medidas discutidas no item anterior.

Fonte: Mé dici, 2003.

As medidas descritas acima foram tomadas para tentar minimizar os efeitos da crise econômica que a Argentina enfrentava, que culminou no fim da convertibilidade do peso com o dólar e do “corralito”, medida que congelou compulsoriamente os ativos à disposição do público no sistema bancário.

A medida nº 1 - redução da contribuição dos trabalhadores – foi motivada pela tentativa de aumentar a capacidade de consumo da população num momento de forte contração dos salários. Na prática, essa medida só foi estendida aos contribuintes do regime de capitalização. Entretanto, essa medida deteriorou o valor dos benefícios, pois o sistema foi desenhado atuarialmente para funcionar com uma alíquota de 11%. Estudos realizados pela SAFJP demonstraram que uma pessoa com salário de \$ 800 receberia, ao final de 30 anos de aporte e 45 anos de permanência no sistema, uma aposentadoria de \$363, pela alíquota de 11%. Já com a alíquota de 5% o benefício seria de \$127, valor menor do que o PBU (\$150).⁸⁷

A medida nº 6, que previa a troca de títulos públicos nacionais por empréstimos compulsórios dos FJP para o governo, significou na prática a substituição de produtos de maior liquidez no mercado por ativos inegociáveis em poder dos Fundos, aumentando a incerteza sobre a rentabilidade futura de sua carteira.

Por fim, a pesificação (conversão para pesos) dos ativos dos FJPs – medida nº 11 - afetaria o valor dos benefícios no longo prazo. A fim de minimizar esse efeito, a estratégia das AFJPs foi buscar trocar os ativos “pesificados” por investimentos em carteiras externas com remuneração em dólar ou investimentos em peso com cláusula de correção monetária, com o objetivo de protegê-los de uma possível escalada inflacionária. Dessa forma, a carteira dos FJPs passou a ter 72% de seus investimentos em ativos em pesos com correção monetária e 12% em investimentos estrangeiros com remuneração em dólar; os outros 16% eram compostos por ativos em pesos sem correção monetária.⁸⁸

⁸⁷ Médici (2003).

⁸⁸ Médici (2003).

4.2.2. Saúde

Como consequência das opções feitas pela Argentina ao longo da década de 90, o cenário gerado no sistema de saúde é de extrema fragmentação, descentralização e polarização social.

De um lado, estão aqueles que possuem um poder aquisitivo suficientemente elevado para contratar um serviço privado de cobertura da saúde: este grupo abarca tanto os que recorrem ao mercado de seguros privados, quanto a uma Obra Social. Do outro lado, encontram-se os cidadãos que dependem dos serviços públicos hospitalares, e engloba tanto os indivíduos que sempre utilizaram este serviço quanto aqueles que, diante da precarização de seu emprego remunerado, perderam a cobertura de saúde pela Obra Social, situação particularmente freqüente no final da década de 90 e início dos anos 2000.

Por sua vez, dentro destes grupos, especialmente do primeiro, a segmentação dos indivíduos se aprofunda. Tal fato fica claro no caso das Obras Sociales: a possibilidade de livre escolha implicou a concentração dos assalariados de maiores rendas nas Obras Sociales que ofereciam os melhores benefícios e, fundamentalmente, naquelas com acordos de fornecimento de serviços com a iniciativa privada. Enquanto isso, os assalariados de menores rendas não puderam exercer a livre escolha pela impossibilidade de pagar a diferença necessária para ter acesso aos melhores planos.

A importância do subsetor de Obras Sociales se confirma na tabela 16, onde vemos que, em 1999, metade da população contava com cobertura exclusiva destas instituições.

Tabela 16 - Estimativa da cobertura do Sistema de Saúde por subsetor – 1999

Condição	Milhões de habitantes	%
Com cobertura de seguro de saúde (OS ou Pré-paga)	22,8	62,3
Com cobertura de Hospital Público	13,7	37,6
Total	36,6	100
Obra Social	18,4	50,2
Pré-paga	2,9	7,9
Obra Social e Pré-paga	1,5	4,2
Somente Hospital Público	13,7	37,6

Fonte: Acuña et al., 2002.

Apesar da magnitude da população coberta por este subsistema, nota-se na tabela 17, que, entre 1969 e 1980, os estabelecimentos assistenciais das Obras Sociais representavam somente 4% dos estabelecimentos do sistema de saúde. Entre 1980 e 1995, se observa um decréscimo de sua participação, que alcança somente 1%.

Tabela 17 - Estabelecimentos assistenciais com e sem internação por subsetor – total no país

Anos	1969		1980		1995	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Setor público	3.720	58	4.648	51	6.971	44
<i>Obras Sociales</i>	264	4	364	4	222	1
Setor privado	2.344	36	4.039	45	8.873	55
Comunitários	141	2	-	-	-	-
Total*	6.469	100	9.051	100	16.085	100

Nota: *Inclui estabelecimentos de tipo misto. Fonte: Acuña et al. (2002).

A análise da tabela acima também nos permite constatar outra tendência ao longo da década de 90: o crescimento rápido do setor privado, consolidando-se como prestador de serviços ao subsetor das Obras Sociales. Entre 1969 e 1995, a participação da iniciativa privada no total de estabelecimentos assistenciais do país passa de um terço do total nacional para mais de 50%. Além disso, em 1999, verifica-se que as Obras Sociales estabeleceram 128 contratos com operadoras e 17 com gerenciadoras. A existência destes convênios se converteu em uma estratégia de competição entre OS, permitindo aos afiliados acessar, indiretamente, os serviços das empresas de medicina pré-paga (tabela 18).

Tabela 18 - Quantidade de contratos estabelecidos por empresas líderes de medicina pré-paga com Obras Sociales - 1999

Ranking	Empresas	Quantidade de contratos com OS
1	Medicus	13
2	SPM	6
3	Swiss Medical	4
4	Docthos	11
5	Omint	5
6	Amsa	18
7	Cemic	5
8	Qualitas	5
9	Medicor	-
10	Omaja	3
	Outras	75
Total		145

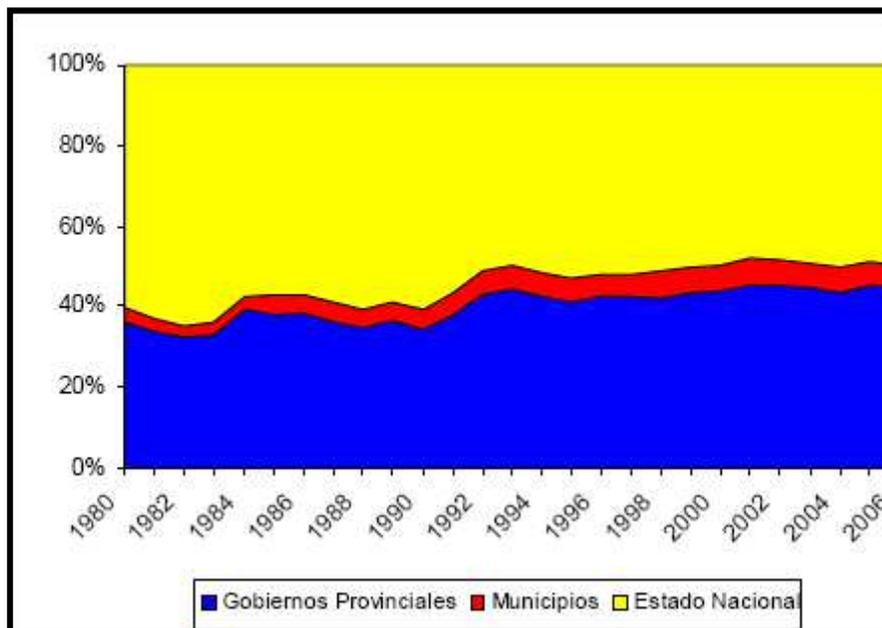
Fonte: Acuña et al., 2002.

O setor privado, fortemente concentrado, seguiu sem regulação durante a década de 90, e possuía em seu interior tanto as empresas que não cumpriam os contratos quanto aquelas entidades cujo principal objetivo era a prestação de melhores serviços. Neste contexto, tornava-se quase impossível evitar os problemas de seleção adversa.⁸⁹

Outra tendência, o processo de descentralização das responsabilidades e gastos em saúde pelas diferentes esferas de governo desde os anos 80 pode ser visualizado no gráfico 7. Em um contexto geral de reorganização das funções do Estado Nacional, este chega a cobrir somente a metade dos gastos em saúde (incluindo Obras Sociales e INSSJP).

⁸⁹ Acuña et al. (2002).

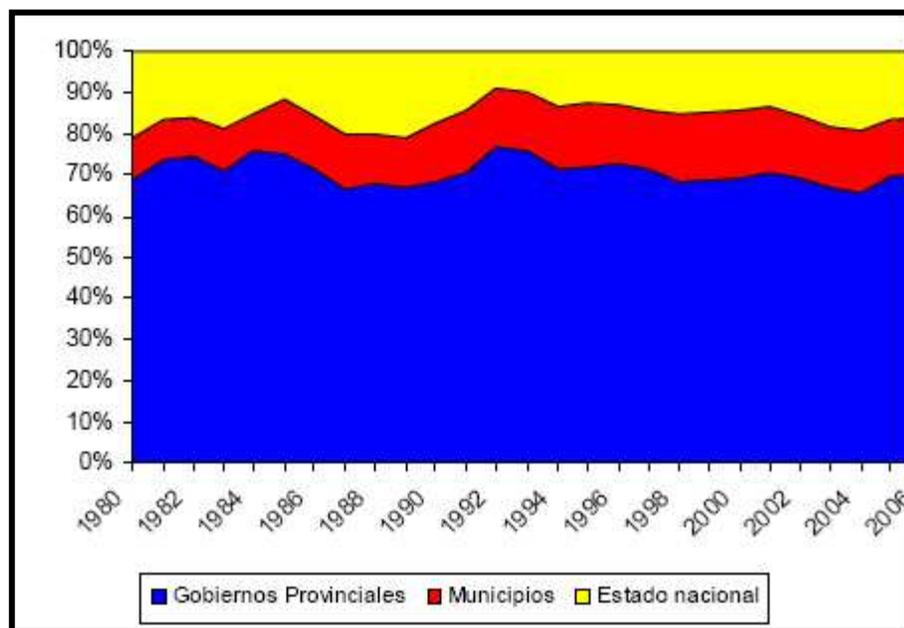
Gráfico 7 - Repartição dos gastos consolidados em saúde por nível de gestão – 1980 a 2006



Fonte: Cohen, 2009.

Considerando somente os gastos administrados com base na arrecadação de impostos gerais, nota-se que o Estado Nacional tem muito pouco peso na gestão da saúde pública. No gráfico 8, evidencia-se o baixo compromisso do governo nacional em matéria de atenção pública a saúde, chegando em 1993 a uma participação mínima de 9,03% no gasto com saúde pública.

Gráfico 8 - Repartição dos gastos em atenção pública de saúde por nível de gestão – 1980 a 2006



Fonte: Cohen, 2009, p. 13.

Os caminhos traçados pelo sistema de saúde argentino na primeira década dos anos 2000 serão explorados na seção de contra reforma, destinada ao estudo dos movimentos recentes de rearticulação do sistema de proteção social.

4.2.3. Assistência Social

Segundo Lo Vuolo et al. (2004), as reformas implementadas na Argentina pretendiam impor uma visão estreita da política social. Esta visão postula que o objetivo quase excludente da política social consiste em atender a situações de pobreza extrema. Com isso, são abandonados outros objetivos cruciais, como a redução da incerteza, a distribuição progressiva de renda e a mobilidade social.

De forma resumida, os postulados que guiaram as estratégias no campo da assistência social foram: a idéia de segmentação das demandas de cada grupo social, para promover a organização das instituições com base em interesses específicos; maior número

de programas assistenciais como forma de resposta aos problemas sociais; privatização da gestão dos serviços sociais; exclusão dos grupos sem capacidade de demanda das instituições centrais da política social; fomento de vínculos mais estreitos entre benefícios e contribuições nos seguros sociais e arrecadação tributária assentada em impostos regressivos e de base universal.

Para cumprir os postulados, foram produzidas reformas tanto no âmbito sistêmico das políticas sociais quanto programático. Para entender esse processo, é necessário analisar as mudanças que ocorrem no ambiente econômico na década de 90.

As iniciativas de abertura da economia e as reformas impostas sob a regras do plano de Convertibilidade, especialmente o profundo ajuste dos custos trabalhistas, permitiram reprimir o processo inflacionário, o que, em um primeiro momento repercutiu favoravelmente sobre as rendas dos mais pobres, mas em seguida aprofundou as divisões sociais e a desigualdade de renda, prejudicando de forma mais intensa os grupos de renda mais baixa.

A insegurança no mercado de trabalho aumentou a complexidade, incerteza e volatilidade das oportunidades de vida dos cidadãos. Nesse contexto, há uma contradição evidente: para conseguir um emprego, as pessoas de renda mais baixa se vêem obrigados a sacrificar estabilidade e nível de renda. Além disso, os empregos à disposição desta camada da população são precários e a figura do “empregado pobre” aparece como um traço distintivo do ambiente econômico. Num período em que os postos de trabalho estão cada vez mais escassos, consolida-se uma ética do emprego, que se apresenta como o meio ideal de integração social e reconhecimento dos méritos individuais. Estes méritos, por sua vez, vinculam-se cada vez mais com o êxito econômico, discriminando os pobres, que seguem transmitindo sua condição para as próximas gerações e vêem congeladas suas possibilidades de mobilidade social, expondo-os cada vez mais a estratégias de clientelismo político.⁹⁰

As alterações no ambiente fiscal também reforçaram a marginalização dos pobres: os níveis de gasto social continuavam baixos, ao mesmo tempo em que as suas fontes de

⁹⁰ Lo Vuolo et al. (2004).

financiamento se reduziam e tornavam-se mais voláteis e regressivas. Com isso, apesar do discurso que propunha concentrar os gastos sociais nos pobres, eram aportados baixos recursos aos programas assistenciais, ainda que estes fossem considerados a saída para a redução da pobreza.

Observa-se, portanto, um enfraquecimento das políticas universais e um avanço dos programas assistenciais, típicos dos modelos residuais. Nota-se o favorecimento das políticas baseadas nas condições de elegibilidade em detrimento daquelas baseadas no direito constitucional.

Segundo Lo Vuolo et al. (2004), o resultado disso é uma Argentina que chega ao final da década de 90 com políticas assistenciais que:

“(...) no cumplen con los objetivos propios de una red universal de seguridad en los ingresos. Es decir, no redistribuyen ingresos hacia los sectores más necesitados, no suavizan los movimientos del ingreso de las personas a lo largo de su ciclo de vida y no fomentan la autonomía individual.” (p. 189)

As políticas assistenciais que estudamos, dentre outras, que se apresentam como o paradigma do novo modelo seletivo e focalizador, mostram-se incapazes de contrarrestar os impactos das reformas no ambiente econômico. Além disso, em muitas políticas implementadas não foi sequer possível mensurar seus impactos e, em sua maioria, resultavam apenas na rotatividade dos grupos mais pobres entre os distintos programas.⁹¹

De acordo com uma pesquisa⁹² realizada em 2001 na Argentina, os seguintes aspectos foram destacados: (i) deterioração generalizada do salário dos trabalhadores; (ii) amplo grau de insatisfação com as rendas provenientes do trabalho; (iii) alta predisposição das pessoas a trabalhar mais tempo para conseguir um salário melhor; (iv) baixa expectativa de melhora da renda individual e familiar; (v) escassa confiança em alcançar uma renda adequada na velhice; (vi) uma visão crítica a respeito da igualdade de oportunidades; (vii) uma importante demanda em favor de políticas públicas de

⁹¹ Lo Vuolo et al. (2004).

⁹² Argentina del Infocus Programme Socio-Economic Security (SES) *apud* Lo Vuolo et al. (2002).

redistribuição de renda; (viii) forte crise dos mecanismos tradicionais de representação, principalmente partidos políticos e organizações sindicais; (ix) severa sensação de insegurança em relação à violência, direitos humanos, educação dos filhos, conservação do nível de vida, estabilidade econômica e política.

Ficava claro o aumento da insegurança socioeconômica dos indivíduos ao final da década de 90.⁹³

4.3. A Contrarreforma

Na última década, a partir da frustração dos resultados obtidos com as reformas implementadas na década de 90, e juntamente com a eleição de uma nova coalizão política⁹⁴, a Argentina experimenta um período de retomada da intervenção estatal nas três dimensões da Seguridade Social estudadas neste trabalho. No campo econômico, o país se recupera do colapso provocado pela crise de 2001, retomando o crescimento do PIB, a queda da pobreza e queda da desigualdade social.

4.3.1. Previdência

Como vimos, quando o novo sistema previdenciário argentino foi instituído, em 1994, acreditava-se que o regime iria aumentar a cobertura previdenciária, produzir uma maior transparência da economia e do emprego, incentivar o mercado de capitais, aumentar a poupança interna e melhorar os benefícios dos futuros aposentados. Contudo, após a análise dos resultados, podemos afirmar que os benefícios esperados não foram atingidos.

⁹³ Um exemplo de programa emergencial vinculado ao emprego instituído na Argentina, de 1995-2002, é o *Plan Trabajar en Argentina*. Para reduzir a insegurança socioeconômica, tinha como objetivo empregar temporariamente chefes de família pobres desocupados. Como condições do programa, o indivíduo deveria participar pelo menos 6 horas por dia de atividades de reparação/criação de infraestrutura econômica e social. Para isso, o chefe de família recebia 200 dólares mensais (1996-1998 e depois, 160 dólares mensais, de 1999-2002), o que equivalia a um SMVM. Estima-se que a cobertura do Programa tenha atingido 2,7% da PEA (1995), sendo 80% dos beneficiários pertencentes ao quintil mais pobre, com gastos de 0,02% do PIB. (CEPAL, 2006)

⁹⁴ Em 2003, é eleito o peronista social-democrata Néstor Kirchner, sucedido por sua esposa Cristina Kirchner, que permanece no poder até hoje.

Segundo Arza (2009), a debilidade do sistema previdenciário e o choque provocado pela crise econômica de 2001 abriram uma janela de oportunidade para a reforma. Com isso, foi gerado um amplo debate do qual fizeram parte diferentes setores chaves da sociedade e que incluiu a publicação de recomendações e informes, mas não evoluiu para a aprovação de uma lei.

As mudanças mais significativas, portanto, vieram alguns anos após a crise e a recuperação da economia. No entanto, entre 2003 e 2007, foram aprovadas correções pontuais ao sistema previdenciário que geraram impactos positivos, até a completa nacionalização do sistema de contas individuais em novembro de 2008.

Como já mencionado, o legado da crise de 2001 foi, entre outras conseqüências, um mercado de trabalho informal expandido, altas taxas de desemprego, contração dos salários e queda real do valor das aposentadorias e pensões.

Com a posterior recuperação da economia, tanto o emprego informal quanto a taxa de desemprego foram reduzidos, entre 2003 e 2007 – de 48% para 41,6% e de 20,4% para 9,8%, respectivamente. Com isso, o número de contribuintes para o sistema previdenciário cresceu de 4,8 milhões em 2002 para 7,3 milhões em 2006, o que gerou um efeito positivo sobre as finanças previdenciárias: sua receita se elevou de 4,3% do PIB em 2002 para 5,1% em 2006.

A recuperação da economia e a queda da informalidade também contribuíram para o aumento dos índices de cobertura, que cresceu de 33% em 2003 para 39,2% em 2008. A cobertura também se expandiu como resultado de uma série de medidas legais adotadas pelo governo desde 2005.

Rofman et al. (2008) resumem os objetivos dos instrumentos legais adotados a partir de 2005, tomando por base as debilidades do sistema previdenciário geradas pela reforma:

“Consideradas en conjunto, las reformas previsionales en la Argentina llevadas a cabo en los últimos años apuntaron a cambiar la cobertura y el nivel de los beneficios del sistema, sus parámetros fiscales, el rol del

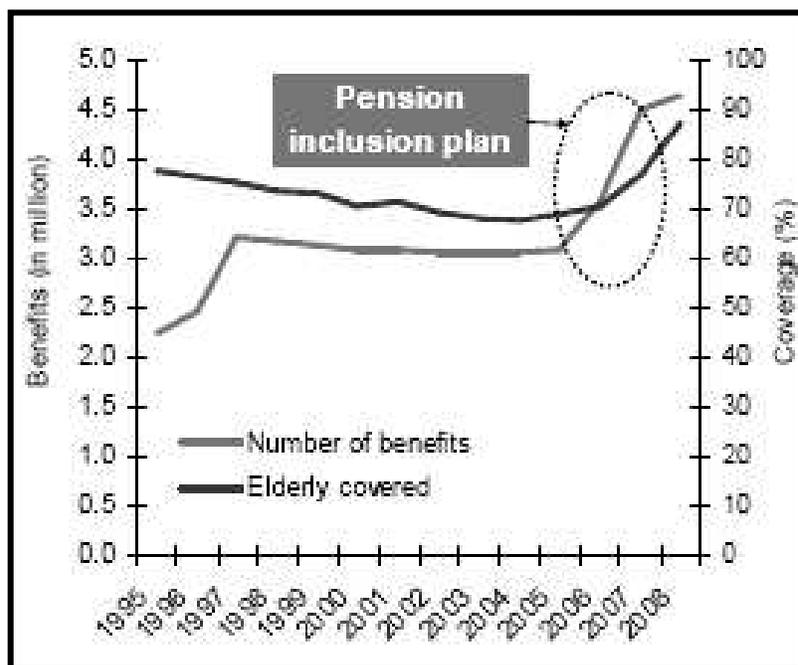
Estado y del sector privado en cuanto a su gestión y, también, algunos aspectos regulatorios del esquema privado.” (p. 16)

A primeira medida, aprovada pela Lei 25.994, abriu caminho para a aposentadoria precoce para as pessoas desocupadas, 5 anos mais jovens do que a idade exigida para aposentadoria, mas que tivessem alcançado o tempo de contribuição necessário. As pessoas que aderissem a este programa, receberiam benefícios equivalentes à metade do valor normal de aposentadoria até que fosse atingida a idade exigida de 65 anos para homens e 60 para mulheres, quando passariam a receber o valor cheio do benefício.

Outra medida importante foi a chamada “*Moratoria*”, também aprovada pela Lei 25.994 e o Decreto 1.454/2005. Esta medida estendeu a possibilidade de concessão de aposentadorias a todos os trabalhadores sem cobertura que já tivessem atingido a idade mínima, mas que não preenchessem os requisitos de contribuição. Os trabalhadores deveriam reconhecer as contribuições não pagas e aderir a um plano de pagamento. Com isso, eles receberiam imediatamente os benefícios sem ter que adiantar nenhum pagamento: a dívida com a ANSES seria paga em 60 parcelas descontadas diretamente dos novos benefícios recebidos. Aderindo a este programa, os indivíduos estavam automaticamente incluídos no programa de seguros de saúde para os aposentados (PAMI).

Ambas as medidas descritas faziam parte de um plano de inclusão de aposentadorias, que levou a uma expansão significativa da cobertura entre os idosos, como mostra o gráfico 9.

Gráfico 9 - Taxas de cobertura e número de benefícios de aposentadoria – 1995 – 2008 (em % e milhões)



Fonte: Arza, 2009.

