

ANÁLISE DOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: BRASIL, CHILE E CUBA

ORGANIZADORAS

Berenice Rojas Couto
Maria Lúcia Teixeira Garcia
Olga Pérez Soto
Rosa Maria Marques

**ANÁLISE DOS
SISTEMAS DE
PROTEÇÃO SOCIAL
NA AMÉRICA LATINA:
BRASIL, CHILE E CUBA**



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

Chanceler

Dom Jaime Spengler

Reitor

Evilázio Teixeira

Vice-Reitor

Jaderson Costa da Costa

CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Carla Denise Bonan

Editor-Chefe

Luciano Aronne de Abreu

Antonio Carlos Hohlfeldt

Augusto Mussi Alvim

Cláudia Musa Fay

Gleny T. Duro Guimarães

Helder Gordim da Silveira

Lívia Haygert Pithan

Lucia Maria Martins Giraffa

Maria Eunice Moreira

Maria Martha Campos

Nythamar de Oliveira

Walter F. de Azevedo Jr.

ANÁLISE DOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: BRASIL, CHILE E CUBA

ORGANIZADORAS

Berenice Rojas Couto

Maria Lúcia Teixeira Garcia

Olga Pérez Soto

Rosa Maria Marques



PORTO ALEGRE

2018

© EDIPUCRS 2018

CAPA Thiara Speth

DIAGRAMAÇÃO Rodrigo Valls

REVISÃO DE TEXTO Fernanda Lisbôa e Patrícia Aragão

REVISORES EM LÍNGUA ESTRANGEIRA: Consuelo Paz Silva Flores e Olga Pérez Soto

IMPRESSÃO E ACABAMENTO Gráfica Epecê

Edição revisada segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.



O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001



Este livro conta com um ambiente virtual, em que você terá acesso gratuito a conteúdos exclusivos.

Acesse o QR Code e confira!

 **ediPUCRS**

Editora Universitária da PUCRS

Fone/fax: (51) 3320 3711

E-mail: edipucrs@pucrs.br

Síte: www.pucrs.br/edipucrs

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A532 Análise dos sistemas de proteção social na América Latina : Brasil, Chile e Cuba / Berenice Rojas Couto ... [et al.] (organizadoras). – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2018.
364 p.

ISBN 978-85-397-1092-8

1. Assistência social – América Latina. 2. Política social – América Latina. 3. Serviço social. I. Couto, Berenice Rojas.

CDD 23. ed. 361.2

Clarissa Jesinska Selbach CRB 10/2051

Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfilmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos, videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial, bem como a inclusão de qualquer parte desta obra em qualquer sistema de processamento de dados. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. A violação dos direitos autorais é punível como crime (art. 184 e parágrafos, do Código Penal), com pena de prisão e multa, conjuntamente com busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610, de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
<i>Maria Ozanira da Silva e Silva</i>	
APRESENTAÇÃO	13
<i>As organizadoras</i>	
UNIDADE 1 – FUNDAMENTOS DA PROTEÇÃO SOCIAL	25
1.1 FUNDAMENTOS DA POLÍTICA SOCIAL	25
1.1.1 Algumas considerações sobre a proteção social no Brasil, no Chile e em Cuba	25
<i>Aline Faé Stocco, Aline Fardin Pandolfi e Izildo Corrêa Leite</i>	
1.1.2 Política Econômica e Proteção Social	44
<i>Paulo Nakatani e Aline Faé Stocco</i>	
1.1.3 Las Políticas Sociales en Chile: Fundamentos	64
<i>Claudio Lara Cortes e Consuelo Silva Flores</i>	
1.1.4 Proteccion y Política Social	73
<i>Olga Pérez Soto e Arelys Esquenazi Borrego</i>	
1.2 Estado-Mercado	85
1.2.1 A configuração das relações entre Estado e mercado na proteção social brasileira contemporânea Brasil	85
<i>Aline Faé Stocco, Adriana Ilha, Izildo Correa Leite, Luiz Jorge V. P. de Mendonça, Paulo Nakatani, Maria Lúcia Teixeira Garcia, Mari Bortoli e Tiago Martinelli</i>	

1.2.2 Debate Estado y Mercado en Chile.....	97
<i>Claudio Lara Cortes e Consuelo Silva Flores</i>	
1.2.3. Estado-Mercado	109
<i>Henry Colina Hernández, Olga Pérez Soto e Alberto Menendez</i>	
UNIDADE 2 – ESTUDIOS COMPARADOS BRASIL, CHILE E CUBA	117
2.1. Sistemas de Salud en América Latina: La experiencia de Chile, Brasil y Cuba	117
<i>Laura Galeano Zaldivar, Aline Faé Stocco, Arelys Esquenazi Borrego e Edineia Figueira dos Anjos Oliveira</i>	
2.2. Assistência Social no Brasil, em Cuba e no Chile	142
<i>Mari Aparecida Bortoli, Tiago Martinelli, Heloísa Teles, Berenice Rojas Couto e Jane Cruz Prates e Jussara Mendes</i>	
2.3. Síntesis comparativa de los Sistemas de Pensiones de Brasil, Cuba y Chile	152
<i>Claudio Lara Cortes, Consuelo Silva Flores, Henry Colina Hernández, Mirela Maggione, Luiz Jorge V. P. de Mendonça e Rosa Maria Marques</i>	
2.4. Políticas de Transferência de Renda no Brasil e no Chile.....	163
<i>Rosa Maria Marques</i>	
2.5. Seguro-Desemprego no Brasil, no Chile e em Cuba	171
<i>Rosa Maria Marques</i>	
<i>Arelys Esquenazi Borrego</i>	
UNIDADE 3 – OS PAÍSES EM ESTUDO: UMA CARACTERIZAÇÃO	181
3.1. Características socioeconômicas e proteção social no Brasil.....	181
<i>Rosa Maria Marques, Elizabeth Cardoso de Oliveira, Camile Kimie Ugino, Natália Cairo Lara, Laís Soares, Estela Capelas Barbosa, Maria Lúcia Teixeira Garcia, Jeane A. Ferraz Silva e Tiago Martinelli</i>	

3.2. A Emenda Constitucional 95 e a proposta de reforma da Previdência Social do governo Temer204

Rosa Maria Marques, Patrick Andrade e Camila Kimie Ugino

3.3. Sistema Único de Saúde pós-golpe: s Saúde pública brasileira na emergência222

Jussara Maria Rosa Mendes e Maria Lúcia T. Garcia

3.4. Análisis de los Sistemas de Protección Social en Países de América Latina: El Caso de Chile 235

Claudio Lara C. e Consuelo Silva F.

3.5. Política Social: La experiencia de desarrollo Cubano..... 259

Silvia Odriozola Guitart, Olga Pérez Soto, Arellys Esquenazi Borrego, Henry Colina Hernández e Laura Galeano Zaldívar

4 – À GUIA DE CONCLUSÃO..... 293

SOBRE OS AUTORES.....298

ANEXOS..... 307

ANEXO 1 – QUADRO SOBRE PROTEÇÃO SOCIAL: ESFERAS OU RAMOS ..307

ANEXO 2 – BRASIL.....308

2.1 Dados gerais do Brasil308

2.2 Pensões no Brasil.....309

2.3 Dados gerais da política de saúde brasileira..... 310

2.4 Dados gerais da política de assistência social 311

2.5 Transferência de renda 316

2.6 Benefício de Prestação Continuada (BPC)..... 319

2.7 Seguro-Desemprego 323

2.8 Inventário de Termos324

ANEXO 3 – CHILE	330
3.1 Dados gerais do país	330
3.2 Caracterização demográfica	331
3.3 Pensiones en Chile	334
3.4 Salud	336
3.5 Transferencia de renda en Chile.....	339
3.6 Seguro de desempleo	341
3.7 Inventário de termos	346
ANEXO 4 – CUBA	349
4.1 Dados gerais de Cuba.....	349
4.2 Pensiones.....	351
4.3 Salud.....	354
4.4 Asistencia Social	355
4.5 Educación.....	358
4.6 Seguro al Desempleo.....	359
4.7 Inventário de termos	361
4.8 Gráficos gerais	362

PREFÁCIO

Foi com grande prazer que fiz a leitura para elaboração do prefácio da coletânea *Análise dos Sistemas de Proteção Social na América Latina: Brasil, Chile e Cuba*, resultado de quatro anos de estudos e investigação.

Estamos diante de um dos produtos de uma cooperação acadêmico-científica que oportunizou também a produção de teses, dissertações e várias outras publicações, e que envolveu três países: Brasil, Chile e Cuba; articulou 32 autores-pesquisadores de três áreas de conhecimento: Serviço Social, Economia e Sociologia; e envolveu cinco universidades, quatro programas de pós-graduação e cinco grupos de pesquisa.

Análise dos Sistemas de Proteção Social na América Latina: Brasil, Chile e Cuba apresenta os resultados de um estudo comparado que procura dimensionar, analisar e problematizar semelhanças e diferenças para compreender as particularidades da Proteção Social em dois países de capitalismo periférico, Brasil e Chile, e em um país em transição para o socialismo, Cuba. O rico e complexo processo de debate intelectual, resultante de uma construção coletiva no âmbito da academia, procura focar a Proteção Social situada no contexto de atuação do Estado, em relação com o mercado, abordando diversificadas dimensões da Proteção Social nos espaços geográficos dos três países selecionados. As políticas e os programas sociais que compõem a Proteção Social no Brasil, Chile e Cuba são considerados produtos de um processo social histórico de lutas sociais, marcado por determinações estruturais e conjunturais. Guardadas as especificidades das posturas teórico-metodológicas dos diferentes sujeitos pesquisadores que constituíram uma rede de

cooperação científico-acadêmica, o fio metodológico que perpassa todo o conteúdo apresentado no livro pode ser percebido mediante a convergência de uma perspectiva metodológica crítico-dialética.

A coletânea de *Análise dos Sistemas de Proteção Social na América Latina: Brasil, Chile e Cuba* é coordenada por quatro pesquisadoras experientes: Berenice Rojas Couto, Maria Lúcia Teixeira Garcia, Olga Pérez Soto e Rosa Maria Marques. Qualifica-se por um esforço exitoso para construir um produto com as marcas de uma experiência de internacionalização de programas de pós-graduação que constroem sua consolidação no campo complexo da produção de conhecimento. É estruturada, de modo articulado, em quatro eixos temáticos.

O primeiro eixo da estrutura de exposição dos resultados da pesquisa contempla os *Fundamentos da Proteção Social*, onde o leitor encontra uma discussão fundamentada sobre o posicionamento de cada país no debate sobre a Proteção Social e a Política Social, abordadas numa perspectiva teórica geral e, ao mesmo tempo, situada nas realidades particulares de cada país. Nesse primeiro eixo temático, são destacados temas dos fundamentos da Política Social, no espaço das relações entre Estado e mercado. Trata-se de um conteúdo que objetiva comparar concepções e práticas da Proteção Social no contexto de duas formações sociais do capitalismo periférico e de uma realidade que apresenta uma construção histórica de transição para o socialismo. No que se refere aos fundamentos apresentados sobre a relação Estado-mercado, o objetivo é configurar essa relação na busca de orientações para análise de Políticas Sociais enquanto mecanismo para a Proteção Social.

No segundo eixo temático da exposição de resultados da pesquisa em foco, *Estudos Comparados: Brasil, Chile e Cuba*, são apresentadas experiências concretas no campo da Proteção Social nos três países, com destaque à saúde, seguro-desemprego, sistemas de pensões, transferência de renda e assistência social. O objetivo é estabelecer comparação nos formatos e conteúdos das Políticas Sociais de Proteção Social nas três realidades específicas estudadas. Como resultante deste processo é apresentado um estudo comparativo entre Brasil, Chile e Cuba para cada um dos aspectos mencionados.

O terceiro eixo temático que compõe a exposição dos resultados da pesquisa apresenta *Os Países em Estudo: uma Caracterização*, onde os sujeitos de cada país têm a palavra para apresentar dimensões e avaliar suas respectivas experiências a partir da indicação de conteúdos que contemplam o mesmo padrão na apresentação das informações sobre cada experiência, facilitando as análises e comparações entre si, de modo a configurar resultados, deficiências e desafios.

Postos o conteúdo e o significado relevante de uma obra para a literatura que aborda as Políticas Sociais no contexto da Proteção Social, uma pergunta merece destaque: por que, neste prefácio, recomendamos fortemente a leitura da coletânea *Análise dos Sistemas de Proteção Social na América Latina: Brasil, Chile e Cuba?*

Em primeiro lugar, merece destaque a relevância e a atualidade da temática abordada: Proteção Social na América Latina, continente que vivencia momentos conjunturais de crise econômica e política, sendo os mais afetados exatamente os trabalhadores e as categorias profissionais, em última instância, os que vivem do trabalho. Esse é o conjunto da sociedade deveras atingido por um processo desumano e sem precedente de desmonte de direitos sociais conquistados e de redução dos orçamentos que possam garantir, pelo menos, os mínimos já conquistados.

Essa coletânea merece ser lida na academia, no âmbito da prática profissional, da gestão de instituições governamentais e não governamentais e nos espaços de formação profissional. Enfim, em todos os espaços onde se encontrem sujeitos responsáveis e comprometidos com uma prática profissional e política de luta pela distribuição da riqueza construída socialmente, na direção de uma sociedade que tenha como norte a igualdade entre as pessoas.

Outro motivo para recomendar a leitura de *Análise dos Sistemas de Proteção Social na América Latina: Brasil, Chile e Cuba* é a carência da literatura sobre a temática abordada. Ademais, a abordagem comparativa adotada enriqueceu sobremaneira o conteúdo apresentado, altamente relevante para a formação profissional de alunos da graduação e da pós-graduação, para fundamentar a prática dos profissionais que atuam na intervenção da realidade social e ins-

trumentalizar a prática dos movimentos e organizações populares na prática de controle social das políticas sociais públicas.

Parabéns às coordenadoras deste livro, as queridas e competentes pesquisadoras Berenice Rojas Couto, Maria Lúcia Teixeira Garcia, Olga Pérez Soto e Rosa Maria Marques. Parabéns aos 32 autores-pesquisadores que disponibilizam uma obra relevante pela temática abordada e pela profunda abordagem de um tema que enriquecerá muito a literatura das Ciências Sociais e Humanas.

São Luís, março de 2018.

Maria Ozanira da Silva e Silva¹

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão

¹ Doutora em Serviço Social. Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Coordenadora do Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e Políticas Direcionadas à Pobreza (GAEPP: www.gaepp.ufma.br), na UFMA e pesquisadora nível IA do CNPq. E-mail: maria.ozanira@gmail.com.

APRESENTAÇÃO

“Se ponen en pie los pueblos, y se saludan. ‘¿Cómo somos?’ se preguntan; y unos a otros se van diciendo cómo son. [...] Los jóvenes de América se ponen la camisa al codo, hunden las manos en la masa y la levantan con la levadura de su sudor. Entienden que se imita demasiado, y que la salvación está en crear. Crear es la palabra de orden de esta generación. El vino, de plátano; y si sale agrio, ¡es nuestro vino!”

(José Martí, Nuestra América)

A cooperação internacional, tal como proposta pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), tem por objetivo desenvolver atividades da pós-graduação brasileira no contexto mundial, visando ao seu incremento (CAPES, 2015). Mas, entre o que propõe a agência de fomento e o que impulsiona pesquisadores a se envolverem nesse processo que requer anos de atividade coletiva, pode ter razões diversas.

Via de regra, o que move pesquisadores a se envolverem nesse processo é o desejo de construção de atividades coletivas em uma perspectiva internacional – que, em nosso caso, assumiu a opção latino-americana. Introduzir o leitor a este livro é trazer uma mirada crítica sobre as realidades investigadas, em seus aspectos teórico-metodológicos e práticos, para, assim, avaliá-las comparativamente, em suas distintas determinações, em cada um dos países estudados, em termos particulares e gerais. Os pesquisadores assumiram o

desafio de pensar suas realidades nessa perspectiva analítica, que implicou crescimento profissional e de relações interpessoais que atravessam as páginas que se seguem.

Este livro apresenta também um trajeto das equipes de pesquisadores de três países que envolveu um intrincado processo, entre eles, o desafio de entender o que cada um (teórica, metodológica e epistemologicamente) compreendia do objeto de estudo. O trabalho colaborativo é, sem dúvida, uma via importante para que a ciência avance na geração de conhecimentos socialmente importantes. Esse processo de internacionalização para fins acadêmicos pautar-se-ia pelo intuito de contribuir com o desenvolvimento da educação e da ciência, por meio da colaboração e da troca de experiências com instituições estrangeiras, e da realização de atividades de formação e pesquisa de alta qualidade.

O livro que ora apresentamos é resultado de um longo percurso de quatro anos que estudou os sistemas de proteção social no Brasil e Chile¹, com ênfase na relação combinada nesse campo entre Estado e mercado. A participação da equipe cubana exigiu dos grupos de pesquisa uma análise criteriosa da diferença entre um país em transição para o socialismo e dois países capitalistas. O desafio foi desvendar, no campo da proteção social, os indicadores que permitissem identificar semelhanças e diferenças entre os problemas vivenciados pelas sociedades e seu enfrentamento.

O projeto de cooperação envolveu os grupos de pesquisa dos Programas de Pós-Graduação em Economia Política da PUCSP (Grupo de Pesquisa Políticas para o Desenvolvimento Humano), Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFES (Núcleo de Estudos em Política Social, Cidadania e Serviço

¹ Esta reflexão faz parte do projeto de cooperação internacional (PGCI 034/2013), que propõe “estudar os sistemas de proteção social do Brasil, Chile e Cuba, com vista a levantar de que forma esses países combinam a atuação do Estado e do mercado nesse campo, e o papel desempenhado pelos programas focalizados e condicionados para atender a essa finalidade”. As equipes trabalharam juntas desde 2010, e parte da primeira etapa do trabalho se faz presente nos livros publicados: GARCIA, M. L. T.; MARQUES, R.M.; NASCIMENTO, L.A.L. (Orgs.). *Sistemas de proteção social do Brasil: bibliografia (1985-2008)*. 2. ed. Vitória: Edufes, 2013. 487 p.; GARCIA, M.L.T.; COUTO, B.R.; MARQUES, R.M. (Orgs.). *Proteção social no Brasil e em Cuba*. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. v. 1. 288 p.

Social e grupo de estudos em Análise de Conjuntura), do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho) e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS (Grupo de Pesquisa em Proteção Social e Direitos Sociais), no processo de consolidação destes Programas de Pós-Graduação *stricto sensu*.² Contou ainda com a participação de grupos de pesquisa da Faculdade de Economia da Universidade de Havana e da Escuela Latinoamericana de Estudios de Postgrado Universidad de Arte y Ciencias Sociales – Arcis do Chile. Ao longo desses anos, o trabalho envolveu docentes e discentes dos Programas de Pós-Graduação em um rico processo de debate intelectual e fortalecimento coletivo.

O problema de pesquisa “Como os países latino-americanos concebem a proteção social e combinam a atuação do Estado e do mercado nesse campo?” foi apoiado pelas seguintes questões norteadoras: qual a concepção de proteção social utilizada nos países estudados e o seu nível de abrangência? Quais os condicionantes estruturais, histórico-sociais e culturais que condicionam o modo de organização da proteção social nos países estudados? Como estão organizados os sistemas de proteção e quais as condições estruturais (níveis de cobertura, recursos e controle social) para a sua materialização nos países estudados? Qual o papel dos programas focalizados e condicionados por critérios de permanência, segmentos ou vulnerabilidades, nas formas de materializar a proteção social nos países estudados?

Tanto o problema como suas questões norteadoras colocaram uma tarefa inicial para as equipes. Foi necessário recorrer à pesquisa já realizada³, onde a questão da definição de proteção social no capitalismo foi evidenciada. Assim é possível indicar que o estudo parte de uma concepção de que o conjunto de políticas de proteção social, estruturadas em sistemas de seguridade

² Na última quadrienal da CAPES (2017), as atividades decorrentes dessa cooperação foram importantes para a avaliação do Programa de Pós-Graduação envolvido.

³ Pesquisa financiada pela CAPES e pelo CNPq, cujo relatório final foi publicado em livro: GARCIA, M. L.T.; COUTO, B.R.; MARQUES, R.M. (Orgs.). *Proteção Social no Brasil e em Cuba*. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. v. 1. 286p.

social, tal qual predominam atualmente em âmbito mundial, resultam do reconhecimento das consequências econômicas e sociais que as contradições do capitalismo trazem para a classe trabalhadora. Por outro lado, refletem a correlação de forças entre as classes sociais no cenário político, bem como as estratégias de acumulação do capital em cada período histórico. Assim, para a equipe brasileira, a proteção social

[...] se expressa como mediações da representação entre o Estado e a sociedade e se consolida como estratégia de atendimento das necessidades sociais a partir do reconhecimento da classe trabalhadora como ator político fundamental para a produção e reprodução dessa sociedade. Sua conformação como sistema é parte das condições objetivas e da dinâmica contraditória da sociedade e da luta social contra-hegemônica por direitos associados à proteção social e sua legitimação pelo Estado. São conquistas sociais tecidas na busca pela igualdade social e pelo reconhecimento das condições que originam as desigualdades na sociedade capitalista e dos conflitos que se estabelecem na relação capital-trabalho (MENDES; WUNSCH; COUTO, 2006, p. 276-277).

Para a equipe chilena, o conceito de proteção social (saúde, previdência e outros aspectos):

[...] é possível especificá-lo por meio de três dimensões e indicadores principais. A primeira é a cobertura horizontal ou proporção da população que tem cobertura de seguridade social; a segunda é a cobertura vertical ou prestações às quais têm um direito efetivo, oportuno e razoavelmente garantido os afiliados (e/ou beneficiários); e terceiro, a proteção financeira ou medida para que as despesas totais ou complementares não exacerbem a desigualdade de renda (LARA; FLORES, 2017, n.p.).

Para a equipe de Cuba, a proteção social

[...] forma parte do desenvolvimento social. A dívida social herdada do capitalismo deve ser transcendida com uma abordagem de totalidade capaz de capturar a diferenciação e superá-la para

alcançar a justiça social. A vocação humanista do projeto socialista não parte de uma visão reducionista de proteger o indivíduo; senão de colocá-lo como protagonista do desenvolvimento social para expandir as suas potencialidades.

Esses conceitos acima retratados demonstram o esforço intelectual compreendido nos marcos da pesquisa que foram aqui enfrentados: muitos conceitos não eram compreendidos de igual forma por todos os países, independentemente da realidade social de cada um. Seja no âmbito abstrato, seja no concreto de aplicação, o desafio foi encontrar pontos de encontro, sem ignorar a diversidade.

Em termos históricos, apesar da imprecisão quanto ao momento exato em que surgiram as políticas de proteção social, elas se desenvolveram, segundo Couto et al. (2012), ao longo do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, em uma conjuntura específica do desenvolvimento do capitalismo, caracterizada, entre outras coisas, pela produção e pelo consumo de massa, pelo modelo fordista-taylorista de gestão do trabalho e por forte organização da classe trabalhadora. Nesse contexto, as intervenções estatais foram assumindo um papel cada vez mais preponderante, tanto no que tange ao avanço do progresso econômico quanto no referente ao reconhecimento e à garantia de direitos sociais dos trabalhadores, conformando o que se chamou de Estado de Bem-Estar Social.

Porém, nas nações que conformam a periferia do capitalismo, não foi possível alcançar o mesmo padrão de proteção social nem, tampouco, o mesmo progresso econômico que os observados no centro da economia capitalista. É preciso levar em conta esse fato, ao analisarmos a proteção social em países como Brasil e Chile, dada sua inserção periférica e dependente no sistema capitalista mundial. Cuba tem trilhado um caminho bem diverso dos países capitalistas periféricos, nos mais diferentes aspectos. Segue em um processo de transição ao socialismo. Nossas análises, assim, requereram um esforço por entender a particularidade dos sistemas de proteção implementados em cada país.

Como estratégia para responder às questões norteadoras, as equipes desenvolveram pesquisas bibliográfica e documental que cumpriram duas etapas: inicialmente cada equipe trabalhou com a construção de diversos instrumentos de equalização de categorias que propiciaram a construção de textos comparativos entre os países. Assim compõe essa etapa a construção de um inventário de termos que apontava para a compreensão conceitual das categorias que são centrais no debate. Após, foi feito um quadro síntese com os principais elementos para a análise posterior dos temas elencados. Foram, nessa primeira etapa, construídos textos por equipe participante que descreveram e analisaram a condição da proteção social nos temas relacionados à pesquisa. Todas essas produções foram objeto de debates presenciais e análise via sistema de internet, com o objetivo de construirmos a fase seguinte da pesquisa.

Nos parece importante compartilhar com os leitores e as leitoras, a experiência acumulada ao longo do processo de pesquisa internacional, o avanço e o amadurecimento da dinâmica de trabalho – profissional e interpessoal. O trabalho permitiu uma arquitetura da matriz da pesquisa com uma combinação de tarefas desenvolvidas tanto pelas equipes por país quanto tarefas envolvendo a interação entre pesquisadores de diferentes países – aqui apresentada na segunda parte deste livro –, possibilitando o fortalecimento do trabalho coletivo e de uma mirada transversal comparativa.

Assim, os textos seguintes trouxeram reflexões com análises comparadas dos três países, considerando as políticas constitutivas da proteção social de cada país. Cada texto foi alvo de debate durante as atividades desenvolvidas (*workshops*, missões de trabalho, minicursos, conferências, palestras, etc.). O objetivo aqui foi possibilitar a interlocução sistemática intra e intergrupos de pesquisa.

Nesses anos de cooperação internacional, esse conjunto de atividades – sistematização dos dados e produção de textos – possibilitou solidificar a constituição de uma rede de cooperação científico-acadêmica entre Programas de Pós-Graduação articulando as áreas de Serviço Social, Economia e Sociologia. A articulação entre essas áreas de conhecimento permitiu um enfrentamento

que trazia especificidades de cada área e um eixo em comum: a crítica da Economia Política.

Em nossas missões e *workshops*, os pesquisadores dos três países (Brasil, Cuba e Chile) realizaram debates e produziram reflexões sobre os sistemas de proteção social, tendo como eixo as políticas de saúde, assistência social e previdência social e também analisando o seguro-desemprego, buscando levantar as formas como esses países constroem seus sistemas de proteção, combinam a atuação do Estado e do mercado nesse campo. Estudamos os sistemas de proteção social do Brasil, Chile e Cuba, com vista a levantar de que forma esses países combinam a atuação do Estado e do mercado nesse campo, e o papel desempenhado pelos programas focalizados e condicionados para atender a essa finalidade.

Partimos do pressuposto que não podemos considerar as palavras como se fossem signos neutros, transparentes, já que elas são afetadas pelos conflitos históricos e sociais que sofrem os falantes de uma língua e, por isso, permanecem impregnadas de suas vozes, seus valores, seus desejos (BAKTHIN, 2002). O processo de trabalho coletivo internacional de construção de reflexões teórico-práticas requer o entendimento da língua como um fato social, cuja existência se funda nas necessidades da comunicação, e valoriza a fala, a enunciação, pois esta possui uma natureza social, portanto, ideológica (BAKTHIN, 2002). Assim, no trabalho de pesquisa, nos envolvíamos em debates sobre termos que possuíam uma mesma grafia, mas sentidos diferentes. Esse trabalho traz também o desafio da escrita entre parceiros internacionais (espanhol e brasileiro) que buscam superar inúmeras barreiras que se colocam nesse processo.

A cooperação internacional é um processo que, parafraseando Shakespeare, “We know what we are, but know not what we may be”. A cooperação internacional possibilita reunir diferentes pesquisadores (e suas diferentes culturas), face a face, em um processo colaborativo do qual todos saímos diferentes.

O que marca esse processo? *A busca pelo entendimento* (do projeto de pesquisa – via de regra proposto por um dos pesquisadores e ao qual os demais

aderem; dos termos e conceitos utilizados no projeto –, o que para a área de conhecimento ao qual nos vinculamos pode representar um intrincado caleidoscópio de paradigmas, realidades e contextos diferentes; do próprio processo de trabalho em equipe, etc.).

Nessa etapa, o tempo é gasto tanto com discussões sobre o entendimento das tarefas a serem desenvolvidas quanto com a delimitação das atribuições de cada membro da equipe e os prazos para esse trabalho.

Um processo de trabalho desenvolvido tanto presencialmente quanto por internet requer dos pesquisadores o domínio de tecnologias da informação nem sempre usuais. Aqui, inserem-se para uns, novo, para outros, velhos termos (por exemplo, o uso do Dropbox).

Junto com a busca por um trabalho colaborativo com parceiros estrangeiros, há o entendimento necessário da matriz teórica que estrutura a pesquisa. Esse processo de debates e trocas permitiu um crescimento individual e coletivo de todos dentro do processo de investigação, bem como compartilhamos diferentes miradas intra e interparadigmáticas que fortaleceram os resultados em cada país e entre todas as equipes.

Esse trabalho, longe de chegar a um fim, se oferece a uma continuação, sintetiza o esforço realizado pelos investigadores dos três países para brindar aos leitores os avanços quanto aos pontos de encontro e desencontro entre as categorias, conceitos, políticas e projetos sociais de cada uma das realidades estudadas.

O livro mostra as diferentes anatomias de proteção social que têm os países de Brasil, Chile e Cuba. Ao mesmo tempo, a organização do mesmo, através da sua estrutura, compartilha com o leitor os aspectos da pesquisa que foram identificados como coincidências e divergências entre os três países.

Essa riqueza do debate e seus avanços para continuar em futuras investigações foram preservadas em cada capítulo. O texto conta com três partes distribuídas em três planos de análises bem delimitados. No primeiro plano, é realizada uma mirada geral, essencial e teórica da política social. Num segundo nível, são trabalhadas as categorias, instrumentos e ferramentas que aparecem nos três países, além de ser feita uma análise

comparativa deles. Finalmente, num terceiro plano analítico, se desenvolve uma caracterização de cada país no processo de aplicação de categorias, instrumentos e políticas.

O leitor encontrará, na primeira parte deste livro, o posicionamento de cada país dentro do debate de proteção e política social, desde uma perspectiva teórica geral e desde as suas realidades em particular. Nela é outorgada especial ênfase aos temas dos fundamentos da política social, assim como as relações entre Estado e mercado.

Na segunda parte do livro, foi realizado uma análise de categorias como: saúde, seguro-desemprego, sistemas de pensões, transferência de renda e assistência social; comparando sua forma e conteúdo nas três realidades específicas estudadas. Resultante deste processo, se presenteia um estudo comparativo entre Brasil, Chile e Cuba para cada um dos aspectos mencionados.

Finalmente, cada país brinda uma caracterização de suas experiências fazendo uma avaliação das suas realidades. O leitor notará que cada caracterização seguiu o mesmo padrão na apresentação da informação para facilitar a análises e comparação entre eles. Neste sentido, são oferecidos os principais resultados, deficiências e desafios.

Abaixo é apresentada uma breve descrição da proteção social nos países em estudo nesta pesquisa, que será amplamente desenvolvida ao longo deste trabalho.

No caso brasileiro, na Constituição de 1988, as ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social compreendem a Seguridade Social. Mas a Seguridade Social (SS), assim entendida, constitui tão somente a proteção social brasileira em seu sentido restrito, pois o seguro desemprego, as ações relativas à educação, entre outras, não fazem parte dela. Ainda segundo a Constituição, a SS deveria ser organizada visando aos seguintes objetivos: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de

participação no custeio; e) diversidade da base de financiamento; f) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (MARQUES et al., 2017).

Para o Chile, analisa-se como a política social adquiriu no país um caráter progressivo após a regressividade do experimento ditatorial. Nesse sentido,

[...] as autoridades governamentais procuraram conciliar o crescimento econômico com a melhoria da proteção social e as condições de vida dos setores mais pobres, aumentando consideravelmente as despesas sociais. Nos anos 2000 são introduzidos um novo tipo de políticas sociais denominadas “políticas de proteção social”; as quais têm como principal finalidade abordar as vulnerabilidades sociais. Essas políticas implicam uma série de importantes reformas e iniciativas, assim como mudanças institucionais, tendo como resultado um sistema de proteção social muito mais complexo no país (LARA; FLORES, 2017, sem paginação).

O atual sistema de proteção social chileno

[...] consiste em uma rede de serviços e políticas contributivas e não contributivas, projetadas para oferecer proteção estatal ao longo da vida para diferentes grupos socioeconômicos. Inclui políticas relativas à seguridade social e aos setores de saúde e educação; assim como, assistência social à população mais pobre e vulnerável, incluindo, entre outros, transferências em dinheiro e em espécie. Este sistema também abrange políticas voltadas a universalizar o acesso e a demanda de serviços sociais (LARA; FLORES; 2017, n.p.).

A experiência cubana na política social ocupa um lugar distintivo na América Latina desde o ano 1959, uma vez que se tornou o primeiro país do continente em propor-se a construção de uma sociedade socialista, e colocando ao ser humano no centro dos processos de desenvolvimento. No início da Revolução, existiam problemas complexos em Cuba, típicos do subdesenvolvimento, que se converteram nos principais objetivos da política econômica e social estabe-

lecida pelo governo revolucionário. A industrialização, moradia, desemprego, educação e saúde foram os mais importantes; assim como começar a eliminar a alta dependência externa dos Estados Unidos, a fim de resolver problemas estruturais profundos.

Para a equipe de Cuba, a política social é compreendida como:

O conjunto de políticas de desenvolvimento social, que visam alcançar a justiça social, rompendo com a lógica herdada do capital. Elas estão sustentadas na participação dos sujeitos nas relações de propriedade no processo de produção social. A política de desenvolvimento social é a busca constante da igualdade, a partir de articular a produção, apropriação, distribuição e redistribuição como um sistema integrado de política social (PÉREZ; ESQUENAZI, 2017, n.p.).

De igual forma, no caso cubano, o Estado nesse processo participa como garantia da vontade da maioria. Os resultados da política social alcançados ao longo desses anos são também conquistas das lutas sociais em desenvolvimento contínuo. Contempla direitos constitucionais universais, como: educação, saúde, esportes, cultura, seguridade e assistência social; assim como salário e emprego.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para outras futuras pesquisas e seus pesquisadores na análise do desenvolvimento dos estudos de caso abordados na presente investigação, bem como para pensar outras realidades. O livro compartilha elementos gerais sobre proteção e política social, como um reflexo geral do processo de acumulação do capitalismo contemporâneo; assim como as particularidades de nossos países nesses processos.

O texto contém propostas analíticas, conceituais, metodológicas para os debates sobre os problemas sociais de nossas realidades; contribuindo a uma apropriação crítica das mesmas para as diferentes propostas de transformação. O livro apresenta figuras e dados que enriquecem as diferentes análises realizadas. De igual forma, apresenta nos anexos um quadro que sintetiza a estrutura deste trabalho.

Este livro também tem sido possível graças ao apoio das instituições em que cada um dos pesquisadores se desenvolve. Além das especificidades e diferenças de nossas diversas realidades latino-americanas, todos temos em comum uma imensa vocação social que nos leva a acreditar que outro mundo é possível, necessário e urgente.

Boa leitura!

As organizadoras

UNIDADE 1

FUNDAMENTOS DA PROTEÇÃO SOCIAL

1.1 FUNDAMENTOS DA POLÍTICA SOCIAL

1.1.1 Algumas considerações sobre a proteção social no Brasil, no Chile e em Cuba

Aline Faé Stocco

Aline Fardin Pandolfi

Izildo Corrêa Leite

O presente capítulo é fruto de investigação bibliográfica e documental feita pelos autores no âmbito do projeto de cooperação internacional *Análise dos Sistemas de Proteção Social na América Latina* (CAPES/PGCI nº 034/2013). Tendo contado com a contribuição de discussões coletivas realizadas pela equipe de pesquisadores que participam do mencionado projeto¹, este texto integra um conjunto mais abrangente de estudos que compõem a pesquisa vinculada ao mencionado projeto. Por essa razão, aspectos da proteção social não abordados aqui (tais como cobertura, condições de acesso, finan-

¹ Esse projeto tem por objetivo geral “[...] estudar os sistemas de proteção social do Brasil, do Chile e de Cuba, com vista a levantar de que forma esses países combinam a atuação do Estado e do mercado nesse campo, e o papel desempenhado pelos programas focalizados e condicionados para atender a essa finalidade”.

ciamento e estrutura) são contemplados em outros capítulos da coletânea que ora vem a público.

O objetivo deste capítulo, em particular, é comparar as concepções e as práticas de proteção social no interior de dois tipos distintos de organização social.² O primeiro refere-se ao capitalismo – mais especificamente, ao capitalismo periférico, tal como se faz presente no Brasil e no Chile. O segundo diz respeito ao processo de transição ao socialismo, existente em Cuba.

Cabe destacar, desde já – e isso ficará mais claro adiante –, que as histórias do Brasil e do Chile (aí incluídos os respectivos períodos ditatoriais) apresentam *especificidades* que não podem, de forma alguma, ser desconsideradas. No entanto, apesar dessas características particulares, os dois países têm a *condição comum* de ser regidos pela lógica do capital e de situar-se na periferia do capitalismo. Isso leva a que seus sistemas de proteção social tenham, entre si, vários pontos em comum, os quais, por sua vez, diferem da maneira pela qual se dá a proteção social na sociedade cubana.

Já no que tange à transição do capitalismo ao socialismo – situação em que se encontra Cuba –, assinalamos que o assunto foi inicialmente abordado na obra de Marx e Engels, que desenharam uma teoria científica desse processo, fazendo-o a partir de determinadas condições que não estavam presentes nos países que historicamente vieram a experimentar tal transição. Lenin, em seu tempo, tratou dessas questões, apontando a necessidade de uma etapa de transição entre a sociedade capitalista e um novo modo de organização social em países onde o capitalismo não havia alcançado o pleno desenvolvimento de suas forças produtivas, além de indicar alguns aspectos que estariam presentes nessa etapa. Posteriormente, muitos autores contribuíram para a discussão desse tema, buscando caracterizar a referida transição. No presente capítulo, compartilhamos a perspectiva acerca da construção socialista adotada por Figueroa Albelo (2003). O autor trata da transição ao socialismo, nos países periféricos, como uma etapa caracterizada por um modelo particular de desenvolvimento que se dá a partir do

² Tal comparação é feita com base numa integração de diversos conceitos que permitem compreender como a proteção social se configura no interior desses distintos modos de organização social.

subdesenvolvimento, realizando-se mediante a intervenção pública e direta da sociedade em todo o processo de reprodução econômica e social, em um longo, complexo e contraditório processo histórico de acumulação originária socialista.

O presente capítulo divide-se em duas seções, além dessa introdução e das conclusões.

A primeira seção trata da proteção social no capitalismo periférico, tomando os casos empíricos das sociedades brasileira e chilena. Para fazê-lo, sentimos a necessidade de, inicialmente, apresentar, ainda que em linhas muito gerais, parte das características dos sistemas de proteção social na ordem do capital, alguns determinantes de seu surgimento e de seu desenvolvimento e seu caráter amplamente contraditório, na medida em que tais sistemas de proteção, por um lado, atendem a necessidades de reprodução daquela mesma ordem, mas, por outro lado, não podem ser entendidos se não forem consideradas as lutas da classe trabalhadora por melhores condições de vida. Ainda na mesma seção, buscamos mostrar como se caracterizam os sistemas de proteção social na periferia do capitalismo, dada sua situação de dependência frente ao capitalismo central. Estamos, então, em condições de tratar dos caminhos historicamente percorridos pelos sistemas de proteção chileno e brasileiro, assim como os escopos por eles abarcados na atualidade.

Na seção seguinte, abordamos a experiência de desenvolvimento que vem sendo seguida por Cuba desde o triunfo da Revolução, em 1959, mostrando como, no interior desse processo de desenvolvimento, as políticas de promoção de igualdade e justiça social têm um escopo muito abrangente, na medida em que sua concepção – parte e finalidade da transição ao socialismo – direciona seus objetivos para uma dimensão transformadora da realidade e orienta-se por uma lógica distinta daquela que preside a proteção social no mundo capitalista.