Estima-se que, entre junho de 2005 e dezembro de 2008, cerca de dois milhões de benefícios foram gerados sob as condições descritas.⁹⁵ Estimativas da ANSES sugerem que a cobertura do sistema previdenciário, que havia decrescido de 77,7% da população idosa em 1995 para 67,8% em 2004, voltou a crescer em 2005, chegando a 76,7% em 2007.

Os valores dos benefícios eram, no entanto, muito baixos. A maioria se aproximava do valor mínimo de aposentadoria, sobre o qual ainda era descontado em média 40% do valor para cobrir a dívida da falta de contribuição anterior. Por sua vez, em função da maior expectativa de vida, estima-se que cerca de 85% dos benefícios eram destinados às mulheres, o que contribuía para a redução do hiato de cobertura do sistema entre os sexos. Embora as estimativas não determinem com exatidão os custos do plano inclusivo – cerca

⁹⁵ MTESS, 2008 *apud* Arza, 2009.

de 1,5% do PIB em 2008⁹⁶ - recuperam-se os gastos com aposentadorias, que passam de 4% do PIB em 2006 para 5,4% em 2008.

Apesar das medidas anteriores terem modificado o quadro existente no início dos anos 2000, as mudanças mais significativas no sistema previdenciário argentino – no sentido da nacionalização - são introduzidas em 2007, pela Lei 26.222⁹⁷. São elas:

- (i) instauração da livre escolha entre ambos os sistemas: foi definido um prazo para que os afiliados com fundos insuficientes no sistema de capitalização migrassem para o sistema público. Além disso, os novos ingressantes no mercado de trabalho foram automaticamente associados ao sistema público;
- (ii) aumentou-se o financiamento e reduziu-se o custo administrativo: os aportes a ambos os sistemas foram iguallados (no sistema de capitalização foram elevadas as taxas de 7% para 11%), o salário tributável aumentou, fixou-se um máximo de 1% para a comissão de administração para o programa de aposentadorias e eliminou-se o prêmio pago às companhias de seguros comerciais, financiando os riscos de invalidez e morte com o Fondo de Aportes Mutuales;
- (iii) Melhorou-se tanto o acesso como os benefícios: foram flexibilizados os requisitos para acesso à aposentadoria mínima e com garantia estatal a todos os beneficiários, expandiu-se a proteção aos idosos, foi elevada a Prestación Adicional por Permanencia aos que permaneceram no sistema público e ordenou-se os ajustes das aposentadorias da mesma maneira que o da Prestación Compensatoria (pelos aportes feitos antes da reforma de 1993). Uma lei posterior – 26.417/2007 – estipulou ajustes automáticos duas vezes ao ano por uma fórmula baseada nos salários e na disponibilidade de recursos.

Com os mecanismos e incentivos anteriores, entre julho de 2007 e outubro de 2008, passaram do sistema de capitalização ao público cerca de 2,1 milhões de afiliados (1 milhão

⁹⁶ Castiñeira, 2007 *apud* Arza, 2009.

⁹⁷ Mesa-Lago (2009).

de contribuintes). A cobertura total se elevou em 1,5 milhão de afiliados (500.000 contribuintes).⁹⁸

Para completar as mudanças, o Decreto 897/2007 estabeleceu três instituições cruciais para evitar que, devido ao impacto financeiro durante uma eventual crise, os benefícios do sistema de repartição constituíssem uma variável de ajuste da economia, o que provocaria a erosão de seus valores.

A primeira instituição era o Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Régimen Previsional Público de Reparto (Fondo de Garantía) com o objetivo de garantir o valor, a rentabilidade dos recursos e o pagamento futuro dos benefícios. A segunda - o Comité de Administración de las Inversiones del Fondo de Garantía (Comité) – encarregada de elaborar diretrizes para a tomada de decisões adequadas para o Fondo de Garantía, sobre a base dos princípios da seguridade, rentabilidade e diversificação de riscos. Além disso, o Comité deveria preparar informes anuais detalhados sobre as ações implementadas e a situação do Fondo, exercendo controles periódicos sobre sua administração, impondo as ações corretivas necessárias. Por fim, a terceira instituição consiste na Comisión de Seguimiento del Fondo de Garantía (Comisión) que se ocuparia de coletar informações e fornecê-la à sociedade.

A ANSES, estava encarregada, assim como o Comité, de fornecer as informações solicitadas pela Comisión, que elaboraria informes semestrais sobre o Fondo. Mais ainda, o Decreto delegou à ANSES a gestão do Fondo de Garantía, assim como a preparação de um plano de investimentos anual aprovado pelo Comité.

Apesar de todas as suas atribuições, Mesa-Lago (2009) destaca que as instituições apresentavam sérios problemas como, por exemplo, o fato de o Comité instituir sua própria regulamentação, sem discussão pública e disposições legais e a Comisión possuir um regulamento próprio, porém sem transparência sobre suas atividades e os membros eleitos. Com isso, havia escassa informação sobre o Fondo de Garantía.

⁹⁸ SAFJP *apud* Mesa-Lago, 2009.

Foi também sem muita discussão prévia no Congresso que, em novembro de 2008, após 14 anos de funcionamento do sistema de contas individuais, todo o sistema argentino foi nacionalizado e a política de aposentadorias e pensões voltou a ser coordenada por meio de um modelo público⁹⁹.

Segundo Mesa-Lago (2009), o projeto de lei¹⁰⁰ para reforma do sistema previdenciário de 2008 apresentava algumas motivações principais.

A primeira grande motivação relaciona-se à Constituição, segundo a qual o Estado deve proporcionar benefícios previdenciários de forma integral e irrenunciável. Além disso, o sistema de capitalização não havia demonstrado contribuir, como esperado, para desenvolver o mercado de ações e a cobertura do sistema também não foi ampliada. De acordo com Mesa-Lago (2009), o sistema previdenciário no formato de capitalização estaria à mercê dos riscos do mercado financeiro, quando seria papel do poder público reduzir tais incertezas.

O autor destaca que as explicações descritas acima foram aquelas fornecidas pelo governo para justificar a decisão de eliminar o sistema de capitalização. Entretanto, as imprensas argentina e internacional mencionaram outras razões à época, entre elas os problemas financeiros do governo argentino, como o pagamento da dívida de 23 milhões de dólares nos dois anos seguintes, o declínio nos preços mundiais de produtos da pauta exportadora argentina, como a soja e o trigo, reduzindo as receitas, além da dificuldade de acesso ao crédito, agravada pela crise financeira mundial.

Com o novo sistema integrado, os trabalhadores filiados ao sistema privado foram transferidos para o Estado. O sistema público de repartição se converte em Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). Os afiliados e beneficiários do sistema de capitalização teriam idêntica cobertura e tratamento no sistema público: o Estado garantiria iguais ou melhores benefícios do que no sistema anterior, segundo a Lei. Os anos de serviços prestados pelos afiliados seriam reconhecidos no sistema público.

⁹⁹ Mesa-Lago (2009).

¹⁰⁰ Lei 26.425/2008.

Os recursos transferidos do sistema de capitalização seriam administrados pela ANSES, que teria autonomia financeira e econômica, supervisionada pela Comisión Bicameral de Control de los Fondos de Seguridad Social do Congresso. As contribuições voluntárias feitas pelos assegurados antes de obter o benefício poderiam ser transferidas para a ANSES ou para um AFJP (que deveria ser convertida, embora a lei não explicitasse como seria feita a conversão). As compensações às AFJPs teriam um valor máximo correspondente a seu capital social e seus acionistas receberiam títulos emitidos pelo Estado.

O impacto imediato da nacionalização foi, portanto, o significativo crescimento dos recursos geridos pela ANSES. A gestão dos recursos acumulados nas contas individuais ao longo de todo este tempo (mais de 14 anos, chegando a cerca de 9,5% do PIB em dezembro de 2008) se tornou uma importante questão de política pública e permaneceu no centro da maioria dos debates sobre a política de aposentadorias e pensões do país nos últimos anos.

Como vimos, o sistema de capitalização apresentava falhas graves, algumas das quais foram reduzidas ou resolvidas pelas diversas correções aplicadas ao sistema previdenciário entre 2003 e 2007, gerando avanços notáveis como aumento da cobertura, maior acesso à aposentadoria básica, melhoras nos valores dos benefícios, redução das comissões administrativas, até a completa nacionalização do sistema em 2008 e formação do SIPA.

De fato, todas as iniciativas tomadas mostram a intenção do Estado em retomar sua participação no sistema previdenciário como um ator crucial para o desenvolvimento desse mecanismo tão importante de proteção social.

Segundo estimativas da ANSES (2010), as medidas implementadas tiveram impacto positivo na redução da pobreza e indigência na Argentina, que havia crescido na década anterior (tabela 19).

Tabela 19 - Incidência de Pobreza e Indigência - % de mulheres a partir de 60 anos e homens a partir de 65 anos

REGIONES	INDIGENCIA							
	IV - 2003				IV - 2009			
	TOTAL		MUJERES DESDE 60 AÑOS Y HOMBRES DESDE 65 AÑOS		TOTAL		MUJERES DESDE 60 AÑOS Y HOMBRES DESDE 65 AÑOS	
	H	P	HOGARES	PERSONAS	H	P	HOGARES	PERSONAS
Total	16,2	21,0	10,0	9,0	2,8	3,4	1,0	0,7
Gba	14,1	18,0	9,0	8,4	2,3	2,6	0,9	0,8
Cuyo	19,3	24,4	10,9	9,6	3,7	4,5	1,7	0,8
Nea	28,7	34,8	15,5	14,1	6,8	8,5	3,0	1,4
Noa	25,8	31,3	17,2	13,6	3,5	4,1	2,0	1,0
Pampeana	15,8	20,6	9,8	8,9	2,8	3,7	0,6	0,4
Patagonia	10,8	12,5	5,9	6,6	1,8	2,1	0,7	0,5

REGIONES	POBREZA							
	IV - 2003				IV - 2009			
	TOTAL		MUJERES DESDE 60 AÑOS Y HOMBRES DESDE 65 AÑOS		TOTAL		MUJERES DESDE 60 AÑOS Y HOMBRES DESDE 65 AÑOS	
	H	P	HOGARES	PERSONAS	H	P	HOGARES	PERSONAS
Total	38,3	48,8	28,6	27,6	9,8	13,9	4,1	2,9
GBA	34,2	44,2	26,1	25,5	8,2	11,6	3,5	2,5
Cuyo	47,5	57,9	33,1	32,0	12,9	17,6	7,6	5,6
NEA	58,2	67,6	42,3	40,0	21,3	29,3	11,6	8,3
NOA	56,9	66,9	45,1	40,6	16,7	21,3	7,9	5,2
Pampeana	37,3	46,9	27,6	27,3	8,6	12,8	2,7	2,0
Patagonia	27,6	34,7	18,7	18,5	4,7	6,6	2,6	2,3

Fonte: ANSES, 2010.

Mais do que isso, as estimativas da ANSES apontam para o fato de as rendas dos aposentados e pensionistas contribuírem para a queda da pobreza e indigência nos domicílios, índices que seriam mais elevados na ausência destes benefícios (tabela 20).

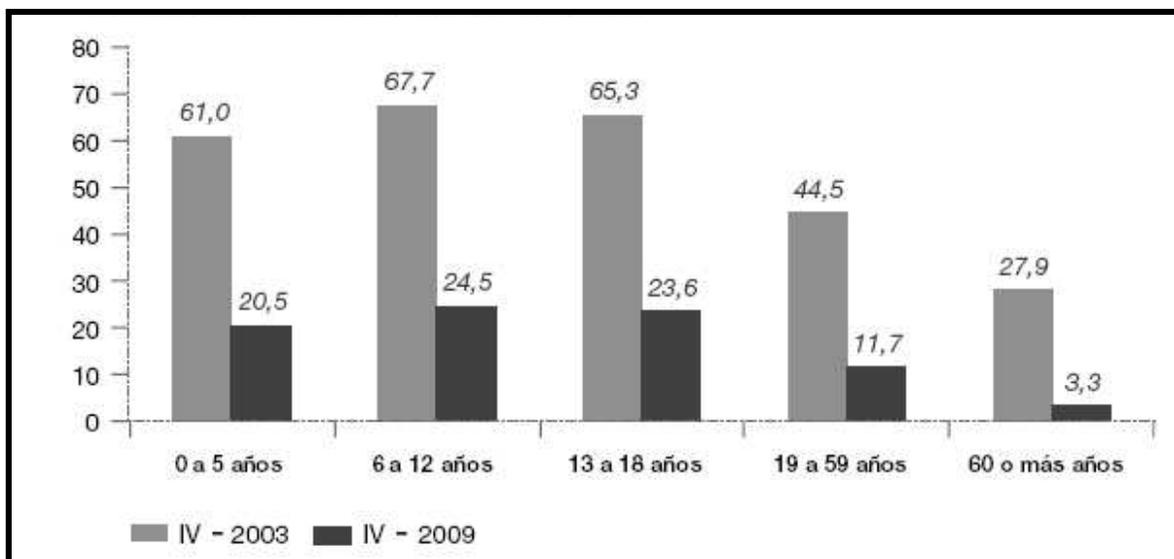
Tabela 20 - Simulações: incidência da pobreza e indigência (em %) - 2009

HOGARES TOTAL		PERSONAS TOTAL	
Situación Actual		Situación Actual	
Pobreza	9,8	Pobreza	13,9
Indigencia	2,8	Indigencia	3,4
Quitando el Ingreso del Jubilado y al Jubilado		Quitando el Ingreso del Jubilado y al Jubilado	
Pobreza	13,2	Pobreza	17,2
Indigencia	6,1	Indigencia	6,6
HOGARES CON AL MENOS UN JUBILADO/A Y/O PENSIONADO/A		PERSONAS QUE VIVEN EN UN HOGAR CON AL MENOS UN JUBILADO/A Y/O PENSIONADO/A	
Situación Actual		Situación Actual	
Pobreza	5,3	Pobreza	10,1
Indigencia	0,5	Indigencia	0,9
Quitando el Ingreso del Jubilado y al Jubilado		Quitando el Ingreso del Jubilado y al Jubilado	
Pobreza	15,4	Pobreza	21,4
Indigencia	10,4	Indigencia	11,9

Fonte: ANSES, 2010.

A consequência das iniciativas implementadas a partir de 2003 consiste, portanto, na queda da porcentagem da população em condição de pobreza, sobretudo, na população de idade mais avançada, como mostra o gráfico 10.

Gráfico 10 - % da população em situação de pobreza por grupos de idade em 2003 e 2009



Fonte: ANSES, 2010.

4.3.2. Saúde

Como vimos, o sistema de saúde argentino foi delineado ao longo dos anos como fortemente dependente da vinculação dos indivíduos ao mercado de trabalho, além de um compromisso cada vez menor do Estado Nacional com o setor.

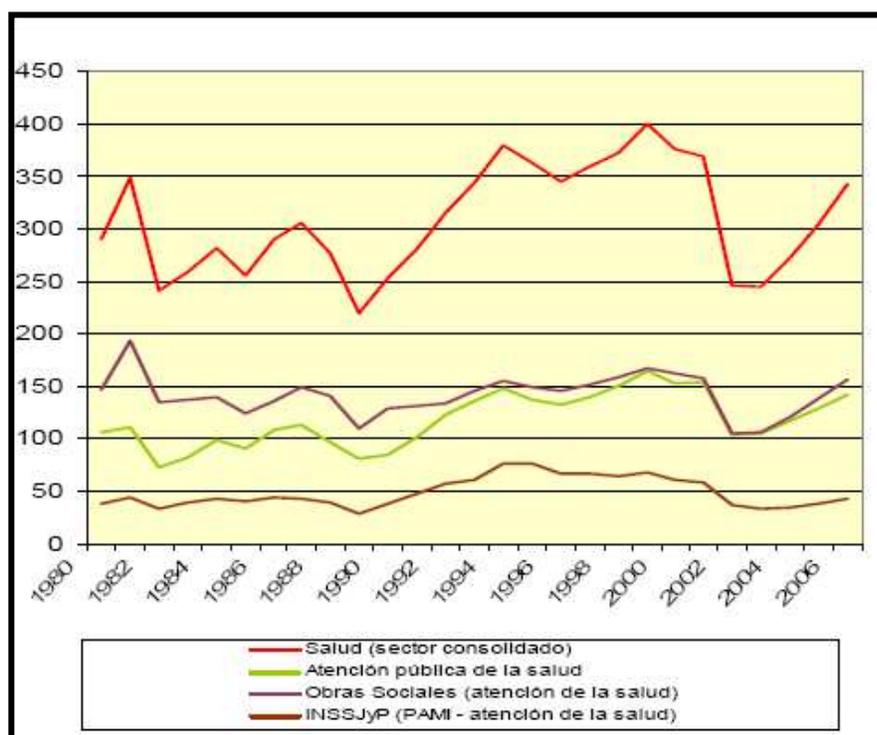
Diante disso, a vulnerabilidade do formato de sistema de saúde desenhado na Argentina na década de 90 ficou evidente durante a crise econômica de 2001. Nesse período, a situação do mercado de trabalho levou a um forte crescimento da demanda de serviços de saúde do setor estatal. A recessão da economia levou, entretanto, a uma queda brutal do gasto público social e o gasto em saúde, afetando o setor tanto a curto prazo quanto a longo prazo.

Segundo Cohen (2009), o Estado precisou encontrar soluções para enfrentar o desafio que implicava a perda de proteção social por parte de muitos trabalhadores. Para o autor, a reorganização do setor de saúde se deu a partir de um novo equilíbrio de poder que

emergiu da crise. Nesse contexto, foi declarada uma situação de excepcionalidade e o poder Executivo teve sua margem de ação ampliada pelo Decreto de 12 de março de 2002 de Emergência Sanitária Nacional¹⁰¹. Ao mesmo tempo, o subsetor de Obras Sociales se reconstruiu a partir da evolução do mercado de trabalho nos anos seguintes, enquanto os gastos com saúde dos aposentados se reduziram por medidas de rigor financeiro.

O gráfico 11 mostra a evolução dos gastos públicos consolidados com saúde, desde a década de oitenta em pesos de 2001.

**Gráfico 11 - Gasto público consolidado em saúde em pesos per capita –
1980 - 2006**



Fonte: Cohen, 2009.

¹⁰¹ Pelo Decreto 486/2002, o Poder Executivo estabeleceu a Emergência Nacional Sanitária até 31 de dezembro de 2002, habilitando o Ministério da Saúde a realizar as ações necessárias para garantir à população argentina o acesso aos bens e serviços básicos para a conservação de sua saúde. Neste sentido, estabelece, entre outros pontos, mecanismos de provisão de insumos e medicamentos a instituições públicas de saúde com serviços de internação, alocação de orçamento específico, modalidades de compra e contratações extraordinárias, a universalização do acesso a medicamentos mediante e a utilização de medicamentos genéricos.

Como podemos observar, o gasto com saúde havia culminado em 2000, antes da crise, e caído quase 50% em 2003 para reconstituir-se desta data em diante. Já em 2004, o gasto público consolidado¹⁰² alcançou o valor de 129.381 milhões de pesos. Deste valor, 65,9% corresponderam a gastos sociais (incluindo educação, cultura, saúde, água e saneamento, habitação e desenvolvimento urbano, assistência social e trabalho). No total, os gastos com saúde corresponderam a 22,8% do gasto público social consolidado e 15% do gasto público consolidado, com 19.451 milhões de pesos.

Nesse contexto, emerge a necessidade de uma nova agenda que culmina com a implementação do Plano Federal de Saúde (2004-2007) pelo então presidente, Néstor Kirchner.

O diagnóstico, segundo a Superintendencia de Servicios de Salud, era de que o sistema era pouco articulado, a alocação de recursos era ineficiente, assim como a forma de atuação do Estado, com *gastos de bolsillo* e sem medidas preventivas, além da baixa tecnologia associada à gestão do sistema. O Plano se justificava pela necessidade de estabelecer um novo modelo sanitário no país, que priorizasse a atenção primária à saúde e a integração entre os setores público e privado, rompendo, assim, com a fragmentação do sistema e a exclusão de muitos argentinos de modo a tornar a saúde um motor de luta contra a pobreza.

Entre as ações prioritárias do Plano estavam o fortalecimento dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) e dos hospitais públicos, em termos de infraestrutura, e equipamentos; a provisão de medicamentos essenciais através do Programa REMEDIAR e a consolidação do Padrón Único de Salud, incluindo as Obras Sociales, as empresas de medicina pré-paga e os CAPSs.

Pode-se dizer que os CAPSs serviram de ponto de partida para o desenvolvimento de práticas de prevenção de saúde, as quais eram esporádicas na Argentina. Em 2008, os CAPSs já eram mais de 6.500 distribuídos pelo território argentino. Os Centros servem como base para a implementação de muitos programas, sendo o principal o programa de distribuição de medicamentos, REMEDIAR.

¹⁰² Representa a soma do gasto do Estado Nacional, governos provinciais e municípios.

Entretanto, segundo Crojethovic (2011), apesar das excelentes intenções do Plano, este não foi capaz de provocar mudanças estruturais no sistema de saúde argentino, sobretudo no que se refere ao seu caráter de fragmentação.

4.3.3. Assistência Social

Para Lo Vuolo et al. (2002), uma das saídas para o quadro em que se encontrava o campo das políticas sociais na Argentina ao final da década de 90 seria um “universalismo seletivo” ou uma “seletividade positiva”:

“La universalidad es necesaria para generar la convicción de que la totalidad de los ciudadanos participa de la preocupación por la provisión de buenos servicios públicos y para crear una efectiva red de “seguridad preventiva”. La selectividad refiere a la identificación de grupos con características diferentes y no a la limitación del gasto en algunos de esos grupos. Asimismo, se debería construir una nueva matriz cultural y social donde el empleo deje de ser el fundamento que da derecho a tener otros derechos sociales.” (p. 51)

Apesar de uma tendência maior à universalidade observada nas iniciativas implementadas no sistema previdenciário, no campo da assistência social ainda predominaram na primeira década do século XXI os programas focalizados, traduzidos em programas de transferências condicionadas de renda. Os mais relevantes, a partir de 2002, foram o Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (PJJHD) e o Programa Familias por la Inclusión Social.

O PJJHD, que surge em meio à crise econômica, foi financiado em sua origem com a recomposição das contas fiscais que supôs a modificação do regime de cambio e a instauração de um imposto sobre exportações. A partir de 2003, começa a receber financiamento internacional; o mesmo ocorreu com o Programa Familias.¹⁰³

Basicamente, o PJJHD consistia no pagamento de uma ajuda econômica mensal de \$ 150 pesos por titular (aproximadamente US\$ 42) aos beneficiários, sem que isso

¹⁰³ CEPAL (2010).

implicasse em nenhuma relação de trabalho. Com o objetivo de “garantizar el derecho familiar de inclusión social”, o programa enunciava os seguintes propósitos: (i) assegurar a frequência escolar dos filhos e o controle da saúde; (ii) incorporar os beneficiários à educação formal e/ou atividades que capacitação que colaborassem para sua futura reinserção no mercado de trabalho; (iii) incorporar os beneficiários a projetos produtivos ou serviços comunitários, como contrapartida. O PJJHD destinava-se a chefes/as de família desocupados, com filhos de até 18 anos de idade ou incapacitados de qualquer idade, ou a domicílios onde a chefe de família ou a cômputo do chefe de família esteja grávida.