PROTEÇÃO SOCIAL NO CAPITALISMO PERIFÉRICO: BRASIL E CHILE

O conjunto de políticas de proteção social, estruturadas em sistemas de seguridade social, tal qual predominam atualmente em âmbito mundial, resulta do reconhecimento das consequências econômicas e sociais que as contra-

dições do capitalismo³ trazem para as classes trabalhadoras. Por outro lado, refletem a correlação de forças entre as classes sociais no cenário político, bem como as estratégias de acumulação do capital em cada período histórico. Assim, Mendes, Wunsch e Couto (2006, p. 276-277) afirmam:

A proteção social se expressa como mediações da representação entre o Estado e a sociedade e se consolida como estratégia de atendimento das necessidades sociais a partir do reconhecimento da classe trabalhadora como ator político fundamental para a produção e reprodução dessa sociedade. Sua conformação como sistema é parte das condições objetivas e da dinâmica contraditória da sociedade e da luta social contra-hegemônica por direitos associados à proteção social [...]. São conquistas sociais tecidas na busca pela igualdade social e pelo reconhecimento das condições que originam as desigualdades na sociedade capitalista e dos conflitos que se estabelecem na relação capital-trabalho.⁴

Apesar das variações nacionais quanto ao momento de surgimento das políticas de proteção social, elas se desenvolveram, segundo Couto et al. (2012) e Marques (2015), ao longo do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, em uma conjuntura específica do desenvolvimento do capitalismo, caracterizada, entre outras coisas, pela produção e pelo consumo de massa, pelo modelo fordista-taylorista de gestão do trabalho e por forte organização da classe trabalhadora. Nesse contexto, as intervenções estatais foram assumindo um papel cada vez mais preponderante, tanto no que tange ao avanço do progresso econômico quanto no referente ao reconhecimento e à

³ O capital, na busca incessante por valorizar-se, passa por um processo de concentração e centralização, o que resulta em uma demanda por trabalhadores, que é, proporcionalmente, cada vez menor do que a quantidade de meios de produção empregados para a criação de bens e serviços. Isso gera uma massa de trabalhadores não incorporados diretamente à produção, a qual fica à disposição do capital e acaba por tornar-se condição de existência do próprio modo de produção capitalista (MARX, 2008).

⁴ Tratando, em particular, do Estado de Bem-Estar Social, Marques (2015) afirma: “[...] é perfeitamente possível se considerar o WS [*Welfare State*] como o resultado da luta realizada pelos trabalhadores na conquista de melhores condições de vida e, simultaneamente, entendê-lo como instrumento de viabilização de uma particular forma de exploração do capital sobre o trabalho”.

garantia de direitos sociais dos trabalhadores, conformando o que se chamou de Estado de Bem-Estar Social.

Porém, nas nações que se constituem a periferia do capitalismo, não foi possível alcançar o mesmo padrão de proteção social nem, tampouco, o mesmo progresso econômico que os observados no centro da economia capitalista. É preciso levar em conta esse fato, ao analisarmos a proteção social em países como o Brasil e o Chile, dada sua inserção periférica e dependente no sistema capitalista mundial.

A caracterização do Brasil e do Chile como países dependentes e periféricos está baseada na teoria da dependência formulada por Marini (2000). Para o autor, após a independência política dos países da América Latina, manteve-se sua subordinação econômica, estruturando-se a partir de relações comerciais desiguais – o que significa que se trocam mais horas de trabalho por menos horas de trabalho (MARINI, 2000) –, relações essas derivadas, sobretudo, da divisão internacional do trabalho. Isso garantiu que as novas sociedades latino-americanas continuassem subordinadas e desempenhando papel fundamental para a acumulação de capital das economias centrais, por meio de um processo que o autor (MARINI, 2000) chamou transferência de valor da periferia para o centro.

A esse respeito, vale lembrar, como bem demonstram Paiva, Rocha e Carraro (2010), que a dinâmica capitalista mundial que mantém as nações da América Latina subordinadas à reprodução ampliada do capital que ocorre nas economias centrais sustenta-se numa exploração mais acentuada da força de trabalho na periferia, graças à acentuação dos processos de extração de mais-valia. Isso se manifesta, por um lado, em uma remuneração da força de trabalho que se situa muito abaixo do que se dá no centro do capitalismo – na verdade, abaixo do valor da própria força de trabalho (MARINI, 2000) – e, por outro lado, na ausência ou precariedade de políticas de proteção social. Os autores evidenciam que, além de parte do excedente produzido na América Latina não se realizar internamente, transferindo-se para as economias centrais, outra parte desse mesmo excedente, apropriada pelo Estado na forma de impostos, taxas e contribuições, cumpre três destinos: 1) financia o processo de acumulação

do capital; 2) paga a dívida pública e seus encargos; e 3) financia os precários sistemas de seguridade social, segurança pública e demais investimentos.⁵

Os elementos que acabamos de apontar ajudam a compreender os caminhos trilhados pelos sistemas de proteção social em países como o Brasil e o Chile, bem como o escopo que eles atualmente abarcam. Pioneiros, na América Latina, na adoção de políticas de proteção social, os Estados brasileiro e chileno implantaram as primeiras políticas nesse campo nas três primeiras décadas do século XX, por meio de medidas pontuais de regulação do mercado de trabalho, em resposta a lutas operárias (COUTO *et al.*, 2012; PALMA; URZÚA, 2005).

Nas décadas seguintes, o Estado chileno avançou na consolidação de um conjunto de políticas universalistas de proteção social (fornecendo à população bens e serviços básicos de saúde, educação e previdência social), subsidiou alguns produtos e seguiu regulando o mercado de trabalho. Até 1973, as políticas sociais apresentavam como características principais: prioridade frente à política econômica; crescente nível de gasto social; administração centralizada e vertical; planejamento, gestão e execução como incumbências do Estado; programas universais e com perspectiva de ampliação da cobertura. Mas, segundo Raczynski (1994), apesar dessa última característica que acabamos de apontar, tais políticas eram fragmentadas e estratificadas, atendendo principalmente a classe média.

O governo do presidente Salvador Allende Gossens (1970-1973) teve a particularidade de haver-se forjado num momento muito específico da luta de classes no Chile. Tendo assumido o poder político mediante a disputa eleitoral, como integrante de uma coalização de esquerda (a *Unidad Popular*), Allende foi defensor de um projeto de sociedade não capitalista, realizando modificações estruturais na propriedade a partir da estatização de diversas empresas de grande porte, destinadas, principalmente, à produção de diver-

⁵ Ao contrário disso, nos países capitalistas centrais, as políticas de proteção social que conformaram o denominado Estado de Bem-Estar Social consolidaram-se num contexto em que vigiam regimes políticos que, para além de sua função econômica quanto à acumulação do capital, assumiram, ainda, uma forma de intervenção estatal que conduziu à legitimação política desses mesmos regimes, visto que tal intervenção também atendeu a algumas das demandas dos trabalhadores (SALAMA, 1988).

sas matérias-primas – dentre elas, o cobre, o ferro e o iodo. Portanto, além da extensão das políticas sociais e de estas apresentarem caráter universal e serem ofertadas diretamente pelo Estado, a economia chilena, naquele período, passou por algumas transformações estruturais na perspectiva de romper com o capitalismo (OLMOS; SILVA, s.n.).

Entretanto, como o projeto socialista defendido por Allende vinha na contramão do que preconizava a ordem do capital para a América Latina, seu governo – assim como ocorreu em outros países da América Latina entre as décadas de 1960 e 1970 –, em 11 de setembro de 1973, foi derrubado por um golpe militar que levou à morte o então presidente e impôs um governo ditatorial, que teve vigência por 17 anos.

O governo que assumiu após o golpe militar de 1973 realizou importantes (contra)reformas na proteção social chilena. Reduziu recursos direcionados a essa área, transferiu a execução de algumas políticas para a iniciativa privada, descentralizou os serviços (transferindo-os para os municípios), adotou medidas de redução das políticas universais, focalizou recursos na população mais pobre e enfraqueceu o poder dos trabalhadores e seus sindicatos. O Estado seguiu ofertando bens e serviços básicos, mas assumiu um “papel de subsidiário”⁶ ao mercado, cuja participação na proteção social ampliou-se, sobretudo, em relação a alguns serviços, como a previdência social e a educação superior (RACZYNSKI, 1994). Essas alterações adotadas no âmbito da proteção social significaram que no Chile é que foram feitos os primeiros experimentos práticos de aplicação da política neoliberal no mundo. Somente depois dessa experiência, e de sua contribuição para os ganhos do capital concomitantemente à queda nos gastos sociais por parte do Estado, é que a política neoliberal foi adotada nos governos de Margaret Thatcher, no Reino Unido, e de Ronald Reagan, nos Estados Unidos (HARVEY, 2008; CHOSSUDOVSKY, 2002).

O processo de redemocratização burguesa no Chile, iniciado no começo dos anos 1990, inaugurou um novo período da proteção social no país, reconhe-

⁶ Segundo Lara C. e Silva F. (2013), a partir de um conjunto de reformas de caráter liberal realizadas ao longo do período ditatorial no Chile, as leis de mercado, e não decisões estatais, é que passaram a regular o acesso aos serviços sociais básicos no Chile.

cendo-se, então, a necessidade de o Estado, através do regime político vigente, atuar nesse campo, principalmente para assegurar a todos uma cesta de bens e serviços mínimos, por meio de subsídios monetários e do fortalecimento das políticas focalizadas nos grupos sociais considerados, pela legislação chilena, como “vulneráveis”⁷ – crianças, mulheres, idosos e extremamente pobres (RACZYNSKI, 1994). Mas foi durante os anos 2000 que se instituíram as chamadas “novas políticas sociais”, com o objetivo de enfrentar os problemas de ordem social derivados da privatização e da focalização das políticas sociais no período ditatorial.

Para Larrañaga (2010) e Urriola (2006), essas políticas diferem das políticas adotadas nas décadas anteriores pelo seu escopo, que vai além do enfrentamento da pobreza, de modo que entre suas prioridades estão o aumento da parcela da população coberta pela seguridade social (cobertura horizontal) e a ampliação dos benefícios/prestações oferecidas à população (cobertura vertical). Assim, as principais reformas ocorridas entre 2002 e 2012 buscaram o aumento da cobertura para aqueles grupos considerados mais “vulneráveis”, como são os casos dos Programas *Chile Solidario*, *Creceer Contigo* e *Ingreso Ético Familiar* (IEF); do aumento da cobertura das pensões, principalmente entre as mulheres, por meio do Sistema de Pensão Solidário; do acesso a tratamentos de saúde, através do Plano AUGE – *Acceso Universal con Garantías Explícitas*; da criação do seguro desemprego e da política de subvenção preferencial na educação, visando compensar as desigualdades no campo educacional.⁸

O principal avanço no campo da proteção social advindo daquelas reformas é que a oferta/concessão de benefícios passa a depender menos da conjuntura econômica e da arbitrariedade política, uma vez que as mudanças foram ins-

⁷ O termo “vulneráveis” é utilizado pela legislação chilena, bem como por organismos internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. A origem do uso desse termo na esfera social dá-se num âmbito teórico e político específico, já que, por seu intermédio, tende-se a considerar a pobreza, a desigualdade social e o desemprego como fenômenos que se dão a partir de determinações presentes no campo individual, e não no âmbito social. Por essa razão, registramos neste capítulo nossa discordância quanto a esse uso do termo e, por isso, ele é aqui empregado entre aspas.

⁸ Informações obtidas em textos produzidos pela equipe de pesquisadores do projeto de cooperação mencionado na introdução deste artigo.

tituídas por lei e constituem-se em direitos de cidadania. Por outro lado, tais reformas não surgiram com o intuito de cobrir toda a população, nem, muito menos, de substituir o mercado na oferta de proteção social (LARRÁNAGA, 2010). Isso reforçou uma configuração cada vez mais dual da proteção social chilena, pois, de um lado, busca-se estruturar uma rede de atenção a ser garantida pelo Estado e, de outro, mantém-se uma orientação ligada aos fundamentos ideológicos do individualismo e da valorização do mercado, como são os casos, sobretudo, da previdência social e da saúde.

A esse caráter dual soma-se, ainda, um cunho focalizado na proteção social chilena, pois parte do gasto público social é dirigida para os setores sociais considerados mais pobres, excluindo os setores médios de todo subsídio público, direto ou indireto. Ademais, a precarização e a flexibilização – acentuada e iniciada, respectivamente, durante o período da ditadura – seguem como características preponderantes do mercado de trabalho (LARA; SILVA, 2013).

Passemos, agora, ao caso do Brasil. Nesse país, foi durante a ditadura militar que ocorreu uma gradual expansão de alguns serviços sociais básicos de saúde, previdência, educação e assistência social, que, como aponta Mota (2005), mantiveram seu tradicional caráter seletivo, ligado à formalização do emprego, e contaram com uma forte participação do setor privado, com destaque para a saúde. Para Behring e Boschetti (2011, p. 137), a principal característica desse período, quanto à proteção social no Brasil, foi o caráter dual do acesso às políticas, que se diferenciam dependendo de “[...] quem pode pagar e [...] quem não pode pagar [...]”.

O maior avanço alcançado no reconhecimento dos direitos sociais no Brasil foi a institucionalização de um sistema de proteção social baseado no conceito de seguridade social, que, já após o período ditatorial, ganhou espaço na Constituição de 1988 e engloba as áreas de saúde, previdência e assistência social. Segundo a Constituição brasileira de 1988, as ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social compõem a seguridade social. Mas esta, assim entendida, constitui tão somente a proteção social brasileira em seu sentido restrito, pois o seguro desemprego e as ações relativas à educação, entre outras, dela não fazem parte. Ainda segundo a Constituição brasileira,

a seguridade social deveria ser organizada visando os seguintes objetivos: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios e da equidade na forma de participação no custeio; e) diversidade da base financiamento; f) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. Como se pode ver adiante, esses objetivos não se aplicam de maneira geral a todos os ramos da seguridade social (MARQUES et al., 2014). Esse sistema inovou também ao prever a descentralização político-administrativa dos serviços e a ampliação da participação popular através de conselhos⁹ e conferências¹⁰ de políticas públicas, dentre outros mecanismos. Trata-se, também, de uma “descentralização destrutiva”, nas palavras de Soares (2002), devido a ser um processo que, além de possibilitar autonomia política e decisória, implica a autonomia também econômica e de arrecadação por parte dos estados e municípios, o que leva a um aprofundamento das desigualdades inter-regionais já muito acentuadas desde o início do processo de industrialização no país.

Segundo Boschetti (2003), a seguridade social brasileira situa-se entre a lógica do seguro, na previdência social, e a lógica da universalidade, na saúde pública, que segue mantendo forte participação do setor privado. A assistência social, por sua vez, situa-se na lógica da seletividade, garantindo acesso àqueles que dela necessitam, independentemente de contribuição. Couto et al. (2012)

⁹ Os conselhos são espaços de deliberação e fiscalização relativos às diversas políticas públicas, estando previstos na própria Constituição Federal de 1988 e regulamentados pelas leis e normativas específicas dessas políticas. Participam dos conselhos trabalhadores(as) e usuários(as) das políticas, além do poder público (BRASIL, 1988).

¹⁰ As conferências são espaços de participação popular que antecederam a Constituição Federal de 1988, mas que, a partir desta, foram regulamentadas pelas leis orgânicas das diversas políticas públicas. Nessas leis, prevê-se uma periodicidade ordinária – de quatro em quatro anos – e extraordinária – de dois em dois anos – para a realização das conferências. A partir destas, são elaboradas, discutidas e aprovadas propostas coletivas, que fundamentarão as ações a serem realizadas pelo poder público nas respectivas áreas de jurisdição (federal, estadual e municipal). Participam desses fóruns trabalhadores(as) e usuários(as) das políticas, além do poder público (BRASIL, 1990; 1993).

destacam que, *pari passu* aos avanços trazidos pela Constituição, verifica-se que a “lógica de refilantropização do social, de mercantilização e terceirização dos serviços públicos na área da saúde, previdência e assistência avança largamente”.

Os casos brasileiro e chileno mostram que, nas sociedades regidas pela lógica do capital, a proteção social configura-se em um conjunto de ações, institucionalizadas ou não, que se fazem necessárias para proteger a coletividade (ou parte dela) das adversidades decorrentes da própria forma de organização social, marcada por contradições, em seus diferentes estágios. Mostram, ainda, que, em países capitalistas periféricos e dependentes, a proteção social assume características próprias, relacionadas ao papel que ela desempenha no processo de reprodução ampliada do capital e na produção e reprodução da força de trabalho, além de resultar, também, de lutas dos trabalhadores em busca da conquista de direitos. Tudo isso, em conjunto, delimita, entre outras coisas, o escopo de políticas que conformaram a proteção social e a abrangência de tais políticas em termos de cobertura e campo de ação.

CUBA: POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE IGUALDADE E JUSTIÇA SOCIAL EM MEIO À TRANSIÇÃO AO SOCIALISMO

Cuba tem trilhado um caminho bem diverso dos países capitalistas periféricos, nos mais diversos aspectos, tendo em vista a construção de um projeto de transição ao socialismo. A vitória do Movimento 26 de julho¹¹, em 1959, significou a tomada do poder político pelas forças revolucionárias, formadas por uma aliança entre trabalhadores urbanos e rurais, camponeses, estudantes e pequenos proprietários. Ao realizar um conjunto de reformas estruturantes – agrária, urbana e educacional –, o governo revolucionário feriu os interesses da burguesia nacional e do capital estrangeiro no país, conduzindo um intenso processo de nacionalização e estatização da propriedade privada, em que o

¹¹ O Movimento 26 de Julho foi o grupo que, sob o comando de Fidel Castro Ruz, ocupou o quartel Moncada, em 1953, em uma ação frustrada pelo exército do ditador Fulgencio Batista, e que, depois do exílio no México, retornou a Cuba e iniciou a luta revolucionária que viria a ser vitoriosa em 1959 (ECURED, 2010a).

Estado assumiu a produção nos principais ramos industriais e agropecuários (CARRANZA VALDEZ; DÍAZ VÁZQUEZ, 2005).

Após a tomada do poder político, em 1959, o processo revolucionário aprofundou-se progressivamente, no âmbito infraestrutural e superestrutural. A partir daí, organizou-se uma economia com planificação centralizada, que, sob a direção das classes trabalhadoras, praticamente levou à extinção da propriedade privada – já em meados de 1960, o país estabeleceu a contratação estatal como forma preponderante de vínculo de trabalho e assumiu como objetivo fundamental da produção a elevação contínua do bem-estar material e do nível cultural de todos os membros da sociedade (CARRANZA VALDEZ; DÍAZ VÁZQUEZ, 2005).

Após a batalha de Girón¹², Fidel Castro declarou o caráter socialista da revolução e estreitou relações com o bloco liderado pela União Soviética. O partido comunista foi reconstruído em março de 1962 sob o nome de *Partido Unido de la Revolución Socialista de Cuba* e passou a ser a força dirigente principal do Estado e da sociedade cubana. Por sua vez, a população, organizada em várias instâncias de participação e deliberação – Comitês de Defesa da Revolução, Federação de Mulheres Cubanas, União de Jovens Comunistas, Central de Trabalhadores de Cuba, Associação Nacional de Pequenos Agricultores –, tornou-se parte efetiva do Estado. Esse último, que também se encontra em transição, e, portanto, ainda guarda alguns elementos de natureza capitalista, passou a coordenar a geração de bens e serviços a partir dos meios de produção disponíveis no país, atuando igualmente na distribuição da riqueza criada, visando, assim, garantir ao conjunto da sociedade o acesso aos meios necessários à satisfação das necessidades individuais e coletivas, a reposição dos meios de produção necessários à reprodução social e os recursos necessários ao incremento contínuo da produção (CARRANZA VALDEZ; DÍAZ VÁZQUEZ, 2005).

A planificação passou, então, a se constituir no mecanismo central de regulação da produção e da distribuição da riqueza. As políticas setoriais universais, estruturadas com base nos fundos sociais de consumo, gestadas e executadas pelo Estado, passaram a garantir um conjunto de bens e ser-

¹² Em Playa Girón, em 1961, a população cubana repeliu uma tentativa de invasão por parte de tropas mercenárias financiadas pelo governo estadunidense, tropas essas expulsas do país.

viços para a satisfação das necessidades coletivas dos trabalhadores e suas famílias – em parte, de forma gratuita; em parte, a preços subsidiados. Para a satisfação das necessidades individuais, um mercado também formado por empresas estatais passou a fornecer os bens e serviços demandados pelos trabalhadores (CARRANZA VALDEZ; DÍAZ VÁZQUEZ, 2005).

Num discurso relativo ao estabelecimento e à organização das normas de trabalho em Cuba, ainda nos primeiros anos da revolução, Che Guevara destacou:

Quando estabelecemos nossas normas de trabalho para definir os salários, a norma de trabalho mínima que deve cumprir cada trabalhador, dia a dia, estamos estabelecendo seu dever social. Não é o que ele tem que fazer para receber um salário, mas é o que ele tem que cumprir como dever social diante da coletividade que lhe oferece, mediante um salário, mediante os serviços sociais, que a cada dia serão mais abundantes, a oportunidade de viver, de vestir-se, de educar seus filhos, de adquirir cultura e de realizar-se cada vez mais como indivíduo humano [...] (GUEVARA, 2009, p. 103; tradução nossa).

Assim, em Cuba, o que passou a orientar a produção e a distribuição da riqueza produzida pelos trabalhadores é uma concepção de desenvolvimento que vislumbra um processo contínuo e integrado de transformação da sociedade em três planos: transformações materiais e não materiais nas condições de vida da população, transformações na estrutura social e transformações da consciência (FERRIOL MURUAGA; GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, 1998). Sendo assim, cabe destacar a conformação de um modelo de reprodução social que se estruturou a partir de uma forma de propriedade sobre os meios de produção que, por sua vez, possibilita a apropriação coletiva da riqueza produzida, direcionando-a para a melhoria contínua das condições de vida e de satisfação das necessidades de toda a sociedade, bem como combinando igualdade e justiça social.¹³

¹³ Na sociedade cubana, a igualdade é compreendida a partir da garantia, a todos os cidadãos, de um conjunto de direitos universais básicos e inalienáveis, como condição necessária para que todos possam desenvolver suas capacidades, sendo reconhecidas, ainda, as desigualdades entre os indivíduos no que se refere às suas contribuições, mediante o trabalho, para o conjunto da sociedade (ESPINA PRIETO, 2012).

Não é sem razão que a Constituição de Cuba (1976) estabelece que o Estado deve garantir que não haja, no país, homens e mulheres que, em condições de trabalhar, estejam sem emprego, não podendo, assim, contribuir com a sociedade e com a satisfação de suas próprias necessidades; pessoas incapacitadas para o trabalho sem os meios necessários a sua subsistência; enfermos sem atenção médica necessária; crianças fora da escola, sem alimentação e vestuário; jovens sem oportunidade de estudar; pessoas sem acesso ao estudo, à cultura e ao esporte; e famílias que não tenham uma habitação confortável.

Isso significa que o desenvolvimento cubano tem por primeira finalidade o ser humano e seu bem-estar em todas as esferas. Por consequência, a ideia de proteção social, tal como existente no mundo capitalista – “separada” das demais ações estatais e do próprio desenvolvimento, na medida em que este, em última instância, não visa o bem-estar do conjunto da sociedade, mas a acumulação de capital –, não dá conta de explicar as políticas de promoção de bem-estar em Cuba: não apenas o escopo dessas políticas é mais abrangente – saúde, educação, assistência social, esporte, cultura, alimentação, previdência social –, mas sua concepção, como parte e como finalidade de um projeto de transição ao socialismo, direciona seus objetivos para uma dimensão transformadora, assumindo uma lógica distinta da exercida pela proteção social no interior do capitalismo, em geral, e do capitalismo periférico e dependente, em particular.

Desde a década de 1990, a expressão que comumente se emprega para as políticas de promoção de bem-estar em Cuba é “política social”, mas com uma concepção diferente daquela predominante nos países capitalistas. Em Cuba, o social não é um “complemento”, mas o centro da própria concepção de desenvolvimento, inserindo-se, pois, na proposta de construção de uma nova sociedade, baseada em novas relações de produção, sendo o ser humano posto como elemento central da nova sociedade em construção (PÉREZ SOTO; ODRIOZOLA GUITART, 2013).

Portanto, os resultados alcançados por Cuba no âmbito social (especialmente na saúde, na educação, na cultura e no esporte) são frutos da ruptura revolucionária que o país realizou com o capitalismo periférico e dependente, ao qual também estava submetido até 1959 – situação na qual permanecem o Brasil e o Chile.

A população cubana, em sua maioria, optou por (e sustenta) outra proposta de desenvolvimento econômico, alternativa à ordem do capital. Essa opção política está ligada à noção de política social do país, que não é vista como um apêndice da política econômica, mas como seu objetivo principal. A ideia de desenvolvimento, em Cuba, vincula o econômico e o social como inseparáveis e interdependentes – algo muito diverso da lógica capitalista. A política social, na sociedade cubana, não resulta das necessidades de acumulação de capital (como ocorre, em parte, na sociedade capitalista, na qual a política social resulta, também, das lutas historicamente desenvolvidas pelos trabalhadores e da correlação de forças entre as classes sociais em cada momento histórico), mas está relacionada à busca constante da elevação das condições de vida e de bem-estar (PÉREZ SOTO; ODRIOZOLA GUITART, 2013).

A política social, na transição, é parte do crescimento e do desenvolvimento socialista, é início e resultado da acumulação, é a concretização, em cada etapa, do cumprimento da lei econômica fundamental e sua medida, a partir do processo paulatino de avanço do bem-estar do sujeito social. Em todas as ações que impliquem o processo de acumulação, está presente como parte do desenvolvimento do sujeito como objeto da transformação e portador desta (PÉREZ SOTO, 2011, p. 99).

Mas todo esse processo tem-se dado, historicamente, em um contexto de grandes desafios e dificuldades, em que se destacam o bloqueio norte-americano, o baixo grau de desenvolvimento das forças produtivas locais e a ausência de matérias-primas fundamentais. A isso soma-se a queda da União Soviética, com a qual Cuba mantinha profícuas relações econômicas desde 1961, o que culminou em profunda crise econômica, instaurada em fins da década de 1980 e princípio dos anos 1990 (CARRANZA VALDEZ; DÍAZ VÁZQUEZ, 2005). Apesar dos desafios colocados ao processo de transição, todas as alterações realizadas têm buscado sustentar as conquistas da revolução no campo social e manter o projeto de sociedade em transição ao socialismo.

A preservação de tais conquistas é o objetivo do processo atualmente em curso, de atualização do modelo econômico e social da transição ao socialismo, no que diz respeito ao acesso à atenção médica, à educação, à cultura, ao

desporto, à recreação, à tranquilidade cidadã, à seguridade social e à proteção por intermédio da assistência social para as pessoas que dela necessitem (PARTIDO COMUNISTA DE CUBA, 2011).

Diante do exposto, é possível concluir que a proteção social vigente no Brasil e no Chile, de um lado, tem por finalidade gerir as manifestações das próprias leis de funcionamento e desenvolvimento do modo de produção capitalista, tal como se apresentam na periferia do sistema capitalista internacional. De outro lado, resulta também das lutas dos trabalhadores pela conquista de direitos e da correlação de forças entre as classes sociais, em cada momento histórico. Busca, assim, combater, de maneira parcial, os efeitos que aquelas leis, nas condições específicas do capitalismo periférico e dependente, têm sobre os trabalhadores, com vistas a preservar, legitimando-a, a própria reprodução da ordem do capital. Consideramos que a proteção social, tal como surgiu e se desenvolveu na história do capitalismo, em geral, e na periferia deste, em particular, é um indicador de que esse modo de produção não atende aos interesses e às necessidades do conjunto da sociedade, razão pela qual se faz necessário esse corpo de ações que busca fazer frente aos riscos decorrentes da própria forma vigente de organização social.

Em Cuba, a política social tem um caráter muito diverso daquele com que se apresenta no capitalismo. Não há por que se fazer presente um corpo de medidas de proteção que exista “à parte” de outras áreas de atuação do Estado e do processo de desenvolvimento. Isso porque, por um lado, o aparato estatal em Cuba, diversamente do Estado capitalista, não tem por finalidade manter a dominação de uma classe sobre outras: seu objetivo é o bem-estar do conjunto da sociedade, que já não está dividida em classes antagônicas. Por outro lado, é preciso considerar que a concepção de desenvolvimento, em Cuba, coloca as necessidades humanas no centro das prioridades.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicologia e Sociedade*, v. 15, n. 1, 2003, p. 57-96. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n1/v15n1a05.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 1º set. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 1º set. 2016.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 1º set. 2016.

CARRANZA VALDEZ, J.; DÍAZ VÁZQUEZ, J. A. Cuba 1902-2002: desarrollo económico y política social (II). *Economía y desarrollo*. La Habana, año XXXV, v. 138, n. 1, p. 48-82, 2005. Disponível em: <<http://www.fec.uh.cu/downloads/Revistas/2005/2005-n1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

CHOSSUDOVSKY, Michel. *Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial*. México (DF): Siglo Veintiuno, 2002. (El mundo del siglo XXI).

COUTO, B. et al. Proteção social e seguridade social: a constituição de sistemas de atendimento às necessidades sociais. In: COUTO, B.; GARCIA, M. L. T.; MARQUES, R. (Orgs.). *Proteção social no Brasil e em Cuba*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012, p. 43-62.

CUBA. *Constitución de la República de Cuba*. 1976. Disponível em: <<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

ESPINA PRIETO, M. P. La política social en Cuba: nueva reforma económica. *Rev. Ciencias Sociales*. Universidad de Costa Rica, n. especial 135-136, p. 227-236, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/3679/3578>>. Acesso em: 28 set. 2015.

FERRIOL MURUAGA, A.; GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, A. Política Social: un enfoque para el análisis. In: FERRIOL MURUAGA, A.; GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, A.; QUINTANA MENDOZA, D.; PÉREZ IZQUIERDO, V. *Cuba: crisis, ajuste y situación social (1990-1996)*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1998. p. 1-20.

FIGUEROA ALBELO, V. M. Transición al socialismo en la periferia subdesarrollada. In: _____. *Ensayos de economía política de la transición extraordinaria al socialismo en la experiencia de Cuba*. Las Villas. Facultad de Ciencias Empresariales. Universidad Central de Las Villas. 2003. Parte I, Temática 2, p. 49-92.

GUEVARA, E. Che. Algunas orientaciones a los nuevos administradores. In: _____. *Retos de la transición socialista en Cuba (1961-1965)*. México: Ocean Sur, 2009, p. 97-110.

HARVEY, David. *O neoliberalismo: história e implicações*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

LARA C., C.; SILVA F., C. *Notas sobre el debate Estado y mercado en Chile*. Mimeo, 2013.

LARRAÑAGA, O. Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica. *Documentos de trabajo*. Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. Chile: PNUD, 2010. Disponível em: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Larranaga_nvaspolitprotecsocial.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MARINI, R. M. Dialética da dependência. In: SADER, Emir (Org.). *Dialética da dependência: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini*. Petrópolis: Vozes; Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 105-165.

MARQUES, Rosa Maria. O lugar das políticas sociais no capitalismo contemporâneo. *Argumentum*, Vitória (ES), Universidade Federal do Espírito Santo, v. 7, n. 2, p. 7-21, jul./dez. 2015.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. 25. ed. Rio Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches; COUTO, Berenice Rojas. Proteção social. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena. *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Zouk, 2011.

MOTA, A. E. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. 3. ed. Cortez: São Paulo, 2005.

MOVIMIENTO 26 DE JULIO. ECURED. Enciclopedia cubana. [La Habana: s.n., 2010a]. Disponível em: <http://www.ecured.cu/index.php/Movimiento_26_de_julio>. Acesso em: 10 set. 2012.

OLMOS, Claudio; SILVA, Rodrigo. El rol del Estado chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar. Serie Indagación, 27. Expansiva. Disponível em: <<http://www.expansiva.cl/media/publicaciones/indagacion/documentos/20100709141427.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

PAIVA, B.; ROCHA, M.; CARRARO, D. Política social na América Latina: ensaio de interpretação a partir da teoria marxista da dependência. *Ser Social*, Brasília, v. 12, n. 26, jan./jun. 2010, p. 147-175. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/1019/681>. Acesso em: 9 jan. 2015.

PALMA, J.; URZÚA, R. Políticas contra la pobreza y ciudadanía social: el caso de Chile Solidario. In: UNESCO. *Serie de Documentos de Políticas MOST-2*. França. Colección Políticas Sociales 12. 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001402/140240s.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

PARTIDO COMUNISTA DE CUBA. *Información sobre el resultado del debate de los lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución*. [La Habana]: [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2011/05/tabloide_debate_lineamientos.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2012.

PEREIRA, Potyara A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PÉREZ SOTO, O. La ciencia económica y los procesos de desarrollo: la experiencia cubana. In: *Argumentum*, Vitória, v. 3, n. 2, jul./dez. 2011, p. 94-112.

PÉREZ SOTO, O.; ODRIÓZOLA GUITART, S. *Transición al socialismo en las condiciones contemporáneas*. [2013]: Facultad de Economía da Universidad de La Habana. [Projeção visual]. 2013. 38 slides: color. Seminario de Investigación en Programa de Doctorado.

RACZYNSKI, D. Políticas sociales y programas de combate a la pobreza en Chile: balance y desafíos. *Colección estudios CIEPLAN*, n. 39, p. 9-73, jun. 1994. Disponível em: <http://cieplan.cl/media/publicaciones/archivos/65/Capitulo_1.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2015.

SALAMA, Pierre. Intervenção do Estado e legitimação na crise financeira: o caso dos países latino-americanos semi-industrializados. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 08, n. 04, out./dez. 1988.

SOARES, Laura Tavares. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

URRIOLA, R. Chile: protección social de la salud. *Rev Panam Salud Publica. Pan Am Public Health*, Washington, v. 20, n. 4, p. 273-286, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n4/a13v20n4.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

VALDÉS GUTIÉRREZ, G. El socialismo en el siglo XXI. Desafíos de la sociedad “más allá” del capital. *Temas*, n. 50-51, La Habana, abr.-sep. 2007, p. 126-162.

1.1.2 Política Econômica e Proteção Social

Paulo Nakatani

Aline Faé Stocco

A intervenção contemporânea do Estado no domínio econômico costuma ser decorrente de longos processos históricos de ordenamento dos regimes políticos expressos em geral nas constituições nacionais. Nestas, o desenvolvimento da luta de classes e a sua expressão em assembleias constituintes estabelecem os fundamentos da economia nacional e os limites mais gerais da intervenção econômica estatal.¹⁴ Em países subdesenvolvidos e dependentes, como o Brasil, esse ordenamento inclui, também, os condicionamentos externos e internos da acumulação do capital em escala mundial.

De maneira geral, podemos considerar que essa intervenção econômica atua direta ou indiretamente sobre as contradições próprias e gerais da acumulação de capital, procurando amenizar seus impactos negativos ou potencializar seus momentos positivos, mesmo quando os discursos e as ações sejam dirigidos ao atendimento dos interesses das classes trabalhadoras. Para tanto, o conjunto das classes sociais aceita a organização de um sistema tributário e de gastos públicos¹⁵ que vai permitir a atuação do Estado não só nos fundamentos econômicos, mas em quase todas as esferas da vida social.

Naturalmente, esse ordenamento econômico sofre mudanças à medida em que a relação de forças se modifica no interior da luta de classes e também pelas mudanças nas relações no interior do bloco no poder. Essas mudanças também podem ser efetuadas através de mudanças constitucionais ou por leis, decretos, portarias e resoluções infraconstitucionais devido à troca de governos ao nível mais concreto da gestão estatal de curto prazo, sempre como

¹⁴ A ideia de intervenção econômica pressupõe a separação entre Estado e Economia, mas essa separação é feita aqui apenas para efeitos analíticos. Consideramos que essas duas esferas da sociedade constituem uma unidade orgânica do modo de produção capitalista.

¹⁵ Naturalmente, em termos individuais, podem-se encontrar posições, comportamentos e posturas distintas como a sonegação, por exemplo.

uma expressão concreta da luta de classes e que se expressa cotidianamente na gestão do orçamento público.¹⁶

Os determinantes gerais da Política Econômica no Brasil

Desde a crise de 1998, o Brasil mantém como fundamentos da política econômica o sistema de metas de inflação, a taxa de câmbio flutuante e o superávit primário. Esses fundamentos foram aceitos pelo governo brasileiro nas negociações com o Fundo Monetário Internacional (FMI) como condição para a obtenção dos empréstimos e o apoio do FMI e outras instituições e governos contra os ataques especulativos sobre a taxa de câmbio e as reservas internacionais, no segundo semestre de 1998. Desde então, esses fundamentos constituem os principais fatores que, junto com a Lei de Responsabilidade Fiscal, estabelecem os limites dentro dos quais é permitido aos diferentes governos no Brasil elaborar e desenvolver as políticas fiscal, monetária e cambial. Até mesmo alguns dos determinantes constitucionais foram modificados através de emendas para atender aos limites desses fundamentos.¹⁷

A política fiscal, ou seja, a obtenção de receitas tributárias, de contribuições e outras receitas, por um lado, e a execução orçamentária com os gastos correntes e de investimentos, por outro, foi limitada, em última instância, pela meta fixada para a obtenção de resultado primário.¹⁸ Inicialmente, por exigência do FMI, a meta de superávit primário para os anos de 1999 a 2002

¹⁶ Essa gestão é realizada pelos representantes das classes e frações de classe que atuam diretamente nos órgãos dos poderes executivo, legislativo e judiciário, ou indiretamente através de grupos de pressão como os sindicatos dos trabalhadores, associações dos industriais ou comerciantes, dos fazendeiros, da imprensa burguesa e dos partidos políticos.

¹⁷ A Constituição de 1988 vinculava parte das receitas tributárias em gastos com saúde e educação, além das transferências a Estados e Municípios, essa vinculação foi alterada pelo Fundo Social de Emergência (Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 1º de março de 1994), Fundo de Estabilização Fiscal (Emenda Constitucional nº 10 e 17, de 1996 e 1997) e Desvinculação das Receitas da União (Emenda Constitucional nº 27, de 2000, sucessivamente prorrogada). As contribuições, que são tributos cobrados com destinação específica, também sofreram as mesmas desvinculações.

¹⁸ Além do resultado primário, a execução da política econômica produz outro resultado, o nominal. Este é o resultado primário mais a despesa com os juros da dívida pública e tem sido sempre negativo, pois os gastos com juros têm sido sempre superiores ao resultado primário.

foi fixada em 3,1% do Produto Interno Bruto (PIB). O então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no início de seu primeiro mandato, se propôs a produzir um superávit primário de 4,25% do PIB. Atualmente essa meta é definida na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

A política de metas de inflação supõe a existência de uma correlação positiva entre a taxa básica de juros e o valor do dinheiro, calculado através do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que é estimado pelo IBGE. Ela foi adotada sob a justificativa de que uma economia com moeda estável tenderá à maior estabilidade e ao crescimento e atrairá mais poupança estrangeira na forma de Investimento Estrangeiro Direto (IDE), Investimento em Carteira e Empréstimos. Assim, atualmente, o Conselho Monetário Nacional (CMN) fixa a meta de inflação com até dois anos de antecedência e o Banco Central, através do Comitê de Política Monetária (COPOM), fixa a taxa básica de juros, chamada de SELIC. Inicialmente, a meta escolhida foi de 8,0% a.a. em 1999, ela foi sendo reduzida até chegar a 4,25% para o ano de 2003, sempre com uma banda de $\pm 2,0$ p.p., em seguida voltou a ser aumentada até 5,5%, com uma tolerância de $\pm 2,5$ pontos percentuais. Desde 2005, a meta de inflação foi fixada em 4,5% ao ano, com uma banda de $\pm 2,5$ p.p.; de 2006 até 2014, a meta foi mantida nos mesmos de 4,5% ao ano, mas a tolerância foi reduzida para $\pm 2,0$ p.p. Para os anos de 2015 e 2016, a tolerância da banda foi novamente reduzida para $\pm 1,5$ p.p. Em 30 de junho de 2016, o CMN manteve a mesma meta e as mesmas bandas para 2018.

Por seu lado o COPOM, em reuniões que eram de início mensais, mas cujos intervalos passaram a variar entre um e dois meses, segundo o calendário apresentado no Comunicado nº 28.079, de 26 de junho de 2015, tem fixado a taxa SELIC, desde 1999. Esta taxa tem sofrido muitas variações como pode ser observado no Gráfico 1. Com o pacote de condicionalidades do FMI, o governo brasileiro iniciou essa política fixando a taxa SELIC em 45% ao ano. Isso apesar de a taxa de inflação em 1998, medida pelo IPCA, ter sido de apenas 1,65% a.a., a mais baixa de toda a história do Plano Real. Entretanto, a SELIC foi sendo gradativamente reduzida até chegar a 19% a.a. em setembro de 1999 e foi mantida nesse montante até março de 2000. A partir daí, foi sendo reduzida até atingir 15,3% em fevereiro de 2001, o ponto mais baixo antes de

ser novamente elevada até chegar a 25,0% a.a. em dezembro de 2002. Durante o segundo mandato de FHC, a média da taxa SELIC foi de 19,3%.

O governo Lula iniciou o seu mandato aumentando gradativamente a SELIC para 25,5% em janeiro e 26,5% de fevereiro até o mês de maio de 2003. A partir daí ela foi sendo reduzida até chegar a 16,0% entre 15 de abril e 18 de setembro de 2004, voltando a ser elevada novamente até o patamar de 19,75% entre maio e agosto de 2005. Posteriormente a SELIC foi reduzida até 11,25% a.a. entre setembro de 2007 e março de 2008, ela passou por um novo período de baixa entre julho de 2009 e março de 2010, atingindo 8,75%. Deve-se notar que o aumento entre 2007 e 2008 acompanhou a explosão da crise nos EUA que se espalhou por todo o mundo. No último ano de mandato do Governo Lula, a taxa SELIC variou entre 12,50% e 11,0%. Em 2011, com o Governo de Dilma Rousseff, a taxa SELIC foi aumentada até 12,0%, em agosto, passando a ser reduzida continuamente até chegar a 7,25%, em outubro de 2012, voltando a ser elevada novamente até atingir os atuais 14,25% a partir de julho de 2015. Deve-se destacar que são essas decisões sobre a taxa básica de juros que comprometem as contas públicas, como veremos.

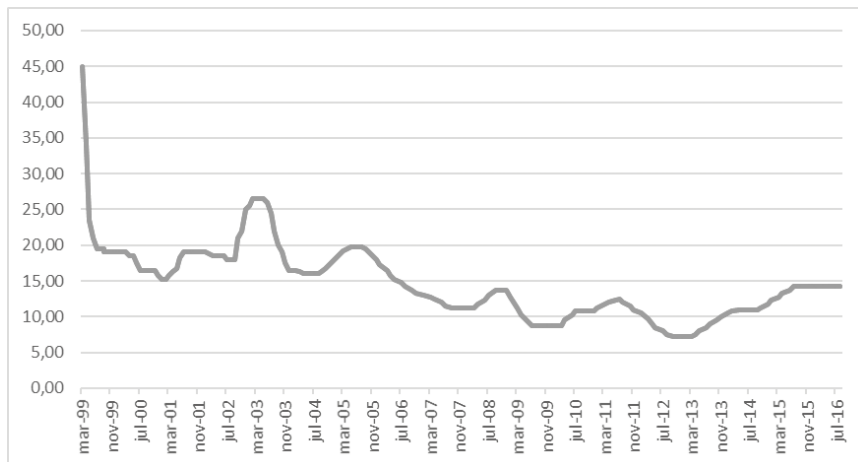


GRÁFICO 1. Brasil: Meta SELIC fixada pelo CMN (1999-2016).

Fonte: adaptado de BCB. Disponível em: <<https://www.bcb.gov.br/Pec/Copom/Port/taxaSelic.asp>>.

Assim, quando os indicadores de preço e as opiniões do “mercado”, ou seja, as grandes instituições financeiras, mostram pressões para o aumento de preços, o COPOM aumenta a SELIC e vice-versa. Naturalmente essa taxa básica é acompanhada, monitorada e, dentro do possível, regulada diariamente através da mesa de Operações de Mercado Aberto do Banco Central do Brasil¹⁹ (BCB). Os impactos dessa política podem ser observados no Gráfico 2. As despesas com juros foram sempre superiores ao superávit primário, sendo o fator principal para o aumento da dívida pública e das restrições aos gastos com as políticas sociais e com a proteção social. Dessa forma, a política macroeconômica brasileira, desde 1999, tem como objetivo, ou principal restrição, mesmo que nenhum dos governos, de FHC até Dilma, tenham reconhecido, a garantia do pagamento dos juros de uma dívida que não tem contribuído em nada para o desenvolvimento econômico do país ou com o bem-estar de sua população. Mais ainda, ela tem servido fundamentalmente para a reprodução ampliada dos capitais nacionais e internacionais na esfera financeira do Brasil.

A taxa de câmbio flexível se constitui no terceiro elemento do tripé da política macroeconômica brasileira. Um de seus fundamentos é a suposta impossibilidade da manutenção da política de livre circulação dos capitais com uma taxa de câmbio regulada. Mesmo assim, o BCB tem procurado intervir no mercado buscando direcionar a taxa de câmbio através da criação fictícia de dólares futuros nos derivativos chamados de *swaps* cambiais ou *swaps* cambiais reversos. Apesar de esses termos aparentemente complicados, a rigor o Banco Central oferece garantias aos apostadores vendendo dólares a taxas combinadas previamente para serem liquidadas com a taxa de câmbio do momento da liquidação do contrato²⁰, na Bolsa Mercantil e de Futuros. A taxa de câmbio flexível tem permitido aos capitalistas estrangeiros a obten-

¹⁹ Este mercado, que funciona todos os dias úteis, serve para expandir ou contrair os meios de circulação quando necessários convertendo títulos da dívida pública em moeda e vice-versa, convertendo todos os excedentes de moeda em capital monetário.

²⁰ A rigor, as apostas são entre a taxa de juros de títulos da dívida pública e a variação cambial; se a variação cambial for maior do que a taxa de juros, o BCB perde e paga a diferença, se for menor, ganha e recebe a diferença.

ção de vultuosos ganhos em títulos da dívida pública ou em ações na bolsa de valores, somente com a sua variação.

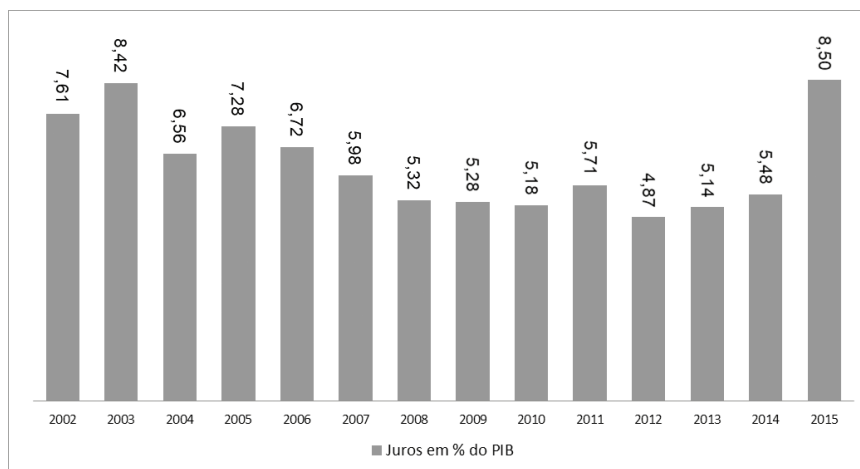


GRÁFICO 2. Brasil: despesas com juros da dívida em % do PIB (2002-2015).

Fonte: adaptado de BCB. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/Indeco/Port/indeco.asp>>.

Outros fatores que alteraram os limites de receitas e despesas da política econômica

Em agosto de 1995, a Emenda Constitucional nº 6 revogou o artigo 171 da Constituição de 1988. Com isso, suprimiu a tradicional distinção entre capital nacional e capital estrangeiro. Isso significa que todos os benefícios e privilégios que os capitalistas brasileiros obtinham do Estado brasileiro foram estendidos igualmente aos capitalistas estrangeiros. Por exemplo, o acesso aos financiamentos subsidiados do BNDES foi igualmente concedido aos capitais externos, inclusive no processo de privatização. Assim, uma parte dos recursos tributários arrecadados pela União para subsidiar os capitalistas brasileiros também foi oferecida aos capitalistas estrangeiros através do BNDES.

Essa emenda foi seguida pela Lei nº 9.249, de dezembro de 1995. O artigo 10º da lei simplesmente isenta todos os capitalistas, nacionais e estrangeiros, do imposto de renda de pessoa física sobre a distribuição de lucros ou pagamento de dividendos. Um benefício concedido apenas pelo Brasil, Estônia e Eslováquia, segundo um estudo da Câmara dos Deputados (CARVALHO; SILVA, 2015). Esta lei e a Emenda Constitucional nº 6 aumentaram enormemente a regressividade do sistema tributário brasileiro. Essa isenção sobre lucros e dividendos significou, em termos do capital estrangeiro, a renúncia de cobrança de imposto de renda sobre mais de US\$ 160,0 bilhões referente à remessa de lucros e dividendos entre 2008 e 2015.

Do ponto de vista da burguesia brasileira, essas mudanças sobre a tributação retiraram da base tributável do imposto de renda pessoa física, das famílias brasileiras mais ricas, um total estimado por Robert Iturriet Ávila (2016) em mais de R\$ 700 bilhões, em 2014, em contraste com os R\$ 128 bilhões da base tributável no mesmo ano. Uma renúncia tributária de mais de R\$ 100 bilhões, somente em 2014.

Os diferentes governos podem, segundo os interesses que representam, mudar a legislação tributária, criar outras isenções ou desonerações, sempre que a articulação no interior do bloco no poder o permita. A então presidenta Dilma Rousseff mudou a alíquota e a base tributária da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), desonerou a folha de pagamentos, entre outras renúncias fiscais gerando uma gigantesca redução na arrecadação para os anos de 2012 a 2018. Segundo o ex-ministro Joaquim Levy, “Essa brincadeira nos custa R\$ 25 bilhões por ano, e vários estudos nos mostram que isso não tem protegido o emprego. Tem que saber ajustar quando não está dando resultado. Não deu os resultados que se imaginava e se mostrou extremamente caro” (MARTELLO, 2015).

Enfim, as classes dominantes podem se recusar ao pagamento dos impostos e contribuições, seja através da elisão fiscal ou da sonegação, isso sem contar o desvio de capitais para o exterior. No primeiro caso, as empresas buscam as formas legais (BRASIL, 1999) de redução da base tributária, por

exemplo um IED pode ser registrado como Empréstimo intercompanhia²¹ e, como empréstimo, a empresa paga juros, uma despesa que reduz o lucro tributável e a base de cobrança da Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL). A sonegação no Brasil é extremamente elevada. Para se ter uma ideia, entre 1º de janeiro a 20 de setembro de 2016, o total passou de R\$ 388,1 bilhões, segundo o sonogômetro (www.sonogometro.com) criado pelo Sindicato Nacional dos Procuradores da Fazenda Nacional. Os impostos declarados e não recolhidos, além de outros débitos inscritos na Dívida Ativa da União, foram estimados em mais de R\$ 1,5 trilhão de reais (KLIASS, 2016)²², pela Coordenação Geral da Dívida Ativa da União, do Ministério da Fazenda, segundo a Nota Técnica 912/2014.

A execução da Política Fiscal e os impactos sobre os Gastos Sociais

Desde o final da década de 1990, quando o então presidente FHC assinou o acordo com o FMI, o governo brasileiro tem buscado obter superávits primários na execução da política econômica. Mesmo que a justificativa apresentada para a adoção dessa política seja a necessidade de se reduzir a dívida pública e a conta de juros, tanto a dívida mobiliária quanto os juros pagos cresceram exponencialmente.²³ Entretanto, no período de 1998 a 2013, o governo central gastou com os serviços públicos e as ações governamentais menos do que efetivamente arrecadou com impostos, contribuições e demais fontes de receita. Podemos observar no Gráfico 3 que o superávit primário foi sempre positivo durante os anos de 1998 a 2013, tendo atingido quase

²¹ Em junho de 2016, segundo o BCB, do estoque total de IED (US\$ 753,5 bilhões), cerca de 30% (US\$ 217,9 bilhões) são empréstimos Intercompanhia e 70% (US\$ 535,6 bilhões) de participação no capital. Em junho de 2008, os empréstimos representavam 15,8% e a participação no capital 84,2%.

²² Em tramitação no Senado Federal do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 204/16, de autoria do atual Ministro José Serra.

²³ Segundo os dados do BCB, o total de títulos emitidos pelo Tesouro Nacional, em 2002, era de R\$ 838,8 bilhões e chegou a R\$ 4,16 trilhões em junho de 2016. A conta de juros, que foi de R\$ 113,3 bilhões, em 2002, chegou a R\$ 501,8 bilhões em 2015 e R\$ 173,3 bilhões até junho de 2016. Ver também o Gráfico 2.

2,7% do Produto Interno Bruto (PIB) no ano de 2004. Porém, nos últimos dois anos, o resultado das contas do governo central foi deficitário em R\$ 23,5 bilhões e R\$ 122,7 bilhões respectivamente. Esse resultado é parte do aprofundamento de uma tendência que se iniciou em 2011 e se realizou a partir do final de 2014 e passou a ameaçar todos os gastos públicos, em particular, aqueles voltados à proteção social ou à Seguridade Social.

Em média, o superávit primário foi de 2,74%²⁴ no segundo mandato de FHC; de 3,47% no primeiro mandato de Lula e de 2,71% no segundo mandato. No primeiro mandato de Dilma Rousseff, obteve-se um superávit primário médio de 1,85% e de 0,05% até o seu afastamento, em maio de 2016. A média anual de superávit neste período foi equivalente a 1,9% do PIB.

Esses dados indicam que, durante 15 anos, o Governo Central teve sucesso nessa política de obtenção de superávits primários, ou seja, sempre gastou menos do que arrecadou, mesmo com o comprometimento dos gastos públicos necessários ao funcionamento do setor público, sem que, em nenhum momento, tenha ocorrido uma redução na dívida mobiliária federal. Isso indica que os gastos com as políticas sociais poderiam ter sido muito mais importantes e com resultados muito melhores se as restrições decorrentes da política macroeconômica voltada para o pagamento de juros não exigissem as medidas restritivas, visando à obtenção dos superávits primários.

²⁴ Estes dados referem-se ao Governo Central: Tesouro Nacional, Banco Central e Empresas Estatais. Assim, não estão incluídos os Estados e Municípios.

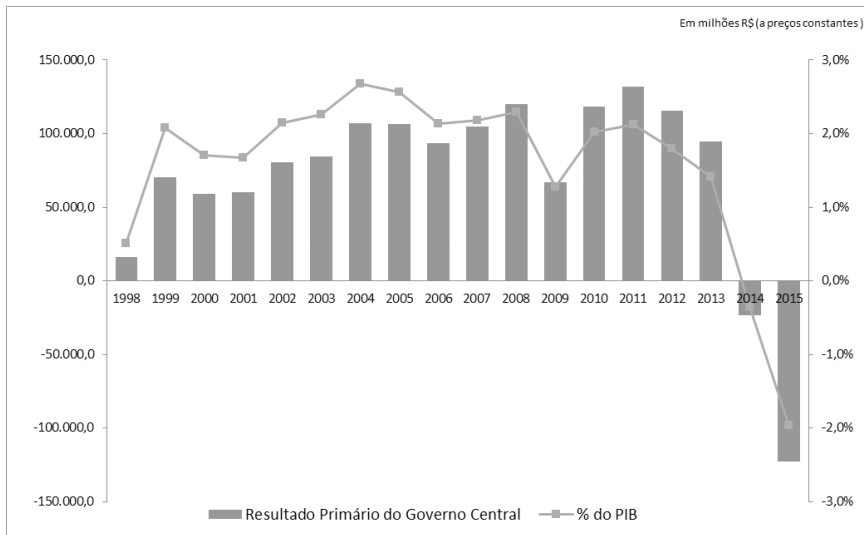


GRÁFICO 3. Resultado Primário do Governo Central – de 1998 a 2015.

Fonte: adaptado de STN, a partir de valores de maio de 2016 – IPCA.

Assim, podemos afirmar que os supostos desequilíbrios das contas fiscais do governo federal são decorrentes de um contexto mais amplo constituído pelo tripé adotado no país que fundamenta a política econômica que, por sua vez, está submetida à inserção dependente e subordinada do Brasil ao sistema internacional e à atual fase de desenvolvimento do sistema capitalista. E, dentro disso, as decisões de política econômica adotadas pelo governo federal para fazer frente aos efeitos adversos ocasionados pela crise mundial que eclodiu em 2008 são elementos centrais para explicar os resultados deficitários de 2014 e 2015. Assim, se em um contexto mais estrutural os resultados nominais estão diretamente relacionados à elevada taxa de juros sobre a dívida pública praticada continuamente pelo Banco Central, de maneira aparentemente mais conjuntural, as desonerações fiscais, a política de subsídios e as subvenções econômicas praticadas pelos Governos de Lula e Dilma, sobretudo a partir de 2012, constituem-se nas causas do recente déficit fiscal ou primário.

Como vimos anteriormente, as restrições à execução da Política Econômica voltada para a Seguridade Social são enormes, típicas de um Estado Capitalista

subdesenvolvido e submisso às injunções do sistema mundial. O Estado brasileiro, naturalmente, não pode ser exceção dentro desse sistema. Trataremos a seguir dos impactos conjunturais da crise, as repostas dos governos e as novas restrições que estão sendo colocadas para a execução orçamentária e as restrições ao orçamento da Seguridade Social.

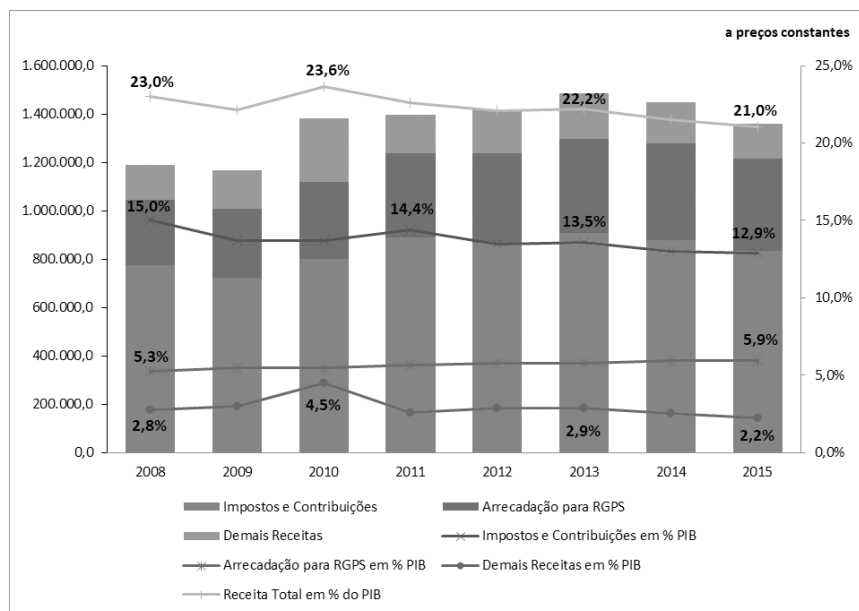


GRÁFICO 4. Evolução dos componentes da receita total do Governo Central – de 2008 a 2015.

Fonte: adaptado de STN, a partir de valores de maio de 2016 – IPCA.

O Gráfico 4 mostra que ocorreu uma queda na receita total do governo central em termos do PIB, de 23,0%, em 2008, para 21,0%, em 2015. Considerando os grupos de receita que conformam os recursos orçamentários do governo, verifica-se, no gráfico, a importância dos impostos e contribuições como as principais fontes de arrecadação. Na verdade, juntos com as contribuições para o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), foram, em 2015, responsáveis por mais de 89% da receita do Governo Central. Além disso, o comportamento da arrecadação dos impostos e contribuições desde 2010 é fundamental para compreender parte do déficit das contas públicas. À primeira vista, todos esses

componentes da Receita Orçamentária contribuíram para a queda na receita nos últimos anos. De qualquer modo, a queda da arrecadação em valor absoluto, entre 2013 e 2015, foi de cerca de R\$ 120,0 bilhões a preços de maio de 2016.

Como se observa no Gráfico 4, enquanto as receitas para o RGPS aumentaram como percentual do PIB no período de 2008 a 2015, os impostos, as contribuições e o grupo das demais receitas apresentaram, a partir de 2010, uma trajetória de queda. Embora muitas análises relacionem essa queda na arrecadação de impostos e contribuições ao desempenho econômico como a recessão econômica, ao aumento desemprego e à redução da massa salarial, é importante destacar que esse resultado só se tornou efetivo nos dois últimos anos. E, como destacou o próprio governo, a evolução das renúncias fiscais a partir de 2010 como estratégia para enfrentar a crise constituiu-se em um fator fundamental para compreender o comportamento da arrecadação tributária (STN, 2015). O total estimado das renúncias fiscais, referente ao conjunto das desonerações instituídas entre 2010 e 2016, pode chegar a R\$ 452,6 bilhões (Tabela 1). Como podemos observar, o maior impacto aparece exatamente nos anos de 2014 e 2015, sendo um dos principais componentes que pressionaram a queda na arrecadação.

TABELA 1. Estimativas de Renúncia Fiscal decorrentes das desonerações instituídas entre 2010 e 2016.

Ano de Instituição da Legislação	Estimativa (valores correntes)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ano 2010	2.508,58	5.780,02	1.726,85	2.606,87	2.954,10	2.106,44	1.257,11
Ano 2011		2.989,43	29.398,24	12.010,42	13.628,50	8.583,05	9.132,06
Ano 2012			15.413,10	47.091,16	52.358,19	27.758,13	24.776,72
Ano 2013				14.593,17	32.915,80	24.687,01	22.985,27
Ano 2014					2.549,58	40.039,41	23.770,55
Ano 2015						5.412,21	8.854,25
Ano 2016							627,35
Total da Renúncia Estimada	4.518,58	10.780,45	48.550,19	78.314,62	106.420,18	110.601,26	93.419,31

Fonte: adaptada de Receita Federal.

Embora esses dados sejam estimativas e envolvam também a renúncia fiscal decorrente da mudança de cobrança da contribuição previdenciária, eles apontam que a perda de receita pode ter chegado a 8,71% e 8,86% da receita total a preços correntes, apurada pelo Governo Central, nos anos de 2014 e 2015, respectivamente. Em relação à desoneração fiscal sobre a folha de pagamentos instituída pela Lei nº 12.546/2011, posteriormente ampliada²⁵, os dados divulgados até julho de 2015 permitem afirmar que a renúncia efetiva estimada para o período de 2012 a 2014 totalizou cerca de R\$ 38,0 bilhões (RECEITA FEDERAL, 2015).

Para complementar a análise, cabe destacar a diminuição da arrecadação da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS). Ela se constitui em uma das principais fontes de recursos, sendo responsável por cerca de 16% da receita total. O mesmo ocorreu com o Imposto de Renda, cuja a arrecadação corresponde a aproximadamente 24% da receita do Governo Central.

Do ponto de vista dos gastos, os dados da STN evidenciam que as despesas primárias do Governo Central, após uma redução nos gastos em 2011, eles continuaram a apresentar uma trajetória de crescimento, chegando a 19,5% do PIB em 2015. As transferências constitucionais, consideradas repartição de receitas, não estão incluídas nestes gastos.

Ao analisar os dados desagregados da despesa, conforme exposto no Gráfico 5, é possível perceber que as despesas com benefícios previdenciários têm sido a maior despesa primária do governo e têm registrado um crescimento contínuo ao longo dos anos analisados, chegando a representar 7,4% do PIB, em 2015. O segundo maior grupo de despesa, desde 2012, tem sido os gastos discricionários, por meio dos quais se executam os programas e as ações governamentais dentro de cada ministério e onde também se contabilizam os investimentos realizados no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e, dentro deste, o Minha Casa Minha Vida. Por seu caráter, esse grupo de despesa não tem uma trajetória definida, mas, desde 2011, tem representado em torno de 4,3% do PIB.

²⁵ Lei nº 12.715/2012, Lei nº 12.794/2013, Lei nº 12.844/2013 e Lei nº 13.043, de 2014.

Mas o grupo de despesa que registrou maior crescimento são as chamadas Outras Despesas Obrigatórias. Elas apresentaram um crescimento médio anual superior a 15,6%, no período, sobretudo no ano de 2015 (STN). Com esse aumento, o montante destinado para tais gastos representou, em 2015, 3,9% do PIB e 19,8% do total das despesas primárias do governo. Nesse montante são contabilizados os gastos com pagamentos de abonos e seguro-desemprego, benefícios de prestação continuada, complementação da União com o FUNDEB, subsídios e subvenções econômicas, entre outros.

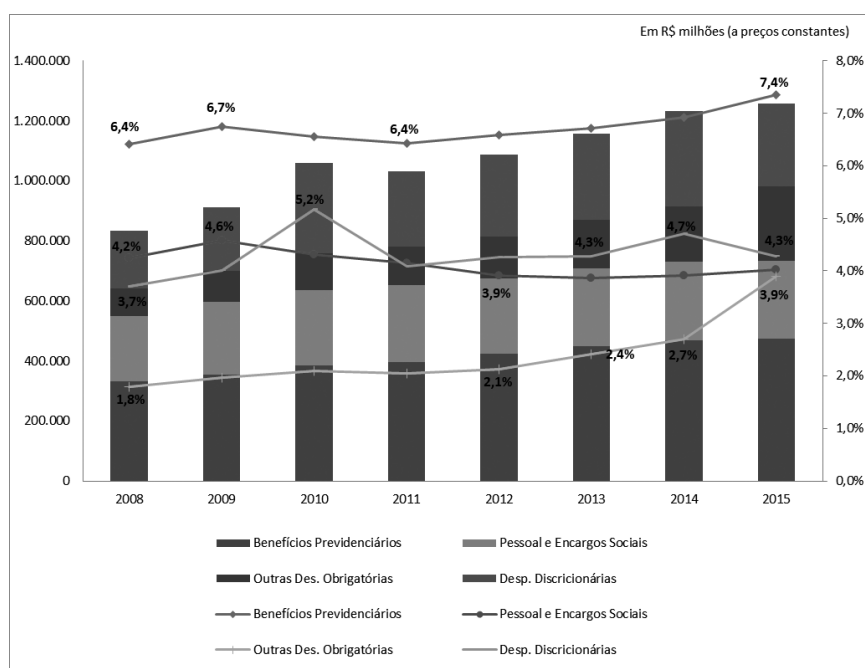


GRÁFICO 5. Composição da despesa primária total – de 2008 a 2015.

Fonte: adaptado de STN, a partir de valores de maio de 2016 – IPCA.

O Gráfico 6 mostra a evolução das principais despesas que são contabilizadas dentro do grupo chamado Despesas Obrigatórias. Como se verifica, até 2014, os benefícios relativos ao seguro-desemprego e abonos se constituíam no maior gasto. Em 2015, com a alteração na legislação do seguro-desemprego, essa despesa diminuiu, mesmo tendo aumentado o número de desempregados no país.

Embora até 2014, o Benefício de Prestação Continuada tenha sido o segundo maior destino dos gastos considerados obrigatórios, em 2015, o montante de recursos destinados para os subsídios e as subvenções econômicas tornaram-se a principal despesa obrigatória. A maior parte desse gasto é referente ao equacionamento do passivo devido aos bancos públicos, derivados da política de subsídios das taxas de juros implementados pelo Governo Central nos empréstimos privados concedidos por bancos públicos, dentre os quais destaca-se o Programa de Sustentação ao Investimento do BNDES. A elevação desses gastos em 2015, que foram de R\$ 31,97 bilhões, é consequência, inclusive do acúmulo dessa despesa de anos anteriores por parte do governo para com os bancos públicos. O Programa de Sustentação do Investimento foi criado em 2009 como uma das políticas anticíclicas e serviu para o financiamento para a compra de máquinas, equipamentos, veículos, etc. Durante o período, foram destinados mais de R\$ 400 bilhões com juros subsidiados, a TJLP, e será encerrado em 2016.

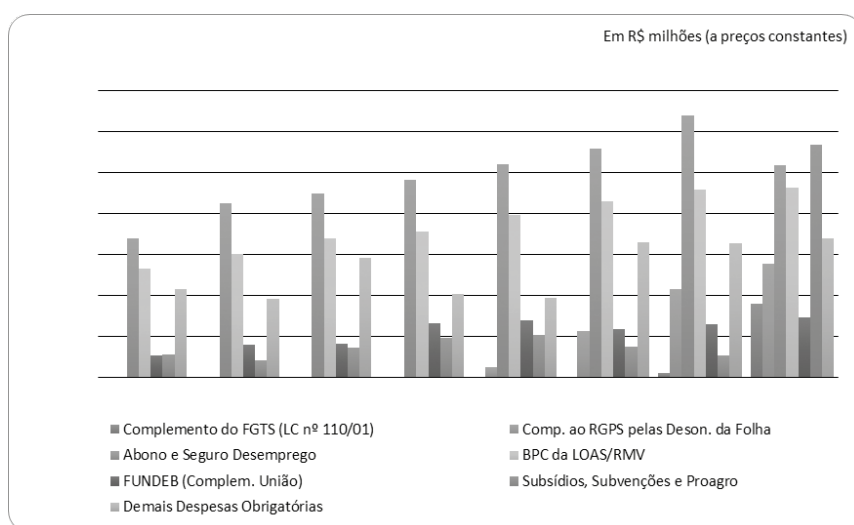


GRÁFICO 6. Evolução das despesas obrigatórias desagregadas – de 2008 a 2015.

Fonte: adaptado de STN, a partir de valores constantes de maio de 2016 – IPCA.

Além disso, a partir de 2012, uma nova despesa foi incorporada ao grupo de despesas obrigatórias. Trata-se da compensação realizada pelo governo

em virtude da desoneração fiscal da folha de pagamento, instituída em 2012. Como é possível observar no Gráfico 6, essa despesa totalizou R\$ 27,6 bilhões, a preços de maio de 2016, em 2015. Aqui cabe destacar uma importante consequência da estratégia de renúncia fiscal, que, além de reduzir a receita, implicou aumento do gasto obrigatório.

A STN tem estimado também o montante de *gastos tributários* (PELLEGRINI, 2014). Estes, ao contrário dos gastos diretos em que o governo arrecada os tributos e efetua os gastos, são constituídos por isenções, desonerações, descontos sobre a base tributável, etc. O Gráfico 7 mostra um aumento permanente no montante de receita que o governo tem renunciado nos últimos anos. Esses gastos cresceram de 21,9% da receita administrada pela RFB, em 2008, para 35,5%, em 2015; e, como vimos, as desonerações da folha de pagamento (Tabela 1) constituíram um elemento importante nesse crescimento.

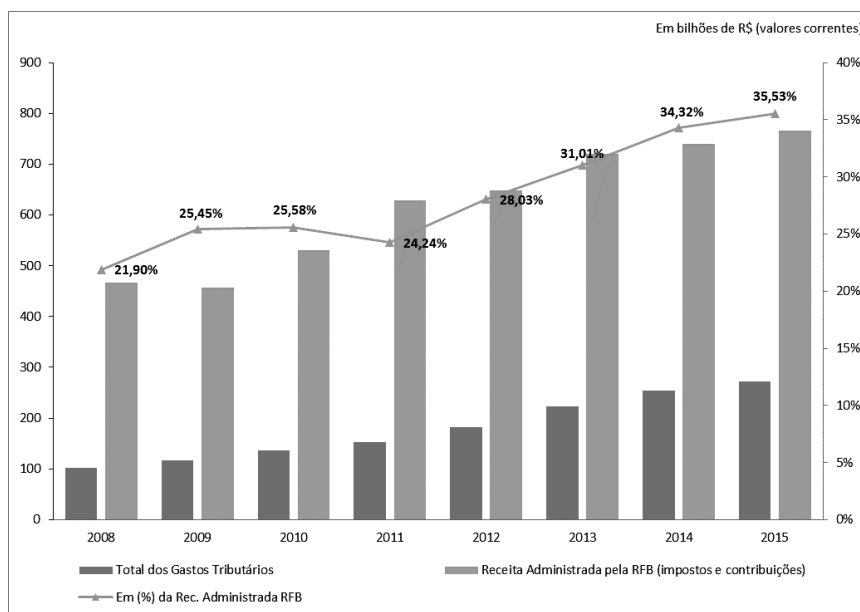


GRÁFICO 7. Evolução dos gastos tributários – de 2008 a 2015.

Fonte: adaptado de Receita Federal, 2016.

As perspectivas

Os resultados da execução orçamentária nos últimos anos, em particular em 2014 e 2015, mostram vários fatores que produziram o espetacular déficit primário em 2015. Em primeiro lugar, o fraco desempenho da economia brasileira após a crise mundial, que eclodiu em 2008, reduziu significativamente a receita tributária. O presidente Lula conseguiu, em seu segundo mandato, após uma queda de 0,1% do PIB²⁶, em 2009, implementar um conjunto de medidas anticrise que resultou em um crescimento de 7,5%, em 2010, uma média de 4,6% ao ano. A presidenta Dilma Rousseff conseguiu menos da metade, 2,2% ao ano, entre 2011 e 2014, e em 2015, o PIB caiu em 3,8%. Em termos *per capita* os resultados médios em cada período de governo foram de 3,5% e 1,3%, respectivamente. Assim, não se poderia esperar mais do que uma queda nas receitas tributárias.

Em segundo lugar, a queda na produção, além dos impactos sobre as receitas tributárias diretas, implicou em medidas ou tentativas de políticas anticrise que ampliaram a queda nas receitas e o aumento nos gastos diretos e indiretos, devido ao aumento no desemprego, às renúncias fiscais e aos vários tipos de incentivos oferecidos. Além disso, os gastos mais afetados foram exatamente aqueles voltados à proteção social que se tornam mais importantes nesses momentos de crise.

Em terceiro lugar, o total de juros pagos sobre a dívida pública em 2015 foram os maiores da história, 8,5% do PIB em 2015, ou R\$ 501,8 em termos nominais. A dívida mobiliária federal emitida pelo Tesouro Nacional atingiu um total de R\$ 4,16 trilhões em junho de 2016 e o total no mercado financeiro, um montante de R\$ 2,84 trilhões. Como a execução financeira do orçamento está fora da execução fiscal, esses dados são simplesmente omitidos. Mesmo que não façam parte estatisticamente dos cálculos dos superávits primários.

Com a mudança de governo, após o golpe, o diagnóstico neoliberal e ortodoxo apresentado foi de uma crise fiscal decorrente do excesso de gastos públicos, em particular aqueles voltados à previdência e às relações de

²⁶ Dados do BCB. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/Indeco/Port/indeco.asp>>. Acesso em: 20 set. 2016.

trabalho. Esses foram também um dos argumentos centrais utilizados para o afastamento e impedimento da então presidente eleita Dilma Rousseff. Assim, o governo que assumiu o comando do país juntamente com sua equipe econômica explica o déficit primário registrado nas contas do governo em 2014 e 2015 como decorrentes de uma elevação dos gastos com as políticas públicas, dentre as quais estão as políticas que compõem a proteção social no Brasil (PEC 241/2016). Em nenhum momento, são apresentados os gastos correntes decorrentes dos subsídios aos investimentos, nacionais ou estrangeiros, nem os custos da dívida pública, pois estão fora do orçamento fiscal e da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Além disso, frente a esse diagnóstico, as medidas encaminhadas pelo atual governo estão no escopo de um programa de ajuste fiscal em que estão previstos o congelamento dos gastos do orçamento público por 20 anos, a proibição da criação de novos cargos públicos, a reforma previdenciária, a privatização de empresas públicas, a cessão de direitos de exploração e a concessão de serviços públicos. Como horizonte, a mensagem de lei encaminhada ao Congresso Nacional junto com a PEC 241 aponta que,

Um desafio que se precisa enfrentar é que, para sair do viés procíclico da despesa pública, é essencial alterarmos a regra de fixação do gasto mínimo em algumas áreas. Isso porque a Constituição estabelece que as despesas com saúde e educação devem ter um piso, fixado como proporção da receita fiscal. É preciso alterar esse sistema, justamente para evitar que nos momentos de forte expansão econômica seja obrigatório o aumento de gastos nessas áreas e, quando da reversão do ciclo econômico, os gastos tenham que desacelerar bruscamente. Esse tipo de vinculação cria problemas fiscais e é fonte de ineficiência na aplicação de recursos públicos (PEC nº 241/2016).

Um dos argumentos centrais para essa proposta de “congelamento” dos gastos públicos é que os recursos economizados serão utilizados para o pagamento da dívida pública, o que dará estabilidade ao governo e atrairá capitais estrangeiros. Mas, em nenhum momento, há qualquer referência à política de obtenção de superávits primários, cujo objetivo era a redução da dívida pública, nem que, durante todo o período de 2008 a 2013, os resultados

foram positivos (Gráfico 3). Ou seja, o “congelamento” dos gastos públicos não garante de forma nenhuma a redução da dívida pública, mas garante que a transferência da mais-valia, absorvida pelo sistema tributário, seja efetuada dentro das condições de disputa que se colocam concretamente.

REFERÊNCIAS

AVILA, Robert Iturriet; CONCEIÇÃO, João Batista Santo. *Estratificação de dados do IR revela desigualdade ainda maior no país*. 2016. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/estratificacao-de-dados-do-ir-revela-desigualdade-ainda-maior-no-pais/>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. *Proposta de Emenda Constitucional nº 241/16 que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal*. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=63B82B9561DD3A94E7E41712AC33610D.proposicoesWeb?codteor=1468431&filename=PEC+241/2016>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. *Demonstrativo dos Gastos Tributários Estimativas Bases Efetivas*. 2013 Série 2011 a 2016. Brasília, 2016. Disponível em: <https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/dgt-versao-para-republicacao_02-06-2016.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Receita Federal do Brasil (RFB). *Desonerações instituídas*. 2010-2016. Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/desoneracoes-instituidas>>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional (STN). *Séries históricas*. Resultado Fiscal do Governo Central – Estrutura Nova (Jan/1997-Junho/2016). 2016. Disponível em: <<https://www.tesouro.fazenda.gov.br/resultado-do-tesouro-nacional>>. Acesso em: 8 set. 2016.

_____. Senado Federal. *As sete principais formas de elisão fiscal, segundo Maciel*. 20 maio 1999. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/1999/05/20/as-sete-principais-formas-de-elisao-fiscal-segundo-maciel>>. Acesso em: 19 set. 2016.

CARVALHO, Cristiano Viveiros de et al.; SILVA, Jules Michelet Pereira Queiroz e (Coord.). *Tributação de lucros e dividendos no Brasil*. Uma perspectiva comparada, 2015. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/>>

publicacoes/estnottec/areas-da-conle/tema20/2015_19898-tributacao-de-lucros-e-dividendos-jules-michelet-et-all>. Acesso em: 12 set. 2016.

KLIASS, Paulo. *Mercantilização da sonegação*. 23 ago. 2016. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Economia/Mercantilizacao-da-sonegacao/7/36671>>. Acesso em: 19 set. 2016.

MARTELLO, Alexandre. “Brincadeira” da desoneração se mostrou “extremamente cara”, diz Levy. 27 fev. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/02/brincadeira-da-desoneracao-se-mostrou-extremamente-cara-diz-levy.html>>. Acesso em: 19 set. 2016.

PELLEGRINI, Josué Alfredo. *Gastos Tributários: conceitos, experiência internacional e o caso do Brasil*. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, Outubro/2014. (Texto para Discussão nº 159). Disponível em: <www.senado.leg.br/estudos>. Acesso em: 19 set. 2016.

1.1.3 Las Políticas Sociales en Chile: Fundamentos

Claudio Lara Cortes

Consuelo Silva Flores

En este apartado, se hace una revisión de la evolución y cambios experimentados por la política social entre los años ochenta y los dos mil. A partir de ella es posible identificar tres periodos que se caracterizan por concepciones que diferencian el rol que le cabe al Estado como agente activo en el plano económico y social.

Un primer periodo, abarca el régimen militar (1973-1989), se caracteriza por una fuerte reducción de la participación del Estado en el ámbito económico y social. La liberalización de los mercados, la apertura al comercio internacional y la importancia asignada al sector privado como motor de desarrollo, tuvieron como contraparte una reducción del gasto social y la privatización de la oferta de varios servicios sociales. En esta etapa, se le asignó al Estado un rol normativo y fiscalizador, poniendo énfasis en el desarrollo de un instrumental objetivo que permitiera elevar la eficiencia del gasto social y su focalización en los grupos de extrema pobreza.

Una segunda etapa surge con los gobiernos de la Concertación Democrática, los que asumen desde 1990. En tales gestiones se decide enfrentar el problema de la pobreza implicando un mayor gasto social y un uso más eficiente de los recursos a través de mejoramientos en la gestión pública y de los mecanismos de evaluación de los programas, conjuntamente con un compromiso por mantener los equilibrios macroeconómicos y específicamente el fiscal.

Un tercer periodo, comienza con las llamadas “nuevas políticas de protección social”, en especial las promovidas desde los años 2000 en adelante, con ellas se busca dar un nuevo sello social a los gobiernos que las impulsan, expandiendo significativamente la cobertura y los montos de los beneficios. Algunas de las prestaciones comienzan a estar dirigidas a segmentos más amplios de la población (los vulnerables), lo que las diferencia del periodo anterior (1990-2000) que priorizaban por la superación de la pobreza. No obstante, estos avances

respecto de décadas previas, estas políticas no aspiran a la universalidad, es decir a cubrir a toda la población, ni a modificar su carácter mercado-céntrico (LARRAÑAGA; CONTRERAS, 2010). Algunas políticas se preocupan, aunque sólo marginalmente, de los problemas de calidad y en general excluyen de su ámbito los problemas de segmentación que afectan a las prestaciones y servicios a partir de su sesgo mercantilista.

A continuación, se aborda cada uno de los periodos antes señalados.