A data limite para solicitar o benefício foi o dia 17 de maio de 2002, de modo que a pessoa que não se inscreveu até esta data, estava impossibilitada de incorporar-se ao programa¹⁰⁴. O PJJHD começou a ser implementado em junho de 2003 e alcançou a cobertura de 1.992.497 pessoas. Em novembro de 2007, 795.274 e, em março de 2008, registrava 700.544 beneficiários, dos quais 73,2% eram mulheres e 70,9% tinham até 45 anos.¹⁰⁵

A queda da cobertura não sinalizava diretamente uma melhor inserção ocupacional dos destinatários. Pelo contrário, em muitos casos, a diminuição de beneficiários ocorria pela migração para outros programas ou por motivos de perda de compatibilidade com os requisitos exigidos¹⁰⁶.

Outro problema do programa foi o fato de seus benefícios terem se mantido fixos ao longo do tempo, o que provocou a erosão do poder aquisitivo da transferência. Além disso, sua capacidade distributiva era praticamente nula, uma vez que quanto maior o número de integrantes de um domicílio, menor era a incidência per capita do benefício, sendo insuficiente para garantir o acesso às necessidades básicas dos indivíduos.

¹⁰⁴ Ao ser um programa destinado a um setor delimitado da população (chefes/as de família com filhos, que puderam se inscrever até a data limite), o restante da população em igual situação permaneceu excluída, o que confirma que a titulação como um direito era retórica. Todos os que não conseguiram se inscrever não foram reconhecidos como legítimos mercedores da política. (CEPAL, 2010).

¹⁰⁵ MTESS, 2008 *apud* CEPAL, 2010.

¹⁰⁶ De acordo com o Ministério do Trabalho, os motivos da desvinculação do programa foram em 38,6% dos casos pela migração ao Programa Familias por la Inclusión Social, 32,3% foram registradas em algum emprego, 12,1% por perda de requisitos (idade dos filhos, por exemplo) e 7,1% por adesões ao Seguro de Capacitación y Empleo. (MTESS, 2008 *apud* CEPAL, 2010)

A partir de 2003, quando parecem evidentes os sinais de recuperação da economia, começa a ser pensada a remodelação do programa, que havia sido instituído no contexto de crise aguda.

Nessa linha, o MTESS realiza um agrupamento dos receptores do benefício, segundo algumas características dos beneficiários, como por exemplo suas condições de acesso ao mercado de trabalho, em função de variáveis como qualificação, nível educacional e faixa etária. Àquelas pessoas classificadas como inativas - entendida a inatividade como desenvolvimento de tarefas improdutivas, sendo na maioria mulheres, em idade média, com filhos dependentes – foram transferidas para o Programa Familias. A reformulação do PJJHD com base nos critérios de empregabilidade e vulnerabilidade social levou as mulheres, mais que os homens, a transferir-se para o novo programa, não apenas pela maior aderência aos requisitos, mas também porque os homens somente poderiam ser titulares do novo benefício na ausência de mulher na família.

O Programa Familias por la Inclusión Social consistia em um plano social cujo objetivo era “promover la protección e integración social de las familias em situación de vulnerabilidad y/o riesgo social, desde la salud, la educación y el desarrollo de capacidades, posibilitando el ejercicio de sus derechos básicos.” (MDS, 2005) O benefício consistia numa transferência monetária mensal aos domicílios, de acordo com o número de filhos menores de 19 anos ou incapacitados de qualquer idade. O benefício variava entre \$ 155 para um menor dependente, podendo chegar a \$ 380 para seis menores dependentes. Em contrapartida, a mãe ou mulher responsável por essas crianças deveria se comprometer a garantir saúde e educação, por meio de controles periódicos e apresentação da caderneta de vacinação atualizada, além de certificar trimestralmente a frequência escolar das crianças entre cinco e dezoito anos. Em dezembro de 2007, o Programa Familias contava com 504.784 famílias destinatárias, com as mulheres representando 91,6% dos titulares do benefício e 1.766.744 crianças cobertas.

É importante destacar que o Programa Familias, ao ser implementado com base em uma classificação das pessoas entre “empregáveis” ou vulneráveis socialmente, não só incorporava os possíveis problemas técnicos dessa divisão como, mais uma vez, não

avançava no sentido do direito social. Pelo contrário, ainda transferia a culpa dos déficits escolares e de saúde das crianças para as famílias.¹⁰⁷

Nesse contexto, pode-se dizer que talvez a inovação mais recente no sentido da universalidade dos direitos sociais na Argentina tenha sido o lançamento, em outubro de 2009, do Programa Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH).

Trata-se de um benefício único e não contributivo que se incorpora - por Decreto nº 1.602 - à Lei 24.714, que regula os diversos benefícios de Asignaciones Familiares (AF) pagos aos trabalhadores assalariados formais¹⁰⁸. O benefício da AUH é destinado aos trabalhadores informais ou pessoas desocupadas. A universalidade pretendida do benefício derivaria da somatória das três categorias consideradas como componentes do mercado de trabalho: assalariados formais, informais e desocupados.¹⁰⁹

De forma resumida, podem receber o benefício da AUH aquelas pessoas que apresentem as seguintes características: i) não recebam outro benefício familiar previsto na lei das AFs; ii) sejam desocupados ou pertencentes à economia informal; iii) possuam remuneração inferior ao Salario Mínimo, Vital y Móvil (SMVM)¹¹⁰ (auto-declaração). No máximo, podem ser recebidos cinco benefícios de AUH por domicílio (sendo um por cada filho ou filha) e o pagamento pode ser feito tanto ao pai quanto à mãe dos menores. A regulamentação da norma que criou a AUH agregou outro requisito: não somente o beneficiário inscrito no programa, mas sim todas “las personas a cargo del grupo familiar” devem reunir as características assinaladas acima.

Diante disso, para Lo Vuolo (2011), a Asignación Universal por Hijo:

¹⁰⁷ CEPAL (2010).

¹⁰⁸ As Asignaciones Familiares (AF) que cobrem os assalariados formais incluem aqueles benefícios pagos como um montante mensal por determinado período (maternidade, filhos inválidos) ou os que se pagam como um montante único no momento do fato gerador (nascimento ou adoção, casamento, ajuda escolar). Estes benefícios variam de maneira decrescente (até, inclusive anular-se) segundo o montante de salário do trabalhador em atividade e a zona geográfica em que se encontra. O programa se financia com contribuições patronais (os trabalhadores não fazem aportes pessoais) e as distintas jurisdições estatais (nacional, provinciais e municipais) pagam diretamente a seus empregados.

¹⁰⁹ Lo Vuolo (2011).

¹¹⁰ Desde janeiro de 2011 o valor do SMVM é de cerca de \$ 1840 (US\$ 443).

“(...) aparece así como una nueva especie dentro de los programas de transferencias de ingresos que buscan “separar” la función distributiva de las otras funciones que se exige cumplir al contrato de empleo.”
(p. 4)

No entanto, o primeiro inconveniente da nova definição de público-alvo do programa, surge pela imprecisão do conceito de “economía informal”. Como este conceito envolve atividades heterogêneas, sua imprecisão habilita a seleção de grupos por parte do poder político, de modo que permanecem sem direitos amplos grupos de trabalhadores como os autônomos “monotributistas”, a não ser que estejam registrados como “monotributistas sociales”¹¹¹.

Outra peculiaridade da AUH é o mecanismo previsto para obrigar a cumprir as condicionalidades. Mensalmente, paga-se apenas 80% do montante total do benefício e os 20% restantes ficam retidos até o final do ano quando se certifique o cumprimento das condicionalidades de assistência ao sistema educativo e presença regular da mãe e dos filhos aos controles do sistema de saúde. Se estas condicionalidades não forem cumpridas, perde-se o benefício e o beneficiário torna-se passível de outras penas.

Outra característica distintiva da AUH em relação à maioria dos programas de transferência de renda, é o fato de ser financiado com recursos do sistema de seguridade social, incluindo os recursos arrecadados por impostos e contribuições dos assalariados formais, como também dos rendimentos anuais do Fondo de Garantía y Sustentabilidad del Régimen Previsional Público de Reparto, criado em meados de 2007 e expandido ao final de 2008 com a reestatização do sistema de previdência social e a transferência dos diversos fundos que eram geridos pelas Administradoras de Jubilaciones y Pensiones (AFJP).

Outra novidade foi a criação, em abril de 2011, da Asignación Universal por Embarazo para Protección Social (AUE, Decreto 446/2011), como complemento da AUH e organizada com preceitos similares: i) consiste em benefício não contributivo dentro do

¹¹¹ Os “monotributistas sociales” são uma nova categoria de trabalhadores cujas atividades de produção, serviços ou comercialização dificultam sua inserção na economia formal pela sua situação de vulnerabilidade social. Para receber a AUH, as pessoas devem estar inscritas no Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social. (Lo Vuolo, 2011).

regime contributivo de AF; ii) suas beneficiárias são as mulheres grávidas que cumpram com as mesmas características sociais que exige a AUH; iii) durante os meses de gestação, é concedido 80% do benefício e os outros 20% retidos são concedidos no momento do nascimento e sob a condição de demonstrar o cumprimento das condicionalidades em matéria de saúde¹¹².

Como podemos observar, as regras de operação da AUH correspondem a uma especial combinação entre as que organizam os programas de transferência de renda e os programas de “asignaciones familiares”:

- i) a norma que regula o benefício está incluída na Lei de Asignaciones Familiares para trabalhadores assalariados formais;
- ii) os beneficiários têm acesso ao benefício em função de sua condição de trabalho e porque recebem uma renda menor que o SMVM;
- iii) não é levada em conta a renda familiar total;
- iv) o valor do benefício e o seu ajuste estão atrelados a valores vigentes para o programa de AF dos assalariados formais;
- v) existe un mecanismo “preventivo” de sanção que retém parte do benefício até a certificação do cumprimento das condicionalidades;
- vi) o benefício se financia com recursos da seguridade social; e
- vii) paga-se um benefício diferenciado às mulheres grávidas.

Apesar da particular combinação de regras da AUH, Lo Vuolo (2011) reconhece três princípios comuns sobre os quais este benefício e os demais programas de transferência de renda estão organizados, são eles:

“Uno, son programas selectivos y focalizados por ingresos y/o por categoría ocupacional, de modo tal de dejar en claro su carácter excepcional y de emergencia. Dos, exigen condicionalidades punitivas

¹¹² A AUE equivale ao valor do benefício “pre-natal” do programa de Asignación Familiares dos empregados formais (\$220 mensais até o nascimento). As condições são controles médicos previstos no “Plan Nacer” do Ministério da Saúde.

para el acceso, que son más severas que las que deben cumplir las personas con mejores ingresos y empleos para acceder al sistema de protección social. Tres, los beneficios que se pagan no están integrados con los créditos fiscales reconocidos en el sistema tributario, de modo tal de mostrar el carácter asistencial del programa. Estos principios se sintetizan en el siguiente apotegma: peores beneficios y condicionalidades más rigurosas de acceso para quienes peor están.”
(p. 13)

As observações acima, entretanto, não desmerecem o maior mérito dos programas de transferência de renda, entre eles, a AUH: distribuir benefícios a uma população que necessita. No entanto, é importante ter em mente que as regras de operação destes programas fortalecem princípios de organização que têm provado ser inconvenientes: focalização, condicionalidade punitiva, temporalidade e falta de integração com o sistema tributário. Estes programas não deveriam ser encarados como a solução dos problemas, mas sim como formas de aprendizagem na busca pelas soluções. Para o autor, o desafio não passa pela soma de diversos programas organizados sobre os mesmos princípios, mas pela organização de novas políticas com outros princípios, de preferência de forma permanente, para todo o universo da população, sem condicionantes e com um impacto distributivo progressivo.

CAPÍTULO 5 - Seguridade Social no Brasil

Na contramão das reformas implementadas na América Latina a partir da década de 80, o Brasil estabelece formalmente na Constituição de 1988 elementos do Estado de Bem-Estar Social e dá importância crucial ao caráter universal de um Sistema de Seguridade.

Assim, na década seguinte, enquanto países como o Chile e a Argentina vivenciam os efeitos de suas reformas mais radicais, que introduzem lógicas privatistas e financeiras, o Brasil permanece exposto às pressões reformistas, o que o leva a se distanciar em alguns aspectos dos preceitos estabelecidos na Carta Magna e à realização de reformas paramétricas, notadamente em seu sistema previdenciário.

Neste capítulo, estudaremos o marco regulatório da Seguridade Social do Brasil no campo da proteção social. Houve muitos avanços, ainda na década de 90, apesar de medidas que afastaram o sistema das determinações iniciais da Constituição em função das pressões contínuas e crescentes que o país sofreu e tem sofrido e que correspondem a fortes ameaças de retrocesso ao que já foi conquistado. Acredita-se que o Brasil pode ser considerado um exemplo de trajetória possível de transformação da lógica da apartação em segurança socioeconômica cidadã para todos.

5.1. A Constituição de 1988: na contramão das reformas liberalizantes

O Sistema de Seguridade Social hoje vigente no Brasil nasceu com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, momento em que foram introduzidas transformações históricas no sistema de proteção social de amplo conteúdo democrático¹¹³.

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, a Seguridade Social compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.¹¹⁴

Como destaca Werneck (2004), a incorporação, pela primeira vez, de um conceito vigoroso e peculiar à proteção social como o de Seguridade Social a um texto

¹¹³ Gentil (2006).

¹¹⁴ Brasil, 1988, art. 194.

constitucional respondeu, à época, às expectativas da sociedade organizada de ampliação do estoque de direitos sociais associados à cidadania, traduzindo a sensibilidade do legislador diante da situação pré-existente. Tal intenção está descrita no parágrafo único do art. 194 que estabelece os objetivos com base nos quais “compete, ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social”: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Mais do que isso, de acordo com Delgado et al. (2008), a definição da Seguridade Social como conceito organizador da proteção social brasileira foi uma das mais relevantes inovações do texto constitucional de 1988, de modo a permitir a ampliação da cobertura do sistema previdenciário, flexibilização do acesso aos benefícios para os trabalhadores rurais, reconhecimento da assistência social como política pública não contributiva que opera tanto serviços como benefícios monetários, além da consolidação da universalização do atendimento à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A relevância do tratamento constitucional neste campo encontra-se no fato de representar a instauração das bases para um amplo sistema de proteção social no país por meio do estabelecimento de um novo rumo de consolidação de uma institucionalidade pública.

No que se refere ao orçamento da Seguridade Social, sua instituição normativa é estabelecida pela CF por meio do Art. 165, § 5o, inciso III, que o diferencia do orçamento fiscal, previsto neste mesmo § 5o, no inciso I. No entanto, é no título que trata da Ordem Social, onde o sistema de Seguridade Social ocupa os Artigos 194 a 204, que estão definidos os conteúdos tácitos do orçamento, e que refletem o balanço de direitos sociais e deveres fiscais, mas em uma estrutura pouco transparente de fontes e usos, até hoje carente de clara explicitação e de *accountability*.¹¹⁵

¹¹⁵ Delgado et al. (2008).

Nesse contexto, o Art. 194 da CF define o que o constituinte estabeleceu como sistema de Seguridade Social e seus princípios norteadores, já descritos anteriormente; e o Art. 195 define as fontes de financiamento e os critérios implícitos e explícitos deste financiamento, coerentes com os princípios do Art. 194, de modo que transparecem duas condições orientadoras: a diversidade das bases fiscais do financiamento – folha de salário, faturamento, lucro líquido, entre outros – e o princípio da exclusividade das fontes, ao se elegerem as contribuições sociais e não os impostos como objeto de vinculação à Seguridade. Delgado et al. (2008) observam que o Art. 195 não estabelece limite físico-financeiro às fontes do orçamento da Seguridade mas, tão-somente, o princípio da exclusividade das fontes baseadas em contribuições, o que significa que, na ocorrência de insuficiência de recursos oriundos destas contribuições para atendimento aos direitos sociais explicitamente estabelecidos, cumpriria à União o dever fiscal de realizar transferência de recursos do orçamento fiscal para o orçamento da Seguridade.

Cabe ressaltar que a instituição de uma seção do texto constitucional voltada à Seguridade Social exigiu um grande acordo político realizado entre forças de esquerda e de direita, após trabalhos prévios do Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência Social/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)¹¹⁶ e da proposta elaborada pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.

De acordo com Salvador (2008), o ano de 1988 foi marcado por discussões internas no Congresso e com forte reação conservadora para evitar aprovação das conquistas sociais obtidas nas fases precedentes de elaboração da Constituição. O autor destaca que foi a Comissão de Ordem Social - cujo relator era o senador Almir Gabriel - que, a partir dos pré-projetos das subcomissões, redigiu e aprovou a seguridade social como um conjunto integrado pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, ampliando a proposta da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, que ainda mantinha a política de saúde como área específica e autônoma.¹¹⁷

¹¹⁶ Delgado et al. (2008) destacam que este grupo, composto por especialistas, técnicos do governo e representantes sindicais, havia sido instituído pelo governo Sarney e funcionado durante o ano de 1986. Seu relatório final propunha a integração das políticas de previdência e assistência em um sistema de seguridade social, onde o regime contributivo se articulava a um sistema de acesso universal a certas provisões públicas.

¹¹⁷ Segundo Delgado et al. (2008), no anteprojeto proposto pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, a política de saúde era tratada em uma seção própria onde se acolhia o princípio da saúde como

“O fato de a Seguridade Social ter emergido na nossa história recente como uma ideia mais de cunho técnico, com escassa sustentação política e institucional no Estado e nos partidos políticos, em que pese não constituir uma exceção na experiência internacional, pode ajudar a explicar muitas das vicissitudes e da debilidade institucional que tem experimentado nestas duas décadas de existência. De fato, a conjuntura que se seguiu desvelou a dificuldade de fazer consolidar um campo de política social em contexto no qual os movimentos sociais se mostram largamente indiferentes a ela e muitos dos governos hostis.” (Delgado et al., 2008, p.21)

Apesar das dificuldades que se seguirão após o pacto estabelecido na Constituição de 1988, é importante ressaltar que o fato de a Carta Magna ter adotado definições que combinam os paradigmas universalista (saúde e previdência rural), contributivo (previdência urbana) e seletivo (assistência social) permitiu a formação de um arcabouço legal em que o princípio contributivo passava a dividir espaço com o princípio de universalidade não contributiva.

Por fim, pode-se dizer que as determinações constitucionais orientaram a expansão das políticas incluídas no sistema de Seguridade Social, ainda que pouco tenha se avançado no caminho da institucionalização da Seguridade Social enquanto conceito organizador da proteção social e instrumento de integração das políticas setoriais¹¹⁸, como veremos nas próximas seções.

5.2. A trajetória do Sistema de Seguridade Social pós-CF 88

Como destaca Fagnani (2005), a trajetória de estruturação das bases institucionais e financeiras características do Estado de Bem-Estar Social no Brasil ganhou impulso a partir de meados dos anos 70, no âmago da luta pela redemocratização do Brasil, e desaguou na Constituição de 1988. Entretanto, outro movimento pode ser apontado no sentido contrário:

dever do Estado e sua organização em um Sistema Único de Saúde – ao lado de uma seção intitulada da Seguridade Social.

¹¹⁸ Delgado et al. (2008).

o da desestruturação daquelas bases institucionais e financeiras, observado ao longo da década de 90.

Nesse contexto, o período 1990-2003 é marcado pela implementação de um ciclo de contra reformas liberais, antagônicas ao projeto de reforma progressista, caminhando no rumo da desestruturação do Estado Social recém conquistado.¹¹⁹

Em complemento, Werneck (2004) afirma que:

“No Brasil, a inscrição do termo Seguridade Social na Carta Magna, em 1988, a despeito do sabor de conquista que teve para muitos, não garantiu a efetivação concreta de um sistema de Seguridade Social. Sua realização pressupunha explicitamente uma base expandida de financiamento, composta de impostos pagos de forma direta ou indireta por toda a sociedade – os recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios – e de contribuições específicas. Pressupunha, ademais, ainda que implicitamente, um orçamento próprio e um órgão gestor único. Tudo, cabe assinalar, nos termos da lei.” (p. 3)

Como vimos, a CF 88 previu a criação do Orçamento da Seguridade Social e do Ministério da Seguridade Social, destinados a promover a integração dos recursos e ações das antigas pastas da Saúde, Previdência e Assistência Social. No entanto, o processo de regulamentação da Seguridade Social seguiu caminho diferente: os três ministérios não foram unificados, e o forte desempenho do Orçamento da Seguridade no que se refere à arrecadação gerada pelas contribuições sociais não se refletiu em um crescimento no mesmo ritmo na destinação de recursos às áreas sociais.¹²⁰

Ou seja, também *nos termos da lei*, o governo promoveu, na prática, o desmonte das políticas sociais, como mostra Vianna (2003a):

“Nos anos 90, já num contexto diverso – em que o endurecimento das pressões dos credores externos, a disputa por recursos escassos, a

¹¹⁹ Fagnani (2005).

¹²⁰ IPEA (2010).

desmobilização da sociedade, e uma série de outros fatores, enfraqueceram a coalizão de apoio àquela concepção [de seguridade social] –, a legislação que regulamentou a Seguridade traçou os rumos da separação das três áreas. A Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080, de 1990); as Leis 8.212 e 8.213, de 1991 (do Custeio e dos Planos de Benefícios da Previdência), a LOA, Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742, de 1993), diferentes leis, enfim, vão estabelecer, para cada área, diretrizes específicas. Progressivamente, a segmentação vai se consolidando, através de medidas provisórias, leis complementares, emendas constitucionais etc. Em 1990 foi criado o Instituto Nacional de Seguro (não da Seguridade) Social, o INSS¹²¹. O Ministério da Previdência, após breve desaparecimento entre 90 e 92, voltou ao cenário, retomando sua antiga denominação – MPAS – em 95. Com a extinção do INAMPS, pela Lei 8.689, de 17/07/1993, a assistência médica curativa somou-se às tradicionais atribuições do Ministério da Saúde (prevenção, controle de endemias, higiene pública, etc), que passou a exercer o comando único, no âmbito da União, das políticas destinadas a garantir o acesso universal e igualitário de todos os cidadãos “às ações para promoção, proteção e recuperação” do que a Constituição considera “direito de todos e dever do Estado”: a saúde. E a Assistência Social, depois de percorrer diversas posições institucionais, acabou retornando ao Ministério da Previdência Social. Em 1999, a criação da SEAS (Secretaria de Estado de Assistência Social), como órgão do Governo Federal, vinculado ao MPAS, representou maior autonomia para a área de assistência uma vez que a SEAS ficou com a responsabilidade pela coordenação da política nacional de assistência e pela gerência do Fundo Nacional de Assistência Social. (...) Do ponto de vista administrativo, portanto, a Seguridade não tem mais existência formal.” (VIANNA, 2003a apud Gentil, 2006, p.3).

¹²¹ O SINPAS deixa de existir com as leis orgânicas. Apesar de a formalização final desse processo ter ocorrido apenas em 1999, com a reestruturação do INSS (Decreto 3.081, de 10/06/99), este incorporou desde logo, na prática, os antigos IAPAS e INPS, bem como suas respectivas competências: arrecadar as contribuições e conceder, manter e pagar os benefícios da Previdência Social. (Gentil, 2006)

Outro exemplo de fragmentação das políticas sociais, neste caso, pelo lado do financiamento, é a criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU). Contrariando o objetivo de proteger os recursos da área social, previsto pela CF-88, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994, posteriormente denominado Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e Desvinculação de Receitas da União (DRU), que, sob a alegação de obter maior flexibilidade para a alocação de receitas públicas, passou a destinar 20% das receitas arrecadadas no âmbito das políticas sociais para o atendimento de outras prioridades fiscais, como a geração de superávits primários¹²².

Em resumo, pode-se dizer que os movimentos mais relevantes no processo de fragmentação do sistema de proteção social foram motivados pela disputa política instalada logo após a promulgação da Constituição e que permanece até os dias atuais, opondo dois paradigmas antagônicos, como definido por Fagnani (2008): de um lado, estão os que insistem na defesa da Seguridade como base de um projeto de Estado Social; de outro lado, os que consideram as determinações constitucionais um empecilho ao equilíbrio das contas públicas, por introduzir despesas elevadas, notadamente em razão de o piso previdenciário estar vinculado ao salário mínimo.

Segundo o autor, o debate ainda encontra-se permeado por ideias de que o orçamento da Seguridade Social relaciona-se apenas à garantia dos benefícios previdenciários, como se estivesse referido à lógica de um seguro, com suas típicas regras atuariais, além de permanecerem ignorados elementos operacionais fundamentais, tais como a diferença entre a contribuição para a previdência rural – necessariamente subsidiada por recursos fiscais – e a contribuição para a previdência urbana – de caráter contributivo mais rigoroso.

¹²² Como destaca Gentil (2006), as opções feitas pela política econômica na década de 90 estavam estreitamente vinculadas a um novo cenário de inserção do país na economia mundial que implicou numa mudança de gestão monetária e fiscal da economia nacional: a geração de superávit primário passava a ser vista como o mecanismo através do qual é transmitida confiança ao mercado acerca da situação de solvência do governo. Assim, para atingir esse resultado, houve um grande sacrifício fiscal que combinou uma forte ampliação da carga tributária com a contenção de despesas, especialmente de investimentos públicos e de gastos sociais. E, nesse contexto, os recursos da seguridade são desviados para despesas do orçamento fiscal em proporções superiores aos limites legalmente permitidos pela DRU. De acordo com estudo feito pela autora, entre 1995 e 2005, foram deslocados da seguridade R\$ 267 bilhões, dos quais R\$ 107 bilhões para além do limite permitido pelo mecanismo da DRU.

Mais ainda, a necessidade de reformas no sistema de proteção social brasileiro motivadas pela existência do tão anunciado déficit da previdência foi refutada no trabalho de Gentil (2006), onde a autora demonstra e conclui que:

“(...) o sistema de seguridade social apresenta receitas que têm bases amplas e diversificadas e é financeiramente sustentável, apresentando grande potencial para a expansão de gastos sociais. Não há qualquer sintoma de crise na seguridade social e nem na previdência, à revelia do que é amplamente divulgado pela visão liberal conservadora dominante (...) as reformas não se justificam por motivo de déficit previdenciário e, conseqüentemente, não há necessidade de implantar reformas que impliquem na substituição parcial ou total do sistema público ou em sua aproximação com um sistema de capitalização através de corte de direitos, redução no valor de aposentadorias, maior dificuldade de acesso aos benefícios e elevação da tributação. A direção da reforma deve ser a de levantar fundos suficientes para tornar o sistema mais inclusivo e autosustentável no futuro. (...)” (p.230 – 236)

A organização dos dados pela autora de uma série histórica relativamente longa permitiu concluir que a previdência gerou superávit operacional durante onze dos dezesseis anos analisados. Mais particularmente, no período pós-1999, os resultados foram sempre positivos, com exceção do ano de 2003, o que, portanto, leva a crer que o sistema é financeiramente sustentável com recursos próprios.

Apesar disso, algumas reformas foram implementadas, sobretudo no sistema previdenciário, como veremos na seção a seguir. Nas demais dimensões da Seguridade Social – assistência social e saúde – veremos que, apesar dos avanços do ponto de vista institucional e de gestão, muitos problemas não foram equacionados.

5.2.1. Previdência

No campo da previdência social, rapidamente surgiram propostas encaminhadas pelo governo visando reduzir as responsabilidades do Estado, pois a expansão dos direitos sociais, implantada pela Constituição de 1988, era apontada como capaz de gerar ingovernabilidade fiscal para o país. Falava-se em focalização e não mais universalização, pensamento fortemente influenciado pela privatização recente ocorrida em alguns países da América Latina e pelas prescrições do Banco Mundial, já estudadas anteriormente.¹²³

Segundo Fagnani (2005), já a partir de 1990, durante o governo de Collor de Melo, teve início um longo e contínuo processo de negar os direitos constitucionais, que chamou de contrarreformas, e que se materializou em propostas de reforma da previdência social na revisão constitucional de 1993 do governo seguinte, de Itamar Franco.

As propostas, fortemente influenciadas pelo modelo chileno e as discussões que ocorriam simultaneamente na Argentina, não alcançaram o êxito esperado, mantendo ilesos os direitos conquistados em 1988 nesse primeiro momento.

No período de 1995 a 2002, ao longo do governo de Fernando Henrique Cardoso, a agenda de reforma da previdência volta a ganhar destaque. Segundo Fagnani (2005), neste período, ficou clara a incompatibilidade entre a estratégia macroeconômica do plano de estabilização do governo, o Plano Real, e os rumos da política social que haviam sido desenhados na Constituição de 1988. Para o autor, a desconstrução do precário Estado de Bem-Estar Social que o Brasil conquistara veio acompanhada pela focalização da política de transferência de renda no combate à pobreza e pela redução das possibilidades de implementar um processo de desenvolvimento com inclusão social.

A primeira tentativa de desconstitucionalização da seguridade social foi inicialmente transformada em proposta de emenda constitucional, que alteraria radicalmente o sistema previdenciário – a PEC nº 33, de 1995. Entretanto, após longo tempo de tramitação, a proposta sofreu fortes resistências no Congresso e não foi aprovada.

¹²³ Gentil (2006).

Após diversas medidas provisórias e leis ordinárias, em dezembro de 1998, foi realizada a primeira grande reforma previdenciária do governo de FHC, por meio da aprovação da Emenda Constitucional nº 20 – EC 20/98, que mudou um conjunto de regras do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), dos Regimes Próprios de Previdência Social dos Servidores Públicos (RPPS) e do Regime de Previdência Complementar (RPC). De acordo com Fagnani (2005), a EC 20/98 incorporava um conjunto de Medidas Provisórias, legislações ordinárias e Portarias editadas desde 1994.

Segundo Gentil (2006), as justificativas para a realização dessas alterações no texto constitucional estavam baseadas, mais uma vez, na necessidade de conter os desequilíbrios no sistema e aperfeiçoar a sua gestão. O discurso oficial reiterava, como uma verdade indiscutível, o diagnóstico de inviabilidade financeira do sistema previdenciário, ainda que, ao contrário do que se pôde observar em outros países da América Latina, tenha prevalecido no Brasil a avaliação de que uma estratégia de privatização direta resultaria em custos políticos, sociais e financeiros inafiançáveis naquela época. Consequentemente, a reforma foi arquitetada para dar apenas um tratamento fiscal a uma política social.

No que diz respeito aos funcionários públicos, Fagnani (2005) destaca que:

“No encaminhamento dessa contra reforma, uma das estratégias utilizadas pelo governo para sensibilizar a opinião pública foi mostrar os contrastes entre o RGPS e o RPPS. Nesse estratagema, o trabalhador do “setor público” era apresentado como “privilegiado” ante o trabalhador do “setor privado” (INSS)¹²⁴. Essa postura contribuiu para deformar o debate e dificultar a compreensão do problema. Entretanto,

¹²⁴ No entanto, estudos demonstram a falácia deste argumento: em 2001, 73% dos servidores públicos federais homens e 84% das servidoras públicas federais mulheres recebiam salários mensais de até R\$ 1.500,00; essas proporções eram ainda maiores para os servidores dos governos estaduais (80% e 90,0%) e dos governos municipais (92% e 92%); os casos extremos - funcionários que recebiam salários acima de R\$ 11 mil - representavam apenas 2,5% (homens) e 1,6% (mulheres) do total de servidores do governo federal, 1,4% e 0,4% (governos estaduais), e 0,4% e 0,8% (governos municipais). Além disso, no que se refere ao tratamento específico do servidor público, o Brasil não se diferenciava da experiência internacional e tinha longa tradição nesse caso, considerando as singularidades das funções e da carreira e a importância da construção e manutenção de um quadro estável, qualificado e remunerado, para garantir o bom exercício e a salvaguarda dos interesses do Estado. (Matijascic e Ribeiro, 2003:26 *apud* Fagnani, 2005)

teve funcionalidade para os objetivos pragmáticos a que visava a reforma.” (p.461)

De acordo com Gentil (2006), de forma resumida, podem-se citar as seguintes modificações estabelecidas pela EC 20/98 ao RPPS:

i) Substituição da aposentadoria por tempo de serviço pelo critério de tempo de contribuição.

ii) O funcionário público ingressante no sistema¹²⁵ passaria a ter direito à aposentadoria por invalidez permanente, aposentadoria compulsória aos 70 anos e aposentadoria voluntária.

Segundo Fagnani (2005), a “regra permanente”, válida para quem ingressasse no serviço público a partir de dezembro de 1998, estabelecia idade mínima de 60 anos (homem) e 55 anos (mulher). Para o servidor obter a aposentadoria com proventos integrais, deveria cumprir, de forma cumulativa, os seguintes requisitos: tempo mínimo de cinco anos de efetivo exercício no cargo em que se dará a aposentadoria; tempo mínimo de dez anos de efetivo exercício no serviço público; idade mínima de 65 anos, se homem, e 60 anos, se mulher; tempo de contribuição mínimo de 35 anos, se homem e 30 anos, se mulher.

iii) A aposentadoria especial, com idade e tempo de contribuição reduzidos em cinco anos, será exclusiva de professores da educação infantil e do ensino fundamental e médio.

iv) Para os funcionários públicos ativos, foi estabelecida uma regra de transição, passando a existir uma idade mínima para a aposentadoria (53 anos para os homens e 48 para mulheres) e a necessidade de comprovar 5 anos de exercício no cargo. Fagnani (2005) complementa destacando a importância do tempo de contribuição de 30 anos para homens e 25 anos para mulheres, além do acréscimo de período adicional de contribuição equivalente a 40% do tempo que, na data da publicação da EC 20/98, faltava para atingir 30 ou 25 anos

¹²⁵ Segundo Fagnani (2005), o RPPS passou a contemplar, unicamente, os “servidores titulares de cargo efetivo”, excluindo os demais (servidores não efetivos, temporários, contratados pela CLT etc.).

de contribuição. Nesses casos, o valor da aposentadoria passou a corresponder a 70% do valor integral e, para cada ano adicional de contribuição, eram acrescidos cinco pontos percentuais.

v) Em relação à aposentadoria proporcional, os proventos passaram a ser equivalentes a 60% do valor máximo que o servidor poderia obter, acrescidos de 5% por ano de contribuição superior à idade mínima para a aposentadoria, até o limite de 100%.

vi) O recebimento de mais de uma aposentadoria no RPPS foi vedado.

vii) O tratamento diferenciado conferido aos congressistas, magistrados e professores universitários foi eliminado, mantendo-se esquemas específicos apenas para professores do nível primário e secundário e para os militares. Houve aumento na taxa de contribuição para a previdência tanto para os militares da ativa quanto da reserva, de 1,6% para 7,5% ao final de 2001. Foi instituída, ainda, uma contribuição adicional de 1,5% para financiar as pensões vitalícias das filhas solteiras (Pinheiro, 2004 *apud* Gentil, 2006).

viii) Fixou-se limite máximo de benefícios para o RPPS semelhante ao teto do RGPS, desde que instituído regime de previdência complementar para os servidores.

Segundo Fagnani (2005), outra etapa fundamental da reforma era justamente a regulamentação do Regime de Previdência Complementar (RPC), tendo sido encaminhados ao Congresso Nacional, já em 1999, três Projetos de Lei Complementar visando à regulamentação ordinária da EC 20/98 no tocante ao RPC. Dois desses Projetos de Lei Complementar foram sancionados em março de 2001 e originaram as Leis Complementares n. 108 e n. 109, que, de forma geral, regulamentavam a gestão das Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC), de direito privado, que atuariam de forma “complementar” aos RGPS e RPPS. De acordo com o autor, a justificativa oficial era a de que a previdência complementar seria uma “opção voluntária” aos trabalhadores dos setores público e privado que objetivassem auferir aposentadorias e pensões acima do teto estabelecido nos dois regimes. Outra justificativa afirmava tratar-se de “instrumento essencial” para a formação de poupança de longo prazo no Brasil, necessária para o financiamento dos investimentos. É como se em lugar de se responsabilizar pela suavização

do consumo no período de inatividade por velhice, o sistema previdenciário tivesse que assumir como seu o desenvolvimento do mercado de capitais, para suprir uma falha grave no financiamento ao setor privado que é a falta de crédito de longo prazo (Lavinias, 2011).

No que diz respeito ao RGPS, a principal mudança resultante da EC 20/1998 foi a desconstitucionalização da fórmula de cálculo das aposentadorias. O objetivo dessa estratégia era criar, posteriormente, mecanismos que aumentassem a vinculação entre as contribuições e os benefícios, o que veio a ocorrer em 1999, com a Lei n° 9.876.

O critério anterior, estabelecido na CF 88, previa que o benefício fosse calculado pela média dos últimos 36 salários de contribuição, o que, segundo críticos¹²⁶, induzia a uma subdeclaração de renda, pois nos (n-36) meses anteriores à aposentadoria não havia nenhum incentivo a declarar a renda verdadeira e pagar as contribuições sobre ela incidentes, já que o valor da aposentadoria não iria depender dessas contribuições. A nova regra de cálculo aumentou o período básico para o cálculo, passando a corresponder aos 80% melhores salários de contribuição desde julho de 1994.

A Lei n. 9.876/99 estabeleceu, portanto, a nova regra de cálculo dos benefícios do RGPS e, a partir da lógica atuarial, introduziu o fator previdenciário. Preservando os direitos adquiridos daqueles que já se encontravam na inatividade, as novas aposentadorias passaram a ser calculadas em função da multiplicação de dois componentes:

- o salário de contribuição calculado, como já mencionado, considerando a média dos 80% maiores salários a partir de julho de 1994 até o momento da aposentadoria e não mais a média dos últimos 36 salários; e

- o fator previdenciário aplicado sobre o salário de contribuição, que será tanto menor (maior) quanto menor (maior) o tempo de contribuição e a idade de aposentadoria e é calculado a partir de uma fórmula matemática baseada nesses dois parâmetros (tempo de contribuição e idade) e na expectativa de sobrevida do indivíduo. A expectativa de sobrevida é atualizada anualmente pelo IBGE.

¹²⁶ Giambiagi, Fábio (2004:3) *apud* Gentil (2006).

Com a introdução do “fator previdenciário” deve-se aplicar a seguinte fórmula para o cálculo da aposentadoria:

$$S_b = M * f$$

Onde:

S_b = Salário Benefício, é o valor da aposentadoria.

M = média dos 80% maiores salários de contribuição do segurado durante todo o seu tempo de contribuição, desde julho de 1994, e corrigidos monetariamente.

f = fator previdenciário

$$f = [(T_c * a) / E_s * \{1 + [(I_d + T_c * a) / 100]\}]$$

Onde:

F = fator previdenciário; T_c = tempo de contribuição até o momento da aposentadoria; a = alíquota; E_s = expectativa de sobrevida no momento da aposentadoria, conforme a tabela do IBGE em vigor; I_d = idade do segurado no momento da aposentadoria.

Nota-se que, quanto maior o tempo de contribuição e a idade de aposentadoria, maior será o benefício obtido.

Segundo Salvador (2008), a adoção do fator previdenciário no Brasil como elemento central no cálculo do valor das aposentadorias revela o viés ideológico da opção dos “reformadores” de nossa previdência social, ao conceber a concessão de benefícios como escolha individual, em que cada segurado, respeitando os padrões mínimos, buscará maximizar intertemporalmente sua renda de acordo com sua curva de preferência.¹²⁷ Trata-se de uma visão tipicamente neoliberal, inspirada em modelos econômicos neoclássicos, cujas características são a concepção a-histórica e a negação de qualquer relação social, na qual o que importa é o indivíduo (consumidor) e a maximização de suas preferências. No caso da previdência social, a situação se revela ao tratar a previdência como uma questão de seguro nos moldes do modelo privado e, portanto, individual. Para o autor, oficialmente, o

¹²⁷ PINHEIRO e VIEIRA, 1999, p. 57 *apud* Salvador, 2008.

regime financeiro da previdência social permanece como repartição simples, mas, na prática, ocorre a adoção gradual do modelo de capitalização.

Como consequência da reforma, houve uma redução drástica na concessão das aposentadorias por tempo de contribuição. Elas representavam 20,4% dos benefícios previdenciários concedidos no RGPS e 49,3% das aposentadorias da previdência social em 1997; reduziram-se para 4,7% e 27,4%, respectivamente, em 2007. Isso significou que enquanto a concessão de novas aposentadorias por idade teve um crescimento de 74%, no período de 1997 a 2007, as aposentadorias por tempo de contribuição concedidas no período encolheram 40,9%.¹²⁸

De acordo com Gentil (2006), após a implementação da EC 20/98, houve aprovação de diversas leis complementares e ordinárias e a conversão em lei de outras medidas provisórias editadas entre 1998 e 2000, formando um novo arcabouço jurídico-institucional de organização do sistema previdenciário brasileiro¹²⁹.

No entanto, segundo Pasinato et al. (2008), mesmo após a EC 20/98 e as demais legislações, permaneciam presentes na agenda dos gestores públicos os potenciais desequilíbrios do sistema previdenciário e seus gastos continuavam em escala ascendente. Dessa forma, em 2003, no início do governo de Luís Inácio Lula da Silva, é aprovada nova Emenda Constitucional nº 41. Conforme a exposição de motivos encaminhada ao Congresso Nacional no momento de tramitação da proposta, o objetivo da reforma residia na necessidade de construção de um sistema previdenciário mais equânime, tendo como princípios norteadores a isonomia entre o RGPS e o RPPS.

¹²⁸ Salvador (2008).

¹²⁹ Ainda que a EC 20/98 e a Lei 9.876/99 representem dois marcos importantes na reforma do sistema previdenciário brasileiro, outros dispositivos legais foram aprovados entre 1998 e 2002, tais como: Leis nº 9.703/98, nº 9.711/98 e nº 9.732/98, que institui mecanismos de aprimoramento da arrecadação e recuperação de créditos; Lei nº 9.719/98, que define regras gerais para a previdência dos servidores públicos; Lei nº 9.796/99, que regulamenta as compensações financeiras entre regimes de previdência; Lei nº 9.876/99, que modifica a regra de cálculo dos benefícios do RGPS e cria incentivos à filiação de novos segurados; Lei nº 9.962/00, que regulamenta a contratação de empregados públicos, filiados ao Regime Geral, pelos governos; Lei nº 9.983/00, que tipifica os crimes contra a Previdência Social; Lei Complementar nº 101/01, que trata da responsabilidade fiscal em relação aos regimes previdenciários; Leis Complementares 08 e 09 de 2001, que regulamentam o regime de previdência complementar; Lei nº 10.056/01, que regulamenta as contribuições do setor rural; Medida Provisória nº 2.131/00, que trata da contribuição previdenciária dos militares e Medida Provisória nº 2.023/00, de renegociação de dívidas dos estados e municípios com o INSS (Pinheiro, 2004, p. 266 *apud* Gentil, 2006).

De forma resumida, pode-se afirmar que a EC 41 compreendeu alterações pontuais nos critérios de elegibilidade e nas fórmulas de cálculo do valor dos benefícios dos servidores públicos, passando à margem do objetivo de isonomia e eliminação das diferenças e privilégios entre os regimes. (Pasinato et al., 2008)

Como principais mudanças, pode-se destacar:

i) No caso dos novos servidores, o cálculo da aposentadoria considera a média das contribuições previdenciárias realizadas durante o período trabalhado; foi imposto um limite máximo para o valor dos benefícios, tornando-o igual ao do regime geral dos trabalhadores (RGPS) da iniciativa privada (R\$ 2.400,00 à época), e a opção de complementar os proventos por meio de filiação a fundos de previdência complementar. Foi acordado que o teto limite de R\$ 2.400,00 (hoje, dezembro de 2011, equivalente a R\$ 3.416,54) só entraria em vigor quando fossem criados os regimes complementares. Além disso, o sistema de previdência complementar deveria funcionar no formato de sistema de capitalização individual, sob as regras já existentes, como uma entidade fechada, capaz de oferecer a seus participantes planos de contribuição definida e tenha natureza pública e instituição voluntária. Estas entidades passariam a fazer parte da estrutura administrativa da União, dos estados e dos municípios e a contribuição patronal do ente federado deveria ser, no máximo, equivalente à do servidor.

Mais ainda, para os futuros servidores, aplicava-se a regra da idade para aposentadoria, de 60 anos para os homens e 55 para as mulheres, com redução de 5% no valor do benefício no caso de antecipação de aposentadoria.

ii) Para os servidores públicos ativos, ainda poderia ser obtida aposentadoria integral desde que acumulassem os seguintes requisitos: idade de 60 anos e 35 anos para homem e 55 anos e 30 anos para mulher, respectivamente; 35 anos e 30 anos de contribuição para homem e mulher, respectivamente; tenha 20 anos de serviço público, 10 anos de carreira e 5 anos no cargo. Além disso, mantinha-se a possibilidade de aposentadoria com a idade de 53 anos e 35 anos de contribuição (mais pedágio de 20% sobre o tempo que faltava naquela data para completar o tempo de contribuição), se homem, e aos 48 anos de idade e 30 anos de contribuição (mais pedágio), se mulher. Permanecia, também, a aplicação de um redutor de

5% por ano antecipado em relação à idade de referência - 60 anos, homens, e 55 anos, mulheres.

iii) No caso dos servidores inativos e pensionistas, houve a instituição da contribuição, ainda que a EC preservasse os direitos adquiridos dos atuais inativos e pensionistas, sem a imposição de recálculo aos valores dos benefícios de aposentadoria e pensão.

iv) Criação de tetos para as aposentadorias do serviço público, com base na remuneração do Ministro do Supremo Tribunal Federal, no caso da União; do Prefeito, para municípios; do Governador, para o Executivo de Estados e Distrito Federal, além da remuneração dos Deputados, no Legislativo e 90,25% da remuneração mensal dos Ministros do STF, no Judiciário.

Em relação ao setor privado, as implicações da EC 41 foram o aumento do teto de contribuição do RGPS, de modo a realinhá-lo ao patamar de dez salários mínimos e a previsão de criação do Sistema Especial de Inclusão Previdenciária, voltado para os trabalhadores de baixa renda “garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário mínimo, exceto aposentadoria por tempo de contribuição” (BRASIL, 2003, Art. 201, § 12).