La política social en el régimen militar (1973-1989)

Este período comienza con un quiebre en la continuidad que habían tenido las políticas sociales en el país desde principios de siglo, debido a que durante cerca de siete décadas tuvieron como denominador común el principio de expansión y de perfeccionamiento, como también la incorporación de sectores sociales que hasta ese entonces se encontraban excluidos de ellas. En esta etapa previa a la dictadura, se transitó desde una ausencia del Estado a una mayor presencia en la definición y aplicación de políticas sociales.

La aplicación del modelo neoliberal por el régimen militar a partir de 1973, atribuyo al Estado una ineficiencia extrema respecto de sus funciones distributivas. El crecimiento económico se constituyó en el único instrumento válido para alcanzar la prosperidad económica para todos y el Estado perdió gran parte de su rol en la creación de las condiciones para una mayor equidad e igualdad de oportunidades.

En este periodo, el objetivo de las políticas sociales se concentró en la erradicación de la extrema pobreza a través de políticas selectivas y focalizadas hacia la población más pobre. El Estado perdió su calidad de benefactor y concentró su esfuerzo asistencial en los grupos que no estaban en condiciones de satisfacer por sí mismos sus necesidades más esenciales. Esto se tradujo en que los grupos medios y altos debieron comenzar a proveerse por sí solos los servicios sociales que anteriormente obtenían del Estado y que la distribución de subsidios comenzara a realizarse de acuerdo a criterios de extrema necesidad y no de capacidad de pago.

Durante el régimen militar, los postulados teóricos se fundaron en el principio de subsidiariedad del Estado, orientado a lograr el afianzamiento de dos valores considerados fundamentales: la libertad individual y la igualdad de oportunidades. Para esto, el Estado debía abstenerse de toda forma de intervención y asumir solo aquellas responsabilidades que los particulares y organizaciones intermedias no fueran capaces de desempeñar adecuadamente. En cuanto a lo primero, la libertad individual era entendida como la facultad de libre elección en el mercado, incluyendo la provisión de servicios sociales básicos. Respecto a lo segundo, la igualdad de oportunidades se asumió como la ausencia de discriminación que solo podría obtenerse en el mercado. Por tanto, el modelo presupone que el resto de los determinantes de la pobreza se corregirían en forma automática una vez que las personas lograran superar ciertos niveles mínimos críticos, terminando así con el círculo vicioso de la pobreza.

Según Arellano este periodo se puede calificar como *la retirada del Estado* e incluso cabría la calificación de *Estado Protector Patronal*. Nos parece que la acepción más precisa en cuanto al rol que asumió el Estado en relación a las políticas sociales, sería el de *Estado Subsidiario*. De allí que el «principio de subsidiaridad» adoptado por el régimen militar, se traduce en dos orientaciones y principios básicos. Por un lado, la focalización del gasto social dirigido a los sectores y personas más desfavorecidas, inaugurando la discusión entre políticas sociales de carácter universal v/s focalizadas; y, por otro, la privatización de ciertas áreas de la política social, desligándose el Estado de ellas y traspasándolas a la empresa privada y al mercado su asignación, como fueron la educación, salud, previsión, vivienda (MIDEPLAN, 1991).

Con estos principios y su aplicación, no existe ningún acuerdo en cuanto a los logros que pudiesen experimentar las políticas sociales en la disminución de la pobreza, ya que al término del gobierno militar los niveles de pobreza y extrema pobreza eran muy superiores a los exhibidos durante los años setenta; ni tampoco habría acuerdo en que los beneficiarios de las políticas sociales fueran realmente los más pobres, pues en cierta medida algunos subsidios fueron destinados de preferencia a la clase media (el ejemplo más claro fue el subsidio habitacional).

La política social de los años noventa

La etapa post dictatorial es liderada por una coalición de centro-izquierda llamada Concertación de Partidos por la Democracia, que gobierna el país durante las dos décadas siguientes (1990-2010) bajo ciertas condiciones político-institucionales heredadas de la dictadura militar, que marcan el devenir de las políticas que desarrollan sus gobiernos. La transición a la democracia se realiza a partir de ciertos arreglos entre las nuevas fuerzas políticas y el poder factico en materias relativas al respeto al derecho de propiedad, al modelo económico de economía de mercado, y a la prioridad del dialogo como instrumento de acción política (FUENTES, 1999).

Uno de los aspectos más relevantes que caracterizan a los gobiernos democráticos en los años noventa, es la instalación de una estrategia política denominada “de los acuerdos” o “consensos”. La transición a la democracia se hace sobre la base de la negociación de las nuevas fuerzas políticas con los poderes militares, en alianza con la derecha y el empresariado, arreglos que no contemplan alterar el ordenamiento jurídico fundamental en aquellas dimensiones sustantivas.

En este sentido, las prioridades de los primeros gobiernos democráticos estuvieron puestas en asegurar la estabilidad política evitando cualquier acción que pudiese generar algún tipo de regresión autoritaria. Paralelamente, se intenta no atentar contra la estabilidad económica, manteniendo los ejes centrales del modelo pro-mercado y crecimiento instaurado. La estrategia de los consensos puso el acento en las condiciones que dieran gobernabilidad al país. Estas aludían a la continuidad del modelo y la gradualidad del cambio; el establecimiento de una coalición social por el desarrollo y la democracia; y la instauración de una trayectoria política que asegurara la capacidad de gobernar.

Los gobiernos democráticos posteriores a la dictadura buscan establecer correcciones al modelo socioeconómico y político heredado, introduciendo modificaciones orientadas a mejorar la situación y condiciones de vida de la población. No obstante, dado las condiciones político institucionales, no llegan a realizar transformaciones estructurales al esquema imperante (GARRETÓN, 2012; LARRAÑAGA; CONTRERAS, 2010).

Es importante señalar que dichos gobiernos no alteraron los dos principios centrales del discurso neoliberal del régimen militar, en orden a mantener los criterios de políticas sociales focalizadas y la permanencia de agentes privados en la implementación de éstas.

No hubo alteraciones en materia de salud, educación, vivienda, previsión social, subsidios, entre otras. Lo que sí se logró diferenciar fue la selectividad de ciertas políticas, privilegiando algunos sectores sociales considerados como más vulnerables, entre ellos niños, jóvenes, jefas de hogar, discapacitados, minorías étnicas y tercera edad; como a su vez, puede apreciarse un notorio aumento en el gasto social, llegando en algunos sectores a duplicar éste desde 1990 a 1997.

Siguiendo a Raczynski, destacaremos las orientaciones y estrategias de las políticas sociales chilenas seguidas por cada uno de los gobiernos entre 1990 y 2000.

Entre 1990-1994, gobierno del presidente Patricio Aylwin: la política social en ese periodo busca aumentar el gasto para atender los importantes rezagos existentes en diversos ámbitos. Se incrementa sustantivamente dicho gasto a través de la recaudación de fondos vía una reforma tributaria. Se centra el interés en la conceptualización de la pobreza basada en carencias y necesidades básicas insatisfechas. La política está dirigida al mejoramiento de los beneficios y de los servicios sociales manteniendo, en términos generales, el tipo de institucionalidad heredada. Se innova colocando especial atención a los llamados grupos específicos, a los que se identifica como vulnerables, tales como niños, mujeres, indígenas, discapacitados, creando instituciones ad-hoc para atender a estos segmentos de la población.

Entre 1994-2000, gobierno de Eduardo Frei Ruiz Tagle: Es una administración que busca instaurar una agenda más propositiva y pragmática, orientada al desarrollo económico y la modernización del país y del Estado. Entre sus prioridades, se encuentra mejorar la infraestructura productiva y social, reformar la educación e impulsar la reforma del sistema procesal penal. En materia social, sus políticas se orientan a propiciar la igualdad de oportunidades y la reducción de la pobreza, en una concepción de ésta que está asociada a necesidades básicas insatisfechas, al igual que en el periodo anterior. Este gobierno coloca

especial atención a la dimensión territorial de la pobreza, buscando erradicar la extrema pobreza interviniendo los asentamientos precarios. En educación, destaca el alza del gasto en el sector vía establecimiento de mecanismos de co-pago de familias. En el marco de la modernización del Estado, se le da un marcado énfasis a la articulación de las prestaciones públicas a través de la instauración de mecanismos de coordinación intersectorial de la política social.

La política social en los años dos mil

Durante la primera década del siglo veintiuno, se introduce un nuevo tipo de políticas sociales en Chile. Estas fueron denominadas “políticas de protección social”, pues tienen como fin atender las vulnerabilidades que enfrentan las personas y los hogares en el plano socioeconómico. La primera de estas iniciativas, y una de las más emblemáticas, es la reforma de la salud que instala garantías explícitas de atención para las enfermedades más importantes, con el fin de terminar con la incertidumbre de las listas de espera para los adscritos al sistema público de salud y, a su vez, terminar con el riesgo financiero que enfrentaban los asociados a los seguros privados. Otra reforma emblemática es la creación del Sistema de Pensiones Solidarias, cuyo objetivo es garantizar un piso de ingreso a los adultos mayores y personas discapacitadas, transformando el sistema de pensiones desde uno privado de capitalización individual a otro que incorpora un componente de transferencias redistributivas administradas por el Estado.

A continuación, señalamos algunos detalles de las nuevas políticas de protección social implementadas en el periodo 2000-2010.

Entre los años 2000-2006, el gobierno de Ricardo, pone su sello en el desarrollo y en la inserción económica del país a nivel internacional y de los avances en infraestructura y transporte – por medio del impulso del sistema de concesiones –. Paralelamente, busca resolver déficits democráticos introduciendo cambios a la Constitución de 1980 heredada del régimen militar, lo que logra realizar parcialmente, ya que se trata solo de modificaciones restringidas, persistiendo altos quórum y el sistema electoral binominal. En materia de política social, su concepción de pobreza también está vinculada a

las necesidades básicas insatisfechas y el enfoque que la orienta es el del manejo social del riesgo. El foco se coloca en las intervenciones hacia las familias de extrema pobreza y en el establecimiento de mínimos de acceso para éstas. Entre las iniciativas emblemáticas, destaca la Reforma al sector salud (GES) y la atención preferente a familias indigentes (Programa Chile Solidario), que son financiadas con aumento del impuesto al valor agregado IVA.

Mientras que entre los años 2006-2010, el gobierno de Michelle Bachelet, destaca por el hecho de ser la primera presidenta y por establecer un primer gabinete paritario. Además, se le intenta dar a aquel un carácter ciudadano a su gestión, convocando a una serie de Consejos Asesores Presidenciales que buscan proponer políticas en diversas materias, comprometidas en el programa de gobierno o puestas en la agenda pública por diversas manifestaciones o protestas sociales (SÁNCHEZ, 2012). En política social prima un abordaje de la pobreza que apela a la inclusión social, a través del acceso a mínimos, que están dirigidos no sólo a pobres e indigentes, sino que por primera vez incluye también a segmentos no pobres, llamados vulnerables. Desarrolla planteamientos relativos al enfoque de derechos que se traducen en mínimos que buscan ser garantizados por el Estado, en el marco del denominado Sistema Intersectorial de Protección Social. Una de las iniciativas claves de esta gestión gubernamental es la promulgación de la reforma previsional.

Otras iniciativas importantes que han sido introducidas más recientemente son las políticas de combate a la extrema pobreza, cuyo objetivo es terminar con la indigencia mediante un modelo de intervención intersectorial que trabaja directamente con cada familia afectada; la estrategia de desarrollo infantil Chile Crece Contigo, orientada a cerrar las brechas de oportunidades que se generan en los primeros cuatro años de vida de los niños mediante intervenciones en el plano psico-social; el seguro de desempleo, que brinda protección efectiva de ingresos a los trabajadores en los períodos de desocupación; y la subvención preferencial, que es una política de discriminación positiva en el financiamiento de las escuelas, orientada a asegurar una mayor igualdad de oportunidades en la educación chilena.

Este conjunto de reformas representan un nuevo capítulo en la política social chilena pues operan con la lógica de los derechos garantizados por ley.

Así, toda persona que cumpla con las condiciones de elegibilidad requeridas – ya sea edad, actividad laboral o nivel de ingresos – tiene derecho a acceder a los beneficios que le correspondan. Ello contrasta con la práctica vigente anteriormente en que el acceso a los beneficios dependía de los recursos disponibles en los programas, los que a su vez estaban determinados por la coyuntura económica, las prioridades políticas o el arbitrio de los oferentes. En cambio, ahora los usuarios constituyen el eje de las nuevas políticas de protección social y a los demás actores les corresponde asegurar que se cumpla lo garantizado por ley.

Estas reformas resultan de la interacción entre distintos actores institucionales. Tal como se señaló, se destaca el sello social que imponen los presidentes Ricardo Lagos y Michelle Bachelet. Por otra parte, está el sello de la racionalidad técnica y disciplina fiscal que ha caracterizado a la política pública chilena en las últimas décadas y que tiene su eje en el Ministerio de Hacienda y la Dirección de Presupuestos. También es determinante el empate en el parlamento entre la coalición gobernante y la oposición de centro derecha de la época, así como el convencimiento en muchos actores políticos de que la democracia de los acuerdos vigentes desde 1990 había probado ser eficaz para lograr un mayor desarrollo económico y social.

De este modo, las nuevas políticas de protección social expanden significativamente la cobertura y los montos de los beneficios respecto de aquellas que priorizaban la superación de la pobreza en décadas anteriores, pero no aspiran a cubrir a toda la población ni a sustituir los mecanismos de mercado existentes. Así, la reforma de las pensiones no modifica el régimen de las pensiones contributivas ni las entidades que administran los fondos previsionales; la reforma de la salud no supone una redistribución interna de cotizaciones ni modifica la estructura de la salud privada; la subvención preferencial no altera los mecanismos de elección y competencia en el sistema educacional, etc.

A la fecha, los resultados muestran que hay distintos grados de avance, según la complejidad de la intervención. En el caso de las pensiones solidarias y el seguro de desempleo, hay una relación relativamente simple entre los instrumentos y los objetivos de la política, pues se trata de la entrega de transferencias monetarias que atienden en forma directa las necesidades de

sus usuarios. En cambio, la reforma de la salud involucra un cambio organizacional mayor en los prestadores públicos del sector, lo que es un proceso considerablemente más complejo.

REFERENCIAS

ARELLANO, José Pablo. *Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984*. Santiago: CIEPLAN, 1985.

CEPAL. *Una estimación de la magnitud de la pobreza en Chile*. Santiago, 1990.

_____. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago, 2006.

LARRAÑAGA, O.; CONTRERAS, D. *Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile*. Santiago: Editorial Uqbar, 2010.

MIDEPLAN. *Sistema de Protección Social basado en derechos*. Elementos para el debate. Red de Protección Social, Gobierno de Chile, 2009.

RACZYNSKI, Dagmar. *Sistema Chile Solidario y la Política de Protección Social de Chile*. Cieplan, Instituto F. Henrique Cardozo, 2008.

RACZYNSKI, D.; SERRANO, C. (eds.) *Descentralización*. Nudos Críticos, CIEPLAN – Asesorías para el Desarrollo. Santiago, 2001.

SCHKOLNICK, Mariana. *Evolución de las políticas sociales. 1920-1991*. Santiago, 1997.

1.1.4 Protección y Política Social

Olga Pérez Soto
Arelys Esquenazi Borrego

La Política Social en la transición socialista debe entenderse como un eje transversal del desarrollo, expresa el reto de construcción y medición del proceso de bienestar de los sujetos sociales como resultado no solo de su participación en la producción; sino también como partícipes del proyecto social, como objetos y sujetos de la construcción de sociedad deseada, consistente con el imaginario social colectivo de socialismo cubano. Así entendida, la política social implica un sistema integrado de políticas para el desarrollo que se fundamentan en la ruptura con la lógica del capital como proceso de construcción de justicia social.

Debe delimitarse entre políticas sociales y políticas asistenciales. La política social no puede ser entendida como: un complemento del salario, forma de subsidio, mecanismo de gratuidad o de equidad, privilegio, complemento del sistema previsional, etc. Al mismo tiempo es necesario trascender calificativos como: residual, procíclica, contingencial, subsidiaria, focalizada, temporal, compensatoria, correctiva, auxiliadora, condicionante, meritocrática.

La Política Social en la transición, es parte del crecimiento y desarrollo socialista, es inicio y resultado de la acumulación. Es la concreción en cada etapa, del cumplimiento de objetivos de la visión de sociedad consensuada que se quiere construir; así como, su medición a partir de la instrumentación y operacionalización de la misma como proceso paulatino del avance del bienestar del sujeto social. En todas las acciones que impliquen el proceso de acumulación está presente, como parte del desarrollo del sujeto como objeto de la transformación y portador de la misma.

Política Social y sus principales dimensiones en el debate

El debate sobre Política Social comprende diversas aristas y por lo que su estudio se complejiza, tanto dentro y fuera del ámbito académico, esto se debe a:

- Su importancia en el logro de los derechos económicos, sociales y culturales de los segmentos más marginados de la población, aunque el alcance de las políticas sociales abarca todos los sectores de una sociedad.
- Sus efectos sobre la calidad de vida del ser humano como ser social.
- La importancia que las mismas suponen para la aceptación o no de un determinado gobierno y el logro de la cohesión social, lo que hace que muchas veces primen los intereses de determinados sectores a la hora de su diseño e implementación y no así las necesidades reales de la población beneficiaria.
- Su vínculo directo con el crecimiento y desarrollo económico de un país o región.

Por lo general, las políticas sociales suelen ser identificadas como las políticas públicas que tienen por objeto de intervención común los problemas sociales. Se describen tres grandes funciones de la Política Social en los Estados capitalistas contemporáneos: la política de trabajo, la política de servicios universales y la política asistencial.

La política de trabajo como la forma en que el Estado capitalista regula y garantiza las condiciones de vida del trabajador asalariado. Así establece la regulación jurídica de los contratos de trabajo por un lado y por otro, a través de los sistemas de seguro. La política de servicios universales recoge la provisión de servicios de educación y salud pública, así como de servicios de infraestructura social básica (vivienda, saneamiento, transporte y seguridad). La política asistencial es el mecanismo de transferencia de bienes y servicios a los sectores más “pobres” de la población.

Adicionalmente, existe un amplio debate acerca del rol del Estado en el financiamiento y diseño de la Política Social, aunque se reconoce que otras organizaciones pueden participar como actores importantes desde el ámbito público y privado. Así mismo, se incorpora al debate el tema de las formas institucionales que están involucradas en su desempeño. Sin embargo, no se encuentra una visión homogénea de cómo abordar este aspecto. La pregunta sería: ¿quiénes deben diseñar, financiar y ejecutar las políticas sociales?

Las Políticas Sociales y la transición al Socialismo

En el debate sobre desarrollo socialista se pueden identificar tres planos analíticos cuya síntesis resultará imprescindible para la elaboración de la política económica para el Desarrollo Socialista. Un primer plano está asociado a una base teórica que tiene como plataforma la noción conceptual e ideológica esencial de la política económica en el estudio de las relaciones sociales de producción (plano esencial). Este se relaciona con las concepciones sobre las clases sociales, el Estado y el proceso económico. El estudio conjunto de estos tres elementos permite disponer de los diferentes enfoques teóricos que fundamentan la política económica. El segundo plano abarca la práctica (plano aparental) y está relacionado a la gestión de la política económica, a su capacidad transformadora. Las acciones de la política económica se dan a través del análisis, diseño y manejo de los instrumentos. Los objetivos de política económica constituyen el eje sobre el que esta se erige en ambos planos de análisis y sirve de nexo entre la teoría y la práctica.

El plano de la política económica tiene a su vez dos niveles: : el primero, el de las políticas económicas de corto plazo (Política Económica I) que accionan sobre problemas coyunturales de la economía; y el segundo, el de las políticas económicas de largo plazo (Política Económica II) que accionan sobre los problemas estructurales de la economía. Ambos se verán representados en los diferentes sectores económicos de forma que exista un proceso de interdependencia entre ellas, expresando la retroalimentación que se logra en pos de una política alternativa de desarrollo.

Las políticas para el desarrollo, son la síntesis de la Economía Política y la Política Económica; ésta última a su vez, entendida en dos niveles fundamentales. Aquella cuyo objetivo es conducir y garantizar la estrategia de desarrollo, antes denominada como Política Económica II, que es la estructural o de largo plazo. Su sola instrumentación no constituye la política de desarrollo en sí, su rol está dirigido a operar sobre los objetivos finales de ésta. A su vez la política económica estructural debe contemplar, conducir, limitar, dirigir, acotar, los manejos de la coyuntura. Comprende a las políticas de propiedad,

de distribución, de consumo, industrial, tecnológica, empresarial, de energía, medio ambiente, entre otras.

Las políticas económicas coyunturales, de tipo I, son las que mantienen el funcionamiento de la economía en el corto plazo. Sus objetivos son medios para alcanzar los objetivos previamente establecidos establecidos por las políticas estructurales, por lo que son complementarias logro de los objetivos de desarrollo. Son instrumentos que permiten el manejo de la coyuntura y entre ellas se encuentran las políticas monetaria, fiscal, laboral, etc.

Un lugar particularmente especial lo ocupan las políticas sectoriales, que por su parte se orientan a resolver los problemas de un sector productivo determinado o a impulsar su expansión y los necesarios cambios y ajustes. Estas no son más que desagregaciones y representaciones a nivel de los diferentes sectores de la actividad económica, de los objetivos de las políticas estructurales y su vez se ven afectadas también por la implementación de los diferentes instrumentos macroeconómicos, o sea, por las políticas de tipo I. Por tanto estas forman parte de ambas, tributan al logro de la estrategia a largo plazo y son receptoras de la misma. En síntesis constituyen medios y fines de la política de largo plazo. En este grupo están la política agraria, de transporte, del turismo, de vivienda, etc.

El estudio de la evolución de la noción del desarrollo, a través de la síntesis de la economía política y la política económica, expresa que ninguna de las identidades entre crecimiento y desarrollo han sido suficientes para explorar ejes articuladores del desarrollo socialista, por oposición a la lógica del capital desde condiciones del subdesarrollo latinoamericano.

La alternativa socialista resultará del balance maduro entre lo aparente y lo real, de lo necesario y lo posible. Se trata de una construcción que combine el corto, el mediano y el largo plazo en cada momento del proceso de desarrollo de la construcción socialista. Un arreglo coyuntural descontextualizado de la transformación estructural puede devenir en un retroceso económico, político y social, multiplicando el esfuerzo dentro de la trayectoria socialista.

Las políticas para el desarrollo socialista son las que resultan de la síntesis entre la economía política, la política económica coyuntural y la política económica estructura, lo que se puede concretar en un crecimiento en función

del Desarrollo Socialista. La expresión en política económica del crecimiento en función del desarrollo socialista. La misma sienta las bases para la ruptura con la lógica del capital al contener las fuentes originarias y sostenibles del proceso de acumulación en el socialismo desde condiciones de subdesarrollo y heterogeneidad estructural.

El crecimiento socialista será el que garantice la transformación estructural a través del conjunto de políticas económicas que lo diseñan y acompañan. La Política Social en la transición socialista debe entenderse como un eje transversal del desarrollo socialista porque expresa el reto de construcción y medición del proceso de bienestar de los sujetos sociales como resultado no solo de su participación en la producción, sino también como portadores del proyecto social.

Con el auge de la globalización neoliberal se ha intensificado el desarrollo de la lógica del capital y con ella la complejidad de los distintos escenarios en donde se construye la alternativa socialista, por la heterogeneidad y diversidad de las condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales y políticas a transformar. Es por ello que, el sujeto protagonista del necesario cambio social es heterogéneo y las propuestas que se realicen en términos de desarrollo no pueden brindar soluciones homogéneas para la transformación social.

La alternativa por oposición a la lógica del capital, es la única posible (en su diversidad) para llevar a cabo las políticas para el desarrollo; y dentro de ellas la Política Social es su eje central, en su relación con la ley económica fundamental.

Las necesidades que se pretenden satisfacer deben estar dentro de la ruptura de la lógica del capital, no es una continuidad. La satisfacción de las necesidades debe ser consistente con un paradigma de patrón de consumo por oposición a esa lógica del capital. El socialismo desde condiciones de subdesarrollo y en el período de tránsito debe dar respuestas a necesidades urgentes, necesidades acumuladas, necesidades jerarquizadas, lo cual no significa que renuncie a necesidades crecientes. Dicha transformación estructural como punto de llegada complejo, pautará la política económica a largo plazo.

De la misma forma, diseñar y llevar a cabo estrategias que eleven la producción, la productividad y la competitividad externa de la economía nacional,

dotando, además, de una mayor sustentabilidad a la Política Social. Combinar la innovación con formas tradicionales de producir que ofrezcan oportunidades de satisfacción de necesidades en un nivel adecuado y se orienten a garantizar la reproducción ampliada y autopropulsada del proceso de satisfacción de las necesidades, incluyendo una relación sostenible con la naturaleza.

Un aspecto a definir en una elaboración del concepto de la Política Social en el tránsito al socialismo, es el papel del Estado. Definitivamente, se debe renovar al Estado como protagonista del proceso de desarrollo y comprender la estatalidad y el rol de la Política Social en la transición socialista. El Estado debe dirigir la ejecución, control, regulación, fiscalización y asignación de recursos en todas las acciones de interés social y fortalecer su liderazgo a través de la articulación con los demás agentes sociales y no mediante las centralizaciones excesivas.

El tema de la participación social en la formulación y ejecución de las políticas sociales es de suma importancia en la construcción de una sociedad socialista. Para que sea efectivo el papel del Estado, este debe estar en constante retroalimentación con la sociedad, por lo que se deben fortalecer los mecanismos de comunicación social que hagan viable la coordinación de la Política Social y su cogestión entre los actores del gobierno y los no estatales.

Debe producirse una ruptura completa en cuanto a la concepción tradicional de la Política Social y de sus concepciones en un sentido más amplio que el que la experiencia socialista hasta la actualidad ha demostrado.

Un punto de partida importante es evitar las relaciones que reproducen la desigualdad entre los individuos; así el modelo social para la transición socialista, debe reconocer la legitimidad de la misma y sustentarse en un tipo de crecimiento diferente, el crecimiento socialista, como única forma de atacar directamente las contradicciones que generan esta desigualdad.

La matriz del desarrollo socialista trata de sintetizar las interrelaciones horizontales y verticales entre la economía política y la política económica; donde la política social es el eje que une todas las combinaciones como punto de partida simple y como punto de llegada complejo en el diseño, ejecución y control del proceso de acumulación en la transición socialista

La Política Social se encuentra en la síntesis entre la política económica de largo plazo que debe subordinar a la política económica coyuntural. La política económica a largo plazo debe contemplar la ruptura con la lógica del capital en cuanto a: política económica industrial, de tecnología, consumo, energía, propiedad, empresarial, etcétera.

La transformación económica garantiza la transformación política, lo cual es superior a la toma del poder político, y garantiza la sostenibilidad y la no reversibilidad. El crecimiento socialista es condición necesaria y suficiente de la acumulación y por tanto del desarrollo socialista. El crecimiento socialista en sentido general es el que avance en la transformación estructural por oposición a la lógica del capital. En este sentido se hace necesario investigar lo general y particular del proceso de acumulación originaria del socialismo.

La protección social forma parte do desenvolvimento social. A dívida social herdada do capitalismo deve ser transcendida com uma abordagem de totalidade capaz de capturar a diferenciação e superá-la para alcançar a justiça social. A vocação humanista do projeto socialista não parte de uma visão reducionista de proteger ao indivíduo; senão de colocá-lo como protagonista do desenvolvimento social para expandir as suas potencialidades.

Cuba como una experiencia de desarrollo

La experiencia cubana en Política Social ocupa un lugar distintivo en América Latina a partir del año 1959, puesto que resultó ser el primer país en el continente que se propusiera la construcción de una sociedad socialista, cuyos objetivos de desarrollo trascendieron la experiencia vivida en la región hasta el momento.

A inicios de la Revolución existían en Cuba graves problemas, propios del subdesarrollo, que fueron los principales objetivos de la política económica y social trazada por el gobierno revolucionario. La industrialización, la vivienda, el desempleo, la educación y la salud eran los más importantes; así como, comenzar a eliminar la elevada dependencia de los Estados Unidos para poder resolver tan graves problemas estructurales.

La sociedad cubana se ha encontrado desde el siglo pasado, en un constante proceso de cambio social que ha transcurrido en varias etapas y se ha caracterizado por un modelo de transformaciones sociales original en relación con los que han tenido lugar en otros países subdesarrollados, dentro y fuera de América Latina y el Caribe.

Las esferas de la Política Social en Cuba han sido: educación, salud, empleo, cultura, deporte, asistencia y seguridad social. Se fortalecen la satisfacción de las necesidades nutricionales básicas. Se reconoce en la Constitución el derecho de los cubanos a recibir atención gratuita en educación, salud, enseñanza, el derecho y el deber al trabajo y la garantía a ser protegido contra el desamparo. Incorpora también esferas de la alimentación, agua, vivienda y saneamiento. Así mismo, la aspiración de construir una sociedad sin males como la drogadicción, el crimen organizado, la prostitución, la corrupción, el abuso a la infancia, entre otros.

La voluntad política en nuestro país ha sido clave para el diseño e implementación de la política social, que como principio impone el desarrollo social como condición necesaria para el desarrollo económico. Esto ha permitido tener una continuidad en cuanto a objetivos; así como, al tratamiento sistemático de los problemas, para alcanzar una mayor coherencia en el largo plazo. Está caracterizado por una fuerte institucionalidad y voluntad política del Estado como garante de la voluntad de la mayoría en la conducción de dichos procesos. No sólo involucra a ministerios rectores y otras instancias de la administración pública, sino también a organizaciones políticas, sociales y familias.

En Cuba el gasto social ha constituido una de las vías más importantes de redistribución de los ingresos y compensación de las carencias; siendo además la vía que utiliza el gobierno para actuar sobre las desigualdades heredadas y superarlas.

Definir la proporción óptima del gasto social a la que debe aspirar un país resulta complicado ya que, como variable de Política Social, dependerá de la voluntad política de los gobiernos, el nivel de desarrollo económico alcanzado, la política fiscal y la situación de las finanzas públicas. Por eso, los diferentes diseños se hacen sobre la base de un enfoque de totalidad, donde el gasto público y su reflejo en la Política Social sean resultado de un proceso de inte-

racción entre el crecimiento socialista, que implica transformación estructural, y el desarrollo socialista.

La Política Social debe entenderse en un marco analítico y de principios metodológicos que, aunque no son objeto del presente trabajo, son parte del trabajo pretérito del equipo y sus resultados de investigación como los que siguen:

- Dialéctica Desarrollo-Subdesarrollo. El desarrollo como fenómeno multidimensional y multicausal
- Fundamentos epistemológicos de la ciencia económica en cuanto a política social y su desarrollo.
- Separación entre niveles y procesos. Esencia y apariencia de la política social

La Política Social es más que la cuestión social, es más que un servicio social. No es complemento o subsidio del bienestar del individuo y de la sociedad. Es parte esencial del proceso de desarrollo y la estrategia en la que participa el individuo para lograr el crecimiento y la igualdad social. Lo esencial es asumir la diferenciación entre los individuos para garantizar la igualdad y justicia social.

La Política Social, en su consenso más aceptado, se refiere al conocimiento y a la capacidad básica de diseñar, dirigir y evaluar planes, medidas y sus efectos sobre el bienestar de la población y el funcionamiento de la economía. La alternativa socialista necesita una renovación de su desarrollo teórico y práctico para la solución a los problemas sociales, eliminar de la pobreza y la promoción del desarrollo social.

La protección social está subsumida dentro del entramado de políticas de desarrollo social. No garantiza necesariamente la igualdad y la justicia social. Proponerse proteger a individuos es esencialmente diferente a proponerse desarrollar la sociedad en su conjunto. La vocación humanista del proyecto socialista no parte de un visión reduccionista de proteger al individuo; sino de colocarlo como protagonista del desarrollo social para desplegar sus potencialidades. La deuda social heredada del capitalismo debe ser trascendida con un enfoque de totalidad capaz de capturar la diferenciación y superarla para lograr justicia social.

La Política Social es el conjunto de políticas de desarrollo social, que se proponen alcanzar justicia social a partir de hacer ruptura con la lógica del capital heredada. No se reducen a políticas de intervención social, políticas públicas, políticas económicas, políticas ambientales, entre otras. No son complementos o subsidios del bienestar del individuo. Las políticas de desarrollo social no se proponen la igualdad a partir de gestionar, en el plano distributivo y redistributivo, la riqueza creada. Tienen como base la participación de los sujetos desde las relaciones de propiedad en el proceso de producción social. La política de desarrollo social es la búsqueda de justicia social a partir de articular la producción, apropiación, distribución y redistribución. El Estado en este proceso participa como garante del imaginario de sociedad que representa la voluntad de la mayoría. Sus resultados son conquistas de las luchas sociales en continuo desarrollo.

Los términos de universalidad, integralidad y sustentabilidad son fundamentos transversales a la estrategia de desarrollo del proceso de acumulación socialista, partiendo de la conjugación armónica de la coyuntura y la estructura, como expresión articulada del corto y el largo plazo. Se encuentran a un nivel más estratégico del proyecto de sociedad y en coherencia con las condiciones de desarrollo social posible y necesario en cada momento concreto. Se concretan en una matriz de desarrollo a largo plazo, con una visión integral de políticas sectoriales y ramales; acompañadas de políticas macroeconómicas, industriales, empresariales, tecnológicas, energéticas, ambientales y socioeconómicas para una transformación estructural.

La etapa neoliberal del capitalismo contemporáneo ha profundizado la deuda social en nuestras realidades. Funcional a su lógica ha creado categorías como vulnerabilidad, focalización e informalidad para gestionar, dentro de sus marcos, la "cuestión social". La propuesta socialista se propone superar la deuda social heredada del capitalismo a partir de políticas de desarrollo social con un enfoque integral que garanticen la ruptura y superación con la lógica del capital. El nivel de cobertura es reflejo el avance de la universalidad y la integralidad en la política social.

Es necesario hacer ruptura con el concepto de política social que nace de la lógica del capital y que necesita hacer más fetichista y alienante la realidad

capitalista. La política social debe ser para la sociedad y no para los pobres y excluidos. La política social en el capitalismo es expresión de la lucha de clase entre trabajo y capital en el proceso de producción, apropiación, distribución y redistribución de la riqueza creada.

BIBLIOGRAFÍA

AMIN, S. *El capitalismo en la era de la globalización*. Barcelona: A&M Grafic, 1998.

ANDRENACCI, L.; REPETTO, F. Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana. En: GERARDO, C. *Universalismo básico: hacia una nueva política social en América Latina*. Washington: BID-Planeta, 2007.

BORÓN, A. *La trama del neoliberalismo*. Mercado, crisis y exclusión social. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 2003.

_____. Pensamiento crítico y emancipación social. *Conferencia inaugural del PLED*. 2008.

BUSTELO, P. Desarrollo económico: del Consenso al Post-Consenso de Washington y más allá, 2003.

CASTAÑO SALAS, H. *Neoliberalismo monetarista*. La hegemonía del capital. Ciudad de la Habana: Editorial Félix Varela, 2006.

CECCHINI, S.; MARTÍNEZ, R. *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos* (Primera Edición ed.). Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas, 2011.

CEPAL. *Panorama Social de América Latina 2010*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2011.

CEPAL. *Transformación productiva con equidad*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 1990.

ESPINOSA CARRILLO, M. J. *Apuntes para una Agenda de Investigación de la Teoría del Desarrollo Socialista*. Tesis de Diploma. La Habana: Facultad de Economía, Universidad de la Habana, junio de 2008.

ETXEZARRETA, M. La Política Social en la Unión Europea. Consideración especial de la Política de Pensiones. *Revista de Economía Crítica*, v. 6, p. 27-57, 2008.

ETXEZARRETA, M. *La vulnerabilidad de los modelos económicos neoliberales*. Universidad Autónoma de Barcelona, 1999.

GUEVARA, E. C. *Apuntes críticos a la Economía Política*. La Habana: Editorial de las Ciencias Sociales, 2006.

HENRIQUE CARDOSO, F. Más allá de la economía: interacciones de la política y desarrollo económico. *Revista de la CEPAL*, v. 83, 2004.

HERRERA, R. El Estado contra los servicios públicos. La cara oculta de la teoría del crecimiento endógeno. *Economía y Desarrollo*, 2004.

HIDALGO CAPITÁN, A. L. *El pensamiento económico sobre desarrollo*. De los mercantilistas al PNUD. Huelva: Jovellanos, 1998.

_____. *El pensamiento económico sobre desarrollo: de los mercantilistas al PNUD*. Huelva: Universidad de Huelva, 1998.

HIDALGO-GATO, F. Los factores del crecimiento económico y el desarrollo de las economías subdesarrolladas contemporáneas. Una visión alternativa. *Economía y Desarrollo*, v. 2, 2004.

LENIN, V. I. ¿Qué hacer? En *Obras escogidas*. Moscú: Progreso, 1961.

MARX, C. *El Capital*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica, 1959.

MARX, C. *Miseria de la filosofía*. Buenos Aires: Editorial Cartago, 1987.

PACHECO PRADO, L. *Política Económica: un enfoque desde la economía política*. Editorial Letramanía, 2004.

PÉREZ SOTO, O. *Globalización y gestión del capital*. Universitat de Barcelona, 2002.

RUIZ VALIENTE, R. *El Neoliberalismo y su variante Latinoamericana*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad de Sucre, 1998.

SALA-I-MARTIN, X. *Apuntes de crecimiento económico*. Barcelona: Antoni Bosh, 2000.

SAMPEDRO, J. L. El reloj, el gato y Madagascar. *Revista de Estudios Andaluces*, 1983.

1.2 Estado-Mercado

1.2.1 A configuração das relações entre Estado e mercado na proteção social brasileira contemporânea Brasil

Aline Faé Stocco

Adriana Ilha

Izildo Correa Leite

Luiz Jorge V. P. de Mendonça

Paulo Nakatani

Maria Lúcia Teixeira Garcia

Mari Bortoli

Tiago Martinelli

Este texto visa estabelecer algumas diretrizes para investigar a forma como se têm configurado as relações entre o Estado e o mercado na proteção social brasileira após o texto constitucional de 1988.

No Brasil, até a promulgação da atual Constituição Federal, a proteção social brasileira estava estruturada fundamentalmente em um conjunto de políticas e serviços marcados pela fragmentação institucional, pela centralização do poder de decisão e dos recursos no governo federal, pelo financiamento dependente de contribuições prévias e fundos específicos, pela preponderância da oferta de serviços sociais pelo setor privado e pela filantropia e por políticas e serviços organizados a partir de demandas corporativas (DI GIOVANNI; PRONI, 2006).

A Constituição Federal de 1988 marca o início de um novo momento da proteção social no país, ao trazer um padrão protetivo baseado no reconhecimento de direitos sociais como princípio fundamental da cidadania (BRASIL, 1988). Partindo da noção de seguridade social como 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” (BRASIL, 1988), a Constituição estabeleceu a centralidade do Estado

como responsável por garantir a proteção social dos indivíduos, a partir de um arranjo integrado de políticas e ações complementares que perpassa os três eixos básicos das políticas sociais: a saúde, a previdência social e a assistência social (VICCARI, 2008).

Assim, o texto constitucional expressou a tentativa de construir no país um modelo de proteção social em que o Estado deveria desempenhar um papel central na garantia dos direitos sociais associados às noções de seguridade social e cidadania (VICCARI, 2008). Porém, a mesma Constituição traz em seu bojo a permanência do setor privado no âmbito da proteção social, assumindo um caráter complementar ou suplementar à atuação do Estado (BRASIL, 1988).

E, a despeito do que estabeleceu o principal marco legal do país, é possível destacar que, nos últimos 25 anos, um conjunto de alterações e de reformas tem alterado o papel do Estado na proteção social, reduzindo sua atuação dentro do sistema de seguridade social e na garantia dos direitos sociais. Isso se tem refletido, sobretudo, no financiamento dos gastos sociais e na execução e prestação dos serviços sociais à população. Em contrapartida, o setor privado tem assumido um papel significativo na proteção social, seja atuando como executor, seja ofertando diretamente os serviços via mercado. Isso se manifesta no conjunto das políticas que conformam a seguridade social no país, como será tratado a seguir.

Saúde

A saúde no Brasil esteve, até os anos 1980, interligada ao sistema previdenciário e com caráter contributivo, curativo e privado (modelo médico-assistencial-privatista), cujo acesso destinava-se aos trabalhadores formais. Com a Constituição de 1988, a saúde passou por mudanças significativas, na medida em que o Estado passa a ser o responsável pela garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde para toda a sociedade, desvinculando-a da previdência e de sua condição contributiva. A saúde caracteriza-se, então, por um novo modelo: público e universal, com os investimentos voltados à área da saúde coletiva (FINKELMAN, 2002).

O papel do Estado consiste em garantir, de modo direto ou indireto, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). Quando aquela garantia ocorre de modo indireto, instituições privadas podem executar os serviços de saúde, desde que elas preferencialmente sejam de natureza filantrópica ou sem fins lucrativos e que sua ação se restrinja ao âmbito complementar (BRASIL, 1988, art. 199). Assim sendo, as empresas médicas criaram suas fundações (Organizações Sociais) para se beneficiar dessa brecha jurídica, uma vez que é vedado às empresas privadas com fins lucrativos receberem qualquer repasse de recurso público.

Disso resulta que a gestão da saúde a ser operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8080/1990) apresenta, desde sua concepção, a contradição de que, em um único modelo de assistência à saúde, agrega dois setores distintos: o público e o privado. Assim, o sistema de saúde brasileiro está subdividido em dois setores, porém interconectados no âmbito da gestão.

O segmento privado da saúde no Brasil também se beneficia da renúncia fiscal decorrente tanto das deduções do imposto de renda de pessoa física e jurídica quanto das instituições sem finalidade lucrativa, entre outros. Em 2010, segundo a Receita Federal, o total de renúncia fiscal empreendida atingiu cerca de R\$ 16 bilhões, o equivalente a 11,6% do gasto público em saúde realizado em 2010 (PIOLA, 2013).

Essa segmentação público e privado no âmbito da saúde aparece também no financiamento do SUS. Os dados do gráfico abaixo mostram que o gasto público em saúde como percentual do PIB vem aumentando e, em 2011, as três esferas de governo gastaram em ações e serviços de saúde um montante equivalente a 3,91% do PIB.

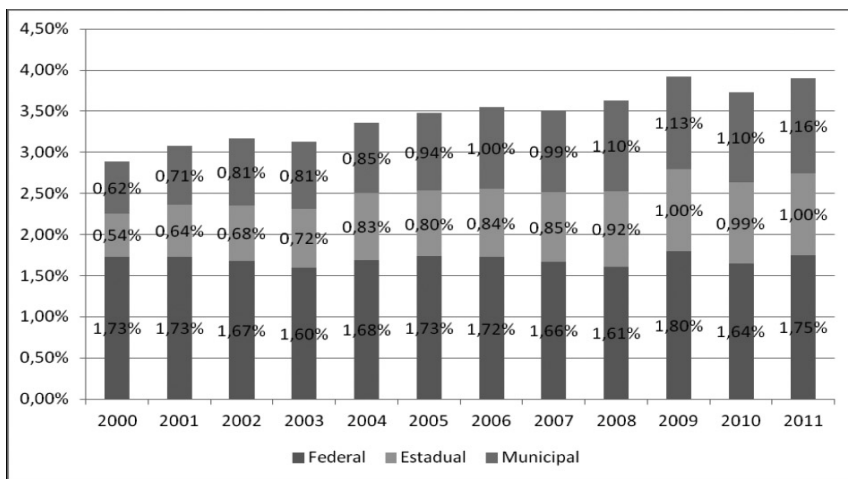


GRÁFICO 1. Gasto das Três Esferas de Governo em Ações e Serviços Públicos de Saúde, de 2000 a 2011, em % do PIB.

Fonte: MS/SPO (esfera federal), SIOPS (esferas estadual e municipal). Dados extraídos em 27 nov. 2012. Elaboração: Piola et al., 2013 (utilizados por Marques e Piola em 2014).

Porém, Marques e Piola (2014, p. 2), ao analisar o gasto público, destacam que “[...] esse aumento, entretanto, não foi suficiente para que o SUS pudesse responder, em sua plenitude, as novas responsabilidades constitucionalmente estabelecidas para o sistema público de saúde”.

Segundo dados do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, em 2009, as famílias brasileiras consumiram em bens e serviços de saúde, um montante correspondente a 4,8% do PIB, o que resultou em um gasto *per capita* de R\$ 820,00 (DATASUS, 2012). Já a administração pública gastou com bens e serviços de saúde um total equivalente de 3,6% do PIB (DATASUS, 2012). Os dados da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) também confirmam a preponderância do gasto privado no total do gasto com saúde no Brasil, segundo a entidade, em 2010, 47% das despesas com saúde foram públicas e 53% foram despesas privadas.

Quando se analisam os gastos privados de saúde, é possível perceber que a maioria ocorre de forma direta, apesar de o gasto com planos de saúde apresentar um crescimento nos últimos anos, conforme os dados do quadro abaixo.

Anos	% no gasto privado	
	Planos de Saúde	Gasto direto
2010	40,4	57,8
2009	41,0	57,2
2006	36,4	61,8
1995	32,0	68,0

QUADRO 1. Planos de saúde e gasto direto em Saúde Brasil – anos selecionados.

Fonte: OMS, World Health Statistics; MARQUES; PIOLA, 2014.

Assim, se, por um lado, cerca de 70% da população brasileira depende das ações e serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS, por outro lado, os recursos disponíveis para o sistema são inferiores aos destinados ao setor privado, que registra uma cobertura de quase 30% da população (DATASUS, 2012). Dessa maneira, em termos de valores monetários, o setor privado de atenção à saúde segue tendo grande importância no país.

A Previdência Social

A Constituição Federal de 1988 e a legislação complementar da previdência social (Lei Complementar nº 8.212 e 8.213 de 1991) introduziram mudanças importantes que permitiram ao país avançar em termos de redução da desigualdade de rendimentos e na ampliação da cobertura dos direitos sociais em matérias relacionadas à Previdência Social, no período imediatamente posterior à sua promulgação (MARQUES; MENDES; UGINO, 2010). A criação do Regime Geral de Previdência Social – RGPS para os trabalhadores do setor privado garantiu aos trabalhadores rurais e urbanos as mesmas condições de acesso à previdência social, e a fixação de um piso previdenciário garantiu a todos os trabalhadores do setor formal um benefício não inferior a um salário-mínimo (MARQUES; MENDES; UGINO, 2010). O fundo previdenciário dos trabalhadores formais seguiu sendo único e gerido pelo Estado, e o acesso continuou restrito à contribuição prévia. Estima-se que, em 2013, apenas 60,7% da população ocupada estava assegurada em termos previdenciários (IBGE – PME, 2013 – dado retirado do quadro síntese).

A primeira reforma da previdência social foi aprovada a partir da Emenda Constitucional nº 20, de 1998, durante o mandato do então presidente Fernando Henrique Cardoso. Dentre as principais mudanças aprovadas estão a substituição da aposentadoria por tempo de serviço pela aposentadoria por tempo de contribuição, a introdução do fator previdenciário, como forma de não aumentar o critério de idade, e a substituição do teto de 10 salários-mínimos para o benefício previdenciário pela média aritmética dos maiores salários de contribuição. Em relação ao regime de previdência dos servidores públicos, a reforma aprovou a substituição do conceito de “tempo de contribuição” por “tempo de serviço”, extinguiu a aposentadoria proporcional, estabeleceu regras de transição conformes às do regime geral e introduziu idades mínimas para a aposentadoria (MARQUES; MENDES, 2004).

A segunda reforma previdenciária foi realizada durante o governo do então presidente Lula, e foi centrada no regime de previdência dos servidores públicos. Essa reforma estabeleceu um teto ao benefício previdenciário dos servidores públicos, acabando com o direito à aposentadoria integral e estabelecendo contribuição incidente sobre o valor da aposentadoria (MAGIONI, 2013).

A última alteração nas regras da previdência foi a aprovação da Lei Complementar nº 12.618/2012, que institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais efetivos. A principal alteração decorrente dessa legislação foi o estabelecimento de um teto para a aposentadoria dos servidores públicos, igual ao do RGPS, e a necessidade de os funcionários públicos federais aderirem a um fundo de previdência complementar para garantir um benefício previdenciário maior.

Como justificativa para a realização dessas mudanças na previdência social, utilizou-se como argumento a necessidade de promover um reequilíbrio econômico, dada a alegada existência de déficit no caixa da previdência. Na verdade, o objetivo real de tais reformas do Estado era promover a ampliação do espaço de atuação dos fundos de pensão privados no âmbito de um sistema de previdência complementar (GRANEMANN; SALDANHA, 2014).

Ao rebaixar os tetos dos benefícios da previdência pública, aumentar a idade mínima de aposentadoria e o tempo de contribuição, as reformas levaram a um aumento do número de trabalhadores recorrendo aos fundos de pensão privado

para a complementação de suas aposentadorias (GRANEMANN; SALDANHA, 2014). Estima-se que, em 2013, 12,36% da população ocupada participavam de algum regime de capitalização privada (IBGE-PME, 2014; ABRAPP, 2013). A ampliação da previdência por meio de regimes de capitalização proporcionou ao mercado financeiro a apropriação de cerca de R\$ 670 bilhões até 2010 (GRANEMANN; SALDANHA, 2014).

Os fundos de pensão privados colaboram para reforçar poupanças individuais que passam a ser controladas pelo setor financeiro (corretoras, bolsa de valores, mercado de capitais), em contraposição ao princípio de coletividade e solidariedade presentes na gestão pública da previdência social sob o regime de repartição simples (GRANEMANN; SALDANHA, 2014).

Assistência Social

Quanto à assistência social, a Constituição reconheceu o caráter de política pública desse campo da proteção social e o incluiu como parte do sistema de seguridade social. Segundo o texto constitucional, em seu artigo 203, a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social. No que refere ao financiamento das ações e serviços, será feito no âmbito do orçamento da seguridade social (BRASIL, 1988).

O conjunto de legislação posterior da política de assistência social (LOAS, PNAS, SUAS) reafirmou seu caráter de política pública no âmbito da seguridade social, bem como a preponderância do financiamento público dos serviços e ações. Conforme previsto na LOAS, esta política, de caráter não contributivo, integrante da seguridade social, é direito do cidadão e dever do Estado. Sua realização se dá através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, a fim de garantir o atendimento às necessidades básicas. Esse conjunto de ações inclui a relação dos setores público e privado. A Lei Complementar nº 12.435/2011, em seu artigo 3º, reconheceu as entidades sem fins lucrativos que prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários da política como entidades e organizações da assistência social e estabeleceu como um dos objetivos do Sistema Único da Assistência Social a integração

das redes pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social (BRASIL, 2011).

Essa interface tem-se realizado através de convênios, contratos, acordos ou ajustes com o poder público para a execução dos serviços e ações da assistência social por parte das entidades e organizações sociais, sendo garantido o financiamento integral por parte do Estado, nos limites da capacidade instalada (BRASIL, 2013, p. 53, Caderno VI).

O Suplemento de Assistência Social da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic, 2013) apresenta dados referente às associações e parcerias das prefeituras municipais (não apenas aquelas reconhecidas pelos governos estadual e federal, mas também aquelas relacionadas com instituições privadas, organismos internacionais e organizações não governamentais para a execução de programas na área de assistência social).²⁷

Atualmente, existem 16.089 entidades de assistência social privadas sem fins lucrativos, segundo mapeamento realizado pelo IBGE (Instituto Brasil de Geografia e Estatística).²⁸ Desse total, 8.964 (55,7%) recebem algum financiamento público das esferas municipal, estadual ou federal do Estado brasileiro. O financiamento municipal é o que mais se destaca, atingindo 7.613 entidades (84,9%), que recebem financiamento público (BRASIL, 2006, p. 22). Essas entidades de assistência social podem ser caracterizadas como instituições de atendimento, assessoramento e de defesa e garantia de direitos.

A ampliação da atuação das entidades de assistência social na prestação e execução dos serviços e ações da assistência também é decorrente das alterações do papel do Estado no provimento e na garantia da proteção social no Brasil. Além disso, o financiamento da Assistência Social inclui também renúncias fiscais (isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia) que se constituem como uma alternativa

²⁷ “[...] em 2013, em 43,1% dos 5.570 municípios, a prefeitura realizou convênios recebendo recursos e, em 44,9%, repassando recursos, proporções estas superiores à dos municípios onde existia legislação específica para tratar do tema” (BRASIL, 2014, p. 73).

²⁸ A Pesquisa “As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil 2010” refere que existem “[...] 30,4 mil entidades de Assistência Social que atendem aos grupos mais vulneráveis da população [...]” (BRASIL, 2012, p. 33).

extraorçamentária de realização das políticas governamentais de promoção do desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2013, p. 53, Caderno VI). As renúncias fiscais, na verdade, são recursos que deveriam compor o fundo público administrado pelo Estado, mas que acabam sendo geridos de forma privada com base na decisão individual do contribuinte em destinar recursos para uma ou outra entidade.

Ao analisar os gastos do Ministério de Desenvolvimento Social – MDS e do Fundo Nacional da Assistência Social – FNAS, percebe-se que, de 2009 a 2013, as duas unidades orçamentárias apresentaram crescimento total de despesas. Observando esses gastos por programa, é possível identificar que, dentro do orçamento do MDS, o principal programa tem sido a transferência de renda do Bolsa Família, que, em 2013, representou 96% dos gastos totais. Já no orçamento do FNAS, em 2012 e 2013, o gasto com o programa Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que integrou os antigos programas de Proteção Social Básica e Especial, representou 98% dos gastos totais. Além disso, cabe destacar que, desde 2012, o MDS tem destinado recurso para o programa Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), porém o montante tem sido inferior a 10%, conforme os dados abaixo.

Detalhamento	2009	2010	2011	2012	2013
Total de despesa do MDS	12.920.679.002	15.027.947.619	18.388.535.440	22.543.481.264	25.529.424.589
Transferência de Renda com Condiionaldades - Bolsa Família	12.189.824.812	13.970.601.543	17.161.237.325	20.978.642.693	24.451.326.808
Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)	-	-	-	31.742.693	17.481.181
Total de despesa do FNAS	12.528.737.425	23.956.862.907	26.788.562.773	31.311.723.025	34.770.956.034
Proteção Social Básica	11.787.140.760	22.784.210.748	25.529.475.485	-	-
Proteção Social Especial	147.924.643	210.578.483	258.467.212	-	-
Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)	-	-	-	30.672.096.551	34.119.045.440

Fonte: MDS, 2014

QUADRO 2. Gastos da Assistência Social por programas principais – de 2009 a 2013 (em R\$ correntes).

Fonte: MDS, 2014.

A Constituição Federal de 1988, ao trazer um novo momento da proteção social no país, definiu um padrão protetivo baseado no reconhecimento de direitos sociais como princípio fundamental da cidadania (BRASIL, 1988). Entretanto, os dados e as reflexões sintetizam um processo de disputa entre

os interesses público e privado nas políticas que compõem a seguridade social no Brasil. Aspecto esse que será aprofundado em outros capítulos deste livro.

REFERÊNCIAS

ABRAPP. Associação Brasileira das Entidades Fechadas de Previdência Complementar. *Consolidado Estatístico*, 2013. Disponível em: <http://www.abrapp.org.br/Documentos%20Pblicos/ConsolidadoEstatistico_09%202013.pdf>. Acesso em: 19 maio 2014.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 17 set. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos Municípios Brasileiros*. Assistência Social 2013. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; IPEA; ABONG; GIFE, 2012. (Estudos e Pesquisas, Informação Econômica, n. 20).

_____. Lei Complementar nº 12.618, de 30 de abril de 2012. Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargos efetivos. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/.../Lei/L12618.htm>. Acesso em: 17 set. 2014.

_____. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Caderno Suas VI: financiamento da assistência social no Brasil. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *As Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos no Brasil 2006*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social. *Entidades de Assistência Social*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/entidades-de-assistencia-social>>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social. *Execução Orçamentária*. Consulta por Programa de Governo. Disponível: <<http://www3.transparencia.gov.br/TransparenciaPublica/jsp/execucao/execucaoPorProgGoverno.jsf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

DATASUS. Indicadores e dados básicos – IDB 2012. Brasil: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matrix.htm>>. Acesso em: 17 set. 2014.

DI GIOVANNI, Geraldo; WEISHAUPPT PRONI, Marcelo. *Metamorfose do Estado, Proteção Social e Cidadania*. Economia, políticas públicas e trabalho: textos e projetos [CDROM]. SALVADORI DEDECCA, Cláudio; WEISHAUPPT PRONI, Marcelo (Org.). Campinas, SP: Unicamp. IE / Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; Unitrabalho, 2006. Disponível: <<http://www.observatoriosocial.org.br/arqmorto/files/D3.2.%20principal%20Giovanni%20Metamorfose.PDF>>. Acesso em: 18 set. 2014.

FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 17 set. 2014.

GRANEMANN, Sara; SALDANHA, José Miguel Bendrao. Os fundos de pensão e a acumulação capitalista. Disponível em: <http://www.adur-rj.org.br/5com/previdencia/os_fundos_de_pensao.pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm>. Acesso em: 19 maio 2014.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZZOTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria (Orgs.). *25 anos do direito universal à saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2014.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas; UGINO, Camila Kimie. A Previdência Social em pauta: notas para reflexão. *Argumentum*, Vitória, v. 2, n. 1, p. 5-19, jan./jun. 2010.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. O Governo Lula e a contrarreforma previdenciária. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 3-15, 2004.

MAGIONI, Mirella Januário. *A influência do Banco Mundial nas reformas da Previdência Social do Brasil: causas e consequências*. Dissertação (Mestrado) – PPGPS/UFES, Vitória, 14 ago. 2013.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. TD 1846, Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

VICCARI, Eunice Maria. Assistência Social como direito universal: entre a concepção teórica e a provisão. Tese (Doutorado) – PUCRS, Porto Alegre, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2013. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Part3.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 jul. 2014.

1.2.2 Debate Estado y Mercado en Chile

Claudio Lara Cortes

Consuelo Silva Flores

Este apartado tiene como propósito reflexionar sobre la relación Estado y mercado, teniendo como referencia la perspectiva socio-histórica de la Protección Social en Chile. Es así como al dar cuenta de los cambios políticos ocurridos en el país en las últimas cuatro décadas, también se está describiendo la amplitud – o repliegue – de las funciones del Estado en la vida social, en el funcionamiento del mercado y en la forma de cautelar los derechos y garantías de los ciudadanos a través de la Protección Social.

La discusión sobre el rol de lo público en el contexto actual de un Chile arrojado a la globalización financiera del capitalismo transnacional, actualiza la importancia del Estado como ente regulador de la economía, redistribuidor de riquezas y productor de bienestar social. Al centro del debate acerca del rol que debe asumir el Estado en la Protección Social también se encuentra el lugar que debe ocupar el mercado, las facilidades o “atajos” para su autorregulación y las modalidades para que los sectores más vulnerables se inserten en la sociedad. Para muchos analistas, el mercado asume un papel preponderante, como el eje orientador de las direcciones de las otras dimensiones.

Sin embargo, las reformas sociales son implementadas a partir de 1979 mediante políticas muy concretas, que a veces no se derivan directamente de los principios neoliberales expresados, por ejemplo, por Hayek y Friedman. De allí que, desde nuestra perspectiva, no pueda hablarse de un neoliberalismo en salud con fundamentos ético-filosóficos muy precisos.

Es cierto que estos cambios transformaron radicalmente la relación del Estado con el mercado, pero también lo hicieron con la sociedad, la cultura y el sistema político. Por lo general, desde una mirada crítica, estos cambios inspirados en la ideología neoliberal se asocian con un régimen específico de acumulación capitalista, caracterizado por el dominio del capital financiero

sobre el capital productivo, así como con un Estado débil que es incapaz de resistirse a las fuerzas del mercado.

Este planteamiento es discutido a la luz del reciente desarrollo de la Protección Social en Chile, especialmente en el ámbito de la salud. Esta reflexión va más allá de la simple discusión entre Estado y mercado, con el objetivo de explicar las reformas de la Protección Social desde las necesidades del capital financiero por obtener rentas y de las resistencias que encuentra entre los usuarios del sistema.

Antecedentes breves sobre el rol del Estado

Desde los años treinta, y sobre todo en el periodo transcurrido entre 1964 y 1973, el Estado fue el responsable de suministrar los bienes y servicios básicos como salud, educación, agua potable y construcción de viviendas, y a la vez, estimuló la concientización de la población acerca de la importancia social de extenderlos a las clases populares como un derecho ciudadano.

De este modo, para algunos autores el Estado juega un rol integrador, que acoge en parte importante las crecientes demandas sociales y promueve una serie de formas de consenso y colaboración entre los principales actores productivos, creando una suerte de Estado de Bienestar. Si bien no logra superar totalmente la pobreza ni las desigualdades, *“instaló nociones de solidaridad, compromisos colectivos y proyectos compartidos, todo ello en el marco de un clima y sentimiento de amparo estatal”*.²⁹ En el terreno económico, la acción fundamental del Estado fue el desarrollo industrial y del proteccionismo, así como la nacionalización de las riquezas básicas. Con el gobierno del presidente Salvador Allende, el intervencionismo estatal alcanza su apogeo, dada la importancia que se le concedió en la transición al socialismo.

²⁹ RACZYNSKI, Dagmar; FERNÁNDEZ, M. Ignacia. *Racionalidad en las decisiones de políticas hacia la pobreza en América Latina*. Análisis político institucional y comparativo de países. Proyecto Fondecyt, 2005, p. 4.

El Estado “subsidiario” en tiempos de dictadura militar (1973-1989)

El golpe militar de septiembre de 1973 dio un giro totalmente opuesto al patrón de desarrollo instaurado en los años previos, apuntando al creciente intervencionismo estatal como fuente de todos los males económicos y sociales. De allí que desde los inicios de la dictadura, sus personeros promovieron la reducción del tamaño del Estado, además de la liberalización financiera, la desregulación de los mercados, las privatizaciones de empresas estatales y la convertibilidad monetaria. Sin embargo, para los Chicago boys estos cambios no eran suficientes, sino que solo eran el primer paso de un proyecto global de largo plazo destinado a cambiar radicalmente las estructuras del país, con el fin de “construir” una ‘sociedad libre’ o ‘sociedad de mercado’ (contrariando así a Hayek).

La materialización de este proyecto exigía llevar adelante una serie de reformas liberalizantes – las siete ‘modernizaciones sociales’ –, que estaban llamadas a ‘mercantilizar’ las funciones sociales del Estado, de tal modo que fueran las leyes del mercado, y no la voluntad estatal, las que regularan el acceso a los servicios sociales básicos.

Precisamente, es a fines de la década de los setenta (1979) cuando son aprobadas, a través de varias leyes estas ‘modernizaciones’, las que en términos específicos “apuntan al objetivo común de instaurar relaciones sociales regidas por las leyes del mercado. Su fundamentación doctrinaria recurre, en consecuencia, a los mismos principios y postulados en virtud de los cuales el neoliberalismo había impuesto su hegemonía en la conducción del proceso económico. Se trata de extender el principio de subsidiariedad al ámbito social, con el propósito de:

- I. ensanchar los límites de la libertad individual más allá de lo económico;
- II. contribuir a una auténtica justicia social e igualdad de oportunidades, y
- III. asegurar la eficiencia y racionalidad de las decisiones en ese ámbito” (Vergara, 1985: 217-18).

En los años siguientes se implementó la llamada ‘red social’, que consistió en un esquema de concentración de los recursos en las áreas consideradas prioritarias: madre-niño, nutrición y extrema pobreza. En suma, tanto las modernizaciones como la red social constituirán los dos pilares básicos de la ‘política social’ de la dictadura militar.

Fue en este contexto de reformas que se privatizó la previsión, surgiendo el sistema privado de pensiones, basado en la capitalización individual a cargo de instituciones con fines de lucro, las Administradoras de Fondos Previsionales -AFP. Al mismo tiempo, se abrió paso a los seguros de salud privados, apareciendo las Instituciones de Salud Previsional -ISAPRES. Con la introducción de estos seguros, se trataba de pasar de un sistema de salud estatal a uno de mercado, de uno que transforma en ‘bien económico’ o en ‘mercancía’ lo que antes era aceptado como un ‘derecho’.

Pese a la primacía otorgada al sector privado en la provisión de los servicios de salud y a la retórica antiestatista del neoliberalismo, el antiguo Servicio Nacional de Salud (SNS) no fue desmantelado del todo, sino más bien transformado en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En los hechos, se ha mantenido hasta ahora la responsabilidad estatal de atender a aquellos sectores de la población cuyos ingresos no les permiten adscribirse a las entidades privadas. Por lo cual, en vez de adoptar la perspectiva neoliberal de Robert Nozick (el Estado no puede ofrecer atención a quien no pueda pagarla), en nuestro país comienza a aplicarse desde esos años el principio de subsidiaridad, que obliga al aparato público a suministrar todos aquellos servicios (de salud) necesarios cuando los privados no los están llevando a cabo por no ser rentables.

Pero este principio de subsidiaridad promovido por los neoliberales y gremialistas está severamente acotado, de tal modo que disminuía las obligaciones sociales del Estado y enfatizaba los límites del gasto y regulación estatales. Con ello quedaba atrás la connotación progresista que tenía originalmente para los reformistas católicos en Chile – incluyendo los democratacristianos –, cuyo postulado central establecía que el Estado estaba obligado a satisfacer todas las necesidades que los grupos de nivel inferior no podían hacerlo.

Los militares apuntaron a cimentar los cambios en la salud y en el campo social en general, junto con los impuestos previamente en el área económica, con una nueva Constitución, que fue aprobada en 1980. El marco de esta Constitución está “diseñado para estimular una economía de libre mercado: amplía los derechos y libertades económicas privadas, restringe fuertemente tanto la actividad económica estatal como su poder regulatorio y refuerza el poder de los tribunales para hacer cumplir estos principios” (BAUER, 2000, p. 132).³⁰ Las disposiciones que configuraban tanto el denominado ‘Orden Público Económico’ como la ‘modernizaciones’ sociales, “recibieron un reconocimiento que excedió incluso lo propuesto en los ante-proyectos” (VERGARA, 1985, p. 214).

De todas formas, conviene hacer notar que “en la visión neoliberal que inspira el discurso de esta fase, no son las normas constitucionales las que aseguran la estabilidad y continuidad del orden social. Estas últimas dependen más bien del avance en la construcción de una sociedad dotada de mecanismos propios de coordinación: es la utopía de la sociedad autorregulada por mercados”. En otras palabras, se trata de construir “un sistema que automáticamente se cubra de las exageraciones estatizantes o totalitarias” (VERGARA, 1985, p. 160).

Sin embargo, esa pretensión de pasar de un sistema de salud estatal a uno de mercado libre nunca pudo materializarse. Esto debido a que el sistema privado de las ISAPRES no abarcó más allá del 20% de los cotizantes en los primeros años (situación que ha permanecido sin mayores alteraciones hasta ahora), sino además a que su implementación en el año 1981 ocurría justamente en los momentos que asomaba una de las crisis más dramáticas que ha sufrido el país en su historia. Por lo cual, la permanencia del mercado de la salud ha descansado fundamentalmente en la protección que le otorgan las leyes y normas de la Constitución de 1980. Como contrapartida, persistió la amplia participación del Estado en el sector a través de FONASA y de sus redes hospitalarias y de Centros de Atención Primaria, situación que no tiene nada que ver con el discurso imperante a nivel general del Estado ‘mínimo’.

³⁰ Si bien el diseño de la Constitución tuvo otras influencias políticas, aun así es un fiel reflejo de ‘law-and-economics’ estilo Chicago, centrándose especialmente en los mercados y derechos de propiedad a partir de la teoría económica neoclásica.

La transición a la democracia y la “corrección” del Estado subsidiario

Esta nueva fase de desarrollo, iniciada en 1990 por el gobierno democrático de Patricio Aylwin, buscó corregir los efectos sociales del modelo económico, pero manteniendo los equilibrios macroeconómicos. Para ello era necesario establecer una nueva relación entre Estado, mercado y sociedad; por lo cual las políticas sociales se insertan ahora “*como un componente de la estrategia de crecimiento con equidad cuya función es asegurar la igualdad de oportunidades, superando la visión básicamente asistencial de las políticas sociales implementadas durante el régimen militar*”.³¹

Cabe hacer notar que esta estrategia de crecimiento no supera la dicotomía entre Estado y mercado que imperara en los tiempos de dictadura militar, ya que propone sustentarse en dos ejes fundamentales: el mercado como principal forma de organización económica y un Estado esencialmente regulador de las imperfecciones del mercado, pero que además cuenta con la posibilidad de asumir políticas de protección para los sectores menos favorecidos en base a políticas focalizadas.

Este sistema constituye un modelo mixto – o híbrido – basado en la relación Estado-mercado, en el cual el Estado no pretende garantizar el bienestar de las personas, sino que busca maximizar las oportunidades para que los individuos alcancen su bienestar sea cual sea la visión de bienestar que tengan.³² Con ello quedaba atrás la noción misma de un Estado encargado de proveer servicios sociales y garantizar el bienestar de las personas, así como el principal promotor del desarrollo. En este sentido, la nueva mirada del Estado comparte con la visión del Estado subsidiario defendida por los tecnócratas neoliberales la crítica al Estado benefactor.

Las bases teóricas de este cambio de paradigma de la función estatal se encontrarían en el neoestructuralismo, una propuesta arraigada en la CEPAL

³¹ TOLOZA, Cristián; LAHERA, Eugenio. *Chile en los noventa*. Presidencia de la República. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones, 1998, p. 313.

³² WAISSBLUTH, Mario; INOSTROZA, José. Globalización y Reforma del Estado en Chile. Iberoamericana: Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies, v. XXXVII, 1, p. 285-310, 2007.

que adopta la premisa neoliberal que da primacía al crecimiento económico impulsado por capitales privados, pero que se diferencia del neoliberalismo ortodoxo al asignarle al Estado un rol regulador del mercado, así como de protección de los sectores menos favorecidos del modelo económico. Esta corriente no ve en estas intervenciones del Estado posibles distorsiones en el funcionamiento del mercado, puesto que a diferencia del neoliberalismo asume que éste es un constructo social sujeto a serias limitaciones, siendo una de las principales la falta de información necesaria para tomar decisiones eficientes. Por lo tanto, el Estado aparece como el ente apropiado para regular los conflictos inherentes al mercado y compensar a quienes no obtuvieron los beneficios esperados en la asignación de los recursos.³³

Claro que la nueva tendencia de la política estatales a operar mediante proyectos y programas abiertos a ejecutores privados (“Tercer Sector”), que se enmarcan dentro de la lógica de la modernización del Estado y la gerencia pública. Se acentúa además el trabajo de desarrollo local con énfasis en la participación de los beneficiarios y se ensayan nuevas fórmulas para traspasar la acción estatal desde lo asistencial a programas de tipo promocional, en los que se busca instalar capacidades y entregar herramientas para la autogestión de los sectores vulnerables. Para financiar estas políticas se implementaron reformas tributarias con la finalidad de inyectar recursos al gasto social muy deficitario durante el régimen militar.

Con el cambio de siglo, desde el año 2000 en adelante, se han generado nuevos enfoques para hacer frente a los problemas de pobreza y exclusión. Respecto a las estrategias de la protección social, Chile ha ido avanzando hacia una tendencia universalista – pero solo en cobertura – en ámbitos tan importantes como la salud, previsión y la educación, expresada en una garantía de servicios mínimos asegurados a través de subsidios estatales. Esta garantía de servicios mínimos encontrará sus fundamentos principalmente en “los principios de universalización de los derechos humanos y de igualdad de oportunidades, como expresión simplificada esta última, del nuevo liberalismo

³³ CAMARGO, Ricardo. Del “Crecimiento con Equidad” al “Sistema de Protección Social”: la matriz ideológica del Chile actual (1990-2007). *Revista de Sociología*, Chile Hoy, 27, 2007, p. 12.

formulado por John Rawls” (VEGA, 2007, p. 64). Al respecto, debe aclararse que seguidores tan cercanos de Rawls, como Daniels, conciben la igualdad equitativa de oportunidades sólo como igualdad de acceso al sistema sanitario, dejando de lado la igualdad de uso.

La propuesta igualitaria de John Rawls se encontraría plasmada en la Reforma AUGE (2004), que garantiza, de modo universal, un “mínimo sanitario decente” conformado por las enfermedades GES vigentes (definidas como prioridades sanitarias al ser los problemas de salud que causan mayor mortalidad y morbilidad en Chile) y sus garantías asociadas. Sobre esta base, puede sostenerse que la norma constitucional reconoce que el derecho a la protección de la salud poseería hoy un nuevo contenido dado por la Reforma AUGE.

En términos generales, y desde una perspectiva analítica, se puede aseverar que el tipo de desarrollo que ha fomentado el Estado chileno desde el comienzo de la transición a la democracia hasta el presente se podría caracterizar como una suerte de “Matriz Neoliberal Corregida” que reproduce un modelo de “Estado Residual” en el desarrollo de políticas de bienestar social. Es residual no sólo en el sentido que privilegia su rol regulador en el marco de reglas de libre competencia, al mismo tiempo que promueve el estímulo y fomenta las iniciativas de capitales privados; sino además porque siguiendo la línea de asistencialismo mínimo, el concepto de derechos que asumen las políticas públicas es más bien restringido, la garantía es en base a cobertura y no a calidad.

Más allá de la dicotomía Estado-Mercado

Uno de los aspectos que llama la atención en Chile en los últimos cuarenta años dice relación con que el Estado ha sido concebido como un aparato homogéneo que defiende el interés nacional y el bien común. Por cierto existen matices, por ejemplo el interés nacional significa para algunos ‘seguridad nacional’ y para otros ‘competitividad’ de la economía. Esta opinión implica una concepción del mercado y del Estado como dos modos distintos de organización social y la pregunta recurrente en esta concepción es si el mercado tiene

autonomía frente al Estado o si el Estado tiene autonomía frente al mercado. No se plantea la constitución social del Estado y del mercado como formas distintas de relación social (Werner Bonefeld).

No sólo eso, tales opiniones conciben al Estado por encima e independiente de las clases sociales. Salama y Mathias (1983) critican la visión de la CEPAL que ve justamente al Estado como un regulador, un garante, por encima de las relaciones de clase y, en particular del capital. Agregan los autores que la CEPAL entiende al Estado como “una maquina administrativa socialmente neutra y técnicamente racional” (SALAMA; MATHIAS, 1983, p. 133).

Este Estado aparentemente neutral es el que ha promovido las diversas reformas en el área social, invocando como justificación el privilegiar la asignación que hace el mercado, lo cual expresado por la vía negativa, significa quitarle al Estado su papel redistributivo. De allí que se las presente como un retorno al liberalismo (o más bien neoliberalismo). Sin embargo, estas reformas son implementadas a través de políticas muy concretas, que no se derivan directamente de los principios neoliberales expresados, por ejemplo, por Hayek y Friedman. Es más, como fuera visto, tales políticas no siempre son consistentes con tales principios, y a veces hay un salto demasiado largo entre ellas y los principios neoliberales.

Tales reformas deben ser exhibidas como resultado del interés general de la sociedad para legitimarlas, con el fin de contribuir fundamentalmente a la reproducción del orden social. En relación a la protección social, los conceptos a los que se recurre son el aseguramiento y la lucha contra la extrema pobreza. Para lo primero se promueve los intermediarios financieros privados en pensiones y los seguros de salud, donde los derechos sociales terminan reducidos a derechos regulados por un contrato con un proveedor privado (derechos contractuales). En éstos, las garantías son las que se suscriben en los contratos, generalmente elaborados por los proveedores. Para lo segundo, se promueven las políticas asistencialistas, en la cual los derechos sociales son reemplazados por necesidades básicas. Los beneficios sociales ahora son vistos como costos que atentan contra la inserción internacional de las economías en un mundo globalizado.

Conviene hacer notar que detrás de los diseños de los sistemas de seguridad social existe una definición diferente de riesgo y aseguramiento. En la provisión privada el seguro es una mercancía de carácter financiero. La función del sistema financiero es la de dispersar el riesgo, y sobre este esquema dicho sistema crea la seguridad social de carácter privado. En el caso del Estado Bismarkiano el aseguramiento es público, nacional, colectivo y obligatorio. Para efectos de promover el traslado a la provisión privada vía mercado los servicios sociales resulta crítico introducir el concepto de riesgo como una necesidad, porque este concepto permite introducir una mercancía para dicha necesidad que se llama seguro y el aseguramiento es provisto por intermediarios financieros privados. Este es el fundamento del esquema ideológico a través del cual se introduce la financiarización del sistema en Chile, y luego en América Latina (CG: 177).

La financiarización significa que en el proceso económico la lógica financiera se sobrepone a la lógica productiva. Este fenómeno existe al pasar a la intermediación financiera la provisión de los bienes sociales que tradicionalmente habían sido provistos por el Estado. El neosistencialismo, como forma actual de la protección social, refleja este proceso de financiarización promovido por el capital financiero.

Los poseedores de dicho capital han venido acumulando poder económico, y a través del proceso político han generado políticas y reformas que buscan adecuar la regulación económica y social en beneficio de su propio interés. Las presiones que ejerce el capital financiero para cambiar la política y regulación estatal se dan por canales formales y no formales. Estos últimos consisten en la sanción que los mercados internacionales de capitales hacen a través de diferentes mecanismos tales como el índice de “riesgo país” y la opinión de las firmas calificadoras de riesgo. Los canales formales principalmente se dan en el marco de las negociaciones con el Banco Mundial, el FMI, el BID y las autoridades económicas de Estados Unidos (Consenso de Washington). En consecuencia, los fondos de la protección social se convierten en masa de especulación monetaria y fuente de rentas financieras, no van separadas, como tampoco los intereses de este capital y los intereses de los usuarios del

sistema. En los momentos presentes estas relaciones se han “politizado”, colocando en cuestión la viabilidad del sistema de Protección Social aún vigente.

Por su parte, derechos sociales se convierten en activos financieros bajo el argumento que esos derechos son un riesgo que debe tener una cobertura financiera. Las instituciones de seguridad social pública son liquidadas y pasan a convertirse en fondos privados de salario (para pensiones, desempleo, etc.) y de seguros (de salud y más recientemente de educación), además de fondos de préstamos para educación superior. En los tiempos actuales se tiene acceso a una pensión sí se ha ahorrado lo suficiente, es decir, si se tiene el patrimonio financiero que la deba soportar. El acceso a determinada calidad de salud depende del valor monetario del seguro que se compre. De manera que el valor de los derechos sociales de una persona reposa en su patrimonio privado. Esto es lo que permite a Lo Vuolo señalar que se crea una “ciudadanía patrimonial” (GIRALDO, 2007, p. 201).

La soberanía del ciudadano se transfiere a la de los ‘operadores’ de los mercados financieros (LO VUOLO, 2001, p. 29). Por ejemplo, son los ‘expertos’ financieros (los dueños de las aseguradoras de salud) quienes toman las decisiones claves en torno a los ‘derechos’ de sus afiliados (LO VUOLO, 2001, p. 94) tales como los precios de los planes de salud y las condiciones de atención médica. Los derechos sociales quedan convertidos en derechos de mercado, mediados por un contrato comercial. Se vuelven mercancías que dependen de las formas de acceso a la riqueza de cada individuo. Se pretende que las relaciones sociales se definan sobre la base de relaciones contractuales, desapareciendo la solidaridad social o intergeneracional de la protección social.

REFERENCIAS

BAUER, Carl J. “Chile: Derecho y Economía en la Constitución de 1980”. En: ILSA- INSTITUTO LATINOAMERICANO DE SERVICIOS LEGALES ALTERNATIVOS. *La Mano Visible del Mercado*. Derecho y economía. Bogotá, 2000.

BONEFELD, Werner. *La economía libre y un estado fuerte*: notas sobre el Estado. Disponible en: <www.herramienta.com.ar>.

CAMARGO, Ricardo. "Del "Crecimiento con Equidad" al "Sistema de Protección Social": La Matriz Ideológica del Chile Actual (1990-2007)". *Revista de Sociología* 27/2007 CHILE HOY.

DANIELS, Norman. *Just Health Care*. England: Cambridge University Press, 1985.

GIRALDO, Cesar. *¿Proteccion o desproteccion social?* Bogota: Ediciones Desde Abajo, 2007.

LO VUOLO, Ruben. *Alternativas sociales*. Buenos Aires: CIPPEC, 2001.

MATHIAS, Gilberto; SALAMA, Pierre. *L'État surdéveloppé – desmétropoles au tiers monde*. Paris: La Découverte/Maspero, 1983.

RACZYNSKI, Dagmar; FERNÁNDEZ, M. Ignacia. *Racionalidad en las decisiones de políticas hacia la pobreza en América Latina*. Análisis político institucional y comparativo de países. Proyecto Fondecyt, 2005.

TOLOZA, Cristián; LAHERA, Eugenio. *Chile en los noventa*. Presidencia de la República. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones, 1998.

VEGA FERNÁNDEZ, Humberto. *En vez de la injusticia*. Un camino para el desarrollo de Chile en el siglo XXI. Debate, 2007.

VERGARA, Pilar. *Auge y Caída del Neoliberalismo en Chile*. FLACSO. Santiago de Chile. Santiago de Chile, 1985.

WAISSBLUTH, Mario; INOSTROZA, José. *Globalización y Reforma del Estado en Chile*. Iberoamericana. *Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*, v. XXXVII, 2007.