Em paralelo à tramitação da PEC 40, que resultou na aprovação da EC 41, tramitou, também, no Congresso Nacional outra proposta de ajuste previdenciário que resultou na aprovação, em 2005, da EC 47.

A Emenda Constitucional 47/2005, além de promover o relaxamento de algumas regras recém-estabelecidas pela EC 41 no que tange aos servidores públicos, devolvendo a paridade aos reajustes e permitindo a redução dos limites de idade para aposentadoria, ampliou, no RGPS, a previsão de cobertura do contingente com inserção precária no mercado de trabalho por meio da inclusão daqueles “sem renda própria que se dediquem exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencentes a famílias de baixa renda, garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário-mínimo” (BRASIL, 2005, Art. 201, § 12), com “alíquotas e carências inferiores às vigentes

para os demais segurados do regime geral de previdência social” (op. cit., Art. 201, § 13). Estes novos direitos foram regulamentados com a aprovação da Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006, que alterou também alguns aspectos do Estatuto das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte – Lei 9.841, de 5 de outubro de 1999 e Decreto 3.474, de 19 de maio de 2000.

5.2.2. Saúde

Como destacam Piola et al.(2008), a CF 88 estabeleceu os seguintes balizamentos acerca das políticas públicas concernentes à saúde:

- Declara a saúde integrante da Seguridade Social, junto com a Previdência e a Assistência Social (Art. 193).
- Determina a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196).
- Define o caráter de relevância pública de ações e serviços de saúde (Art. 197), com o que ficam justificadas sua regulamentação e fiscalização pelo poder público, especialmente pelo Ministério Público (MP).
- Declara a saúde livre à iniciativa privada (Art. 199).
- Define a forma de organização, os princípios, o financiamento e as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) e o caráter complementar da participação do setor privado (Arts. 198, 199 e 200).

Segundo Fagnani (2005), ao contrário do que ocorreu na previdência social, nos setores da saúde e assistência social houve, de fato, uma progressiva reestruturação dos mecanismos institucionais e de gestão dessas políticas nacionais, sobretudo a partir de 1993, quando nota-se uma inflexão positiva na postura do governo federal, que amplia seu papel na condução e coordenação em plano nacional. Pressionados por setores organizados do Movimento Sanitário e dos defensores da Lei Orgânica da Assistência Social, o Executivo e o Congresso Nacional adotaram medidas para redirecionar as políticas de saúde e de assistência social a partir de 1993, para que se reaproximassem dos princípios

acima descritos, estabelecidos pela CF 88, desfigurados durante a gestão Collor. A partir de 1995, esses impulsos e pressões também foram acolhidos pelo governo FHC.

Entretanto, o autor destaca um paradoxo que marca o período entre 1993 a 2002: os impulsos positivos foram sistematicamente minados pela política macroeconômica. O forte estreitamento das bases de financiamento do setor público neste momento enfraqueceu a capacidade financeira dos estados, municípios e governo federal, colocando em risco os avanços institucionais obtidos.

Dentre os esforços que se verificam no setor da saúde destacam-se as medidas visando a consolidação do Sistema Único da Saúde (SUS). Para Fagnani (2005), uma medida de grande alcance para resgatar e consolidar o SUS foi a extinção do INAMPS, pela Lei n. 8.689/93 sancionada na Gestão Itamar Franco, em meados de 1993¹³⁰.

Pode-se dizer que a organização descentralizada de ações e serviços de saúde foi um dos primeiros desafios do SUS. Alguns instrumentos, particularmente as normas operacionais básicas (NOB)¹³¹, foram fundamentais para o processo de descentralização com sucessivos ajustes na definição de papéis e responsabilidades das três instâncias de governo.

A partir da NOB nº 1/93 houve um favorecimento da relação direta entre os níveis federal e municipal, que marcou o avanço da municipalização, além de um maior envolvimento dos secretários municipais no direcionamento da política de saúde. Para Fagnani (2005), a NOB n.1/93 inovou, ao introduzir mecanismos de negociação que foram seguidos nas regulamentações posteriores.¹³² Como instâncias de negociação, foram instituídas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada por gestores do SUS dos três níveis de governo, e as Comissões Bipartites, compostas, em cada estado, de representantes da Secretaria Estadual e das Secretarias Municipais de Saúde. Outros atores

¹³⁰ O INAMPS, considerado pelo autor um símbolo da política de saúde privatista do regime militar e antítese do SUS, havia sido revitalizado pelo governo Collor.

¹³¹ As normas operacionais foram instrumentos normativos instituídos por portaria ministerial com o objetivo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o SUS.

¹³² Para o autor, desde então as Normas Operacionais Básicas resultaram de processo de discussão e de pactos entre as três esferas de governo.

importantes foram o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em 1996, no governo FHC, o Ministério da Saúde instituiu a NOB nº 1/96 que intensificou o processo de descentralização iniciado em 1993. A NOB nº 1/96 instituiu duas modalidades de gestão para os estados (“gestão avançada” e “gestão plena do sistema estadual de saúde”) e para os municípios (“gestão plena da atenção básica” e “gestão plena do sistema municipal de saúde”).

Os municípios habilitados no primeiro estágio recebiam apenas os recursos relativos ao financiamento da atenção básica, de forma regular e automática, enquanto os procedimentos mais complexos - ambulatoriais e hospitalares - eram remunerados por produção. Já os municípios em gestão plena do sistema recebiam também os valores relativos aos procedimentos de alta e média complexidades.

A NOB nº 1/96 gerou um acréscimo imediato nas habilitações¹³³: até meados de 1998, 4.554 municípios brasileiros haviam sido habilitados, sendo que a maior parte (4.122) na condição de “gestão plena de atenção básica” e 432 na “gestão plena do sistema de saúde”. Dessa forma, no primeiro semestre de 1998, mais de 80% dos municípios brasileiros exerciam “o comando de seus serviços de saúde, principalmente os de atenção primária” (Piola, 1998 *apud* Fagnani, 2005).

A partir de 1995, avanços importantes ocorridos no SUS foram a incorporação de novos programas, operados pelos municípios habilitados, que reforçam as ações de caráter preventivo, com destaque para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), além da instituição do Piso de Atenção Básica

¹³³ Para Piola et al. (2009), a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em outubro de 1996, com recomposição do volume de recursos federais para a saúde nos anos que se seguiram, contribuiu para a aceleração do processo de descentralização, uma vez que deu maior confiança aos estados e municípios de que não viriam a arcar somente com novas responsabilidades, sem o aumento das transferências federais. Por outro lado, a possibilidade de ser gestor apenas da atenção básica, permitiu que um maior número de municípios, principalmente os de menores recursos, assumisse a responsabilidade pela gestão desse nível de atendimento.

(PAB)¹³⁴ que assegura a transferência de forma regular e automática de recursos aos municípios que aderirem às formas de gestão previstas na NOB nº 1/96.

Segundo Piola et al (2009), o PSF pode ser considerado um dos esforços que mais contribuiu para reorientar o modelo assistencial: estimulados por incentivos financeiros, diversos municípios aderiram à proposta e o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) aumentou substancialmente. Enquanto em dezembro de 1998, havia 3.062 ESFs implantadas, oferecendo cobertura a 6,6% da população, em 2009, o número de equipes alcançou 30.328 e o percentual da população brasileira coberta atingiu 50,7%, ou 96,1 milhões de pessoas, com atendimento em 5.251 municípios¹³⁵.

Mais tarde, foram instituídas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e de 2002, que mantinham os mecanismos de alocação de recursos, mas mudavam os critérios para habilitação dos municípios, vinculando-os à estruturação das microrregiões de saúde em que estivessem inseridas, a partir da exigência de um Plano de Desenvolvimento Regional, sendo obrigatória a colaboração e pactuação de todos os gestores municipais numa espécie de ‘solidariedade forçada’. Como no caso das normas que as antecederam, muitas das determinações das NOAS não foram implantadas, mas a maioria dos conceitos e instrumentos propostos para organização do sistema de saúde vem sendo consolidada por meio de outros instrumentos e iniciativas.¹³⁶

Do ponto de vista do financiamento, a área da saúde sofreu perda progressiva de receita e foi financiada na primeira metade da década de 1990 por meio de medidas para recomposição parcial de seu orçamento, como empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), como fonte de recurso “vinculado” ao SUS.

Uma nova tentativa para aportar recursos ao SUS foi impulsionada em 2000, durante a gestão de José Serra no Ministério da Saúde, com a Emenda Constitucional nº

¹³⁴ Portaria nº 1.882 de 22/12/1997.

¹³⁵ Ministério da Saúde, <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.

¹³⁶ Para mais informações, ver Piola et al (2009).

29/2000, que vinculou recursos das três esferas de governo à Saúde,¹³⁷ e permitiu que o sistema começasse a experimentar maior estabilidade no financiamento e acréscimo no volume. Entretanto, a regulamentação da EC 29 mediante lei complementar ainda se encontra em tramitação no Congresso Nacional com oposição, sobretudo, da área econômica do governo.

Como demonstra Fagnani (2005), a vinculação de receitas ao setor da Saúde era uma das bandeiras do projeto reformista que desaguou na Constituição de 1988. Nesse contexto, os constituintes procuraram assegurar ao setor um montante mais estável de recursos, ao determinarem no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (art. 35) que, até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), 30%, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seria destinado ao setor de saúde. Entretanto, isso não foi condição suficiente para assegurar que a saúde fosse contemplada com os percentuais previstos.

Segundo Piola et al. (2009), apesar das dificuldades, os esforços de implantação do SUS, relatados acima, apresentaram resultados positivos para a população como, por exemplo, a expansão da rede assistencial, tanto em termos de estabelecimentos quanto de recursos humanos, com resultados de ampliação do acesso e da cobertura dos serviços de saúde. Além disso, notam-se mudanças em indicadores de resultados, como a redução da mortalidade infantil e o controle de doenças.

Um exemplo da melhoria no acesso aos serviços são os dados relacionados à atenção pré-natal, levantados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada, respectivamente, em 1996 e 2006. Nesse último ano, 99% das mulheres brasileiras tiveram acesso ao pré-natal, contra 86% em 1996. No meio rural, o índice subiu de 68% para 96%. Em 1996, 32% das gestantes residentes em áreas rurais nunca haviam realizado uma consulta pré-natal. Em 2006, este percentual diminuiu para 3,6%, como

¹³⁷ Pela EC 29/2000, os estados devem destinar 12%, e os municípios, 15% de suas receitas próprias para financiar ações e serviços públicos de saúde. A União deveria destinar, no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%; nos anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB). Mas não funciona e a questão agora voltou à baila.

mostra a tabela 21. A melhoria no acesso, em áreas rurais, deve ser, em grande parte, resultante da ampla inclusão promovida pelo SUS.¹³⁸

Tabela 21 - Cobertura – gestação e parto – mulheres de 15 a 49 anos – 1996 e 2006
(Em %)

Item/situação domicílio	1996	2006
Nunca fez consulta pré-natal (rural)	31,9	3,6
Nunca fez consulta pré-natal (urbano)	8,6	0,8
1ª consulta nos três primeiros meses de gestação	66	82,5
Médico presente na hora do parto (rural)	57,7	82,6

Fonte: IBGE. PNDS – 1996 e 2006 *apud* Piola et al., 2009.

As consultas médicas asseguradas pelo SUS também cresceram e alcançaram níveis muito próximos entre as regiões. Enquanto o sistema público, em 1987, concentrava sua oferta nas regiões Sudeste e Sul, oferecendo nas regiões Norte e Nordeste menos que a metade do número de consultas registradas nas outras regiões, em 2005, em todas as regiões, o SUS oferecia, em média, um número superior a duas consultas médicas por habitante. (tabela 22).

¹³⁸ Piola et al., 2008.

**Tabela 22 - Concentração de consultas e hospitalizações pelo sistema público –
1987, 1995, 2000, 2005**

Região	Hospitalizações SUS (egressos)				Consultas			
	Por 100 habitantes				Por habitante			
	1987 ¹	1995	2000	2005	1987 ¹	1995	2000	2005
Brasil	8,1	8,1	7	6,2	1,67	2,2	2,3	2,5
Norte	5,5	6,8	7,2	6,6	0,88	1,3	1,5	2
Nordeste	6,2	8,2	7,6	6,4	1,09	1,9	2,1	2,2
Sudeste	8,8	7,2	6,2	5,6	2,21	2,6	2,7	2,9
Sul	10,9	8,2	7,9	6,8	1,76	2,1	2,2	2,3
Centro-Oeste	8,1	7,06	7,71	7,22	1,23	2,25	2,08	2,42

Nota: 1. Produção de hospitalizações e consultas por unidades próprias, contratadas e conveniadas ao INAMPS. Fonte: Banco Mundial (1995) e Ripsa (2008a) apud Piola et al., 2009.

As ações de prevenção também foram expandidas: a cobertura vacinal alcançou níveis elevados em todos os estados do país. Além de ampliar o rol dos imunobiológicos oferecidos à população em 26 mil postos de rotina de vacinação, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) implantou a vacinação de adultos, mulheres em idade fértil e idosos a partir de 60 anos¹³⁹. Em 1995, apenas seis estados alcançavam cobertura superior a 90% para a vacina difteria, coqueluche e tétano (DPT), e em seis destes, a cobertura era inferior a 60%. Em 2003 a DPT foi substituída pela tetravalente e sua cobertura foi superior a 90% em 25 das 27 UFs, das quais as duas restantes apresentaram índices de cobertura superiores a 80%.¹⁴⁰

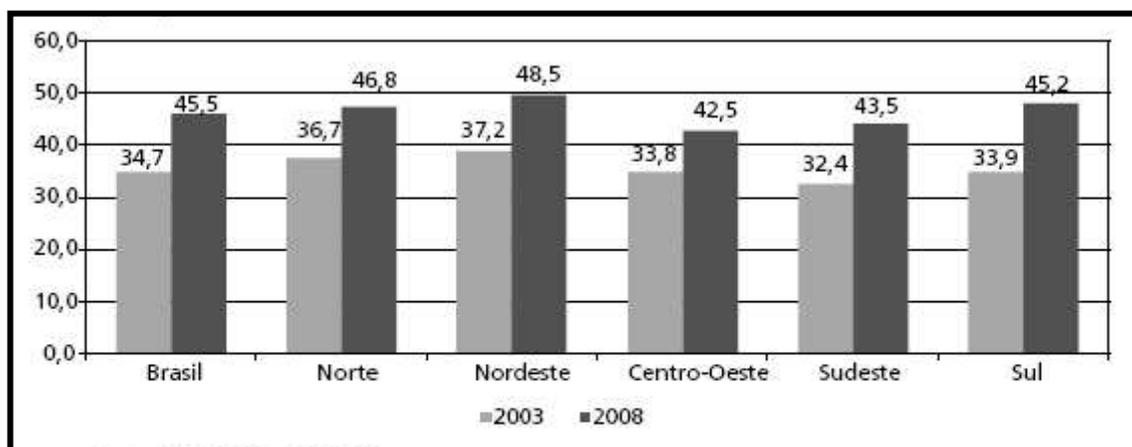
Em relação ao acesso a medicamentos, aumentou a distribuição de medicamentos estratégicos, categoria na qual incluem-se aqueles utilizados para tratamento das DSTs e do

¹³⁹ Os idosos são imunizados contra gripe, tétano e difteria em todos os postos do país.

¹⁴⁰ Piola et al., 2008.

HIV/AIDS. Em relação a esta última doença, são realizados gastos anuais de mais de R\$ 600 milhões com medicamentos para mais de 190 mil pessoas.¹⁴¹

Gráfico 12 - Pessoas que receberam medicamentos gratuitamente – Brasil e macrorregiões – 2003 e 2008 (Em %)



Fonte: PNADs 2003 e 2008/IBGE *apud* Piola et al., 2009.

Por fim, a PNDS registra, no período 1996-2006, uma queda de 44% na mortalidade infantil, no Brasil: o índice diminuiu de 39 por mil nascidos vivos para 22 por mil nascidos vivos. De acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), mais da metade destas mortes, 11,5 por mil, ocorre no período neonatal precoce, até seis dias após o nascimento¹⁴².

Todavia, apesar dos avanços, há ainda muitos problemas na saúde pública brasileira. Um deles, como já vimos, consiste na busca por uma solução para o financiamento. O subfinanciamento restringe a atuação do sistema público, sua capacidade de oferta e

¹⁴¹O sucesso da estratégia de enfrentamento da doença, que combinou medidas de caráter educativo, terapêutico e econômico – a distribuição gratuita de antirretrovirais, o licenciamento compulsório e a internalização da produção de antirretrovirais –, trouxe, inclusive, reconhecimento internacional ao Brasil. (Piola et al., 2008.)

¹⁴²Piola et al. (2008) destacam, entretanto, que a taxa de 22 por mil, em 2006, está próxima à da Inglaterra (21,8 por mil) no início dos anos 1960, quando Holanda e Suécia já tinham alcançado uma taxa de mortalidade infantil em torno de 16 por mil. Além disso, taxas menores de 10 por mil são comuns hoje em países ricos, embora já sejam encontradas em países da América Latina e do Caribe como Cuba, Chile e Costa Rica.

organização de uma rede resolutiva. O resultado deste quadro é o ônus para as famílias, que precisam destinar parte importante do orçamento familiar a despesas com saúde.¹⁴³ Por isso, apesar de dispor de um sistema de saúde público e gratuito, universal, o gasto privado com saúde no Brasil como proporção do PIB alcançou 5% em 2010, contra 3,5% que é público. No total de uma proporção de 8,5% do PIB gasto com saúde, a maioria é de origem privada.

Além disso, em uma comparação internacional, nota-se que, no Brasil, os valores alocados pelas três esferas de governo ao sistema de saúde corresponderam a 44,1% do gasto total com saúde do país em 2006, percentual próximo ao apresentado pelos Estados Unidos, onde o sistema público destina-se à parcela reduzida da população. Em 2005, o gasto público nos países com sistemas universais correspondia a percentuais muito superiores do gasto total: Canadá (70,3%), Itália (76,6%) Reino Unido (87,1%), França (79,9%) e Portugal (72,3%) (WHO, 2008b). O gasto público per capita no Brasil era, em 2005, 333 dólares. Este valor corresponde a menos que a metade do valor per capita do gasto público da Argentina (US\$ 672,00), a 23% do de Portugal (US\$ 1.472,00), a 15% do gasto da Inglaterra (US\$ 2.261,00), a 14% do alocado pelo Canadá (US\$ 2.402,00) e a 12% do dos EUA (US\$ 2.862,00) nesse ano.¹⁴⁴

Por fim, pode-se dizer que, apesar de a CF/88 ter criado o SUS e o dotado de características socialmente progressistas: acesso universal, atendimento igualitário e integral, ao mesmo tempo a assistência à saúde foi declarada “livre à iniciativa privada” (CF/88, Art. 199, caput), propiciando que os planos e seguros de saúde, que já se encontravam bem consolidados no fim da década de 1980, tivessem uma expansão progressiva, inclusive contando com estímulos do Estado. Dessa forma, hoje, o sistema de

¹⁴³ O gasto familiar com assistência à saúde consome, em média, 5,3% da renda das famílias. Entre os mais pobres, chega a consumir 7,1% da renda, enquanto consome 4,5% da renda dos mais ricos. Nas famílias de menor renda, o gasto com medicamentos representa quase 80% das despesas com assistência à saúde, e o pagamento de planos e seguros de saúde representa 5% destes dispêndios. No decil de maior renda, a situação é invertida: pagamentos de planos de saúde representam 40% do gasto com saúde, e os medicamentos correspondem a 27% do dispêndio total com assistência à saúde (Menezes et al., 2007 *apud* Piola et al., 2008).

¹⁴⁴ Piola et al. (2008)

saúde do Brasil apresenta-se como pluralista em termos institucionais,¹⁴⁵ de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Tal pluralidade se expressa nas vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: i) o SUS, de acesso universal,¹⁴⁶ gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições); ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ ou dos empregadores; iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; e iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2005)¹⁴⁷.

5.2.3. Assistência Social

Segundo Jaccoud et al. (2009), quando, em 1988, a Constituição Federal instituiu a Assistência Social como parte da Seguridade Social, foi iniciado um período de mudanças estruturantes nesta política:

“Reconhecendo a Assistência Social como política pública, garantindo o direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, bem como o direito a uma renda de solidariedade por parte de idosos e pessoas com deficiência em situação de extrema pobreza, o novo texto constitucional abriu uma nova fase de desenvolvimento desta política, consolidada por normatização posterior, cujos principais marcos foram a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica (NOB) que regulamentou o Sistema Único de Assistência Social (Suas).”(p. 176)

¹⁴⁵ Sua estrutura é composta tanto por entes públicos – federais, estaduais e municipais – quanto privados – com e sem fins lucrativos.

¹⁴⁶ Ainda que mais de 90% da população seja usuária de algum serviço do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público. A maioria dos brasileiros (61,5%) utiliza o SUS e outras modalidades – plano de saúde ou pagamento direto. Os não usuários do SUS, por outro lado, são apenas 8,7% (CONASS, 2003).

¹⁴⁷ IPEA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise nº 19.

As mudanças apontadas pelo texto constitucional foram implementadas a partir da promulgação da LOAS (Lei nº 8.742), aprovada em 1993, momento em que a conjuntura política se reorganizava e passava a estruturar um plano nacional, como já mencionado anteriormente.

Diante disso, na LOAS, encontra-se detalhado o formato da política descentralizada, reafirmando as diferentes responsabilidades das três esferas de governo¹⁴⁸ e diferenciando a ação dos órgãos gestores, das instâncias deliberativas de natureza colegiada e das entidades privadas¹⁴⁹. Além disso, institui o comando único da política por esfera de governo, assim como os instrumentos de planejamento, gestão, financiamento e controle social, inclusive determinando a criação de fundos específicos para centralizar os recursos disponíveis para execução da política em cada esfera.

Ainda na perspectiva apontada pela LOAS, a partir de 1995, no âmbito do governo FHC, outros passos importantes foram dados no que se refere ao processo de planejamento das bases do novo modelo de gestão da assistência social, dentre os quais se destacam a regulamentação do Fundo Nacional da Assistência Social (FNAS) e a formulação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

O FNAS, regulamentado pelo Decreto nº 1.605 de 25/8/1995, tinha como principais fontes de financiamento as dotações orçamentárias da União; parcela da arrecadação da Cofins e da CSLL; e os recursos do FAS (provenientes dos concursos de prognósticos,

¹⁴⁸ Segundo a Loas, cabe ao governo federal, além da coordenação e da definição das normas gerais da política, responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada definidos no Art. 203 da CF/88; apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito nacional; e atender, em conjunto com as demais esferas, às ações emergenciais. Aos estados e ao DF foram indicadas as responsabilidades destinadas a apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito regional ou local; estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e os consórcios municipais na prestação de serviços de Assistência Social; e prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma ação regional desconcentrada de serviços. Aos municípios, cabe executar os projetos de enfrentamento da pobreza, atender às ações assistenciais de caráter de emergência e prestar os serviços assistenciais. (Jaccoud et al.,2008)

¹⁴⁹ São consideradas entidades e organizações de Assistência Social aquelas que prestarem, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos pela LOAS, bem como as que atuam na defesa e na garantia de seus direitos. De acordo com a lei, suas ações devem observar as normas expedidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e seu funcionamento depende de prévia inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS). (Jaccoud et al.,2008)

sorteios e loterias). Seus recursos seriam destinados, sobretudo, ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), descrito mais à frente.