1.2.3. Estado-Mercado

Henry Colina Hernández

Olga Pérez Soto

Alberto Menendez

La presentación de la trilogía Estado-Mercado-Sociedad, como la ecuación replanteada para lograr el pacto fiscal por la igualdad. De tal grado la articulación de una Sociedad de ciudadanos con plenos derechos, un Mercado regulado eficientemente, y un Estado transparente, activo en la regulación y redistribución garantiza el avance hacia la igualdad y la justicia social. Este discurso, aunque atractivo, comienza presentando una disyuntiva característica de la economía convencional que puede ser desmontada como falaz. Se muestra de esta forma el Mercado como la manera de transformar, a partir del otorgamiento de los “derechos plenos” a los ciudadanos, la sociedad en una sociedad “verdaderamente” libre. Sin embargo, no es una sociedad de mercado la que pretende crear el neoliberalismo, es una sociedad corporativista, oligarca, es decir, el régimen del capital no en su más pura expresión, sino en su expresión más deformada y fascista. En la práctica las consabidas “leyes del mercado” son las leyes consustanciales a la reproducción del capital financiero internacional.

Es necesario entender el mercado como punto de llegada complejo porque el mercado es donde se concreta un conjunto de RSP. De ahí que, se pueda concluir que en el período de tránsito al socialismo, la medida del trabajo y la medida del consumo se continúa cuantificando mediante una vía indirecta: el valor.

De tal manera se puede llegar a ser una generalización extrema asociar al Mercado con el sector privado, mientras que se presenta al Estado como el otro contrincante en el debate, siendo el sector público su representante. La producción de mercancías es inherente al sistema de RSP que funciona, junto a otras condiciones de soporte, bajo aislamiento económico y división social del trabajo. Por tanto enfrentar el Mercado (lugar físico o virtual donde

confluyen mercancías), con el Estado (cuya forma de propiedad estatal o pública o privada también produce mercancías bajo estas condiciones) es superfluo. Este debate se presenta normalmente en el ámbito reducido de la regulación de la actividad económica, o sea, si debe el Estado intervenir o no en los procesos económicos, y de hacerlo cuáles son los instrumentos y métodos que debe utilizar. Se entiende entonces como Mercado la forma específica de regulación de los procesos productivos libre de la “distorsionante” intervención de fuerzas ajenas a su equilibrio interno, propio de la interacción de agentes “libres”, racionales, optimizadores a partir de las leyes de oferta y demanda. Así, se soslayan las condiciones de partida, en la que el despojo de los medios de producción obliga a la mayoría a vender su fuerza de trabajo, perpetuando las relaciones capitalistas de producción, cuestión, que dicho sea de paso, se erige como el objetivo central de esas proposiciones.

Una ruptura con las condiciones del sistema capitalista, al respecto Keynes dejaría escrito: “[...] no veo razón para suponer que el sistema existente emplee mal los factores de producción que se utilizan [...] En lo que ha fallado el sistema actual ha sido en determinar el volumen de empleo efectivo y no su dirección”, agregando entonces,

Por eso coincido con Gesell en que al llenar los vacíos de la teoría clásica no se echa por tierra [...] el libre juego de las fuerzas económicas para realizar al máximo toda la potencialidad de la producción [...] todavía quedará amplio campo para el ejercicio de la iniciativa y la responsabilidad privadas.

Así Keynes no hace énfasis en la dicotomía presentada por los teóricos anteriores sobre las contradicciones entre el Estado y el Mercado, más allá de garantizar con políticas públicas activas el desenvolvimiento creciente del sector privado. En 1950 el destacado intelectual socialista cubano Jacinto Torrás diría al respecto de la teoría keynesiana: “Como se sabe, el sistema de Keynes se propone salvar al capitalismo y las ganancias de los capitalistas, mediante ciertas fórmulas para combatir la amenaza del desempleo en masa y las crisis económicas cíclicas”, de tal manera se aprecia que Torrás participaba de la tesis que ha sido presentada, el keynesianismo manejaba los síntomas,

mientras ignoraba las causas básicas. Sin embargo con la teoría keynesiana se sobrevendría un fenómeno contrario a las ideas de los pensadores presentados con anterioridad, el Estado activo, no solo en términos de políticas fiscales y monetarias, sino también como propietario de empresas.

Para las interpretaciones más modernas el Mercado ya no es tan perfecto, tiene fallas³⁴, entre otras, las Externalidades, los Monopolios Naturales, y los Bienes y Servicios Públicos, estos últimos incluyendo al Estado como propietario, productor o prestatario de un bien o servicio determinado. Para la mayoría de los exponentes de estas teorías, regular, desde el punto de vista económico, es el uso de restricciones impuestas por el Estado para incentivar o monitorear las decisiones de los agentes en situaciones en las que existen fallas de mercado, con el objetivo de incrementar el bienestar social. Sería interesante definir entonces lo que se entiende por bienestar social, más allá de la protección de la sociedad de prácticas de abuso monopólico, o la sumatoria de los excedentes correspondientes del consumidor y el productor, que se derivan de curvas generalizadoras de Oferta y Demanda.

En el caso de la construcción del socialismo, el tipo de propiedad que nace del proceso mencionado anteriormente se conoce como propiedad estatal, porque es el Estado quien asume el control y la administración de los bienes bajo el tipo socioeconómico socialista. Otra distinción necesaria y de trascendencia en el análisis de la política social, es la que existe entre las empresas estatales (cuyo objetivo principal debe ser la generación de utilidades y crecimiento) y las entidades públicas (más relacionadas con la política social por su contenido). Es pertinente además reconocer que en la transición socialista, como proceso histórico necesario, heterogéneo, coexisten distintos tipos de propiedad, lo cual supone un mayor grado de dificultad debido a la necesidad de darle espacio a la competencia y la inversión extranjera de capitales pero

³⁴ “...un mercado competitivo debe cumplir con ciertos requisitos – información completa, funciones de producción sin retornos crecientes a escala, ausencia de externalidades, entre otros – para garantizar que la interacción entre la oferta y la demanda lleve a una solución de equilibrio óptima” ob. Cit. Colectivo de autores: “La regulación de los servicios públicos. Análisis comparativo institucional”, Editorial Alcázar, Perú, 1999.

con determinados matices y regulaciones, porque hay un objetivo claro que es la transformación de la condición de subdesarrollo.

Dado que el Estado aparece además como propietario de los principales medios de producción en la economía en transición al socialismo, el ambiente regulatorio, si bien es importante, se convierte en solo una de dos tareas fundamentales del Estado. Su otra misión, incluso más compleja, es garantizar que los colectivos laborales ejerzan una administración coherente y participativa de los medios de producción que se les otorgan en gestión. Fallar en lograr una regulación eficiente genera monopolios, escasez, sobreprecios y subsidios innecesarios, entre otros. Fallar en la socialización efectiva de la gestión de las empresas estatales, cimiento fundamental del sostén de todo el edificio socialista, tiene implicaciones más profundas, amenazando con el derrumbe.

Por tanto parece más útil reflexionar sobre la contradicción Estado-Capital. O sea abundar en el hecho de que si un Estado que existe para garantizar la reproducción del capital puede ser considerado defensor de los intereses de la sociedad y la capacidad de dicho Estado para oponerse a los intereses del capital financiero internacional, que es lo que se ha intentado hacernos entender como leyes del mercado. Dicho debate derivará en el análisis de otro par dialéctico, la relación Público-Privado, que se tornará aún más relevante en el análisis de las formas que asume la prestación de los bienes o servicios que sean incluidos como sujetos de política social.

El modelo de desarrollo socialista entendido como paradigma de sociedad que se desea alcanzar contiene estrategias de corto, mediano y largo plazo que van traduciendo cada tramo del modelo a través de políticas económicas en correspondencia con las condiciones históricas concretas.

El socialismo como estrategia de desarrollo debe ser entendido como un punto de llegada complejo en donde las políticas para el desarrollo sean la síntesis entre la Política Económica y la Economía Política. Las políticas para el desarrollo socialista son aquellas que sintetizan tres planos de análisis: el de la crítica de la economía política; el de la política económica que administra la coyuntura y la política económica que garantiza la transformación estructural. Esta última pauta y subordina al universo de las variables de la política económica de corto plazo y mediano plazo.

El modelo de desarrollo socialista expresa las metas que se desean alcanzar como sistema social. Contiene las políticas para el desarrollo y las mismas se concretan en las políticas coyunturales y estructurales. El proceso de planificación debe dar respuesta en cada momento a la estrategia de desarrollo. Las políticas económicas de largo plazo son aquellas que pautan dentro de la estrategia de desarrollo, las transformaciones estructurales y sintetizan los ejes de la sociedad que se desea alcanzar. Deben armonizar la matriz del desarrollo socialista intertemporal. Las políticas estructurales del desarrollo socialista son: la matriz energética nacional, la matriz de política inversionista, la matriz de política industrial con los encadenamiento productivos, la matriz de formas de propiedad y gestión a favor del desarrollo de la propiedad social, la matriz de desarrollo tecnológico, la matriz de desarrollo empresarial, la matriz de desarrollo energético, la matriz de patrón de consumo, etc. La Política Económica a largo plazo debe subordinar a la PE coyuntural.

La ley del valor funciona en la transición socialista. El producto del trabajo se transforma en mercancía y el productor en productor mercantil. La contradicción de la forma mercantil del producto del trabajo es parte del desarrollo de la contradicción propiedad - gestión que a su vez es parte del desarrollo de las fuerzas productivas. La ley del valor y su expresión a través de la forma mercantil responde a la necesidad de medir la inversión y recuperación de los gastos de trabajo a nivel social y sus niveles de eficiencia. La planificación del desarrollo contiene la utilización de la ley del valor y sus funciones a través de los sistemas de formación de precios como forma racionalizadora de gastos a nivel social, los costos de producción, la ganancia, la calidad del dinero, etc.

Los procesos de planificación y ley del valor se concretan en el plan y en los diferentes tipos de mercado. Es importante no confundir los espacios económicos en los que operan los diferentes instrumentos mercantiles (acotados por la planificación con los niveles pertinentes de centralización – descentralización del plan) con la actuación de la ley del valor objetivamente. La planificación en cada uno de sus niveles debe utilizar las formas mercantiles. Capturar la forma mercantil es parte necesaria de la planificación. La circulación monetaria expresa el desarrollo de la forma mercantil y la actuación de la ley del valor en la medición del crecimiento socialista para el desarrollo.

El modelo de desarrollo socialista puede ser llevado a cabo por diferentes modelos económicos, políticas y programas que se inserten y combinen con distintos mecanismos de funcionamiento, modelos de gestión y sistemas de dirección de la economía y la sociedad. Todo ello debe ir acompañado de las regulaciones legales correspondientes y de los adecuados arreglos institucionales. El modelo de desarrollo socialista se concreta en las diferentes combinaciones de modelos económicos que articulan las diferentes formas de propiedad y gestión en cada tramo de desarrollo a favor del mayor nivel de socialización de la producción, la propiedad y la apropiación.

El crecimiento socialista contiene la existencia de la forma mercantil del producto del trabajo. La forma mercantil es síntesis de contradicciones de intereses económicos referidos a la inversión y recuperación de gastos de trabajo. Conducir ese sistema de contradicciones a favor de la propiedad socialista es imposible sin el reconocimiento de la forma mercantil. No hay otra forma de medición de la inversión y recuperación de los gastos de trabajo sino es a través del reconocimiento de la forma mercantil. No hay otra manera de medir la eficiencia en el crecimiento socialista.

Si se centra la discusión en la forma mercantil del producto del trabajo como el desarrollo de la contradicción propiedad – gestión en el socialismo, nos acercáramos más a un análisis marxista que si nos distraemos con la “discusión estéril” de plan – mercado; centralización – descentralización. Apostar por las señales del mercado y el mercado fuera del contexto de la forma mercantil y el sistema de contradicciones económicas puede conducir a errores de voluntarismo o pragmatismo en la ejecución de la política económica.

Lo eficiente para la economía nacional es que el modelo económico y de gestión asuma al mercado en el entendido de la forma mercantil y no como complemento de la planificación o mal necesario. El despliegue de la forma mercantil parte inherente al sistema de desarrollo de las fuerzas productivas como forma de desarrollo de las relaciones sociales y de la medición de su eficiencia y avance.

En el proceso de planificación se concreta la unidad entre la planificación material y financiera a través de entender la unidad entre planificación y mercado. El proceso de planificación sin tener en cuenta el despliegue de la forma mercantil queda mutilado. Lo anterior no implica ni niega adecuar en cada eslabón de la economía la combinación eficiente de centralización y descentralización.

La convivencia de las formas de propiedad no niega la construcción de la propiedad socialista y su eficiencia. Pueden funcionar como formas transitorias que tributan a la construcción de la rectora. Se pudiera hablar de sistema de propiedad socialista si todas tributan subordinadas al proceso de socialización socialista.

La planificación como proceso incluir a todas las formas de propiedad que conviven para proyectar como tributan en cada tramo al desarrollo socialista. Pensar que la planificación solo se hará para el sector estatal atenta contra el mismo sector estatal. Otra cosa distinta es como la planificación como instrumento en cada nivel de la economía: nacional, ramal, empresarial y territorial.

BIBLIOGRAFÍA

GUEVARA, Ernesto. Sobre la concepción del valor, contestando algunas afirmaciones sobre el tema. *Nuestra Industria Económica*, oct. 1963.

KEYNES, J. M. *Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero*. La Habana: Instituto del Libro de la Habana, 1976, p. 363-364.

LENIN, V. I. *Obras completas*. T. 33. La Habana: Editora Política, 1964, p. 83.

LÖWY, A. G. *El Comunismo de Bujarin*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1972, p. 177.

PROEBRAJENSKI, Eugenio. *La Nueva Economía*. La Habana: Instituto del Libro, 1968, p. 167.

TORRÁS, Jacinto. *Obras escogidas en Tres tomos*. Tomo II. La Habana: Editora Política, 1986.

UNIDADE 2

ESTUDIOS COMPARADOS BRASIL, CHILE E CUBA

2.1. SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: LA EXPERIENCIA DE CHILE, BRASIL Y CUBA¹

Laura Galeano Zaldivar

Aline Faé Stocco

Arelys Esquenazi Borrego

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira

Sistemas de Salud: su conceptualización, objetivos y funciones

La política social ha sido definida de diversas formas; sin embargo un elemento común entre la mayoría de las conceptualizaciones es que la misma debe generar un mayor bienestar de la población. En este sentido, las áreas o servicios sociales en que se concreta son un elemento clave, específicamente el sistema de salud y su impacto en las condiciones de vida del individuo y en el propio proceso de desarrollo de la sociedad.

Lo anteriormente comentado se constata los objetivos que deben perseguir los sistemas de salud, entre los que se encuentran: mejorar el estado de

¹ Há mais de um idioma no presente capítulo, em virtude da nacionalidade dos autores.

salud de la población, responder a las expectativas de los individuos, proveer protección financiera de manera equitativa y por último elevar la capacidad de respuesta, la accesibilidad y sostenibilidad de dicho sistema. Adicionalmente a estos objetivos rectores los sistemas de salud, como entes rectores de los servicios en esta esfera, tienen un conjunto de funciones entre las que se destacan la rectoría, la creación de recursos, la administración, la prestación de servicios y el financiamiento.

De igual forma, los sistemas de salud pueden ser clasificados de acuerdo a diversos criterios, por ejemplo:

De acuerdo a la propiedad y administración del sistema y la provisión	Públicos
	Privados
	Mixtos (Mezcla público-privada)
De acuerdo a la organización del sistema y provisión de servicios	Integrados
	Mixtos
	No Integrados
De acuerdo al tipo de financiamiento	Basados en impuestos generales de la nación
	Basados en contribuciones a la Seguridad Social
	Basados en el “gasto de bolsillo”

CUADRO 1. Clasificación de los Sistemas de Salud.

Fuente: elaboración propia a partir de OMS (2010).

Tal como se puede apreciar a través de las funciones como en los criterios de clasificación, el financiamiento es una de las variables claves para evaluar el funcionamiento de un sistema de salud; es por ello que a continuación se procederá a su conceptualización.

El Financiamiento de la Salud es definido según la Organización Mundial de la Salud como la *función de un sistema de salud relacionada con la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de salud de las personas, individual o colectivamente, en el sistema de salud.* (Organización Mundial de la Salud, 2000) Más allá de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema, el propósito de esta función es, además de lograr la disponibili-

dad de recursos financieros, establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos.

A su vez, las principales fuentes de financiamiento de las cuales se proveen los sistemas de salud son desde el punto de vista público los impuestos y el seguro social de salud. Desde el punto de vista privado se identifican como principales vías de financiamiento a los seguros privados, las cuentas de ahorros médicas, los cargos a los usuarios y los pagos informales. Adicionalmente existen otras fuentes como las provenientes de ONGs, agencias multilaterales, gobiernos y compañías extranjeras; que por su carácter de contribuciones voluntarias, préstamos o donativos, su cuantía es menos representativa que las vías público y privadas que anteriormente se comentaron.

Por último, comentar que en los últimos años hay cada vez más consenso acerca de que los resultados que se alcanzan en el sector de la salud, como dimensión de la política social, dependen en gran medida no solo del diseño o implementación de este servicio; sino también de cómo se lleva cabo su financiamiento y del nivel de recursos destinados al mismo. De ahí la insistencia de diversas instituciones e investigadores en la relevancia que tiene el modelo de financiamiento en el desempeño del sistema de salud. Las implicancias del financiamiento en el desempeño de los sistemas de salud en términos de acceso, equidad y eficiencia pueden ser apreciadas en el Anexo 1.

El sistema de salud chileno

- **Marco legal**

La Constitución Política de la República de Chile promulgada en 2005 señala en su artículo 19, el derecho a la protección de la salud y establece que *“el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones*

obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado". (Constitución Política de la República de Chile, 2005). A su vez, en el año 2004 se introdujo una importante reforma al sistema de salud con el fin de reducir las brechas en cuanto a calidad, financiamiento y oportunidad en la atención otorgada por el sistema público respecto con el sector privado.

- **Estructura**

El sistema de salud chileno es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados. Corresponde a lo que se define como un sistema de aseguramiento mixto regulado, lo cual se concreta en una gran red de servicios de propiedad y gestión estatal a la cual se agrega, a partir de la década de los ochenta, el desarrollo del sector de seguros previsionales privados y el consecuente desarrollo de servicios privados de provisión directa para los segmentos de ingresos altos y medios.

El sector público se encuentra integrado por los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): *el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes (los 28 servicios de salud), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud*. (Organización Panamericana de la Salud, 2002). A su vez, el sector privado está compuesto por aseguradoras llamadas ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) y una gran cantidad de prestadores individuales e institucionales. Lo anteriormente referido se ilustra en el anexo 2.

Existen dos grandes tipos de seguros el FONASA y las ISAPRE. El primero se corresponde al seguro público, que recibe un aporte fiscal considerable, además de las cotizaciones de salud obligatorias de los trabajadores que lo eligen como seguro de salud. Para acceder a las atenciones de salud que FONASA ofrece a sus beneficiarios, existen dos modalidades de atención, la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). Las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), por su parte, corresponden a seguros privados que administran las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que las eligen, es decir, en la concepción tradicional de la seguridad social,

administran fondos públicos. Los seguros privados que administran aportes voluntarios y las donaciones tienen una reducida presencia en el contexto del financiamiento del sistema.

- **Financiamiento**

En relación a la forma de financiamiento del sistema de salud en Chile se tienen dos modalidades fundamentales, el sistema asegurador previsional privado que es un sistema de seguros individuales que las personas pueden financiar mediante sus cotizaciones obligatorias y que establece la tarifa de la prima a pagar en función de los riesgos. Por su parte, el sistema previsional público de salud consiste en un colectivo que se financia con cotizaciones en función de los ingresos más subsidios estatales. Lo anterior puede apreciarse en el anexo 3 donde se muestra la segmentación del acceso a la salud según los ingresos.

Como se puede apreciar en la figura anterior las fuentes de financiamiento del sistema son: los impuestos generales -que llegan a través del presupuesto del Estado destinado al sector-, el presupuesto de la defensa para financiar el sistema de salud de las Fuerzas Armadas (FF.AA.), las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que hacen la elección entre un seguro público y uno privado (cotizaciones del 7% del salario de los trabajadores inscritos en Fonasa y cotizaciones adicionales de trabajadores afiliados a las ISAPRE para pagar planes que cuestan más del 7%), los fondos provenientes de las empresas que financian las mutuales y por último el gasto de bolsillo que incluye compra de remedios, pago de exámenes no cubiertos por los seguros de salud y copago a las prestaciones en salud como hospitalizaciones y consultas médicas. Lo anteriormente comentado se puede apreciar en el anexo 4.

- **Cobertura**

El financiamiento de la salud en Chile como porcentaje del PIB ha crecido en los últimos años alcanzando el 7.1% en 2011 (WHO, 2014). Sin embargo, este país se encuentra en el grupo de naciones con menor gasto en salud de los miembros de la OECD, con una composición público-privada muy distinta al resto de los países debido a una predominancia del gasto privado por sobre el público. A su vez, esta sustancial diferencia en términos de recursos no es congruente con el porcentaje de la población que se atiende en cada seguro (público-privado).

Lo anterior puede ser apreciado en el anexo 5, donde claramente se observa una elevada concentración de la población en el sector público.

Este arreglo institucional y financiero híbrido del sistema de la salud, ha generado grandes desigualdades en el acceso a la salud y en su calidad, que han redundado finalmente en la mantención o el aumento de las desigualdades en los niveles de salud de la población. Las desigualdades en el financiamiento pueden contrastarse fácilmente: del 7,5% del PIB que se gastaba en salud en el año 2008 (OMS, 2011), 6,9% del PIB se gastaba entre beneficiarios ISAPRE y FONASA, desagregado en el 2,4% del PIB gastado por los beneficiarios privados y el 4,5% del PIB los beneficiarios del aseguramiento público (Cid 2011a).

Adicionalmente está el problema segmentación o diferenciación del acceso a cada seguro. Los indicadores globales de salud según sistema de aseguramiento, nivel educacional, ingreso, lugar de residencia, entre otros, muestran en Chile diferencias importantes. Esto sucede en parte como expresión del acceso diferenciado existente al sistema de salud. Esta situación tiene un impacto muy negativo en términos de financiamiento para la alternativa pública que no solo agrupa a la mayor cantidad de personas sino también que asume a las personas con mayores riesgos para su salud. (Ver anexo 6)

- **Desafíos**

- Establecer un plan de salud universal que fije el nivel de salud deseado para toda la población.
- El derecho a la libertad entre subsistemas se restringe al sector de la población que puede financiar los planes de salud del subsistema privado.
- La proliferación de seguros complementarios de salud en el caso privado, sin regulación y fiscalización del Estado atenta contra los intereses de los beneficiados.
- Tiempos de espera en el sector público por falta de recursos e inadecuada gestión de las redes públicas.
- Establecer un sistema de financiamiento más equitativo en el sistema privado de salud y la búsqueda de una mayor solidaridad etaria y de género en el financiamiento.

El sistema de salud brasileño

• Marco Legal

En Brasil, desde la Constitución Federal de 1988, la atención a la salud es reconocida como un derecho social básico y universal de responsabilidad del Estado cuya gestión debería ser realizada por un sistema único de salud (Constituição da República Federativa do Brasil, arts. 196, 197, 198, 1988). Sin embargo, la materialización de ese derecho en servicios de salud de calidad y cantidad suficiente para todos todavía constituye una meta a ser alcanzada. Una de las dificultades de mayor importancia en la búsqueda en hacer efectivo ese derecho reside en la falta de recursos para financiarlo.

Cabe esclarecer que, aunque la constitución y la legislación complementaria siempre hagan referencia a un sistema único de salud en Brasil, eso no significa la que este sistema sea o único. Ao contrário, o Sistema de Saúde brasileiro inclui 3 subsetores (o subsetor público: serviços financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal – o SUS; o subsetor privado (lucrativo ou não): serviços financiados com recursos públicos ou privados; e o subsetor de saúde suplementar: diferentes tipos de planos privados de saúde, contando com subsídios fiscais).

• Estructura

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un sector público que cubre alrededor del 75% de la población a través de servicios propios y de la contratación de servicios privados con recursos do SUS, y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), financiado con impuestos generales y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno. El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos e convenios con establecimientos privados con y sin fines de lucro. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes autoadministrativos (empresas), y los planes de

seguro de salud individuales que, en ocasiones, ofrecen regímenes de libre elección de prestadores. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo y que son utilizados de manera preponderante por la población de altos ingresos, la cual también recurre al SUS en busca de servicios de prevención (vacunación) y para atender padecimientos de alto costo y complejidad. (Ver Anexo 7).

- **Cobertura**

Datos de la Agencia Nacional de Salud confirman que en los últimos años alrededor del 25% de la población brasileña era usuaria de algún plan o seguro de salud privado adquiriendo estos servicios en la modalidad de pago directo (*out of pocket*); por consiguiente el 75% de la población dependen de los servicios públicos ofertados por el SUS.

- **Financiamiento**

O financiamento da saúde é garantido na Constituição de 1988 com recursos da Seguridade Social Brasileira². Entretanto, desde 1994 a União criou uma medida que assegurou ao Governo Federal direcionar 20% (agora 30%)³ das fontes dos recursos que pertencem ao Orçamento da Seguridade Social para o pagamento dos juros e refinanciamento da dívida pública, por meio da manutenção do *superávit* primário. Tal mecanismo provoca o desfinanciamento de direitos constitucionais como o direito à saúde⁴.

² A CF de 1988 previu que as despesas com as três áreas da Seguridade Social Brasileira (Saúde, Previdência e Assistência Social), deveriam correr por conta do orçamento específico da seguridade social, garantido mediante recursos das três esferas de governo (União, estados e municípios), bem como do Distrito Federal. Foram incorporadas pelos legisladores novas fontes de financiamento como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL), 50% das receitas de prognósticos (loteria), mais a receita previdenciária líquida, que responde basicamente às contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salários. As principais fontes de recursos do SUS são as Contribuições para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL). (MARQUES; MENDES, 2010).

³ A Emenda Constitucional número 93, de 8 de setembro de 2016, prorrogou a DRU até 2023 ampliando o percentual de desvinculação de **20% para 30%** (PIOLA et al., 2013)

⁴ Segundo os dados da ANFIP (2014), os valores pelo mecanismo da DRU passam de um patamar de R\$ 33.829.000,00, em 2005, para R\$ 63.415.000,00, em 2013, em valores correntes.

Outra questão, a saúde ao longo dos anos 2000 vem perdendo participação no orçamento da Seguridade Social⁵. Os recursos destinados à saúde representavam em 2000 17% do montante de gastos da seguridade social, no âmbito das três políticas sociais. Ao longo do período teve a participação reduzida, chegando em 2011 a 15%. Assim, após a Constituição de 1988 o financiamento da área da saúde ficou condicionado à política fiscal implementada pelo Governo federal para reduzir gastos sociais, somado à prioridade dada a Previdência no interior do orçamento da Seguridade Social⁶.

En relación al modelo de financiamiento de la salud pública, actualmente el marco regulatorio⁷ que establece el destino de los recursos para el financiamiento del SUS, pauta que el gobierno federal deberá destinar anualmente el monto correspondiente al valor aplicado en el ejercicio financiero anterior, incrementado al menos con el porcentaje correspondiente a la variación nominal del PIB ocurrida en el año anterior. La esfera provincial deberá destinar un mínimo del 12% de la receta propia⁸ en las acciones y servicios públicos de salud. A su vez, los municipios aplicarán anualmente en acciones y servicios públicos de salud un mínimo del 15% de la receta propia.

En términos de valores el anexo 8 muestra el comportamiento del gasto público en salud en Brasil, y la participación de cada esfera gubernamental en el financiamiento del SUS. En 2011, del total de los recursos públicos destinados al financiamiento del SUS en las tres esferas de gobierno un 45% correspondió a los recursos federales, 25,7% a recursos de los gobiernos provinciales y 28,8% recursos de los presupuestos municipales. Además se verifica que el

⁵ A prioridade no interior do orçamento da Seguridade Social é dada à Previdência que consumiu em todos os anos mais de 75% do orçamento.

⁶ O artigo 55 do ato das Disposições Constitucionais Transitórias previu que 30% do orçamento da Seguridade Social deveria ser destinado à saúde, o que não ocorreu.

⁷ La Enmienda constitucional (EC) n° 29/2000 fue un marco importante en la vinculación de recursos para la salud, pues definió un montante mínimo a ser aplicado en la salud, de la misma manera la ley complementar 141/2012 reglamentó una serie de artículos de la Constitución Federal solucionando conflictos relativos con incomprensiones del texto constitucional.

⁸ Según el CONASS (2011) la receta propia de las provincias y de los municipios es el sumatorio de todos los impuestos y tasas recaudadas directamente por el ente federado más la diferencia entre las transferencias constitucionales que reciben y que repasan para otras esferas gubernamentales.

gasto público en salud ha registrado una tendencia creciente (tasa anual de crecimiento medio real de 7,7%), pero la participación de los recursos federales en el total de los gastos públicos en salud ha disminuido de un 58% en 2000 a un 45% en 2011.

Cuando se analiza el total de los gastos públicos en salud como proporción del PIB también se verifica un crecimiento de ese indicador (2,95% en 2000, a un 3,67% en 2010), pero el monto destinado a la salud ha sido inferior al 4% del PIB. En otras palabras, a pesar de que el gasto público en salud como proporción del PIB ha presentado un crecimiento durante el período analizado, este aumento no ha sido constante y el porcentaje destinado todavía es muy pequeño en comparación con países que poseen un sistema universal de atención a la salud⁹. Además el gasto federal en proporción al PIB se ha mantenido prácticamente constante, donde el crecimiento de ese indicador ha sido garantizado por la ampliación de la participación de las provincias y municipios en el financiamiento¹⁰ (Ministério da Saúde, 2012).

Los datos de la tabla del anexo 9 evidencian que el consumo de bienes y servicios de la salud en Brasil ha sido superior al 8% del PIB; sin embargo más de la mitad de ese consumo corresponde al gasto privado realizado por las familias, eso ocurre tanto por la contratación de asistencia médico-hospitalaria como por la compra de medicinas y tratamientos odontológicos.

A pesar de que la mayoría de la población dependen de las acciones y servicios ofrecidos por el SUS, los recursos disponibles para este sistema son bastante inferiores a los destinados al sector privado. De esta manera, en términos de valores monetarios, el sector privado de atención a la salud sigue teniendo gran importancia en el país, a pesar de que la Constitución Federal estableció la salud como un derecho universal, público y gratuito. Además, la

⁹ Según Piola, S. F. et al (2013), en países con sistemas de salud universal el gasto público con salud en proporción del PIB ultrapasa a los 6% y, en muchos, supera a los 10% del PIB.

¹⁰ Ese aumento fue resultado, sobretodo, del cumplimiento por parte de los estados y municipios de la Enmienda Constitucional n.º. 29/2000 que estableció un porcentaje mínimo de aplicación de recursos en el área de la salud para el Gobierno Federal, Provincial y Municipal. En el ámbito del gobierno federal, la enmienda constitucional fue cuestionado por el Ministerio de Hacienda y solamente con la Ley Complementaria 141/2012 se dirimió las dudas y se estableció el porcentaje mínimo que será cumplido.

constante insuficiencia de recursos para financiar el SUS enfatiza cada vez más esa dualidad en la atención a la salud en Brasil pues, en la medida en que el sector público de salud no consigue ofrecer acciones y servicios compatibles en términos de cantidad y calidad con la demanda de la población, cada vez más esta última busca los servicios del sector privado de salud, reafirmando la segmentación y complejidad del sistema.

El sector privado los prestadores de servicios disputan los recursos reducidos destinado al SUS. Más del 60% de los ingresos en el SUS son realizadas en hospitales privados, con evidencia que estos hospitales aumentan el número de internaciones cuando ocurre un aumento en la remuneración de los procedimientos. A nivel ambulatorio más del 80% de los procedimientos complejos como: servicios de diagnósticos e terapias, bien remunerados por el Fondo de Acciones Estratégicas e Compensaciones (FAEC), son realizados por el mercado privado de salud (SANTOS; SERVO, 2016). Así, el sector privado de la salud acaba ocupando lugar central en la prestación de servicios perdiendo su carácter complementario, tornando-se los principales dispositivos de asistencia de la salud.

- **Desafíos**

- Tornar la oferta de acciones en servicios de salud compatible con la calidad y cantidad que demandan la población.
- Ampliar el montante de recursos públicos destinados al financiamiento de salud.
- Ampliar la responsabilidad del gobierno federal en el repase de recurso para las provincias y municipios.
- Revisar aspectos estructurales de la organización del sistema y con fortalecimiento de determinadas áreas programáticas con miras a ampliar la dimensión de accesibilidad al sistema.
- Ampliar el recorte poblacional basado en los conceptos de vulnerabilidad presentes en algunos grupos sociales.
- Perfeccionar los procesos de gestión de trabajo y la calificación técnica de los recursos humanos en salud.

- Mejorar la atención de las condiciones crónicas.
- Fortalecer el pacto federativo y ampliar las alianzas políticas públicas y privadas para la operatividad del sistema.
- Fortalecer el desarrollo científico y tecnológico y de la regulación en salud y reposicionar la cooperación en salud como una importante estrategia de la política externa del país.

Sistema de salud cubano

- **Marco Legal**

El diseño del sistema de salud en Cuba se distingue por el carácter universal y gratuito de los servicios médicos en el país. Estas nociones tienen un carácter de ley, y por ende están recogidas en la Constitución de la República de Cuba, que en su artículo 50 plantea: *“Todos los ciudadanos tienen derecho a que se atiendan y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho”*. Adicionalmente el desarrollo del sector de la salud no puede verse desligado de un conjunto de principios que constituyen las líneas rectoras del mismo, entre los que se deben destacar: el carácter estatal y social de la medicina, la accesibilidad y gratuidad de los servicios, su orientación profiláctica, la colaboración internacional como una de las prioridades más importantes y por último, el carácter centralizado desde el punto de vista normativo, pero descentralizado en cuanto a su gestión.

- **Estructura**

En lo referente a la estructura, el sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos: el nacional con un carácter rector, al cual se subordinan las direcciones provinciales y municipales. Similarmente existen cuatro eslabones de servicios que además de incorporar los anteriormente mencionados añaden el nivel de sector. A su vez, desde el punto de vista administrativo, las direcciones provinciales y municipales de salud se supeditan a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales; de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Adicionalmente cada provincia conforma sus propios sistemas locales de salud en los municipios. (Ver Anexo 10)

La organización del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la base de dicha estructura y teniendo como esencia los principios anteriormente comentados, ha determinado que en los servicios de salud solo participen agentes estatales. Esta característica ha permitido garantizar sistemas de atención única, universal, accesible y de calidad uniforme para todos los ciudadanos. (Ferriol Maruaga, Pérez Izquierdo, & Quintana Mendoza, 2003)

- **Financiamiento**

La vía de financiamiento del sector proviene fundamentalmente del presupuesto del Estado y que se articula a partir del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). En otras palabras, el financiamiento de cada uno de los eslabones tiene como centro al MINSAP, que es el organismo que reúne los fondos del presupuesto estatal destinados al sector de la salud y que posteriormente los distribuye entre los distintos niveles y unidades de atención a través de las asambleas provinciales y municipales.

Los recursos financieros que se destinan al sector anualmente son cuantiosos y se dirigen de forma priorizada a la potenciación del capital humano, al programa de genética y el de discapacitados, al transporte sanitario, a la creación y perfeccionamiento de las terapias intensivas municipales; así como, a los programas de nefrología y hemodiálisis, cardiología, oftalmología, ortopedia técnica e informatización.

El financiamiento de los mismos como se planteó con anterioridad se realiza a través del presupuesto del Estado; el cual permite ofrecer a la población servicios médicos gratuitos, que comprenden la asistencia hospitalaria (tanto a pacientes internados como ambulatorios), incluyendo las tecnologías más complejas; la atención primaria en los policlínicos, consultorios del médico de la familia y hogares maternos. También se incluyen dentro de estos gastos subvencionados por el Estado todas las actividades de promoción, prevención, las actividades curativas y de rehabilitación. En el anexo 11 se muestra la tendencia creciente de los gastos destinados al sector de la salud; los cuales constituyen los segundos, después de educación, en cuanto al peso relativo del monto de los egresos asociados a la actividad presupuestada en el país.

Igualmente la población recibe gratuitamente todas las investigaciones diagnósticas. Los medicamentos que se utilizan en los pacientes hospitalizados y los prescritos a pacientes ambulatorios, incluidos en programas especiales priorizados como embarazadas, oncología, tuberculosis, VIH-SIDA, son también entregados gratuitamente (Ferriol Maruaga, Pérez Izquierdo, & Quintana Mendoza, 2003). Es por ello que los gastos de bolsillo en que deben incurrir los usuarios del SNS en Cuba son mínimos, y están asociados a la atención ambulatoria no vinculada a programas especiales y a la adquisición de prótesis auditivas y ortopédicas, sillones de rueda, muletas, bastones y espejuelos, que en todos los casos se venden a precios subsidiados por el Estado. Destacar a su vez como una de las particularidades del sistema de salud cubano, que las familias de bajos ingresos reciben ayudas monetarias y en especie donde se incluyen los medicamentos.

En el anexo 12 se muestra la relación público-privada en los egresos de salud en Cuba. Se observa como casi en su totalidad los gastos de salud tienen un carácter público (alrededor del 90%), debido a que además de ser universal y gratuito el acceso al sistema de salud, la mayoría de los aditamentos, medicinas y demás complementos de una atención primaria de elevada calidad son gastos asumidos completamente por el Estado cubano. La ínfima proporción que recoge el gasto privado representa como se comentó con anterioridad algunos gastos muy específicos y altamente subsidiados en los que solo incurren determinados usuarios y se asocian a necesidades muy individuales; siendo en la mayoría de los casos un aporte simbólico.

Principales desafíos del sistema de salud en Cuba

- Necesidad de fortalecer el modelo de medicina familiar.
- Perfeccionar la participación y el control social de la salud e incrementar nivel de satisfacción de la población.
- Mantener los indicadores de morbimortalidad y de los factores de riesgo.
- Resolver los problemas de déficit de medicamentos.

- Incrementar el desarrollo informático y perfeccionar el sistema de ciencia e innovación tecnológica.
- Los servicios de salud no están aun suficientemente reorientados para responder al hecho de que la población envejece aceleradamente y ello supone una determinada evolución epidemiológica.

BIBLIOGRAFÍA

Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil; Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social e Tributário. Análise da seguridade social 2013. Brasília: ANFIP, 2014. 158 p.

Banco Mundial. (s.f.). [www.worldbank.org](http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators). Recuperado el junio de 2014, de <<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional da assistência à saúde 2001. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001

Constituição da República Federativa do Brasil. art 196, 197, 198. (1988). Brasil.

Constituição da República Federativa do Brasil. art 194, 195. (1988). Brasil. C., S. (s.f.).

Domínguez-Alonzo, E., & Zacea, E. (2011). Sistema de Salud de Cuba. Salud Pública de México.

Evlo, R., & Carrin, G. (1992). Financiación de la asistencia médica: aspecto parcial de un vasto problema. Foro Mund Sal, 166-171.

Ferriol Maruaga, A., Pérez Izquierdo, V., & Quintana Mendoza, D. (2003). Servicios de educación, salud, agua y saneamiento en Cuba. Cuba investigación económica, 19-68.

Lara, C., & Silva, C. (2014). Análisis de los Sistemas de Protección Social en Países de América Latina.

Majnoni d'Intignano, B. (june, 1992). Financing of health care in Europe. Health care reforms in Europe. Proceedings of the First Meeting of Working Party. Health Care Reforms in Europe., (págs. 33-54). Madrid.

Marques, R. (1999). O financiamento do sistema público de saúde brasileiro. . Santiago de Chile: ONU/CEPAL.

Marques, R. M.; Mendes, A. N. O Financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 14, n.3, May/June, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000300019>.25. Acesso em: 13 de junho de 2012.

Márquez, P. (1990). Control de costos en salud. Experiencias en países de las Américas. *Bol Of Sanit Panam*, 111-133.

Merchán, Edgar; Eri Shimizu, Helena; Díaz Bermúdez, Ximena. PERFIL DESCRIPTIVO DEL SISTEMA DE SALUD DE LA REPÚBLICA FEDERATIVA DE BRASIL. Observatorio Mercosur De Sistemas De Salud. 2013

Ministério da Saúde. (2012). DATASUS. Indicadores e dados básicos. Brasil: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>>. Acesso em 25 julho de 2014.

Ministerio de Salud de Chile. (2010). Redes asistenciales en Chile . Seminario de redes integradas de Servicios de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Gestión de Red Asistencial, Departamento de Gestión de Servicios de Salud.

ONEI. (2013). Anuario Estadístico de Cuba 2013. Cuba.

Organización Mundial de la Salud. (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Perfil del sistema de servicios de salud Chile. . Recuperado el noviembre de 2014, de Disponible en: <http://www.lachsr.org/es/profiles.cfm?view=countryAsDoc&viewid=8> .

Paim, J. e. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. . *Série Saúde em Brasil*.

Piola, S., & Vianna, S. (2009). PIOL Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Ipea.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. *Textos para Discussão*, Rio de Janeiro, IPEA, n. 1846, jul. 2013.

Romero Strooy, L. (agosto de 2011). Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Chile.

SANTOS, M. A. B.; SERVO, L. M. S. A Provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e forma de produção/remuneração dos serviços. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento;

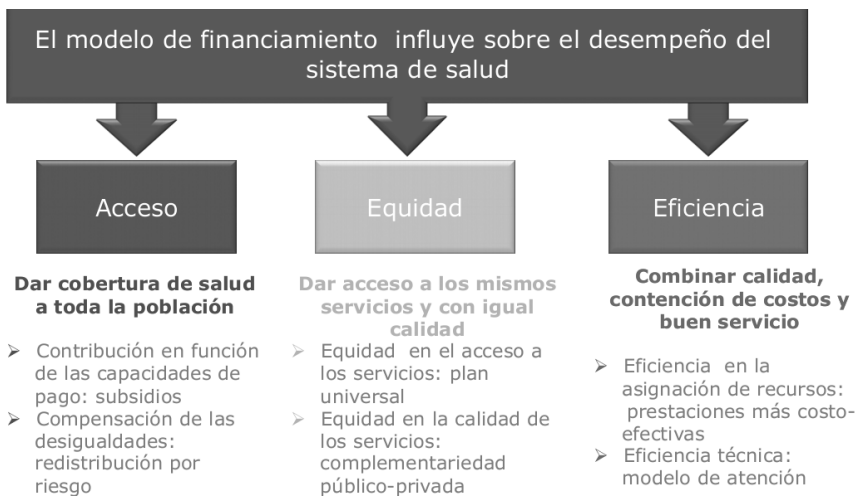
OPAS/MS no Brasil, 2016. 260 p.

Vergara-Iturriaga, M., & Martínez-Gutiérrez, M. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud pública de México* / vol.48, no.6, 512-521.

WHO. (2014). World Health Statistics. Global health indicators. WHO.

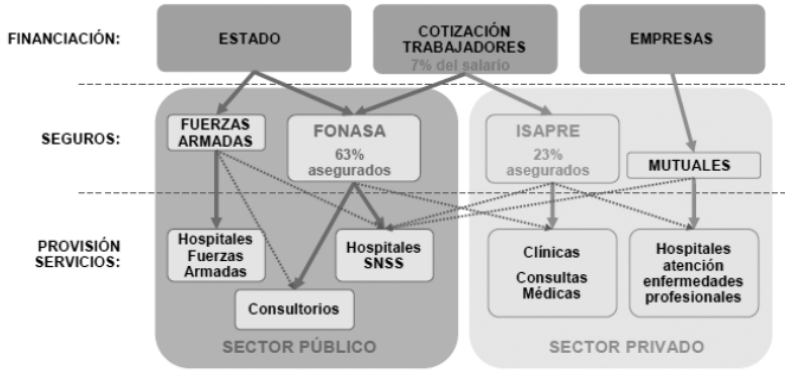
ANEXOS

Anexo 1. El financiamiento de la salud. Implicancias.



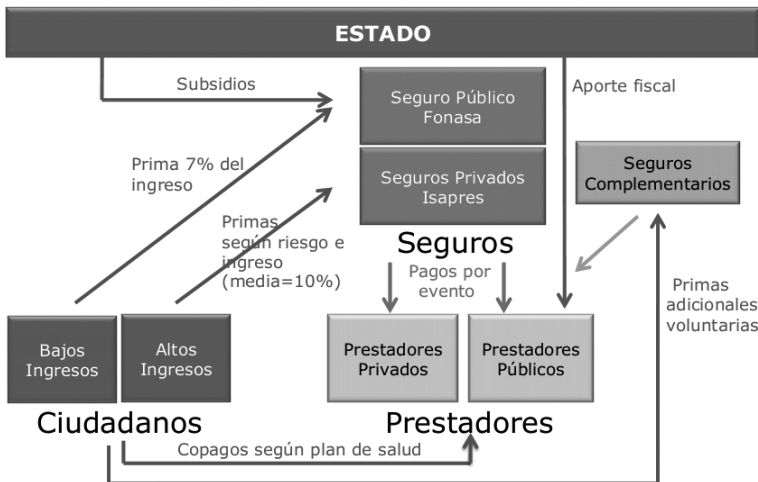
Fuente: ROMERO STROOY, L. (agosto de 2011). Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Chile.

Anexo 2. *Sistema Nacional de Salud Chileno – SNSS.*



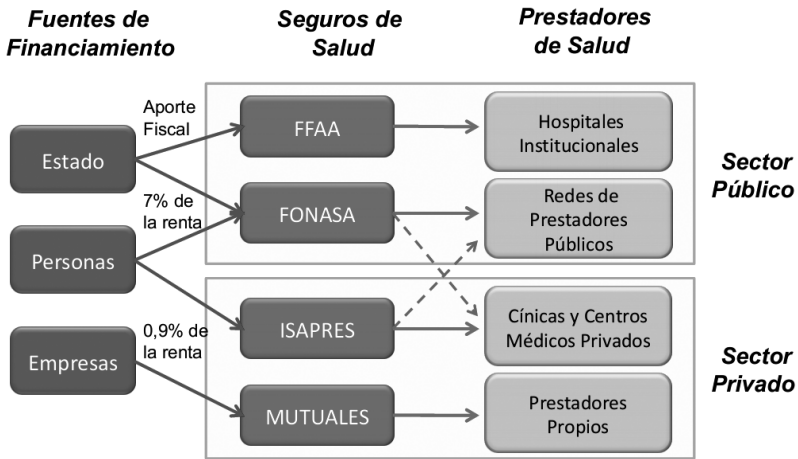
Fuente: Cid, Camilo. Inequidad y segmentación del financiamiento del sistema de salud Chileno.

Anexo 3. *Financiamiento del Sector de la Salud en Chile.*



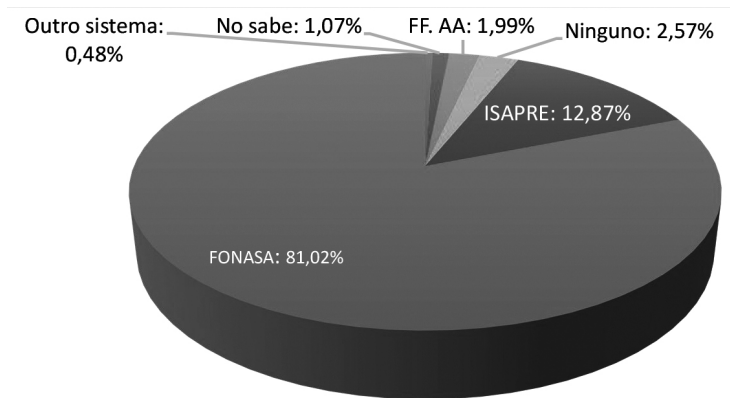
Fuente: Romero Strooy, L. (agosto de 2011). Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Chile.

Anexo 4. Fuente de financiamiento del sistema de salud chileno.



Fuente: Romero Strooy, L. (agosto de 2011). Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Chile.

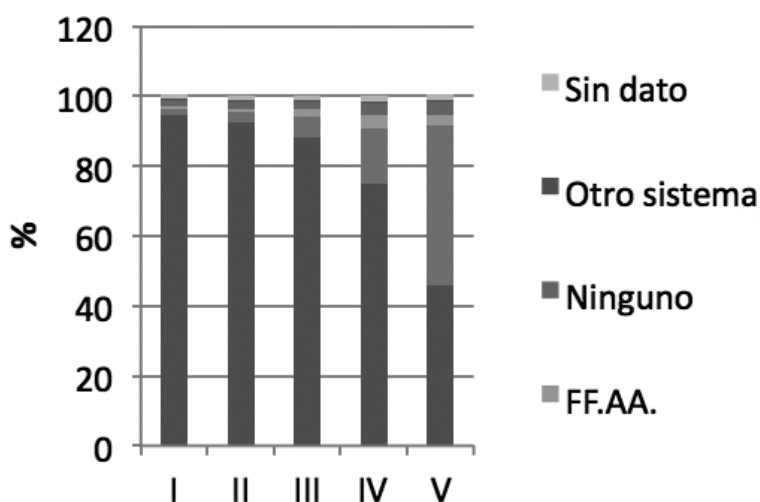
Anexo 5. Población según sistema previsional de salud.



Fuente: CASEN: Caracterización socioeconómica Nacional (CASEN), 2011.

Anexo 6.

- a) Población por quintil ingreso per cápita y por sistema previsual de salud.
- b) Población por factores de riesgo según seguro.



Fonasa tiene:

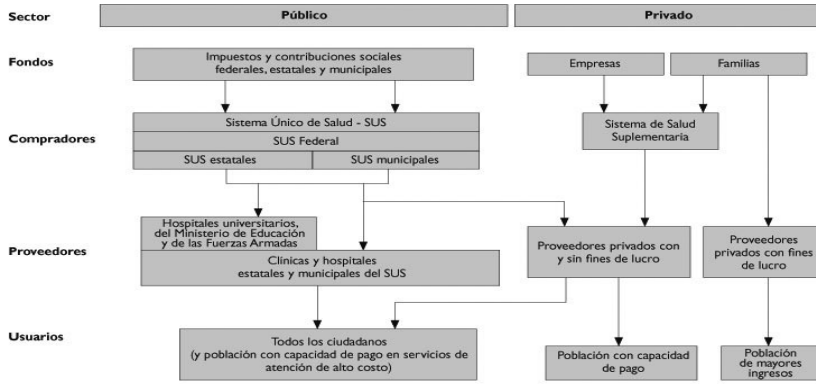
Enfermos VIH/SIDA	99%
Insuficiencia renal crónica	93%
Hombres > 65 años	77%
Mujeres > 65 años	80%
Niños < 4 años	77%
Mujeres en edad fértil	76%

A.

B.

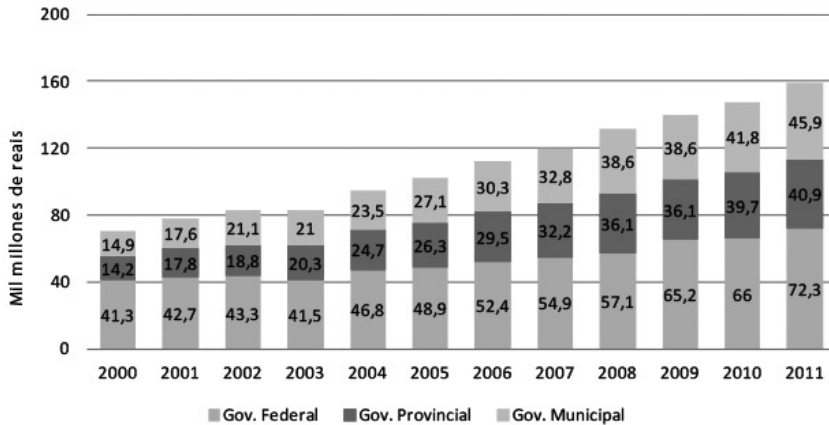
Fuente: elaboración propia a partir de: A) CASEN, 2011; B) CASEN, 2003.

Anexo 7. Estructura del Sistema de Salud de Brasil.



Salud Suplementaria: Medicina de Grupo, Planes Autoadministrados, cooperativas médicas y seguros individuales

Anexo 8. Gasto público en acciones y servicios de salud. Brasil 2000-2011. (Para el cálculo se utilizó como deflactor la media anual del IPCA para 2011).



Fuente: elaboración propia a partir de CONOF/CF, 2013.

Anexo 9. *Gastos en consumo de bienes y servicios de salud como proporción del PIB. Brasil 2000-2009.*

Sector	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total	8.1	8.3	8.4	8.1	8.1	8.0	8.3	8.3	8.1	8.5
Familias	4.9	5.1	5.0	4.8	4.8	4.8	4.9	4.8	4.7	4.8
Admón pública	3.1	3.1	3.3	3.2	3.2	3.1	3.4	3.3	3.3	3.6
Instituciones sin fines de lucro	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

Fuente: Datasus, 2012.

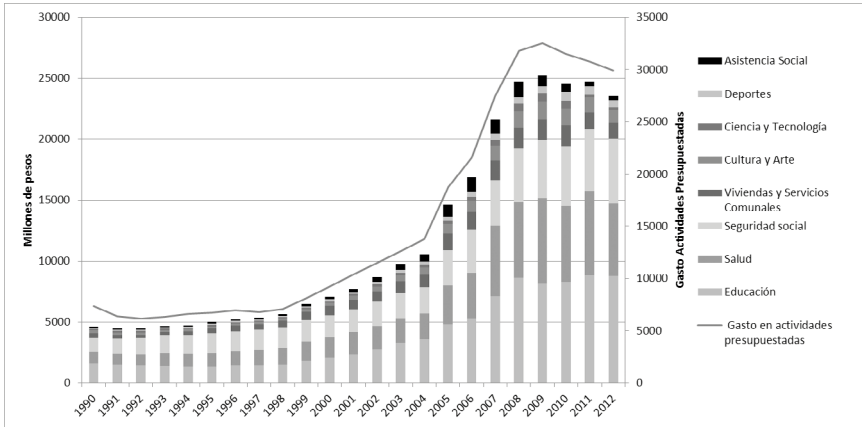
Anexo 10. *Organigrama del SNS en Cuba y la distribución del financiamiento en el mismo.*



CMEF: Consultorio del médico y la enfermera de la familia

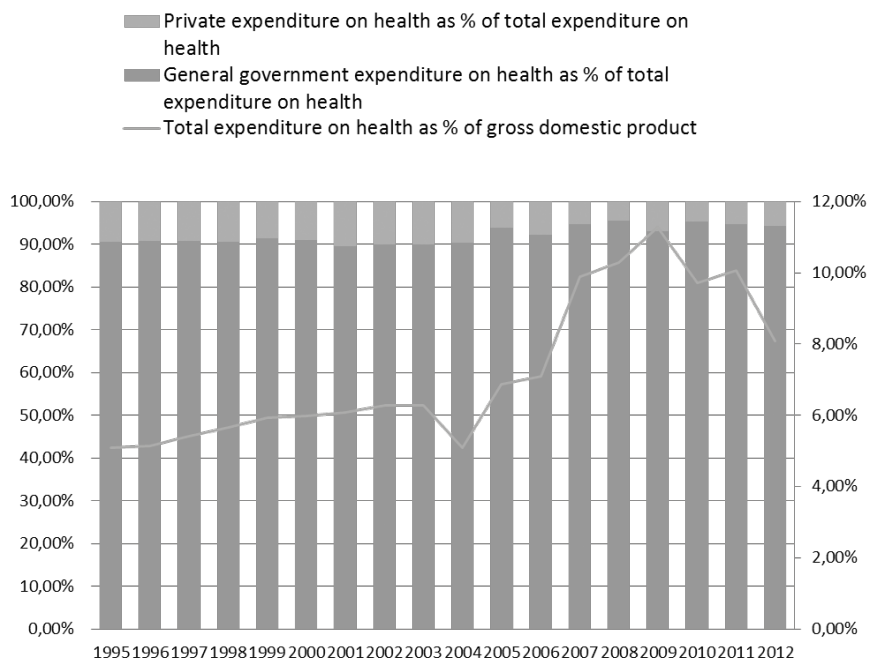
Fuente: elaboración propia a partir de Domínguez-Alonso, Emma. "Sistema de Salud de Cuba", 2011.

Anexo 11. Desagregación de los gastos en actividades presupuestadas en las principales esferas de interés social. Cuba 1990-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI).

Anexo 12. Gasto en Salud Pública según su origen. Cuba 1995-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2.2. ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL, EM CUBA E NO CHILE

Mari Aparecida Bortoli
Tiago Martinelli, Heloísa Teles
Berenice Rojas Couto
Jane Cruz Prates e Jussara Mendes

O estabelecimento do direito à assistência social na forma de política social passou por processos distintos no Brasil, em Cuba e no Chile. Adversa à caridade e à benemerência, a assistência social, garantida entre os direitos constitucionais, é datada das últimas décadas do século 20, quando se instituíram concepções de Estado voltadas à garantia do bem-estar da população, estabelecendo-se, para tanto, direitos e deveres para atender às necessidades sociais¹¹.

Enquanto em Cuba, nos anos de 1970, e no Brasil, nos anos de 1980, ampliaram-se processos democráticos e conformaram-se novas relações sociais, no Chile, nos anos de 1970, o esforço político para a implantação de novas relações sociais foi golpeado pela ditadura. Nesse contexto foram formuladas e aprovadas as Cartas Constitucionais, nas quais encontram-se as bases conceituais dos direitos sociais garantidos aos cidadãos de cada um desses países.

Em Cuba, a Constituição de 1976 instituiu o Estado socialista para garantir direitos, liberdades, justiça e bem-estar. No artigo 48 do texto constitucional, a assistência social foi assegurada como direito de responsabilidade do Estado para proteger idosos sem recursos nem amparos e qualquer pessoa não apta para o trabalho que careça de ajuda (CUBA, 1976).

No Brasil, a Constituição de 1988 instituiu o Estado democrático de direito para assegurar liberdades, igualdade, desenvolvimento e bem-estar. O artigo 203 do texto constitucional brasileiro assegura a assistência social como direito e determina que será prestada a quem necessitar, independentemente de contribuição (BRASIL, 1988).

¹¹ Uma discussão sobre o direito a assistência social no Brasil é feita por: COUTO, B. R. *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

No Chile, a Constituição de 1980 estabeleceu como finalidade do Estado a promoção do bem comum e como seu dever o resguardo da segurança nacional, a proteção e a promoção da integração social e dos direitos de participação das pessoas com igualdade de oportunidades (CHILE, 1980). A assistência social não está assegurada dentre os direitos constitucionais.

Tanto no Brasil quanto em Cuba, os textos constitucionais foram produtos de lutas políticas organizadas pelos trabalhadores, nos sindicatos, nos movimentos sociais e populares, e demais instâncias de reivindicação de direitos. Esses textos forjaram a conquista de independência e autonomia dos Estados e garantiram poder e soberania às populações para a garantia de direitos e proteção social, indicando a importância da participação para a organização em defesa dos direitos. No Chile, o projeto de implantação do regime socialista foi golpeado e o texto constitucional, aprovado durante a ditadura militar, garantiu soberania à nação, estabelecendo como dever do Estado resguardar a segurança nacional e proteger a população, bloqueando o direito de participação, limitado à defesa dos interesses da nação¹².

A regulamentação da Assistência Social nos três países

Nos países cuja participação da população forjou a garantia de atendimento das suas necessidades básicas, a assistência social avançou na sua regulamentação, especialmente nos anos seguintes à aprovação dos textos constitucionais. Esse avanço foi impulsionado pela participação da população em instâncias de controle social e popular, como conselhos, fóruns, conferências e assembleias. A regulamentação representa, portanto, uma conquista, na medida em que garante a assistência social como direito e cria meios para sua efetivação, determinando seus modos de organização e gestão, definindo benefícios e serviços socioassistenciais.

¹² Sobre a repressão aos partidos políticos, aos sindicatos e organizações sociais, aos trabalhadores e à violação de direitos humanos e sociais ver: MARIANO, N. *As Garras do Condor*: como as ditaduras militares da Argentina, do Chile, do Uruguai, do Brasil, da Bolívia e do Paraguai se associaram para eliminar adversários políticos. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

Em Cuba, a assistência social, conforme o texto constitucional, foi instituída como direito do cidadão, assim como o trabalho, a saúde, a educação, a moradia e a liberdade (artigos 45 a 66). Em 1979 foi aprovada a Lei nº 24 de Segurança Social, reformulada e publicada em 2009 sob a denominação de Lei nº 105/08 (CUBA, 2009). O regime de assistência social é complementar ao regime de segurança social¹³ e dá forma ao Sistema de Segurança Social. Segundo a Lei nº 24 de Segurança Social, a assistência social, como os demais direitos, integra a Política Social, concebida como única e realizada sob responsabilidade do Estado, a fim de garantir proteção à população em estado de necessidade.

No Brasil, a assistência social, juntamente com a saúde e a previdência social, compõe o sistema de seguridade social. Conforme o texto constitucional, a Seguridade Social integra o sistema de proteção social brasileiro, o qual, numa perspectiva ampliada¹⁴, abrange os direitos a educação, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança e proteção à maternidade e à infância (Art. 6º). Em 1993 foi aprovada a Lei nº 8.742, que regulamenta a assistência, denominada Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993), após cinco anos da aprovação da Constituição Federal de 1988. Passados mais de 10 anos da aprovação da LOAS, foi aprovado o texto da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, por meio da Resolução nº 145, de 14 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004); e, em seguida, foi criado o Sistema Único de Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2005). Conforme a LOAS (BRASIL, 1993), a assistência social é política pública não contributiva, realizada sob responsabilidade do Estado, por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, a fim de atender às necessidades básicas da população.

¹³ O regime de segurança social, em Cuba, em vigor desde 2009, corresponde às prestações que são benefícios dirigidos aos trabalhadores e suas famílias. São classificadas em prestações em serviços; prestações em espécie e prestações monetárias. Tal regime assemelha-se à previdência social brasileira.

¹⁴ Esta perspectiva pauta-se pelos princípios de universalidade da cobertura e do atendimento, da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, na irredutibilidade do valor dos benefícios, na equidade na forma de participação no custeio e na diversidade da base de financiamento.

No Chile, o texto constitucional assegura entre os direitos a segurança social, a saúde, a educação, o trabalho e a moradia (artigos 19 a 23). Apesar de a assistência social não ser assegurada, em 1981 foi aprovada a Lei nº 18.020 de Subsídio Familiar para as pessoas com baixos recursos que não podiam acessar o abono familiar¹⁵. Em 2004 foi criado o Programa Chile Solidário, por meio da Lei nº 19.949; e, em 2009, foi aprovada a Lei nº 20.379, que cria o Sistema Intersectorial de Proteção Social (CHILE, 2009). No ano de 2012, foi aprovada a Lei nº 20.595, que cria o Subsistema de Proteção e Promoção Social Seguranças e Oportunidades (CHILE, 2012). A assistência inclui-se no sistema de proteção social, organizado a partir de uma rede de serviços e políticas contributivas e não contributivas destinada a oferecer proteção aos diferentes grupos socioeconômicos. A assistência social, entretanto, é prevista apenas como finalidade dos programas sociais e das políticas setoriais, realizados sob coordenação de organismos estatais, de acordo com as necessidades da população em situação de extrema pobreza.

Entre Brasil e Cuba existem aproximações em relação à regulamentação da assistência social, seja na sua condição de direito, seja na sua composição e/ou complementaridade com a previdência social/segurança social. No Chile, porém, a assistência social não foi estabelecida entre os direitos. Como característica dos serviços sociais de saúde e de educação, a assistência não expressa uma política, tampouco programas específicos, mas fica reduzida a uma ação que permeia os serviços e programas dirigidos às populações mais pobres.

Na legislação cubana, as reformulações contribuíram para redefinir os serviços sociais. No país, os serviços sociais se configuram através de programas e ações de proteção social, dirigidos a melhorar a qualidade de vida e a integração social dos requerentes, conforme o art. 106 da Lei 105/08 (CUBA, 2009). O artigo 112 dessa mesma lei define os serviços sociais organizados territorialmente, segundo a sua complexidade e especificidade, como: (i) serviços sociais comunitários e (ii) serviços sociais institucionais.

¹⁵ O Abono Familiar era garantido pelo Programa de Ocupação para Chefes do Lar ou Programa de Emprego Mínimo, de acordo com o Informe do Desenvolvimento Social de 2014.

As reformulações na legislação brasileira contribuíram para dar as diretrizes da assistência social como política social e determinar a oferta de benefícios e serviços socioassistenciais. De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009), esses serviços são organizados por três níveis de complexidade do SUAS em Proteção Social: (i) Básica, (ii) Especial de Média Complexidade e (iii) de Alta Complexidade.

No Chile, as iniciativas de proteção social foram reformuladas com o objetivo de criar um sistema de garantia de direitos sociais por meio de programas de acompanhamento psicossocial e serviços socioassistenciais. No país, os serviços socioassistenciais previstos no Programa Chile Solidário (CHILE, 2004) são organizados sobre quatro premissas: (i) apoio psicossocial às famílias, (ii) bônus de proteção – transferência de renda decrescente e condicionada, (iii) subsídios monetários garantidos – conjunto de transferências monetárias e (iv) programas de promoção social.

De modo geral, as regulamentações, além de definirem concepções de assistência social/proteção social, demarcarem objetivos, definirem níveis de proteção, serviços e benefícios e determinarem sua realização sob responsabilidade do Estado, também identificam a população usuária/beneficiária e as fontes de financiamento para garantia desse direito.

A concretização da assistência social nos três países

Na condição de direito e destinada a garantir o atendimento das necessidades básicas da população, as reformulações acerca da assistência social/proteção social, desde o final do século 20 e, principalmente, na primeira década do século 21, evidenciam as implicações da manutenção do patamar de garantia de direitos, num contexto de crise do capital com consequências para toda a sociedade, principalmente no que diz respeito ao processo de desregulamentação e a liquidação dos direitos sociais¹⁶. Na contramão, alguns países

¹⁶ Conforme indicam as análises de Netto (2012, p. 444), as transformações societárias, em curso desde 1970, configuram “uma série de inequívocas vitórias do grande capital” ao mesmo tempo que assinalam “o exaurimento das possibilidades civilizatórias da ordem do capital”. Trata-se de um capitalismo planetário longe de ser modificado na sua essência exploradora

constroem suas resistências para a manutenção de alguns direitos. Nesses processos, entretanto, se conformam regras que tanto podem contribuir para o avanço e consolidação dos direitos, quanto aquelas que podem limitar e levar ao seu retrocesso.

Nesse contexto, o acesso da população aos direitos sociais, especialmente à assistência social, reserva algumas particularidades. As **condições de acesso** aos serviços e benefícios socioassistenciais são bastante distintas nos três países, demarcando as contradições e disputas no campo da assistência social/proteção social para garantir sua universalização e/ou focalização.

A política de assistência social brasileira, especialmente quando tomada separadamente¹⁷ das demais políticas de Seguridade Social, demonstra avanços significativos em termos de sua organização para o acesso da população aos benefícios e serviços socioassistenciais. Neste aspecto, a assistência social, por meio do SUAS (BRASIL, 2005), almeja a universalidade de cobertura e atendimento, estabelecida como um dos objetivos da Seguridade Social (BRASIL, 1988), referenciada na LOAS (BRASIL, 1993).

O acesso aos serviços socioassistenciais no Brasil é garantido sem discriminação social de qualquer natureza a *famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social* (pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2004, p. 33); e ainda que se encontrem *em situação de risco pessoal e social* (abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras) (BRASIL, 2004, p. 37).

Em Cuba, onde a assistência social está diretamente relacionada ao Sistema de Segurança Social, as reformulações, principalmente aquelas promovidas por meio da Lei nº 105/08 de 2009 (CUBA, 2009), podem implicar a diminui-

da relação capital e trabalho e sem condições de propiciar alternativas progressistas para a massa dos trabalhadores, tampouco para a humanidade.

¹⁷ No Brasil, a regulamentação de cada uma das políticas que compõem a Seguridade Social (Assistência social, previdência social e saúde) não tem implicações diretas nas demais. Sendo assim, essa separação é possível, visto que as políticas são autônomas na sua regulamentação.

ção do acesso e dos gastos com esses serviços sociais. Todavia, a garantia de cobertura e acesso ao sistema para toda a população cubana garante a universalidade, entendida como um dos princípios fundamentais do Sistema de Segurança Social, com base na igualdade de acesso para a satisfação das necessidades humanas (CUBA, 1976).

O acesso aos serviços sociais em Cuba é garantido às famílias dos trabalhadores assalariados ou pensionistas; aos trabalhadores que recebem subsídios por doença ou acidente; aos trabalhadores que atingem a idade mínima para acessar a pensão por idade e não cumprem o requisito de tempo mínimo de serviços; às mães trabalhadoras no período que desfrutam de licença não remunerada para cuidar dos filhos e que estejam em situação de carência econômica; à família de jovens que estejam prestando serviço militar e que constituam o único ou parte do sustento familiar; aos órfãos de um só responsável, pensionistas pela segurança social que chegam aos 17 anos de idade e que encontram-se estudando; aos pensionados com renda insuficiente segundo o número de dependentes; a outras pessoas possam requerer a assistência social (CUBA, 2009).

No Chile, como se pode constatar no Programa Chile Solidário componente do Sistema Intersectorial de Proteção Social (CHILE, 2009), busca-se criar uma estrutura que articule a oferta pública de benefícios sociais, criando um sistema que garanta os direitos sociais básicos e que possa dar início ao acesso universal à saúde, à educação e à pensão e à estruturação dos serviços socioassistenciais. Entretanto, predomina o princípio da focalização, visto que os serviços e benefícios são dirigidos às populações em situação de extrema pobreza.

O acesso aos serviços socioassistenciais no Chile estão previstos a partir do programa *Chile Solidário*, aos adultos maiores que vivem em situação de vulnerabilidade e pobreza, adultos indigentes, crianças de famílias em que um de seus integrantes encontra-se na prisão; e *Chile Cresce Contigo*, às crianças, em particular aquelas de setores mais pobres e vulneráveis,

Cabe lembrar que, tanto no Brasil quanto em Cuba, a assistência social é ofertada a todas as pessoas, conforme previsto na legislação específica, entretanto ao definirem-se os usuários/beneficiários dos serviços e benefícios ofertados, percebe-se a existência de critérios que determinam o acesso de

populações específicas. No Brasil, os usuários/beneficiários da assistência social são pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e riscos (BRASIL, 2004); em Cuba são pessoas em estado de necessidade (CUBA, 1979); e no Chile são as pessoas em situação de vulnerabilidade e de pobreza extrema (CHILE, 2009; 2012).

Tanto no Brasil quanto no Chile, foram elaborados instrumentos¹⁸ para a definição da população usuária/beneficiária que, ao competirem para selecionar as pessoas que podem acessar os serviços/benefícios, também servem para avaliar suas necessidades. Esses instrumentos contribuem para a gestão, o monitoramento e avaliação de políticas, programas e projetos, mecanismos atinentes à execução da assistência social/proteção social nos referidos países.

O **financiamento** da assistência social/proteção social assemelha-se nos três países por ter o Estado como seu principal responsável. Todavia, as formas de realização são distintas e sinalizam os interesses e as disputas travadas em cada território para garantir e ampliar benefícios e serviços socioassistenciais.

No Brasil o financiamento está disposto no art. 195 da Constituição Federal. Como política inserida no tripé da seguridade social, sua fonte de custeio é financiada com a participação de toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais do empregador, empresa e entidades equiparadas na forma da lei, a receita ou o faturamento. Inclui, também, renúncias fiscais (isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia) que se constituem como uma alternativa extraorçamentária de realização das políticas de governo de promoção do desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2013, p. 53 – Caderno VI)¹⁹.

¹⁸ No Brasil, o registro dos atendimentos era realizado em instrumentos próprios de cada ente federado, geralmente denominados de Fichas ou Cadastros. Com a implementação da PNAS, foi criado o Cadastro Único CADÚNICO para programas sociais do Governo Federal. No período da ditadura, foi criado um instrumento denominado Ficha do Comitê de Assistência Social – Ficha CAS, aperfeiçoado em 2006, sob a denominação de Ficha de Proteção Social – FPS, utilizado atualmente para melhorar a focalização dos recursos.

¹⁹ A pactuação da gestão e das ações e a aplicação de recursos do SUAS são negociadas nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs) e na de Intergestores Tripartite (CIT). O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) acompanha e aprova essas ações através do controle social, que também é exercido nas esferas estatais e municipais.

Na assistência social brasileira, existem limites entre o financiamento, a oferta e a execução de serviços, os recursos repassados às instituições privadas se realizam através de convênios, contratos, acordos ou ajustes com o poder público. Um dos limites referenciados está na execução dos serviços, que parte atende a uma demanda coletiva (aquilo que está determinado nos objetivos, diretrizes e princípios da política) e parte atende aos interesses privados (caridade, benevolência, solidariedade, responsabilidade social, filantropia). Outro limite está na forma de contratação dos trabalhadores expressa desde os regimes estatutários, passando pelos celetistas até a terceirização.

Apesar de as entidades privadas se beneficiarem do orçamento público, não há uma relação direta de mercado, tendo em vista que não há oferta exclusiva de serviços pelo campo privado no que se refere à organização da assistência social pelas proteções básica e especial²⁰.

Em Cuba o Estado é o responsável pelo financiamento e aplica os recursos a partir da identificação das necessidades. Os serviços/benefícios prestados pela proteção social são financiados diretamente pelo Estado, diferentemente do regime de Segurança Social que recebe recursos do Estado, mas também de entidades de trabalhadores, regulados em legislação tributária. Em Cuba não há participação da iniciativa privada no financiamento da proteção social.

No Chile, atualiza-se a importância do Estado como regulador da economia, redistribuidor da riqueza e do bem-estar. O papel a ser assumido pelo Estado sobre a Proteção Social é também aquele que ocupa o mercado com as facilidades e os “atalhos” para a autorregulação e para que os setores mais vulneráveis

²⁰ No entanto, o campo da Assistência Social privada é espaço privilegiado de reprodução e fortalecimento da contrarreforma do Estado. A contrarreforma propõe: “[...] melhorar não apenas a organização e o pessoal do Estado, mas também suas finanças e todo o seu sistema institucional-legal, de forma a permitir que o mesmo tenha uma relação harmoniosa e positiva com a sociedade civil” (BRASIL, 1995, p. 44). Trata-se de “[...] tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de Estado, através da transformação das autarquias em ‘agências autônomas’, e tornar também muito mais eficientes os serviços sociais competitivos ao transformá-los em organizações públicas não estatais [...]” (BRASIL, 1995, p. 44-45). Calçadas na lógica da eficiência, as entidades incorrem na disputa pelo financiamento público de seus serviços e passam a materializar aquilo que foi prescrito no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, o qual pretende tornar mais eficientes as atividades exclusivas do Estado, transformar suas autarquias em “agências autônomas” e transformá-las em organizações públicas não estatais.

se insiram na sociedade. Para muitos analistas, o mercado assume um papel preponderante, como eixo orientador das direções das outras dimensões.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1366/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=11. Em 20/01/20014.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, 1995.

BRASIL. Resolução nº 109 de novembro de 2009. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. CNAS, 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *As Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos no Brasil 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

CHILE. *Constituição Política da República do Chile*. Disponível em: <<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CHILE. *Ley nº 20.379 de 2009*. Sistema Intersectorial de Protección Social. PDF. Disponível em: <<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/03/Ley-20.379.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

CUBA. *Constituição da República de Cuba*. Disponível em: <<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CUBA. GRANMA. *Projeto de lei da segurança social*. Disponível em: <<http://www.granma.cu/granmad/secciones/seguridad-social/art-003.html>> Acesso em: 16 jan. 2015.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

2.3. SÍNTESES COMPARATIVA DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES DE BRASIL, CUBA Y CHILE

Claudio Lara Cortes
Consuelo Silva Flores
Henry Colina Hernández
Mirela Maggione
Luiz Jorge V. P. de Mendonça
Rosa Maria Marques

Actualmente todos los países de América Latina y el Caribe cuentan con sistemas de pensiones, pero existe una gran heterogeneidad entre los mismos, tanto en relación a su desarrollo histórico como a sus características y funcionamiento actual. Los países bajo estudio en esta investigación -Cuba, Brasil y Chile- pertenecen al grupo de países que tempranamente introdujeron esquemas de seguro social, organizados por categoría profesional e inspirados en el modelo bismarckiano de prestaciones (Mesa-Lago, 2004).

Claro que esos esquemas creados a inicios del siglo XX, eran bastante estratificados y reflejaban directamente las desigualdades de los limitados mercados de trabajo de ese entonces. A mediados del siglo pasado, dichos países comenzaron a transformar radicalmente las características constitutivas de tales sistemas y en el último tiempo llevaron a cabo nuevas modificaciones, donde destaca la imposición de la capitalización individual en Chile. La síntesis que se presenta a continuación pretende justamente dar cuenta de aquellos cambios y evaluar su desempeño en base a ciertos criterios básicos.

Arquitectura de los sistemas previsionales y reformas recientes

Los grandes momentos de cambio de los sistemas previsionales son tratados a continuación.

Transformaciones profundas en los sistemas de pensiones

El primero en revolucionar su esquema original de pensiones fue Cuba, tras la entrada en vigor de un nuevo sistema de seguridad social en 1963. Su modificación conceptual más importante se refiere al campo de aplicación, puesto que ahora cuenta con una cobertura integral mucho más amplia. Esto responde a los principios fundamentales en que se basa: Solidaridad, Universalidad, Comprensibilidad e Integralidad. En el plano institucional, establece los regímenes de Seguridad Social y de Asistencia Social, así como cinco regímenes especiales (Pérez y Odriozola, 2014). Este sistema fue ampliado y perfeccionado con la inclusión de nuevos beneficios tras la promulgación de la Ley 24 de 1979, vigente a partir de 1980.

Por su parte, la configuración actual del sistema de Seguridad Social brasileño, tal como aparece consagrado en la Constitución Federal del año 1988, es el fruto de una larga experiencia histórica, marcada en parte importante por las demandas sociales. Sus principios orientadores son: la universalidad de la cobertura; la uniformidad y la equivalencia entre las prestaciones dirigidas a los núcleos urbanos y rurales; selectividad y solidaridad; imposibilidad de reducir los valores de las prestaciones; equidad y diversidad en las formas de los costes; democratización y descentralización en la gestión, con la participación amplia de la comunidad. Antes se había aprobado la Ley Orgánica de Previsión Social en 1960 (uniformando el conjunto de riesgos cubiertos por los diferentes planes) y creado el Instituto Nacional de Previsión Social en 1966.

En el caso de Chile, mediante el Decreto Ley 3.500, la dictadura militar impuso en 1981 un régimen de capitalización individual obligatoria que otorga al derecho individual preeminencia por sobre el derecho social. Este nuevo sistema pasa a ser administrado por sociedades anónimas privadas orientadas hacia el lucro: las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Por lo cual, no constituye una entidad de Previsión Social; ni de ahorro previsional en su sentido clásico. De forma paralela, el Estado pasa a financiar las pensiones del sector pasivo que permanecieron en el antiguo sistema y, a través de la Superintendencia de Pensiones, fiscaliza y regula el naciente sistema de AFP.

Reformas recientes

Después de los grandes cambios de paradigma, los tres sistemas de pensiones en estudio han vivido una serie de reformas de naturaleza organizacional o paramétrica.

Así, en Cuba, un nuevo proyecto que habría de sustituir a la Ley 24, se convirtió en la Ley número 105 de Seguridad Social en abril de 2009, tras una amplia consulta popular. En el ámbito de las pensiones, este cuerpo legal presenta importantes innovaciones 'paramétricas' que están dirigidas a elevar la edad de jubilación en cinco años y a modificar tanto el cálculo de las pensiones (Artículo 26) como el régimen de trabajo de los jubilados y de los trabajadores por cuenta propia (régimen especial). Se establecen, además, dos Categorías de Pensionados: una según trabajos realizados en condiciones normales y otra para trabajos que originan una reducción de la capacidad laboral en el tiempo (Pérez y Odriozola, 2014).

En el curso del proceso de reforma previsional en Brasil, pueden identificarse tres grandes hitos de gran importancia. Primero, la Enmienda Constitucional N°20 (diciembre de 1998) introduce cuestiones referidas al equilibrio financiero del sistema, sustituyendo la jubilación por tiempo de servicio por la jubilación por tiempo de contribución, pero aumentó el techo de contribuciones y beneficios del Régimen General de la Previdencia Social (RGPS). Cambió, además, la fórmula de cálculo de las jubilaciones, abriendo un precedente para un segundo hito, la Ley del Factor Previsional. Por último, la Enmienda Constitucional N°41 (diciembre de 2003) avanzó hacia la armonización entre el régimen general y los regímenes propios (como el RPPS para funcionarios públicos, por ejemplo). De igual manera modificó ciertos parámetros en pos de darle mayor sostenibilidad financiera al sistema (Schwarzer, 2009). Adicionalmente, incentivó la afiliación previsional de trabajadores del sector informal urbano y se abrió la puerta para que los regímenes propios puedan contar con un régimen complementario (fondos de pensión).