Também em 1995, são iniciados os debates acerca dos conteúdos e princípios norteadores da Política Nacional de Assistência Social. Entretanto, segundo Jaccoud et al (2009), a Assistência Social ainda era vista como campo pouco específico no texto da política, que apontava, como a primeira de suas diretrizes a “articulação com outras políticas sociais e macroeconômicas – e a responsabilidade pública nuançava-se diante do destaque dado à participação da sociedade civil”. Para a autora, somente em 2004 o país dotou-se de efetivo marco para implementação do novo modelo de Assistência Social no Brasil, a ser estruturado por meio do SUAs.

O processo de regulamentação do SUAs, por sua vez, foi aprofundado em 2005, com a aprovação de nova Norma Operacional Básica, a chamada NOB/Suas. Para Jaccoud et al (2009), este documento firmou o pacto federativo desenhado pelas LOAS e PNAS por meio do detalhamento das responsabilidades de cada ente federado diante da gestão e do financiamento, além de consolidar a integração da rede de serviços.¹⁵⁰

Assim, a LOAS estabeleceu as bases para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, regulamentado em 1995 pelo Decreto n. 1.744 de 11/12/1995¹⁵¹.

De caráter não contributivo, o BPC consiste na garantia de pagamento de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não ter meios para prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Para ter direito ao benefício, o idoso deveria ter 70 anos ou mais e não exercer atividade remunerada. A partir de 1998, a idade mínima para o benefício baixou para 67 anos e no ano 2000 para 65 anos (art. 38, LOAS).

Para efeitos desse benefício, é considerada pessoa portadora de deficiência aquela sem condições para a vida independente e para o trabalho. Foi definido pelo decreto como

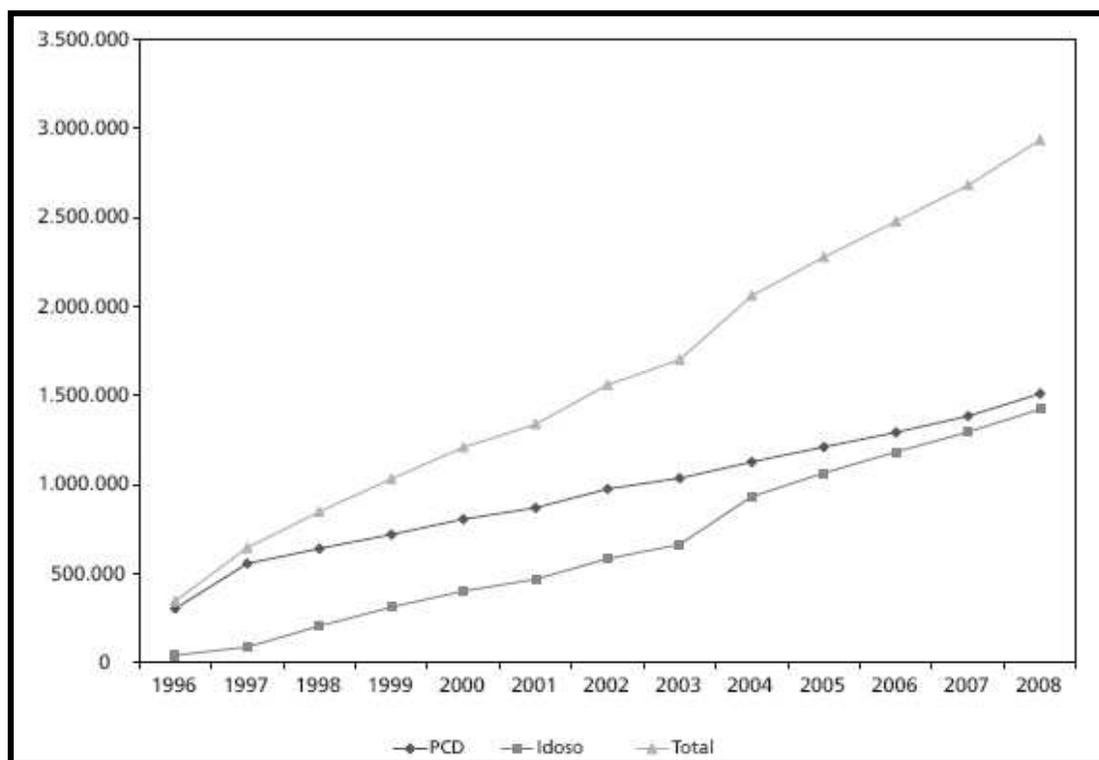
¹⁵⁰ Como equipamentos públicos responsáveis por prestar serviços diretos à população, destacam-se os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS).

¹⁵¹ O mesmo decreto que regulamentou o BPC extinguiu a Renda Mensal Vitalícia. Hoje, o BPC é regido pelo Decreto nº 6.214/2007 e faz parte das ações de proteção básica no âmbito do SUAS.

família incapacitada de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa, aquela cuja renda mensal per capita seja inferior ao valor de um ¼ do salário mínimo. Dessa forma, a regulamentação do BPC restringiu, significativamente, o seu alcance, uma vez que o acesso ao benefício foi limitado às famílias com idosos e deficientes com patamar de renda extremamente reduzido.

Ainda assim, desde sua implementação, em janeiro de 1996, houve um importante acréscimo no número de beneficiários do BPC, como mostra o gráfico 13. Ao final do primeiro ano, o programa contava com aproximadamente 346 mil beneficiários, entre os quais 304 mil eram pessoas com deficiência e 42 mil, idosos. Em dezembro de 2009, foram atendidas 3,5 milhões de pessoas, sendo que 60% são portadores de deficiência (PCD) e o restante, idosos pobres¹⁵².

Gráfico 13 - Evolução dos benefícios emitidos pelo BPC no período 1996-2008



Fonte: MDS. Elaboração: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais/IPEA.

¹⁵² ANFIP (2010). Análise da Seguridade Social 2009. Brasília.

Outra inovação no campo dos benefícios monetários foi a regulamentação do Programa Bolsa Família (PBF), ao final de 2003¹⁵³. Segundo Lavinias et al. (2010), o Bolsa Família se tornou o maior programa de transferência de renda do Brasil e da América Latina e consiste no atual eixo central da política assistencial vigente no país. Sua base inicial de beneficiários formou-se a partir dos chamados “Programas Remanescentes” (Cartão-Alimentação, Bolsa Alimentação, Bolsa Escola e Auxílio-Gás)¹⁵⁴.

Atualmente, o benefício possui a seguinte estrutura:

- benefício básico: no valor de R\$ 70,00, é transferido às famílias com renda de até R\$ 70,00 mensais per capita;

- benefício variável: no valor de R\$ 32,00, é transferido às famílias com renda de até R\$ 140,00 mensais per capita, desde que tenham dependentes de até 15 anos de idade. Cada família pode receber, no máximo, três benefícios variáveis;

- benefício variável vinculado ao adolescente: no valor de R\$ 38,00, é transferido às famílias que tenham adolescentes entre 16 e 17 anos freqüentando a escola. Cada família pode receber, no máximo, dois desses benefícios (MDS, 2011).

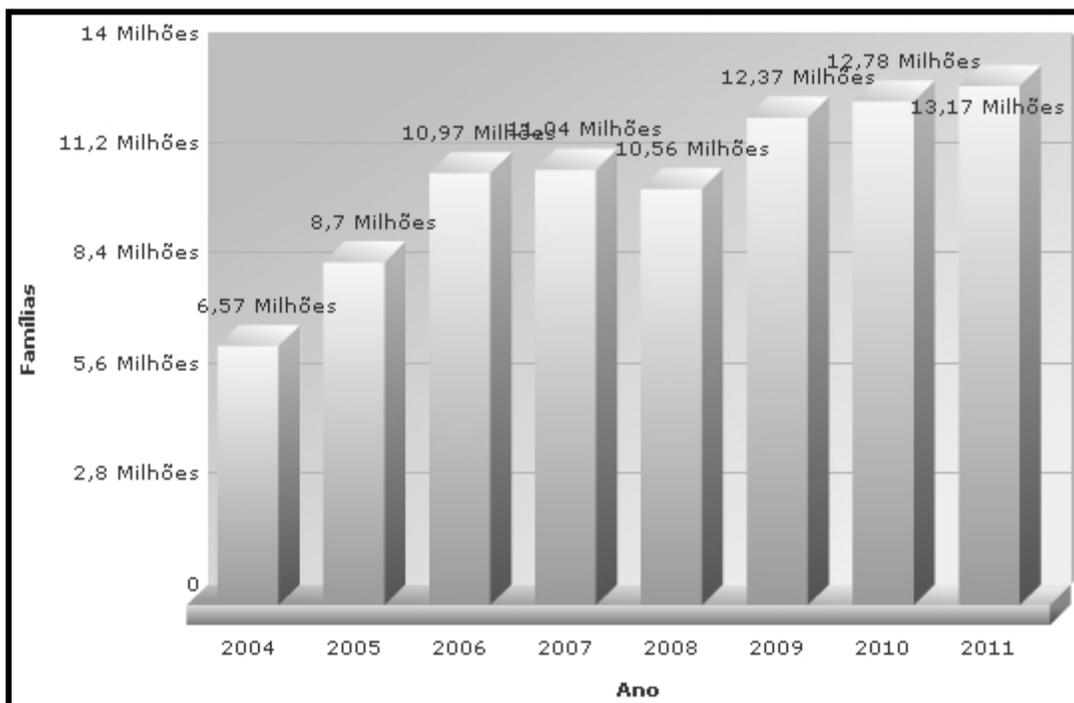
A estrutura acima sofreu pouca alteração ao longo dos anos, inclusive em termos de reajuste de valores que não se dá de forma regular, sendo a mudança mais significativa a inclusão do benefício variável para adolescentes na família.

Os últimos números do Bolsa Família (outubro de 2011) revelam uma cobertura de 13,2 milhões de famílias, o que representa mais que o dobro do total de famílias cobertas no ano inicial do Programa. (Gráfico 14)

¹⁵³ O PBF foi criado pela MP nº 132, de 20 de outubro de 2003, convertida, posteriormente, na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.

¹⁵⁴ Os “Programas Remanescentes” foram implementados na gestão Fernando Henrique Cardoso a partir do final da década de 90, com exceção do Cartão-Alimentação, criado já no governo Lula no início de 2003. Mais tarde, os beneficiários do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e do ProJovem Adolescente também foram incorporados, com o primeiro, porém, mantendo estrutura administrativa independente.

Gráfico 14 - Evolução dos benefícios emitidos pelo BPC no período 1996-2008



Fonte: MDS, 2011, Brasília.

O Bolsa Família integra a estratégia “Fome Zero” e seu objetivo consiste, portanto, na superação da fome e da pobreza. Para tal, pauta-se na articulação de três dimensões essenciais (MDS, 2011):

- promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família;
- reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações;
- coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos.

Dessa forma, objetiva-se no curto prazo o alívio imediato da pobreza e da fome, enquanto o cumprimento das condicionalidades¹⁵⁵ seria uma estratégia de saída dessas famílias da condição de pobreza no médio e longo prazos.

No entanto, uma questão levantada por Lavinias et al. (2010) relaciona-se ao fato de o primeiro objetivo se sobrepor ao segundo, não sendo complementares, uma vez que, no Bolsa Família, o critério de seleção é unicamente a renda e, quando um adulto na família consegue um emprego que permita uma renda familiar per capita um pouco acima do limite estabelecido, corre-se o risco de exclusão do Programa. Nesse contexto, as demais condições de pobreza que ainda envolvem a família não são observadas nem mesmo espera-se o resultado do investimento realizado na educação de crianças e adolescentes em termos de conclusão dos níveis fundamental e médio, objetivos de médio e longo prazos do Programa.

Logo, é possível afirmar que tanto o Benefício de Prestação Continuada quanto o Programa Bolsa Família são capazes de atacar os efeitos da falta de oportunidades de trabalho e da precariedade das ocupações existentes. Entretanto, ainda não são capazes de reverter o processo que conduz à instabilidade e insegurança do emprego, da baixa renda ou de sua supressão, nem equiparar o grau de proteção social.

Mais ainda, pode-se dizer que os benefícios do PBF são capazes de garantir uma complementação de renda que permite aos seus beneficiários cruzar a linha da indigência, o que não se conseguiria com a renda obtida exclusivamente através do trabalho. Entretanto, ao contrário do BPC e dos benefícios da previdência social, não constitui ainda um direito, ou seja, o preenchimento de todas as condições de elegibilidade não gera automaticamente a concessão do benefício. Dessa forma, as possibilidades orçamentárias do programa ainda figuram como um condicionante para o acesso ao benefício.

¹⁵⁵ Na área de saúde, as famílias beneficiárias assumem o compromisso de acompanhar o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento e, se gestantes ou nutrizes (lactantes), devem realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua saúde e do bebê. Na educação, todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar devidamente matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária. Já os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75%. Na área de assistência social, crianças e adolescentes com até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil pelo PETI, devem participar de serviços socioeducativos e obter frequência mínima de 85% da carga horária mensal. (MDS, 2011)

Mais ainda, como destacam Sposati et. al. (2002):

*“Diferentemente da extensiva universalidade da saúde e do seletivo critério jurídico-contábil da previdência social, a **assistência social** usa um critério particular, o mérito ou o valor da necessidade, para definir sua demanda. [O brasileiro usuário da assistência social na nova Constituição] não é qualquer um que se credencia aos serviços da assistência social, mas só aqueles a quem a **sociedade reconhece** como necessitados e desamparados.” (Grifos da autora, p. 7)*

Assim, apesar dos êxitos e virtudes, o Bolsa Família e o BPC não deveriam nublar a consciência de que a política social brasileira não foi capaz, até agora, de oferecer condições de bem-estar, nem oportunidades equânimes ao conjunto dos cidadãos do país. (IPEA, 2010)

5.3. Novas tendências nos anos 2000

Como destaca Gentil (2006), apesar de algumas tentativas, apresentadas anteriormente, de fazer ruir o pacto social fundado na concepção de cidadania, a Constituição de 1988 continuou a balizar a vida social, transformando-se se não num foco de resistência, pelo menos em um obstáculo de difícil transposição.

Com isso, apesar da trajetória incompleta de implantação de um Sistema de Seguridade Social no Brasil, houve muitos avanços no campo da proteção social, sobretudo no que diz respeito à sua capacidade de redução da desigualdade social no país.

Diante da trajetória da economia brasileira que, a partir da segunda metade dos anos 2000, foi marcada por episódios que distinguem este período como singular na história econômica nacional recente, com uma taxa média de crescimento do PIB de 4,8% no período 2004-2008 e, após um curto período de baixo dinamismo decorrente da crise mundial, a recuperação da economia em 2010, estudo do IPEA (2010)¹⁵⁶, destaca como uma das tendências e transformações da economia brasileira no período posterior a 2004 a

¹⁵⁶ Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro – Volume 10.

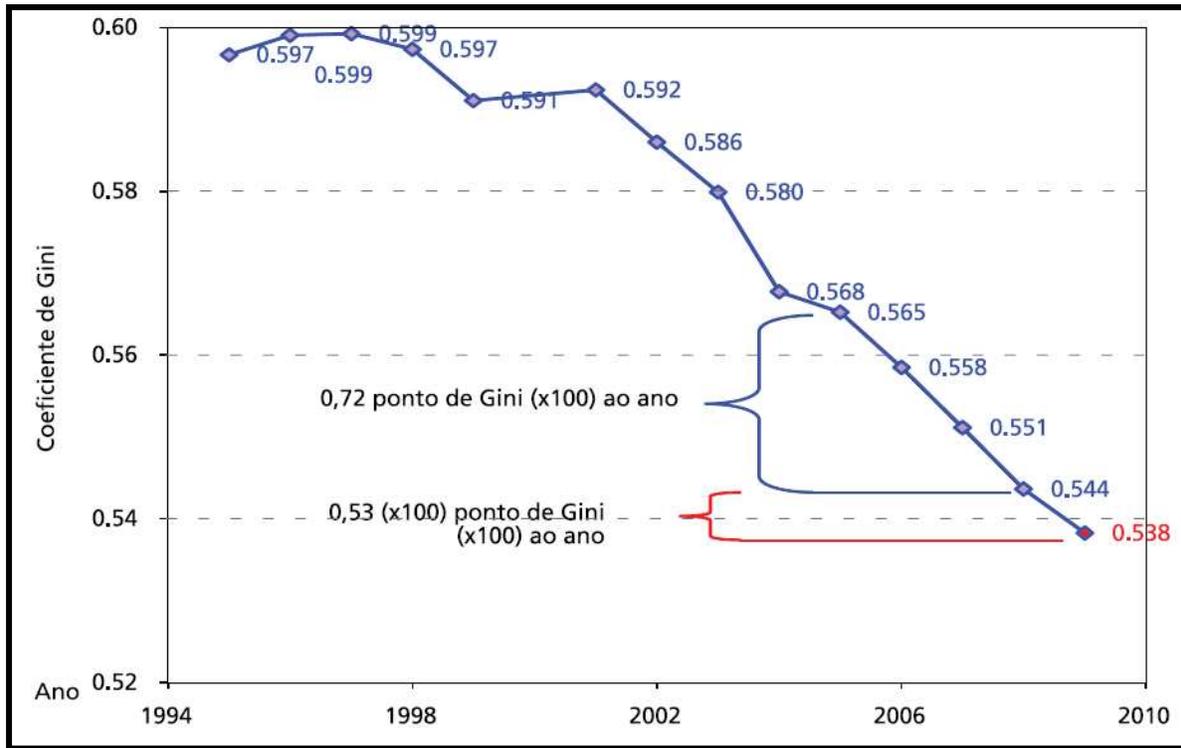
retomada da intervenção do Estado. Esse movimento vai, inclusive, ao encontro das trajetórias de contra reforma que estudamos nos capítulos anteriores, no Chile e Argentina.

*“Pode-se citar como indicador desse novo padrão de intervenção estatal a recuperação do planejamento de longo prazo, através do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), que define, articula e garante sustentação financeira aos blocos de investimento que determinarão as grandes modificações da economia nacional. Igualmente relevantes (...) foram o crescimento do investimento das empresas públicas (sobretudo Petrobras e Eletrobrás), o financiamento da produção e do consumo através dos bancos estatais federais (BNDES, Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil) e o estímulo do Estado à produção nacional com a utilização do mecanismo de compra das empresas estatais. Entretanto, **o traço mais marcante do atual regime de crescimento comandado pelo Estado está no considerável impulso à demanda agregada efetuado através dos gastos públicos com transferências sociais e com a política de aumentos reais do salário mínimo, portadores de mecanismos que provocaram expansão acelerada do emprego e da produção, redução da pobreza e melhorias na desigualdade de renda**”. (IPEA, 2010, p. 39, grifos meus)*

Como podemos ver nos dados a seguir, ao invés de se tornar um fardo aos cofres públicos, o gasto social parece ter contribuído para o desencadeamento de um círculo virtuoso na economia brasileira, permitindo, na segunda metade dos anos 2000, o surgimento de um novo padrão de crescimento sob o comando do Estado. A adoção de políticas sociais bem-sucedidas e o desempenho do mercado de trabalho resultaram em acelerada redução da pobreza e uma ligeira queda na desigualdade de renda.¹⁵⁷

¹⁵⁷ IPEA (2010).

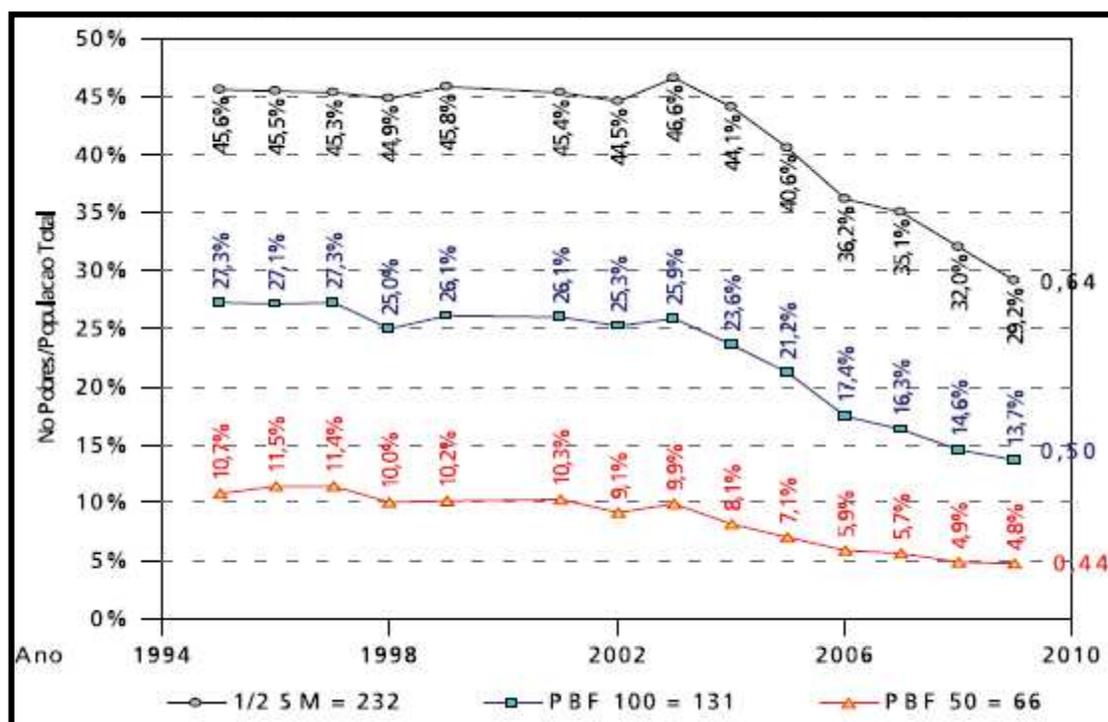
Gráfico 15 - Evolução do coeficiente de Gini no Brasil – 1994 - 2010



Fonte: IPEA, Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro, vol.10, p.67.

O gráfico 16 a seguir ilustra o avanço no combate à pobreza, que reduziu sua incidência de 27,3% da população no ano de 1994 para 13,7% no ano de 2009.

Gráfico 16 - Proporção da população em situação de pobreza e extrema pobreza (%)



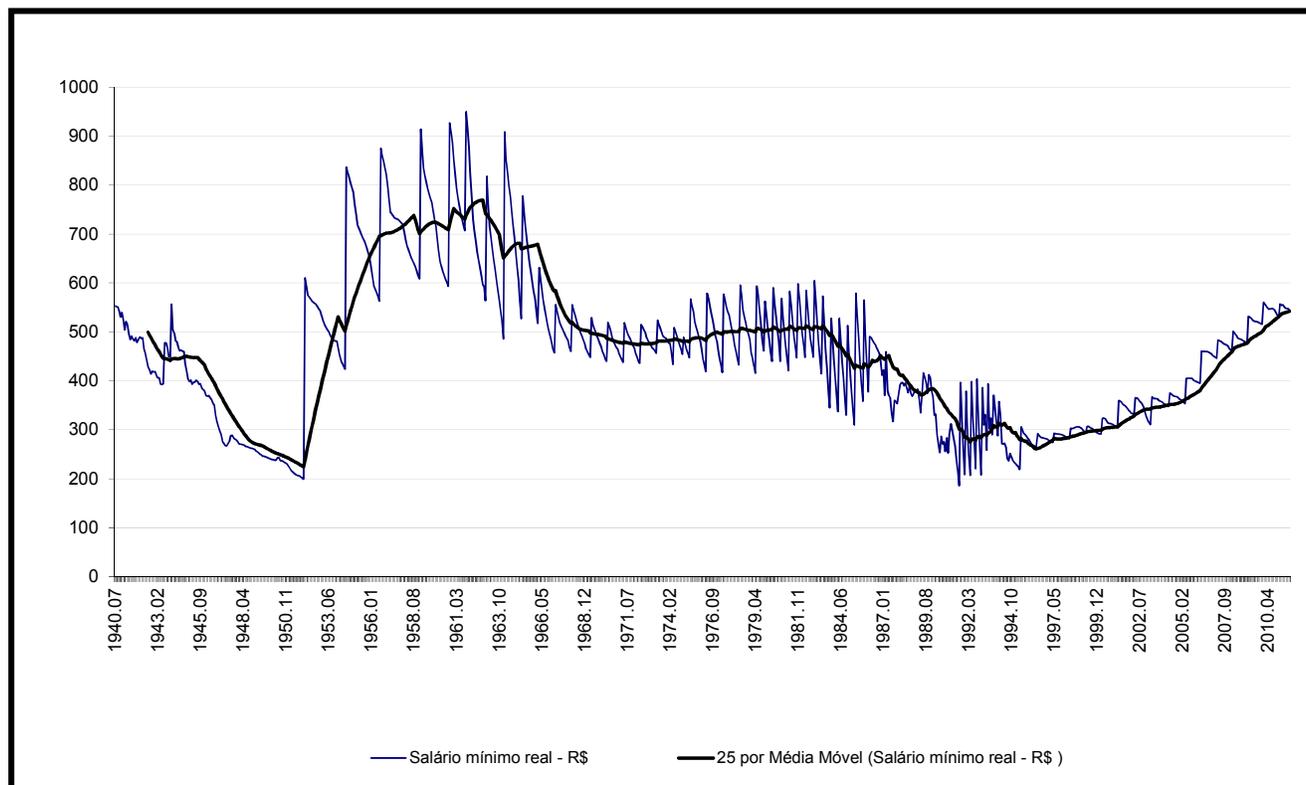
Fonte: IPEA, 2010.

Segundo estudo do IPEA (2010), juntos, os gastos sociais que promoveram maior equidade na economia brasileira, no período posterior a 2004 – Previdência Social (Regime Geral de Previdência Social - RGPS), Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, Saúde e Educação – correspondem a cerca de 70% do gasto social total do governo.

Cabe destacar que um instrumento de importância crucial para o resultado acima se encontra na política salarial: entre janeiro de 2003 e junho de 2010 o aumento real do salário mínimo foi de 71% (Ipea/DIMAC). Como consequência, houve a elevação do valor dos benefícios previdenciários, pelo vínculo legal existente, crescendo, assim, a renda disponível dos trabalhadores ativos que recorreram à proteção do Estado, dos aposentados e dos pensionistas. O gráfico 17 mostra a evolução do salário mínimo desde sua criação. Atente-se para o fato de ele registrar uma trajetória de recuperação em meados dos anos 90,

após a introdução do real. Mas tal trajetória conhece uma inflexão mais forte e positiva a partir de 2004, com ganhos reais crescentemente mais elevados.

Gráfico 17 - Evolução do salário mínimo real (R\$) desde sua criação



Fonte: Lavinias, 2011, deflacionado pelo IPCA.

A importância da recuperação da valorização do salário mínimo é reforçada quando analisamos a distribuição percentual dos benefícios previdenciários e assistenciais por faixas de valor. Segundo o Relatório da Seguridade Social da ANFIP de 2009, reunindo-se todos os tipos de benefícios tais como LOAS, RMV, RGPS Urbano, RGPS Rural, Seguro Desemprego e Abono Salaria, cuja remuneração era no valor de um salário mínimo vigente, foram pagos em 2009 cerca de 41 milhões de benefícios. Isso mostra a relevância da vinculação do mínimo ao piso previdenciário, assistencial e do seguro desemprego. Na área rural praticamente 98% dos benefícios previdenciários pagos são no valor de um salário mínimo. No caso do RGPS rural esse percentual é de aproximadamente 67%.

Segundo Lavinias (2011), é essa vinculação do piso previdenciário e assistencial do BPC ao salário mínimo quem mais permitiu reduzir a pobreza e a miséria na última década no Brasil. A autora serve-se de uma tabela de rendimentos coletada pelo IBGE para “decompor a renda familiar *per capita* segundo as três fontes registradas pela PNAD, a saber rendimentos do trabalho, rendimentos provenientes de aposentadorias e pensões e rendimentos de outras fontes que compõem a totalidade da renda monetária familiar. As chamadas “outras fontes” conjugam origens distintas, segundo o próprio IBGE, tais como pagamentos de aluguéis, recebimentos de dividendos, e também, no caso dos mais pobres, transferências de renda públicas, derivadas da condição de beneficiário de algum programa ou política de algum nível de governo. No caso da população que se situa nos primeiros décimos da distribuição, a classificação “outras fontes” é usada como *proxy* de recebimento do Bolsa Família, BPC, ou outro benefício assistencial equivalente, o que caracterizaria uma família como institucionalmente pobre”. Ademais, serve-se como linha de corte para estimar o número e percentual de pobres e indigentes das linhas adotadas pelo Programa Bolsa Família.

Os dados da tabela 23 para o Brasil, compilados do artigo de Lavinias (2011), revelam que, em 2001, os rendimentos do trabalho mantinham na pobreza 45,4% dos brasileiros. Em 2008, esse percentual cai para 30%, isto é, em sete anos 21 milhões de pessoas deixam de ser pobres graças essencialmente à retomada do crescimento em bases sustentáveis a partir de 2003 (forte elevação do investimento, em níveis muito superiores às taxas de crescimento do PIB) e à recuperação do salário mínimo (reajustes acima da inflação, com aumentos reais). Ambos conjugados promovem novas oportunidades de emprego com crescimento real dos rendimentos do trabalho. Ainda assim, em 2008, considerando-se exclusivamente a renda do trabalho, o número de brasileiros vivendo na pobreza alcança 57 milhões, número praticamente idêntico ao registrado em 2001 considerando-se todas as fontes de renda. Significa dizer que, em 2008, o trabalho ainda não basta, portanto, para assegurar uma vida digna a um contingente expressivo de brasileiros (1/3 da população).

Porém, graças às aposentadorias e pensões – tanto do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) quanto do Regime Público (RPPS) - o número absoluto e relativo de pobres

decai sensivelmente, em 12% (o que representa menos 22 milhões de pessoas pobres), e leva o índice de pobreza a recuar, considerando-se como fonte de renda trabalho e benefícios contributivos, para 18,7%. Isso indica que, ao contrário do que costuma ser veiculado de forma equivocada, o sistema de aposentadorias não é regressivo, beneficiando apenas aqueles cobertos pelo seguro social, contribuintes do setor formal da economia. Nesse caso, tomam importância as aposentadorias rurais para homens e mulheres, em igual valor, e o fato de o salário mínimo estar vinculado ao piso previdenciário.

Por fim, temos que as demais transferências fiscais não-contributivas ou assistenciais ainda reduzem em mais 3% o contingente de pobres, diminuindo seu número para 29,4 milhões de pessoas ou 15,5% da população. Isso equivale aproximadamente a 7,5 milhões de famílias que vivem abaixo da linha de pobreza de R\$ 140,00 *per capita*.

Tabela 23 - Número e proporção de pobres – 2001, 2004, 2007, 2008

Número de Pobres				
Pobres	2008	2007	2004	2001
Todos os Rendimentos (inclui outras fontes)	29.497.278	36.322.306	40.395.722	57.246.811
Rendimentos do Trabalho + Aposent e Pensões	35.466.179	41.244.408	45.453.053	59.410.723
Apenas Rendimento do Trabalho	57.101.997	62.961.022	66.598.844	78.058.032
Indigentes	2008	2007	2004	2001
Todos os Rendimentos (inclui outras fontes)	12.350.063	15.428.976	15.590.548	26.865.279
Rendimentos do Trabalho + Aposent e Pensões	17.773.725	20.592.390	20.698.258	29.143.176
Apenas Rendimento do Trabalho	36.528.070	39.468.703	38.893.286	47.012.898
Proporção de Pobres (%)				
	2008	2007	2004	2001
Pobres				
Todos os Rendimentos (inclui outras fontes)	15,5	19,2	22,1	33,3
Rendimentos do Trabalho + Aposent e Pensões	18,7	21,8	24,9	34,6
Apenas Rendimento do Trabalho	30,1	33,3	36,5	45,4
Indigentes				
Todos os Rendimentos (inclui outras fontes)	6,5	8,2	8,5	15,6
Rendimentos do Trabalho + Aposent e Pensões	9,4	10,9	11,3	17,0
Apenas Rendimento do Trabalho	10,2	20,9	21,3	27,4

Fonte: IBGE. PNAD 2001, 2004, 2007 e 2008 *apud* Lavinias, 2011.

Outro estudo do IPEA – Políticas Sociais: acompanhamento e análise nº 19 - evidencia uma relação positiva entre crescimento econômico e aumento da cobertura previdenciária no Brasil. Nesse contexto, o crescimento da ocupação, além de absorver crescente parcela da população economicamente ativa (PEA), tem sido marcado pelo aumento da formalização das relações de trabalho, seja pela elevação do número de empregos com carteira assinada, como de postos de trabalho no serviço público seja por maior adesão dos contribuintes individuais – trabalhadores por conta própria, sem carteira assinada ou empregadores – ao RGPS.

Os dados fornecidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)/IBGE mostram que a cobertura previdenciária total manteve-se em 59,3% da PEA em 2009, patamar que já havia sido atingido em 2008. Segundo o IPEA, isto se explica: i) pela desaceleração do aumento da cobertura previdenciária via formalização; ii) pelo aumento do desemprego; e iii) pela histórica tendência de queda da população ocupada em atividade agrícola – e, portanto, do número de potenciais beneficiários da previdência rural. Logicamente, os dois primeiros fatores têm grande correlação com a conjuntura de crise internacional e conseqüente estagnação da economia brasileira em 2009. A tabela 24 mostra a evolução da cobertura previdenciária desde 2002.

Tabela 24 - Evolução da cobertura previdenciária (em %) – 2002-2009¹

	PEA							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PEA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cobertos	53,8	54,3	55,0	55,2	56,4	57,7	59,3	59,3
Contribuintes do INSS ou regimes próprios	43,9	44,6	45,6	46,1	47,9	49,7	51,8	52,3
Carteira assinada	30,6	31,0	31,9	32,4	33,5	34,9	36,6	36,7
Funcionários públicos	5,9	6,0	6,1	5,8	6,1	6,4	6,5	6,6
Contribuintes individuais	7,2	7,5	7,4	7,7	8,1	8,1	8,4	8,8
Conta própria	2,9	3,1	3,0	3,0	3,1	3,3	3,0	3,3
Empregador	2,2	2,3	2,3	2,3	2,5	2,1	2,4	2,4
Sem carteira assinada	2,1	2,1	2,2	2,4	2,4	2,7	3,0	3,1
Próprio consumo ou não remunerado ²	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
Potenciais segurados especiais	9,4	9,2	8,8	8,6	8,0	7,4	7,1	6,4
Outros contribuintes ³	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5
Desprotegidos	46,2	45,7	45,0	44,8	43,6	42,3	40,7	40,7
Ocupados	35,9	34,8	34,9	34,1	34,1	33,2	32,7	31,4
Desempregados	10,3	10,9	10,1	10,6	9,6	9,2	8,0	9,3

Fontes: PNAD/IBGE. IPEA Acompanhamento e Análise n° 19.

Notas: 1. A definição de PEA aqui utilizada considerou os ocupados e os desocupados na semana de referência com idade: i) de 16 a 65 anos entre os homens de forma geral; ii) de 16 a 60 anos entre os homens trabalhadores rurais autônomos, não reenumerados ou para o próprio consumo; iii) de 16 a 60 anos entre as mulheres em geral; e iv) de 16 a 55 anos entre as mulheres trabalhadoras rurais autônomas, não remuneradas ou para o próprio consumo. 2. A amostra para estes segmentos não é representativa. 3. Inclui contribuintes apenas de seguros privados e subempregados contribuintes do INSS.

A distribuição dos benefícios da previdência social em números absolutos pode ser analisada na tabela 25. Por meio do Regime Geral de Previdência Social, são pagos mensalmente cerca de 24 milhões de benefícios (dados de 2010), dos quais 65% são aposentadorias, divididas em aposentadorias por idade (52%), aposentadorias por tempo de contribuição (ATC) (28%) e aposentadorias por invalidez (20%). O segundo benefício mais importante é a pensão por morte, que representa 28% dos pagamentos do regime. Por fim, o

RGPS concede auxílios vários – para cobertura de doenças, maternidade, reclusão e acidentes –, cujo volume representa 7% do total de benefícios pagos.

Tabela 25 - Posição do número de benefícios emitidos em junho de 2010

Espécie do benefício	Número de benefícios	Composição (%)
Aposentadorias	15.495.066	64,8
Idade	8.004.119	33,5
Tempo de contribuição	4.395.135	18,4
Invalidez	3.095.812	12,9
Pensões por morte	6.665.884	27,9
Auxílios	1.672.378	7,0
Outros ¹	79.283	0,3
Total de benefícios do RGPS	23.912.611	100,0

Nota: 1. Majoritariamente salário-maternidade. Fonte: IPEA Acompanhamento e Análise nº 19.

Em relação à saúde, apesar dos avanços, muitos problemas ainda se colocam. Nesse contexto, uma grande questão que vem ganhando força no país refere-se à judicialização da saúde.

Segundo Piola et al. (2009):

“(...) em parte, [o recurso ao judiciário ou a judicialização da saúde] têm relação com a persistência dos problemas ainda enfrentados pelo SUS na busca do cumprimento dos preceitos constitucionais. Em particular, a busca do cumprimento do preceito de atendimento integral tem feito que muitos usuários do SUS, amparados pelo Art.196 da Constituição, que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, venham recorrendo ao Poder Judiciário para que lhes seja garantido o acesso a determinados medicamentos ou procedimentos. (...) [a judicialização] está ocasionando uma polêmica acerca dos limites do direito à saúde e da integralidade do atendimento em relação à incontornável limitação dos recursos. Esta prática, que começou há 15 anos com demandas por medicamentos antirretrovirais, ampliou-se

nos últimos anos e passou a ser uma das vias de procura por uma série de medicamentos e tratamentos.” (p. 152)

Segundo o autor, a visão predominante no Judiciário tem sido a de que o direito à vida tem primazia sobre todos os outros direitos. Sua atuação se pauta, portanto, em fazer valer o direito à vida e o direito à saúde previstos na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Entretanto, os gestores públicos da saúde argumentam que essas decisões do Judiciário têm inviabilizado a organização da política de saúde, particularmente da política de assistência farmacêutica, uma vez que parcelas cada vez maiores dos recursos estão sendo comprometidos com ações judiciais. Para eles, a falta de legislação para o enquadramento de situações que ocorrem no cotidiano da assistência provida pelo SUS tem levado ao maior protagonismo do Poder Judiciário na política de saúde. Outros argumentam que nenhuma legislação infraconstitucional irá resolver essa questão, já que para o Judiciário. A primazia ao direito à vida sobre todos os outros direitos constitucionais implica que todos tenham direito a todo e qualquer tratamento de saúde, independente de sua inclusão prévia como parte da política pública de saúde.¹⁵⁸

No que se refere aos avanços da política de assistência social no Brasil, pode-se afirmar que, apesar das discussões acerca de seu modelo, debatidas em outra seção, o Programa Bolsa Família registrou avanços importantes, tanto no que se refere à cobertura da população em situações de pobreza e indigência, quanto à continuidade do aperfeiçoamento de sua operacionalização. Dados da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC/MDS), confirmam maior concentração de beneficiários na região Nordeste (52,42%)¹⁵⁹ – a que concentra maior número de pobres no país -, além de maior efeito sobre a renda da família após o recebimento do benefício nessa região, como mostra a tabela 26.

¹⁵⁸ Para mais informações, ver IPEA (2009).

¹⁵⁹ As demais regiões apresentam as seguintes participações na distribuição regional dos beneficiários: Sudeste (24,78%), Norte (9,59%), Sul (8,14%) e Centro-Oeste (5,08%).

Tabela 26 - Total de famílias beneficiadas, indicadores da distribuição da renda das famílias beneficiadas e valor da renda após o benefício – setembro de 2009

Região	Total de famílias (mil)	Renda familiar mensal <i>per capita</i> (R\$)				Média após o benefício	Crescimento da renda (%)
		Média	1º quarto	Mediana	3º quarto		
Brasil	12.385	48,69	25,00	42,50	66,67	72,42	48,74
Norte	1.285	41,65	22,83	37,40	52,00	66,21	58,96
Nordeste	6.212	40,07	20,00	33,33	50,00	65,29	62,93
Sudeste	3.138	60,47	33,33	58,33	87,50	82,27	36,05
Sul	1.114	64,01	40,00	60,00	90,00	85,07	32,91
Centro-Oeste	636	62,57	40,00	60,00	86,67	84,22	34,60

Fonte: IPEA Acompanhamento e Análise nº 19.

Como vemos, após o recebimento do benefício, a renda média per capita das famílias das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste ultrapassa a linha de extrema pobreza, o que não ocorre com as famílias pobres da região Nordeste e Norte, em virtude dos demais rendimentos familiares, especialmente aqueles advindos do trabalho, serem bem mais baixos. Embora as famílias destas duas regiões não superem, em média, a condição de extrema pobreza, são justamente elas que têm maior crescimento em sua renda (média) com o recebimento do PBF.¹⁶⁰

Entretanto, a cobertura do BF ainda não é plena para atender à totalidade dos que vivem na pobreza e na indigência e são elegíveis ao Programa. Lavinás (2011) chama atenção para o fato de que:

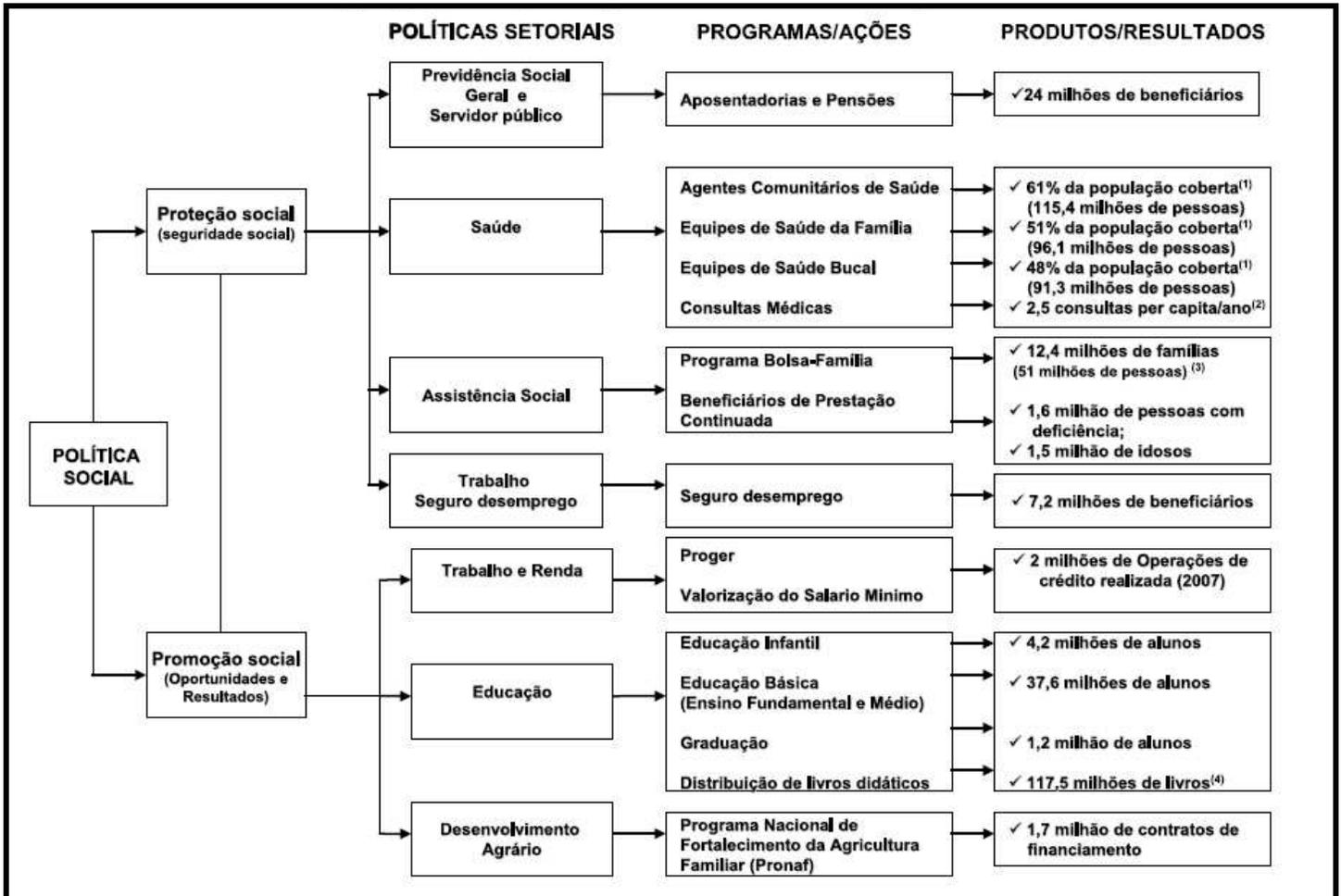
“(…) dentre as pessoas que se encontram abaixo da linha da pobreza após transferências fiscais em 2009, nem todas foram alcançadas e contempladas com o benefício assistencial do Bolsa Família, embora sejam potenciais beneficiárias, posto que sua renda – critério quase exclusivo para seleção – atende aos requisitos estabelecidos pelo grande programa focalizado de transferências monetárias nacional. Pela PNAD 2009, há 5,8 milhões de arranjos domiciliares que são

¹⁶⁰ IPEA – Políticas Sociais: acompanhamento e análise nº 19.

pobres, por terem renda mensal per capita inferior a R\$140,00. Desses, 2,2 milhões arranjos domiciliares declararam não receber nenhum tipo de benefício assistencial público. Isso atinge 9 milhões de pessoas de um total estimado de 29 milhões de pobres (quase 1/3), um contingente massivo que não consegue ser incluído e permanece à margem da política social. Isso se explica pelo fato de o Bolsa Família não ser um direito, mas um programa cujo desenho e cobertura respondem a restrições orçamentárias e teve, desde sua origem, um limite máximo no número de seus beneficiários. Essa é uma de suas grandes debilidades: o Programa revela alta ineficiência horizontal, gerando iniquidades entre os grupos mais desfavorecidos, como consequência de práticas de focalização e do não-reconhecimento do direito de cidadania à parte da população-alvo dos programas assistenciais”. (p. 25).

De forma resumida, diante das diferentes dimensões do sistema de proteção social brasileiro que estudamos, são apresentados os principais programas e sua capacidade de alcance da população na figura 7, a seguir.

Figura 7 - Políticas setoriais, programas/ações e produtos/resultados da política social brasileira – 2010



Notas: 1. Ministério da Saúde – ano 2009. 2. RIPSA, 2008. 3. MDS, 2009. 4. Em 2009, de acordo com o MEC, foram adquiridos 103,5 milhões de livros para o Ensino Fundamental; 11,2 milhões para o Ensino Médio e 2,8 milhões para alfabetização de jovens e adultos. Fonte: IPEA, Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro, vol.10, p.61.

A forma de intervenção do Estado demonstrada acima nos faz suspeitar da existência de um efeito positivo desempenhado por estas despesas na dinâmica macroeconômica brasileira. E de fato, esta suspeita parece confirmada. Segundo o IPEA (2010), estudo realizado sobre os dados do ano de 2006 demonstram que tanto para o PIB quanto para a renda das famílias, o multiplicador decorrente do choque de 1% do PIB aumenta na medida em que as transferências são direcionadas para famílias com menor renda, que consomem integralmente ou quase integralmente tudo aquilo que recebem.

Dessa forma, como mostra a figura 8, o gasto de 1% do PIB a mais no Programa Bolsa Família gera um crescimento de 1,44% no próprio PIB e o acréscimo de 2,25% na renda total das famílias. O gasto de 1% a mais com o Benefício de Prestação Continuada produz um aumento de 1,38% no PIB e de 2,20% na renda das famílias.

Figura 8 - Multiplicadores decorrentes de um choque de 1% do PIB de 2006

Tipo de impulso PIB Renda das famílias	Variação (%)	
Programa Bolsa Família	1,44	2,25
Benefício de Prestação Continuada	1,38	2,20
Regime Geral de Previdência Social	1,23	2,10
Regimes Próprios de Previdência Social	0,88	1,86
Juros sobre a dívida pública	0,71	1,34
Transferência universal básica (hipotética)	1,26	2,12
Consumo final da administração pública	1,77	1,53
Educação e saúde	1,78	1,56
Educação	1,85	1,67
Saúde	1,70	1,44
Exportações de commodities	1,40	1,04

Fonte: IPEA, Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro, vol.10, com informações do SCN 2006, Pnad 2006, POF 2002-2003 e outros registros administrativos.

É importante ressaltar, ainda, os gastos do governo que geram menos benefícios econômicos do que seu custo, além de aprofundar a desigualdade de renda; são eles: i) o pagamento de juros sobre a dívida pública (44,5% do orçamento do governo federal executado em 2010, segundo a ANFIP) e; ii) o regime de previdência dos funcionários públicos. O pagamento de 1% do PIB de juros eleva o PIB em apenas 0,71% e a renda familiar, em 1,34%. No caso do regime dos servidores públicos, os multiplicadores são 0,88% e 1,86%, respectivamente. O papel destes gastos é, portanto, muito pouco dinâmico justamente devido a sua ação concentradora de renda.

Ainda assim, diante da demonstração de que justamente as transferências que tornam a distribuição de renda mais progressiva são também as que produzem resultados macroeconômicos extremamente positivos, as pressões reformistas permanecem.

É muito importante ter em mente os resultados acima, pois, apesar das dificuldades e dos ajustes necessários, está claro que o Brasil possui uma rede poderosa de atuação no campo da proteção social, a caminho da segurança socioeconômica cidadã para todos, e não pode correr o risco de retroceder, cedendo a pressões ilegítimas e que se distanciam do objetivo maior da Seguridade: a garantia do Bem-Estar Social da população.

CONCLUSÃO

A América Latina está em marcha de contrarreforma. Não de forma generalizada na região, mas pelo menos nos países pioneiros na construção de seus sistemas de proteção social, que avançaram nos parâmetros de cobertura e prestação de serviços à população ao longo de quase um século e experimentaram reformas radicais em seus Sistemas de Seguridade Social a partir dos anos 80 e 90.

Sob a influência de organismos internacionais como o Banco Mundial e das idéias neoliberais de necessidade de redução da intervenção estatal, equilíbrio das contas públicas e expansão dos mecanismos de mercado, Chile e Argentina privatizaram, um quase que completamente, o outro parcialmente, seus regimes de previdência nas décadas de 80 e 90, respectivamente.

No sistema de saúde, o governo chileno adotou medidas que visavam incentivar o avanço do setor privado na concessão de seguros à população e a Argentina caminhou no aprofundamento da descentralização dos hospitais públicos e na privatização dos serviços periféricos de saúde. No campo da assistência social, a ordem era focalização, identificando os mais pobres por meio de critérios de elegibilidade, com o objetivo de reduzir a extrema pobreza.

O grande problema surgiu com a avaliação dos resultados obtidos pelas reformas, bem diferentes dos previstos pelo Banco Mundial, em seu documento *Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth.*, no qual afirmava-se como sinais de falência do sistema público de repartição simples a baixa cobertura, o declínio da taxa de retorno, o incentivo à aposentadoria precoce por parte dos planos de benefício definido, o clientelismo e o investimento ineficiente dos fundos administrados pelo Estado. Predominava a idéia de que as reformas previdenciárias ofereceriam melhor proteção para a população idosa, além da expansão da poupança interna, diversificação do mercado de capitais, crescimento econômico, expansão da cobertura e pagamento de melhores benefícios para os afiliados ao sistema.

No entanto, no Chile, verificou-se um aumento significativo do déficit previdenciário devido às perdas de arrecadação e elevados custos de transição para o novo sistema; alto grau de concentração das administradoras de fundos de pensão de modo que a capacidade de escolha do contribuinte não se ampliava, muito pelo contrário, nem mesmo fomentava a concorrência no mercado; e o nível de cobertura, que havia atingido o máximo de 79% antes da reforma, em 1973, sofre uma drástica redução, atingindo irrisórios 44% em 2002 e 46% de contribuintes ativos em 2007, aumentando fortemente o grau de vulnerabilidade da população idosa. Na Argentina, por sua vez, o governo precisou arcar com o aumento da dívida pública, que ocorreu devido aos enormes custos de transição para o novo regime, que resultaram na elevação da taxa de juros. Além disso, os altos juros pagos pelos títulos públicos atraíram os investimentos das AFJPs, de modo que mais de 70% de seus fundos financiavam o déficit público, em 2002, derrubando a tese de que a poupança previdenciária seria destinada ao desenvolvimento do mercado de capitais. Ademais, não foi registrado aumento da poupança interna. Por fim, a cobertura do sistema também foi reduzida: estima-se que 45,5% da PEA estavam cobertas pelo sistema previdenciário argentino antes de sua privatização, em 1993, recuando para 33% em 2003.

A frustração dos resultados das reformas é reconhecida pelo próprio Banco Mundial. Rofman et al. (2008) mostram claramente a redução da cobertura da população e as demais debilidades dos sistemas e destacam o movimento de contrarreforma em que *“las autoridades de ambos países coincidieron en identificar a la insuficiencia de la cobertura entre los adultos mayores y al bajo nivel de los beneficios otorgados como los dos principales problemas de los sistemas previsionales vigentes”* (p. 4).

Com isso, nota-se que os países pioneiros voltaram atrás na sua ênfase liberalizante e privatista. Chile e Argentina apresentam sinais claros de retomada da intervenção estatal em todas as dimensões da Seguridade Social nos últimos anos. Após quase um século de experimentos no âmbito da proteção social, parece vislumbrar-se uma tendência ao reconhecimento da necessidade de políticas públicas de cunho universalizantes, promotoras de direitos na região.

Nesse contexto, o Brasil, que em 1988, na contramão das reformas, manteve seu sistema público e reconheceu na Constituição Federal direitos universais, é alvo constante

de propostas de reformas privatizantes. Desde a institucionalização na CF-88 até os dias atuais, o sistema brasileiro de proteção social vem resistindo às investidas de reformas liberais-conservadoras muito em função das salvaguardas jurídicas de vinculação de impostos a alguns setores sociais como a saúde, que protegeram minimamente o gasto social ao longo dos anos.

De fato, se, nos últimos 20 anos, o Brasil não reformou o seu Sistema de Seguridade Social radicalmente como Chile e Argentina, criou mecanismos como a Desvinculação das Receitas da União que também enfraquece e ameaça o sistema no que tange a provisão pública de serviços desmercantilizados de qualidade e na quantidade suficiente. Outras pressões vêm regularmente pelo lado da desconstitucionalização dos princípios estruturantes do sistema de proteção social, como o vínculo do piso previdenciário e do BPC ao salário mínimo, de um lado, e, de outro, o aumento dos mecanismos de desoneração tributária em favor de segmentos patronais, que, ao não contribuírem para o orçamento a Seguridade Social, colocam-no em risco de vir, de fato, a tornar-se deficitário.

Além disso, foram implementadas reformas paramétricas no sistema previdenciário brasileiro, baseadas num alarmado déficit inexistente. Isso ocorreu e perdura porque a dimensão de Seguridade Social, que vai além da lógica do seguro em que só recebe quem contribui diretamente, apesar de institucionalizada formalmente na Constituição, encontrou dificuldades no seu processo de regulamentação, que não concluiu a unificação dos três ministérios e adotou legislações distintas para a previdência, saúde e assistência social, impedindo a visualização do sistema de forma global.

No entanto, é importante destacar que, mesmo diante das dificuldades e dos desafios existentes, a Constituição de 1988 permitiu que importantes avanços sociais fossem realizados por meio de um formato inovador de políticas públicas. Hoje, o sistema oferece benefícios assistenciais para uma relevante parcela da população que não é segurada, como a aposentadoria rural, além de ter instituído como direito constitucional um benefício para os idosos carentes e portadores de deficiência, o Benefício de Prestação Continuada.

Como vimos, estima-se que esses benefícios, juntamente com outras iniciativas no campo da assistência social como o Bolsa Família, têm impacto muito positivo sobre a

economia, em termos de crescimento do PIB, inclusive. No que diz respeito à saúde, apesar da necessidade de maiores investimentos e melhoria da qualidade dos serviços prestados, o Sistema Único de Saúde constitui um direito da população e uma conquista que não deve ser reduzida sob duras críticas de ineficiência, ao contrário, deve ser fortalecida.

De fato, apesar das pressões, o Brasil conseguiu manter seus parâmetros de proteção social e redução da desigualdade e, espera-se, consiga avançar nessa rota, a caminho da universalidade consolidada e do Bem Estar social como direito de todos os cidadãos.

Os ensinamentos que nos trouxe esta pesquisa vêm corroborar a literatura da Economia do Bem-estar, objeto do primeiro capítulo desta dissertação: a dimensão pública da previdência, da saúde e da assistência é princípio inegociável na garantia dos direitos de cidadania em uma sociedade de livre mercado, onde risco e incerteza exigem do Estado uma intervenção preventiva e efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA, C. H.; CHUDNOVSKY, M. El Sistema de Salud en Argentina. Universidad de San Andrés, março de 2002.
- ANFIP. Análise da Seguridade Social 2009. Brasília: Fundação ANFIP, julho de 2010.
- ANSES. La inclusión social como transformación: políticas públicas para todos. Argentina, 2010.
- ARZA, C. Back to the State: Pension Fund Nationalization in Argentina. Argentina: Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas, 2009.
- BARR, N. Economics of the welfare state. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- BATISTA, A.; JACCOUD, L.; AQUINO, L.; EL-MOOR, P. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Coleção Previdência Social, volume 28. Brasília: MDS, 2008.
- BEVERIDGE, W. The Beveridge Report: Social Insurance and Allied Services. Londres: HMSO, 1942.
- BOSCHETTI, I. A “reforma” da previdência e a Seguridade Social brasileira. In: MORTHY, L. (Org). Reforma da previdência em questão. Brasília: UNB, 2003.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2008.
- CASTRO, J.A.; RIBEIRO, J. A. CAMPOS, A.G., MATIJASCIC, M. A CF/88 e as políticas sociais brasileiras. In: CARDOSO JR., J.C. (Org). A Constituição brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social. Brasília: IPEA, 2009.
- CEPAL “Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde America Latina y el Caribe”, 2005.
- _____. “La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidariedad”, Santiago, 2006.
- _____. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, Cepal, Santiago, dezembro de 2007a.
- _____. Panorama social de América Latina, Cepal, Santiago, novembro de 2007b.

_____. Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe, Cepal, Santiago, janeiro de 2007c.

_____. Panorama social de América Latina, Cepal, Santiago, novembro de 2009.

_____. La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales e comunitarias. CEPAL: Santiago, janeiro de 2010.

CHILE. Lei nº 20.255, de 11 de março de 2008, de Reforma da Previdência. Diario Oficial, 17 de março. Superintendencia de Pensiones, página: <http://www.safp.cl/573/articles-4288_recurso_1.pdf> [consultada em 28 de agosto de 2011].

_____. El Derecho a una vida digna en la vejez: Informe del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma del Sistema Provisional. Santiago: Consejo Asesor Presidencial para la Reforma Previsional, 2006.

_____. Mensaje a la Cámara de Diputados nº 558-354, de 15 de diciembre de 2006. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <<http://www.bcn.cl/histley/lfs/hdl-20255/HL20255.pdf>> [consultada em 15 de agosto de 2011].

_____. Lei nº 19.937, de 30 de janeiro de 2004, que modifica o Decreto Lei nº 2.763, de 1979. Diario Oficial, 24 de fevereiro, 2004a. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consultada em 12 de agosto de 2011].

_____. Lei nº 19.949, de 17 de maio de 2004. Diario Oficial, 5 de junho, 2004b. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <<http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/226081.pdf>> [consultada em 8 de agosto de 2011].

_____. Lei nº 19.966, de 25 de agosto de 2004. Diario Oficial, 3 de setembro, 2004c. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consultada em 8 de agosto de 2011].

_____. Mensagem à Câmara de Deputados nº 1-347, de 22 de maio de 2002. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consultada em 7 de agosto de 2011].

COHEN, F. Regulación del Sistema de Salud post-convertibilidad: desafíos y orientaciones recientes. Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas, Buenos Aires, 2009.

ESPINEL, E. G. (Org.) Transformaciones del sector salud en La Argentina estructura, proceso e tendencias de da reforma del sector entre 1990 y 1997. Buenos Aires, 1998.

FAGNANI, E. Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP em agosto de 2005.

_____. Previdência Social e desenvolvimento econômico. Texto para discussão. Campinas: IE/UNICAMP, 2008.

FALAPPA, F.; ANDRENACCI, L. La política social de la Argentina democrática: 1983-2008. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; Buenos Aires: Biblioteca Nacional, 2009.

FIDALGO, M. M. Adiós al derecho a la salud: el desarrollo de la medicina prepaga. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2008.

GENTIL, D. L. A política fiscal e a falsa crise da Seguridade Social brasileira – análise financeira do período 1990-2005. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Economia da UFRJ em setembro de 2006.

GIAMBIAGI, F. Reforma da Previdência - O Encontro Marcado. Rio de Janeiro: CAMPUS, 2007.

HARDY, C. La reforma social pendiente. Chile, 1997.

HERTEL-FERNANDEZ. Retrenchment reconsidered: continuity and change in the post-authoritarian institutions of Chilean Social Policy. Washington, DC: junho de 2009.

HUJO, K. Novos paradigmas na Previdência Social: lições do Chile e da Argentina. Planejamento e Políticas Públicas nº 19: junho de 1999.

IPEA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise, n. 19. Brasília: IPEA, 2011.

_____. Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro, livro 10. Brasília: IPEA, 2010.

_____. Políticas Sociais: acompanhamento e análise, n. 16. Brasília: IPEA, 2008.

JACCOUD, L.; HADJAB, P. D. E.; CHAIBUB, J. R. Assistência Social e Segurança Alimentar: entre novas trajetórias, velhas agendas e recentes desafios (1988-2008). In: políticas sociais: acompanhamento e análise. Vinte anos da Constituição Federal. Brasília: IPEA, 2009.

- LANZARA, A. P. Regimes de Welfare e as trajetórias das políticas de saúde no Chile e no Brasil. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2006.
- LARRAÑAGA, O.; CONTRERAS, D. TAGLE, J. R. Evaluación de impacto de Chile Solidario para la primera cohorte de participantes. Chile: PNUD, 2009.
- LAVINAS L. Política Social no Brasil e seus Efeitos sobre a Pobreza e a Desigualdade. Seminário Internacional EL BRASIL DESPUES DE LULA. Éxitos y desafíos en la reducción de la pobreza y el liderazgo regional, CIDOB, Barcelona, 2011, mimeo, 34 páginas.
- LAVINAS, L.; COBO, B.; VEIGA, A. Políticas Sociais Universais e Incondicionais: há chances reais de sua adoção na América Latina? 13º Congresso da Rede Mundial de Renda Básica. BIEN, 2010.
- LAVINAS, L.; GARSON, S. Gasto Social no Brasil: transparência sim, parti-pris, não! In: Econômica, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 154-162, junho 2003.
- LO VUOLO, R. El Programa “Asignación por Hijo” de Argentina y las transferencias monetarias de ingresos. Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas, Buenos Aires, 2011.
- LO VUOLO, R.; BARBEITO, A. ENRÍQUEZ, C. R. La inseguridad sócio-económica como política pública: transformación del sistema de protección social y financiamiento social en Argentina. Buenos Aires, maio de 2002.
- _____. La pobreza de la política contra la pobreza. Buenos Aires: Ciepp, 2004.
- MÉDICI, A. C. Avaliando a Reforma da Previdência na Argentina nos Anos 90. Washington, DC, janeiro de 2003.
- MESA, A.; SÁNCHEZ, H. Análisis, Evolución, y Propuestas de Ampliación de La Cobertura Del Sistema Civil de Pensiones en Chile. In: BERTRANOU, F. (Ed.), COBERTURA PREVISIONAL EN ARGENTINA, BRASIL Y CHILE. Santiago, Chile: OIT, 2001.
- MESA-LAGO, C. Social Security in Latin America. Pressure Groups, Stratification, and Inequality. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press, 1978.
- _____. Social Security and Prospects for Equity in Latin America. World Bank Discussion Papers No. 140, Washington, DC: World Bank, 1991.

_____. Changing Social Security in Latin America. Toward Alleviating the Social Costs of Economic Reform. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, 1994.

_____. Social Welfare Reform in the Context of Economic-Political Liberalization: Latin American Cases. Pittsburgh, PA, 1995. mimeo.

_____. Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales. Revista de la Cepal 60, 1996. p. 73-94.

_____. Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago, Chile: Proyecto Cepal/GTZ Desarrollo y equidad social en América Latina y el Caribe. 2004 (Serie Financiamiento del Desarrollo, n. 144).

_____. Protección social en Chile: reformas para mejorar la equidad. Revista Internacional del Trabajo, vol. 27, núm. 4, 2008.

_____. La ley de reforma de la previsión social argentina: antecedentes, razones, características y análisis de posibles resultados y riesgos. Argentina: Nueva Sociedad n° 219, 2009.

_____. Reassembling Social Security: A Survey of Pension and Health Care Reforms in Latin America. Las pensiones de seguridad social en América Latina después de tres décadas de reforma. Real Instituto Elcano de Estudios Internacionales: Anuario Iberoamericano, Real Instituto Elcano, Madrid, 2009.

MIRANDA, A. A. M. Controvérsias Sobre Políticas Sociais no Brasil Pós Constituição de 1988: Educação, Previdência e Programas de Renda. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Federal Fluminense em 2010.

MUSSI, C.; AFONSO, J. R. R. Como Conciliar Desenvolvimento Econômico com Bem Estar Social? Algumas Reflexões acerca dos Novos Desafios LatinoAmericanos. Nueva Sociedad 215: maio-junho, 2008.

OLIVEIRA, A. B. Perspectivas Comparadas das Reformas Previdenciárias. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

PIOLA, S.F; BARROS, E. D.; NOGUEIRA, R. P.; SERVO, L. M.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significam para a saúde da população brasileira? In: políticas sociais: acompanhamento e análise. Vinte anos da Constituição Federal. Brasília: IPEA, 2009.

PNUD. Índice de Desarrollo Humano em Chile: 1990-1998. Chile: PNUD, 1999.

RACZYNSKI, D. La estrategia para combatir la pobreza en Chile. Programas, instituciones y recursos. Chile, 1994.

RANGEL, L.A.; PASINATO, M.T.; SILVEIRA, F.G.; LOPEZ, F.G.; MENDONÇA, J.L. Conquistas, desafios e perspectivas da previdência social no Brasil vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. In: políticas sociais: acompanhamento e análise. Vinte anos da Constituição Federal. Brasília: IPEA, 2009.

ROFMAN, R.; FAJNZYLBER, E.; HERRERA, G. Reformando las reformas previsionales. Las recientes iniciativas y acciones adoptadas por Argentina y Chile. Washington: Banco Mundial, 2008.

SALVADOR, E. S. Fundo público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). Tese de doutorado apresentada na UnB em dezembro de 2008.

SOARES, L.T. Retomando o debate da reforma da previdência social. In: MORTHY, L. (Org). Reforma da previdência em questão. Brasília: UNB, 2003.

SOARES, S.; OSÓRIO, R.; SOARES, F.; MEDEIROS, M.; ZEPEDA, E. Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade. Texto para discussão nº 1293. Brasília: IPEA, 2007.

SOARES, S.; SÁTYRO, N. O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras. Texto para discussão nº 1424. Brasília: IPEA, 2009.

SPOSATI, A.; FALCÃO, M. C.; FLEURY, S. M. T. Os direitos dos desassistidos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

STIGLITZ, J. E.; ORSZAG, P. R. "Rethinking Pension Reform: Ten Myths About Social Security Systems". Washington, DC: World Bank Conference, "New Ideas About Old Age Security", 1999.

TEIXEIRA, A. Do Seguro à Seguridade: a metamorfose inconclusa do Sistema Previdenciário Brasileiro. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, 1990. (Texto para discussão, n. 249).

TOBAR, F. El gasto em salud em Argentina y su método. Buenos Aires, dezembro de 2000.

UTHOFF, Andras. El caso Chile. Reconciliando los principios de equivalencia y solidarid. Apresentação Seminário Internacional UFRJ. Rio de Janeiro, junho de 2010.

_____. Reformas a los sistemas de pensiones em América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento y Desarrollo, Santiago de Chile: CEPAL, 1995.

WERNECK VIANNA, M.L.T. A Americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 1998.

_____. Seguridade Social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não-contributivos. Enap: setembro, 2004.

WORLD BANK. Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth. Washington, DC: Oxford University Press, 1994.

_____. Keeping the Promise of Social Security in Latin America. Palo Alto, California: Stanford University Press, 2005.

_____. Argentina. The Convertibility Plan: Assessment and Potential Prospects. World Bank Report n° 15402-AR. Washington, DC, 1996. mimeo.

YAZIGI, A. F. (Ed). The Chilean Pension System Based On Individual Capitalization. Santiago, Chile: SAFP, 2003. Disponível em: <http://www.safp.cl>. Acesso em: 30 de outubro de 2011.