En el caso de Chile, la primera reforma importante se produce el año 2002, la que introdujo cinco opciones para invertir. El propósito de estos multifondos era trasladar el riesgo de inversión desde los administradores de las AFP a los propios cotizantes, ahora convertidos en 'inversores'. Una nueva reforma fue

aprobada a inicios de 2008, la cual contiene 100 medidas tendientes a mejorar el nivel de las pensiones, pero “el elemento más significativo de la reforma es la introducción de un pilar solidario” (Quiroga, Y., 2008:32), financiado completamente con ingresos públicos y dirigido a los sectores más pobres de la población. Está compuesto por una Pensión Básica Solidaria (prestación no contributiva) y un Aporte Previsional Solidario (complemento mensual en dinero). También se implementan medidas para aumentar la cobertura previsional de los grupos vulnerables: jóvenes (subsidio previsional), mujeres (bono por hijo y otros) y trabajadores independientes (nuevos incentivos, derechos y deberes). Asimismo, se busca el perfeccionamiento del sistema de capitalización individual, con el objetivo de aumentar su competencia y rentabilidad, disminuir sus costos y fortalecer el ahorro previsional voluntario.

Evaluación de los Sistemas Previsionales

Los sistemas de previsión social pueden ser analizados teniendo en cuenta tres dimensiones básicas: cobertura, adecuación de los beneficios y sostenibilidad.

Niveles de cobertura y sus discrepancias

Si bien los países bajo estudio en esta investigación presentan configuraciones distintas en sus sistemas pensionales, comparten un aspecto central: estar organizados sobre la base de un esquema contributivo. Por esta razón, la cobertura previsional abarca dos etapas; la primera está asociada con la población en edad de trabajar (edad activa) y, la segunda, con la población adulta mayor ya retirada (OCDE, Banco Mundial, BID, 2015).

Una de las características que definen a los sistemas de pensiones en estudio es la marcada discrepancia existente entre ambas etapas, puesto que la segunda tiende a ser mayor que la primera, debido a que los gobiernos, gracias a las reformas antes comentadas, adicionan a los contribuyentes que han aportado regularmente a aquellos que acceden a través de los mecanismos no contributivos y/o regímenes especiales; con el fin de aproximarse a la universalidad (Brasil y Chile) o de cumplir plenamente con este principio (Cuba).

Ello ha permitido que la cobertura entre los adultos mayores aumente significativamente al 2011, tanto en Brasil (el 82,2%, la mejor cobertura verificada desde el inicio de la serie en 1992) como en Chile (83%). La expansión de este indicador se debe en gran medida al aumento de la protección de las mujeres adultas mayores (Banco Mundial, 2013: 130). En el caso de Brasil, dicho porcentaje refleja el impresionante crecimiento de la cantidad de beneficiarios del RGPS, que pasa de 17,5 millones a 26 millones entre 2000 y 2012 (Banco Mundial, 2013: 131). Conviene precisar que la medición aplicada en ambos países (porcentaje de adultos mayores que están actualmente recibiendo un beneficio) contrasta con la utilizada en Cuba, que refiere a todos los beneficiarios potenciales que tienen derechos adquiridos (universalidad plena).

Por otra parte, la cobertura previsional en la población en edad de trabajar, además de ubicarse por debajo de la cobertura en los adultos mayores, presenta en su medición serios problemas metodológicos, de información y comparabilidad entre países (Banco Mundial, 2011: 13-14). Casi todos los organismos internacionales han optado por utilizar el término 'afiliación', que en estricto rigor indica solamente la expectativa futura de recibir una pensión a la edad determinada por ley, no se refiere a realizar una cotización regular para tales fines²¹.

El problema de identificar la cobertura de la población en edad de trabajar con la 'afiliación' puede ilustrarse con el caso chileno: a diciembre de 2014, el número de afiliados totales era de 9.737.853, mientras que el número de cotizantes totales alcanzaba los 5.017.438. Peor aún, el número de afiliados crece más rápido que el de cotizantes. Estas discrepancias levantan interrogantes acerca de la suficiencia de los niveles de cobertura y de su sostenibilidad.

Suficiencia de los niveles de cobertura

Si bien los países aquí analizados presentan importantes niveles de cobertura con respecto a la mayoría de los países del continente, aún no logran tasas de reemplazo y/o montos mínimos de pensión suficientes para que todas las

²¹ Asimismo, cabe advertir en particular acerca de las restricciones de la información de las Encuestas de Hogares con que se trabaja a tal efecto (CEPAL, 2013: 174).

personas mayores puedan vivir la vejez de forma digna, y no sólo algunas de ellas (Holzmann y Hinz, 2005). Las razones más inmediatas de esta insuficiencia (e inequidad) se encontrarían en las mismas características que han asumido los sistemas previsionales (basados en varios pilares), que se traducen en la entrega de distintos montos de prestaciones.

En Brasil, los beneficios monetarios provienen, en su gran mayoría, del RGPS, cuyo promedio fue de R\$ 934,77 (US\$ 477) en 2012. No obstante, más de dos tercios de sus beneficiarios, alrededor de 20 millones de personas, recibieron prestaciones por debajo de ese promedio y en muchos casos cercanos a un salario mínimo²². Por su parte, los adultos mayores que sufren la pobreza se ven beneficiados por los programas de transferencias directas y condicionadas de ingreso de la Asistencia Social, especialmente del Programa Bolsa Familia, cuyo aporte se sitúa entre R\$ 32 (US\$ 11) y R\$ 306 (US\$ 156) en 2012. De hecho, este programa estaría constituyéndose en otro pilar de la previsión social, sin pertenecer, de jure, al sistema. Por otra parte, quienes participan de los fondos de pensiones complementarios (por ejemplo, el que rige para los funcionarios públicos) pueden obtener valores mucho mayores a los pagados en promedio por el RGPS, aunque están sujetas al tope de contribuciones y prestaciones del RGPS.

La situación en Chile pareciera ser más desfavorable, ya que el sistema privado de AFP ha entregado por largo tiempo pensiones que en promedio se ubican por debajo del salario mínimo; correspondiente a \$ 225.000 pesos o 403,1 dólares a fines de 2014 (Superintendencia de Pensiones, 2015)²³. Así también lo hacen el sistema antiguo en extinción (IPS) y particularmente el Pilar Solidario. Otra forma de dimensionar aquella 'insuficiencia', son las 'tasas de reemplazo, que según el Pensions Outlook 2013, publicado por la OCDE, las mujeres en Chile jubilan con una pensión que alcanzaría a un 42% de las remuneraciones de los últimos 10 años y la de los hombres a un 52%. Ambos

²² El año 2012, 8,8 millones de beneficiarios directos en el campo (sin contar sus familias) cuentan con un ingreso mensual equivalente a un salario mínimo.

²³ De acuerdo a datos oficiales, al 30 de noviembre de 2014, este sistema pagó un valor promedio de 198.049 pesos (334,3 dólares) a 1.011.548 personas. En tanto, el IPS entregó pensiones que promediaron 190.565 pesos (321,6 dólares) a 690.731 personas. Por su parte, el Pilar Solidario pagó pensiones finales por vejez a 1.030.780 personas que promediaron 86.919 pesos (PBS) o 162.721 pesos (APS), equivalentes a 146,7 y 274,6 dólares, respectivamente.

resultados están lejos de cumplir con la promesa original de entregar pensiones con una tasa de reemplazo de 70% o más.

Con respecto a Cuba, de acuerdo a los datos oficiales, el monto por pensión ha subido progresivamente entre 2005 y 2013, desde 179,36 pesos a 276,94 pesos (ONEI, 2017). Como se ve, la situación de los pensionados chilenos es mucho más desfavorable que sus pares brasileños y cubanos, agravado por el hecho que el sistema de AFP no es parte de un sistema de seguridad social (principio de comprensibilidad), como el existente en Cuba y Brasil.

Sostenibilidad de los sistemas previsionales

Las diversas reformas que llevaron a cabo los tres países en estudio fueron intensas en debates financieros, con un fuerte foco en la sostenibilidad fiscal de mediano y largo plazo. Estos debates han reaparecido tras las últimas reformas que han apuntado a la ampliación de la cobertura, puesto que ahora los sistemas de pensiones han incorporado de manera explícita los componentes contributivos y no contributivos (multi-pilares). Por lo cual, “la viabilidad financiera del proceso depende tanto de la trayectoria fiscal como de la solvencia a largo plazo de los sistemas contributivos” (Uthoff, 2014: 42).

En ese sentido, comenzando por el caso de Brasil, puede señalarse que uno de los principales desafíos que enfrenta el sistema de pensiones se debería al hecho de que combina el seguro social con la asistencia social donde la cobertura es casi universal para los adultos mayores, pero las contribuciones son hechas por un segmento limitado de la población en edad activa. Bajo tales circunstancias, algunos economistas estiman que es imposible lograr el equilibrio financiero entre contribuciones y beneficios. Además de ser reducida, la cobertura ‘efectiva’ suele ser demasiado irregular, generando lagunas de cotización (densidad) que, según su magnitud, pueden llegar a comprometer seriamente la obtención futura de una pensión o su monto. Este fenómeno se vio agravado por la Ley del Factor Previsional que exige un número mínimo de contribuciones.

La situación de Chile no es muy distinta a la brasileña, ya que la cobertura tiene también la pretensión de ser casi universal para los adultos mayores, pero las contribuciones son hechas por un segmento reducido de la población en edad activa.

Incluso, en este último segmento el promedio de densidad de las cotizaciones a noviembre de 2014 era apenas de 51,8% y la norma obliga al asegurado a tener como mínimo 20 años de cotizaciones (Superintendencia de Pensiones, 2015).

No obstante, dicha irregularidad y el bajo nivel de aportes de los trabajadores (y, por tanto, el desequilibrio financiero) no pueden ser atribuidos exclusivamente a factores pertenecientes a la legislación previsional, dado que, en última instancia, ha sido el deterioro estructural del mercado de trabajo la principal causa que está provocando impactos negativos sobre las cuentas de los diversos sistemas pensionales de América Latina. La estrategia de 'flexibilidad laboral' promovida por los gobiernos incide de forma determinante; especialmente en los bajos salarios y las transiciones frecuentes entre formalidad, informalidad e inactividad. Asimismo, los aportes a los sistemas de pensiones están relacionados con una serie de características socio-económicas, en particular con la educación, el género y el nivel de ingresos.

En estas condiciones, el Estado pareciera estar dispuesto a asumir los costos previsionales que significa promover la flexibilidad laboral. En Chile, las estimaciones indican que las personas que tendrán que acogerse a una pensión asistencial o a una pensión mínima garantizada por el Estado estarán próximas al 50% de los asegurados en el sistema AFP. Adicionalmente, la imposición del modelo de capitalización individual en 1981, requirió del Estado un esfuerzo extraordinario de gasto fiscal (el llamado "costo de transición") durante los primeros 25 años²⁴. A ello se agrega el financiamiento del pilar no contributivo de prevención de pobreza (el llamado Pilar Solidario)²⁵.

Los gastos del Estado brasileño también se han visto aumentados como resultado de la elevación de la cobertura, pasando del 5,6% del PIB en el 2000 al 7,2% en 2012 (equivalente a US\$ 162 mil millones) (Banco Mundial, 2013: 132). Gran parte de este total (en torno al 25%) corresponde a la previsión social garantizada que protege a los funcionarios públicos.

²⁴ De acuerdo al Banco Mundial, en términos agregados, esta 'transición' significó para el Estado, entre 1981 y 2004, un desembolso promedio equivalente al 4,3% del PIB anual (Banco Mundial, 2013: 179).

²⁵ De acuerdo a las proyecciones en Arenas et al, hacia el año 2025, este esfuerzo implicará anualmente cerca del 1,2% del PIB (Arenas et al, 2008: 180).

Esa creciente tendencia igualmente puede verificarse en Cuba, aunque por otros motivos. Si bien el déficit financiero incurrido por el Estados e redujo desde el 41,5% al 39% en el periodo 2009-2010 tras la reforma a las pensiones, éste volvió a aumentar al 48% en 2013, lo cual constituye el porcentaje más alto que se haya registrado (Mesa-Lago, 2014: 62).

No cabe duda que el mayor gasto previsional ha sido posibilitado por la mejoría en la situación fiscal de los países, debido en parte importante a una expansión económica generada en un significativo aumento de demanda y precios de productos primarios; a la par de la presión social demandando políticas de protección social más activas. Lo primero permitió a los Estados generar una capacidad suficiente (sostenibilidad) para cumplir con los compromisos asumidos en el campo previsional sin generar mayores desajustes en las cuentas fiscales.

Sin embargo, durante el último tiempo este escenario estaría cambiando drásticamente debido a la larga recesión o desaceleración económica por la cual atraviesan Brasil y Chile. A mediano plazo podría profundizarse el déficit actuarial (ingresos proyectados para pagar obligaciones futuras) al considerar las perspectivas económicas y los cambios esperados en la demografía, debido al envejecimiento poblacional y a la larga expectativa de vida a la edad jubilatoria en Chile, Brasil y, sobre todo en Cuba. Es por ello que la sostenibilidad financiera integral de los sistemas de pensiones adquiera más importancia que nunca.

REFERENCIAS

Arenas de Mesa, A.; Benavides, P.; González, J. y Castillo, L. (2008). "La Reforma Previsional Chilena: Proyecciones Fiscales 2009-2025", Estudios de Finanzas Públicas, Dirección de Presupuesto, diciembre. Santiago de Chile.

Banco Interamericano de Desarrollo, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Banco Mundial (2015). Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe. Washington DC, Estados Unidos.

Banco Mundial (2013). Más allá de las pensiones contributivas. Catorce experiencias en América Latina. R. Rofman, I. Apella y E. Vezza Editores. Buenos Aires.

Bertranou, F. et al. (2011). Encrucijadas en la seguridad social argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones. CEPAL y OIT. Primera edición, Buenos Aires.

Cepal (2013). Panorama Social de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Comisión Presidencial Pensiones (2015). Informe Final. Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones. Septiembre. Santiago, Chile.

Holzmann, R y Hinz, R. (2005). *Old Age Income Support in the 21st Century*, Banco Mundial. Washington DC, Estados Unidos.

Jaccoud, L. (2009). "Pobres, Pobreza e Cidadania: Os desafios Recentes da Proteção social". IPEA, Rio de Janeiro, Brasil.

Matijascic, Milko and Kay, Stephen J. (2014). International Social Security Review, Vol. 67, Año 1. The Brazilian pension model: The pending agenda.

Mesa-Lago, Carmelo (2004). "La Reforma de Pensión en América Latina. Modelos y Características, Mitos y Desempeños, y Lecciones", in K. Hujo; M. Nitsch e C. Mesa-Lago (eds.), Públicos o Privados? Los Sistemas de Pensiones en América Latina después de dos Décadas de Reformas. Nueva Sociedad. Caracas, Venezuela.

Mesa-Lago, Carmelo (2014). Los cambios institucionales de las reformas socioeconómicas cubanas: Papel del Estado y del mercado, avances, obstáculos, comparaciones, seguimiento y efectos. En El cambio económico de Cuba en perspectiva comparada. Editado por: Richard E. Feinberg y Ted Piccone. Noviembre. Centro de Estudios de la Economía Cubana (CEEC) en la Universidad de La Habana, y el Centro de Investigación de Economía Internacional (CIEI), Iniciativa Latinoamericana en la Institución Brookings.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2012). "Boletim Estatístico de Pessoal", v. 17, Nº 200, diciembre. Brasilia, Brasil.

OECD (2013). Pensions Outlook.

Oficina Nacional de Estadísticas (ONEI) (2014). Panorama Económico y Social de Cuba. La Habana, Cuba.

Pérez S., Olga y Odriozola, Silvia (2014). Informe de Política Social en Cuba. La Habana, Cuba.

Quiroga, Y. (2008). El sistema de pensiones en Chile. Revista Nueva Sociedad Nº 217, septiembre – octubre.

Rivera Urrutia, Eugenio (2016). El “intrínquilis” político de la reforma de las pensiones. 19 de agosto. Santiago, Chile. En internet disponible en <http://www.elmostrador.cl>.

Rofman, Rafael y Oliver, María Laura (2011). La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores. Banco Mundial. Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales N° 7.

Schwarzer, H.; Santana, R. Liberal Ferreira de (2013). “Brasil”, in R. Rofman, I. Apella and E. Vezza (eds.), *Más allá de las pensiones contributivas: catorce experiencias en países de América Latina*. World Bank. Buenos Aires, Argentina.

Superintendencia de Pensiones (2015). Ficha Estadística Previsional, n° 26, enero.

Uthoff, Andras (2014). Alternativas para abordar los desafíos de la protección social en salud y pensiones en América Latina. Cieplan. Documento de Trabajo.

2.4. POLÍTICAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL E NO CHILE²⁶

Rosa Maria Marques

No conjunto da América Latina, vários países se destacam por desenvolverem políticas de transferência de renda condicionada. Entre eles, encontram-se o Brasil e o Chile. Os programas desenvolvidos por esses países integram uma segunda geração de políticas assistenciais, introduzidas na região depois de evidenciado que as políticas macroeconômicas neoliberais tiveram como resultado a persistência da pobreza e o aumento significativo do número de pessoas em situação de “vulnerabilidade social”²⁷, na expressão utilizada pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2000), usada oficialmente em vários programas. Em seu relatório, essa instituição divulgou que 220 milhões de pessoas viviam em estado de pobreza, o que correspondia a 45% da população total da região, e enfatizou que havia aumentado a quantidade de domicílios em condições de vida instável, cuja renda familiar estava constantemente cruzando a linha de pobreza, o que produzia o aumento da chamada “rotação da pobreza”. Naquele momento, a Cepal denunciou que a vulnerabilidade social constituía traço característico do padrão de crescimento vigente nesses países durante os anos 1990.

²⁶ No caso cubano, este instrumento de proteção social não existe porque o país não esteve impactado pelo modelo neoliberal e suas políticas. Adicionalmente, porque um objetivo do projeto é fazer política social para toda a sociedade, através de um enfoque de totalidade vinculando todas as esferas, colocando o ser humano no centro do processo de desenvolvimento socialista, como tem sido abordado em outras partes do livro.

²⁷ A expressão vulnerabilidade social remete à consideração das características dos indivíduos como responsáveis por sua situação. Com isso, deixa-se de levar em conta que, na sociedade capitalista, os diferentes segmentos sociais e econômicos estão submetidos à lógica da acumulação do capital. Se, no plano da aparência, os setores pobres ou muito pobres parecem estar excluídos, integram o chamado exército industrial de reserva, viabilizando taxas de exploração elevadas (MARX, 1982).

De fato, a persistência da miséria e da pobreza na América Latina foram resultados de duas décadas (1980 e 1990) de programas de estabilização e de ajuste estrutural adotados na região. Esses programas, em nome da supremacia do mercado, foram acompanhados por medidas de desregulamentação e de flexibilização do mercado de trabalho, o que se traduziu em precarização e aumento da informalidade, em um quadro de elevada taxa de desemprego. Do lado das políticas sociais, principalmente no campo das aposentadorias e dos cuidados da saúde, foi promovido o avanço da privatização (FLEURY, 1998; ANDRENACCI; REPETTO, 2006), ao mesmo tempo em que foi realizado algum tipo de política focalizada, muitas vezes associada a programas de participação comunitária, na qual o enfoque é trabalhar com os “ativos” disponíveis da população-alvo.

Em meados dos anos 1990, para alguns países, e principalmente nos anos 2000, para diversos países da região, fatores políticos, sociais e econômicos induziram à criação de uma nova geração de políticas sociais associadas ao combate à pobreza. Segundo a Cepal (2009, p. 94), essa reformulação expressou “o reconhecimento dos escassos avanços em matéria de redução da pobreza”, ocorridos durante os anos 1990.

As políticas focalizadas de segunda geração apresentam-se, antes de tudo, como políticas “massivas” (dado o número de pessoas por elas contempladas), contrastando com aquelas voltadas a determinadas comunidades, típicas das políticas focalizadas de primeira geração. Segundo Solano (2009), todos os programas que integram essa nova geração de políticas sociais focalizadas têm pelo menos três elementos em comum: o foco em famílias pobres ou extremamente pobres, com crianças e adolescentes; o princípio da contrapartida (ou condicionalidade) e a ideia de “acumulação de capital humano²⁸” no longo prazo.

²⁸ Isto é, os beneficiários das políticas, principalmente as crianças e os adolescentes, iriam portar capacidades qualitativamente diferentes que seus genitores, decorrentes do exercício das contrapartidas exigidas. As crianças e os adolescentes estariam, portanto, enquanto adultos, mais aptos a manterem empregos melhores que seus pais.

Aspectos comparados dos programas de transferência de renda condicionada no Brasil e no Chile²⁹

Considerando os três elementos integrantes das políticas sociais focalizadas antes, o Brasil e o Chile poderiam ser enquadrados como desenvolvendo programas de transferência de renda de segunda geração.

O Brasil é de longe o país que contempla o mais maciço programa de transferência condicionada da América Latina e do mundo. Em 2012, o total de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa-Família (PBF) foi de 13,9 milhões, implicando o envolvimento de cerca de 28% de sua população. Do ponto de vista da despesa, no entanto, o gasto com o programa foi de somente 0,4% do PIB, no mesmo ano. Esse programa é vinculado ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza.

O destaque assumido por esse programa deve-se, em primeiro lugar, ao fato de o país ser um dos mais desiguais do mundo e, dentro dessa desigualdade, registrar um significativo contingente pobre e muito pobre. Mas o nível de pobreza e de desigualdade não teria sido suficiente para que o PBF fosse alçado ao lugar que ocupa entre os programas implantados mundialmente. Para isso foi necessário que o mesmo fosse assumido como prioritário pelo Governo Lula, o que foi seguido no Governo Dilma. Em outras palavras, o PBF foi considerado por esses Governos como sendo a vitrine, isto é, o carro-chefe de sua luta pela diminuição da pobreza e da desigualdade.

Desde seu início, em 2003, o PBF ampliou sua ação, passando a contemplar também famílias pobres com adolescentes (máximo de 17 anos), além das com crianças anteriormente cobertas. A população para o qual o PBF é dirigido é formada de famílias pobres e extremamente pobres. A essas últimas e somente a elas, é pago um benefício de valor fixo, independentemente de terem filhos ou não (em 2012, esse benefício correspondia a 11,25% do salário mínimo nacional). No caso dessas famílias terem crianças e adolescentes até 15 anos, bem como para as famílias pobres, é pago um benefício por filho, até o máximo de cinco (em 2012, cada benefício pago por filho representava 5,15% do salário mínimo). Para famílias com filhos de 16 e 17 anos, é pago, até

²⁹ Cuba não apresenta políticas de transferência de renda condicionada.

o limite de dois, outro benefício, de valor igual a 6,8% do salário mínimo, em 2012. O Programa Bolsa-Família contempla ainda um benefício à gestante e à nutriz. Com exceção do benefício fixo, os demais exigem o cumprimento de condicionalidades.

As condicionalidades constituem compromissos que as famílias assumem para o recebimento do benefício. Elas estão centradas na esfera da saúde e da educação. No tocante à saúde, as gestantes e nutrizes devem inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas nas unidades de saúde, levar a criança às unidades de saúde ou aos locais de vacinação e manter atualizado o calendário de imunização. No caso da educação, as crianças e os adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85%; já os adolescentes entre 16 e 17 anos devem ter frequência escolar mensal de, no mínimo, 75%. Na hipótese de crianças e adolescentes com até 15 anos, em risco ou retiradas do trabalho infantil, a exigência da frequência é de 85%.

O PBF é, portanto, um programa que contempla uma parte que se assemelha a uma renda mínima dirigida à população extremamente pobre e outra que está vinculada à presença de crianças e adolescentes, que exige o cumprimento de condicionalidades. É preciso esclarecer que os benefícios recebidos não decorrem de um corpo de direitos estabelecidos, e sim de uma ação de Governo, mediante um programa.

Desde o início da vigência do PBF, vários estudos foram realizados para estimar o impacto da transferência de renda nos municípios (MARQUES, 2005), na frequência escolar (SILVEIRA NETO, 2010; e CRAVEIRO e XIMENES, 2014), na economia, via seu efeito multiplicador (NERI, 2013), na desigualdade (SOARES, 2010) e sobre a mortalidade infantil (RASELLA, 2013), entre outros resultados de pesquisa. A partir dessas pesquisas, não há dúvida de que sua implantação foi um fator de melhora da desigualdade de renda entre os trabalhadores, do aumento da frequência escolar (embora essa já fosse alta e, portanto, o ganho não tenha sido tão expressivo) e de redução da mortalidade infantil. Contudo, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), fundação diretamente vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de extremamente pobres

teria, em 2014, aumentado pela primeira vez em 10 anos. Essa informação coloca, de certa maneira, em questão o PBF, pois uma das críticas que sempre foi feita é que o Governo, ao centrar a luta contra a pobreza no programa, abdicou de alterar os determinantes da pobreza, de ordem estrutural na sociedade brasileira. Dessa maneira, a única maneira de a pobreza diminuir no país seria a expansão do PBF ocorrer em velocidade maior do que a criação da pobreza e da miséria, por conta dos fatores que as determinam.

No caso do **Chile**, em 2012, foi criado o Ingreso Ético Familiar (IEF), que veio a substituir o *Chile Solidario*³⁰. Este programa está vinculado ao Ministerio de Desarrollo Social. O IEF consiste de um conjunto de transferências de renda condicionadas e não condicionadas, e

[...] está dirigido a las familias de extrema pobreza y también a personas y sus familias, que se encuentren en situación de vulnerabilidad³¹ y cumplan alguna de las siguientes condiciones: a) Tener 65 o más años de edad, vivir solo o con una persona y estar en situación de pobreza o vulnerabilidad; b) Encontrarse en situación de calle; c) Ser menor de edad cuyo adulto significativo se encuentre privado de libertad. En ese caso, sus cuidadores también pueden ser beneficiarios del Ingreso Ético Familiar (IEF, 2015, sem paginação).

Os benefícios concedidos pelo IEF estão fundados em três pilares: dignidade, deveres e resultados. O primeiro tipo de benefício, de dignidade, é formado por um benefício de Base Familiar (Bono Base Familiar) e de um benefício de Base de Proteção (Bono Base de Protección). O primeiro é pago até um máximo de 24 meses, e o valor do benefício é calculado caso a caso, considerando a renda, a composição familiar e se os integrantes são beneficiários remanescentes do Chile Solidario e/ou se recebem Asignación Social. O benefício de Base de Proteção é pago mensalmente, e sua vigência e valor dependem do período de execução do programa de apoio social definido. O período mínimo é 1 mês e o máximo é 24 meses; a cada 6 meses, o valor do benefício sofre redução.

³⁰ Os beneficiários do *Chile Solidario* continuam a receber suas cotas, até o máximo de meses previsto.

³¹ Em consonância com o entendimento da CEPAL, anteriormente mencionado.

O segundo tipo de benefício, fundado em deveres, é formado pelo benefício Controle da Criança Saudável (Bono Control del Niño Sano – CNS) e pelo Benefício por Frequência Escolar (Bono por Asistencia Escolar – AS). O CNS é destinado a famílias com filhos menores de 6 anos, que estejam em dia com os controles de saúde; o AS é destinado a famílias com filhos entre 6 e 18 anos, com frequência escolar mínima de 85%.

Por último, os benefícios concedidos por resultados, são formados do benefício por Resultados Escolares (Bono por Logros Escolares – LE) e do benefício ao Trabalho do Mulher (Bono al Trabajo de la Mujer – TM). O LE é dirigido a famílias com integrantes menores de 24 anos que cursem entre o 5º básico e o 4º médio, que pertençam aos 30% “mais vulneráveis”³² da população e que se encontrem dentro dos 30% de melhor rendimento escolar. O TM é pago a mulheres trabalhadoras dependentes e independentes, com idade entre 25 a 59 anos, que pertençam aos 30% mais “vulneráveis” da população.

Do que se pode inferir dos benefícios que compõem o Ingresso Ético Familiar, ele tem como fonte inspiradora dois componentes. O primeiro, fundamento do Programa Bolsa-Família, é que a geração futura, ao desenvolver maiores competências, terá maiores condições de superar a pobreza: por isso a exigência da contrapartida da frequência escolar. Mas, nesse ponto, os dois programas diferem, pois o IEF é mais restrito, dirigindo-se somente à população em situação de extrema pobreza, enquanto o PBF contempla também os pobres. Em contrapartida, a ênfase nas competências é reforçada, no caso do IEF, quando contemplam um benefício voltado àqueles que se destacarem no desempenho escolar/acadêmico. E nova diferença se impõe em relação ao PBF, pois o benefício contempla aqueles com idade até 24 anos (no Brasil, não há esse tipo de benefício e a idade máxima do filho é 17 anos). O segundo fundamento que se faz presente no IEF é, contraditoriamente, o entendimento de que as famílias ou as pessoas irão, com a ajuda social do Estado, superar sua situação de extrema pobreza ou “vulnerabilidade”. Isso pode ser entendido tanto a partir do fato de o IEF definir um período

³² Segundo o site do IEF, a vulnerabilidade a que se refere é medida “por um instrumento especial que utiliza el puntaje de la Ficha de Protección Social” (IEF, 2015).

máximo de concessão do benefício como de elaborar um plano individual para cada família ou pessoa:

Plan de Intervención: Es el plan individual para cada familia, elaborado según el diagnóstico, en el que se define la estrategia de trabajo, los apoyos y la vinculación a las redes y programas, de acuerdo a las necesidades particulares. A partir de esto, se deriva a las familias y/o personas a los Apoyos Social y/o Laboral. (IEF, 2015).

Outro aspecto digno de ser chamada atenção, embora não pareça constituir um fundamento do desenho do IEF, e sim o resultado da tentativa de abarcar todos os segmentos populacionais considerados vulneráveis, é a incorporação da chamada população “vulnerável” (idosos; moradores de rua; crianças com o principal progenitor no cárcere) e das mulheres da população de baixa renda (considerada “vulnerável”) com idade de 25 a 59 anos. No caso dos idosos, no plano da aparência, assemelha-se ao Benefício de Prestação Continuada – aos idosos, do Brasil, ao contrário deste, não se configura um direito, pois o máximo de concessão prevista é 24 meses. Já o benefício voltado às mulheres, na medida em que está relacionado ao desenvolvimento de um trabalho (ou atividade), considerando que parte da população extremamente pobre no Chile tem origem indígena, parece implicar o incentivo de artesanatos e correlatos, o que parece se enquadrar mais em políticas de geração de renda. Ademais, ao estar dirigido a mulheres, reconhece que os lares monoparentais muito pobres têm como chefe a mulher.

REFERÊNCIAS

ANDRENACCI, L.; F. REPETTO. *Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana*. 2006. Disponível em: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/Politicassociales/Andrenacci_Repetto.pdf>. Acessado em: 29 jun. 2011.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE – CEPAL, *Panorama social da América Latina – 1999-2000*. Santiago do Chile, agosto de 2000.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE – CEPAL. *Panorama social da América Latina – 2009*. Santiago do Chile, 2009.

CRAVEIRO, Clélia Brandão Alvarenga; XIMENES, Daniel de Aquino. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes (orgs.). Programa Bolsa-Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: IPEA, 2014.

FLEURY, Sônia. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. *Nueva Sociedad*, n. 156, SP, jul./ago., 1998. Disponível em: <http://www.nuso.org/upload/articulos/2698_1.pdf>. Acessado em: 8 jul. 2011.

INGRESO ÉTICO FAMILIAR, 2015. Disponível em: <<http://www.ingresoetico.gob.cl/para-quien-ief/>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

MARQUES, Rosa Maria. A importância do Bolsa-Família nos municípios brasileiros. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate* nº 1. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005.

NERI, Marcelo Côrtes; VAZ, Fabio Monteiro; SOUZA, Pedro Herculano Guimarães Ferreira de. *Efeitos macroeconômicos do Programa Bolsa-Família: uma análise comparativa das transferências sociais*. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/131015_bolsa_familia_cap11.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

SILVEIRA NETO, Raul da Mota. Impacto do Programa Bolsa-Família sobre a frequência à escola: estimativa a partir de informações da Pesquisa Nacional por amostra de domicílio (PNAD). In: IPEA. *Bolsa-Família 2003-2010: avanços e desafios*. Brasília: IPEA, 2010. V.2.

SOARES, Sergei; DE SOUZA, Pedro Herculano G. Ferreira; OSÓRIO, Rafael Guerreiro E SILVEIRA, Fernando Gaiger. Os impactos do benefício do Programa Bolsa-Família sobre a desigualdade e a pobreza. In: IPEA. *Bolsa-Família 2003-2010: avanços e desafios*. Brasília: IPEA, 2010. V.2.

SOLANO, Carlos Barba (coord.). *Proyecto: La reforma social en América Latina en la encrucijada. Transferencias condicionadas de ingresos o universalización de la protección social*. Fundación Carolina “Grupo de Trabajo Pobreza y Políticas Sociales. CLACSO, dezembro de 2009. Acessível em: <<http://pt.scribd.com/doc/56286801/Comparacion-Programa-Jefes-y-Jefas-de-Hogar-Desocupados-Plan-Familia-por-la-Inclusion-Social-y-Asignacion-Universal-por-Hijo-Argentina-Salta-Alva>>.

RASELLA, Davide. *Impacto do Programa Bolsa-Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil*. 2013. Tese de doutorado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2013.

2.5. SEGURO-DESEMPREGO NO BRASIL, NO CHILE E EM CUBA

Rosa Maria Marques
Arellys Esquenazi Borrego

A incorporação do seguro-desemprego na proteção social do Brasil, do Chile e de Cuba³³ foi tardia, quando referenciada à realidade dos países europeus. Contudo, destaca-se o fato de integrarem o pequeno grupo da América Latina que contempla o risco desemprego. Afora o Brasil, o Chile e Cuba, somente a Argentina e a Colômbia têm seguro-desemprego.

O Brasil foi o primeiro a introduzir o seguro-desemprego em 1986. Em 1994, Cuba criou um recurso com muitas particularidades na sua conceituação³⁴ e aplicação. Essa *garantia de emprego* teve em 2010 algumas mudanças introduzidas. O último dos três países que implementou o seguro-desemprego foi o Chile em 2002.

Segundo Christian Topalov, o seguro-desemprego não está historicamente desvinculado da construção do conceito de desemprego e do entendimento do que passou a ser a relação salarial imposta pela mecanização e pelo sistema de fábrica, isto é, pelo capitalismo. Somente no final do século XIX e no início do XX, após a Grande Depressão de 1880-90, o desemprego foi admitido como de caráter involuntário: “Assim, a partir da virada do século, começou a emergir uma nova concepção de desemprego. A causa deste não mais seria atribuída aos defeitos pessoais dos desempregados; ficou aceito que o desemprego resulta das leis objetivas do mercado” (1990, p. 384).

Da mesma maneira, esclarece Oshiro (2015, p. 73):

³³ Em Cuba, o instrumento de seguro-desemprego não se utiliza. A categoria mais próxima é a **garantia salarial**, o que se encontra referendado nas resoluções da *Gazeta Oficial da República de Cuba*: “Resolución n. 6/94” y “Resolución n. 35/2010”.

³⁴ As garantias salariais são concebidas para aquelas pessoas que sejam declaradas “disponíveis” ou “interruptos” (que não classificam como desempregados), o que consiste em uma proteção econômica proporcional ao salário recebido pelo trabalhador durante um período de tempo determinado, quando este não pode ser reinsertado num novo emprego por faltas de propostas por parte do Estado.

é a definição de desemprego que redefinirá o trabalho. O termo desemprego, *chômage*, em francês, no final do século XIX, tinha um sentido amplo, abrangia as folgas dos operários por dias santos, entressafra, greves, doenças, idade. Nos países anglo-saxões, o termo fora do trabalho (*out of work*) distinguia-se de desempregado (*unemployed*), mas certos sindicatos pagavam o auxílio-desemprego em várias situações de perda de salário, como doenças, invalidez, falta de trabalho, falência patronal, incêndio, *lockout*, greve, pane na oficina, perseguição patronal. Ambos os conceitos, francês e inglês, mantiveram certa confusão de significados durante muito tempo. Mas a formulação teórica por grupos de reformadores, para intervenções distintas junto aos pobres, elaborou classificações mais precisas. Estas, por sua vez, modelaram a realidade a partir das classificações. A obra do reformador social inglês, *William Beveridge*, "*Unemployment, a Problem of Industry*", publicado em Londres, em 1909, foi um instrumento para a definição de novas políticas públicas. Admitindo e especificando o desemprego involuntário, classificou também os desempregados e foi aplicado a enormes contingentes de pobres da cidade industrial.

Ainda que da perspectiva atual dos debates teóricos em economia haja uma variação sensível da concepção (pura) da possibilidade e determinantes do desemprego, é indubitável que do ponto de vista histórico esse fenômeno passou a ser reconhecido. A partir daí, o processo de construção do seguro-desemprego nas economias do centro do capitalismo seguiu *pari passu* a generalização do assalariado e a ampliação dos sistemas de proteção social.

Atualmente, reconhecendo as mudanças ocorridas no mercado de trabalho nas últimas décadas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) considera desempregado aquele que procura trabalho e não encontra, e reconhece a existência de situações de subemprego ou de desemprego oculto. Coerente com essa definição de desemprego, alguns países concedem algum tipo de auxílio a jovens que nunca trabalharam, por exemplo.

A configuração do mercado de trabalho nos países da América Latina assumiu contornos totalmente distintos em relação aos países centrais, apresentando-se estruturalmente segmentados, com uma grande divisão entre mercado de trabalho formal e informal. O peso do mercado informal no total

dos ocupados varia evidentemente entre os países e conforme o desempenho de suas economias. Dessa forma, a introdução do seguro-desemprego, que representa um avanço na cobertura dos riscos sociais, está referenciado exclusivamente aos trabalhadores que perdem o emprego junto ao mercado formal, isto é, que estão cobertos pela legislação trabalhista e previdenciária. Isso significa dizer que um contingente significativo de trabalhadores na América Latina não é passível de acessar o seguro-desemprego.

Aspectos comparados do seguro-desemprego do Brasil, do Chile e de Cuba

Os seguros-desemprego dos três países em questão apresentam aspectos bastante diferenciados quanto à organização, ao financiamento, à participação da sociedade civil na gestão, ao acesso e ao nível de cobertura, bem como em relação ao papel do Estado.

No caso do Brasil, o seguro-desemprego é **organizado e concedido** pelo Estado (via Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT), enquanto no Chile é administrado por uma **instituição de cunho privado** (La Sociedad Administradora de Fondos de Cesantía de Chile II S.A. – AFC Chile), que ganhou a licitação para administrar o Seguro de Cesantía durante 10 anos, até 7 de outubro de 2023. A AFC é uma sociedade anônima integrada pelas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) Provida, Habitat, Santa María, Cuprum, Bansander e Planvital. Dessa forma, mediante a abertura do processo de licitação, o Estado chileno concedeu à empresa vencedora a administração do seguro-desemprego (Seguro de Cesantía). Evidentemente que essa administração é realizada mediante ganhos assegurados. Segundo a Superintendencia de Pensiones (2015), a AFC cobra uma comissão de aproximadamente 0,04% mensal sobre o saldo administrado. Essa comissão pode ser maior ou menor, dependendo da rentabilidade dos fundos de “cesantía” em comparação a uma carteira de investimentos financeiros de referência. O organismo público encarregado pela supervisão, controle e fiscalização da AFC é a Superintendencia de Pensiones.

No caso de Cuba, são as diferentes instituições estatais (empresas, institutos, ministérios, etc.) onde é aplicado o processo de racionalização laboral que determinam os trabalhadores «disponibles» ou «interruptos; assim como as garantias salariais, em correspondência com a Resolução nº 35/ 2010. Dessa forma, no tocante à organização e à concessão do seguro-desemprego, essas são atividades desenvolvidas pelo Estado, no caso do Brasil e de Cuba, e pelo setor privado, no caso do Chile.

Em relação ao **financiamento**, no Brasil, o mesmo é de responsabilidade somente das empresas (corresponde a uma alíquota sobre o faturamento [PIS/Pasep³⁵] – em 2014, para as empresas em regimes de incidência acumulativa, a alíquota era de 0,65%); e das empresas e dos trabalhadores, no Chile (2,4% e 0,6% sobre o salário do trabalhador, mediante um teto). Para Cuba, o financiamento das garantias salariais faz parte do orçamento do Estado.

Ainda sobre o Chile, é preciso mencionar que o Seguro de Cesantía combina um esquema de poupança obrigatória sobre a base de Contas Individuais de Cesantía (CIC), que são patrimônio dos trabalhadores, com um Fondo Solidario, que opera como fonte de financiamento complementar de poupança individual para garantir o pagamento de benefícios quando o trabalhador se encontra desempregado. Este fundo é de repartição, formado por recursos do empregador e do Estado. Seu objetivo é complementar o benefício do desempregado quando o saldo de sua CIC é insuficiente.

No tocante à **participação da sociedade civil**, no Brasil, ela é garantida pela representação tripartite e paritária existente junto ao Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Codefat), em que se fazem presentes Estado trabalhadores empregadores.

Do **Governo**, integram:

- 1 representante do Ministério do Trabalho e Emprego;
- 1 do Ministério da Fazenda;
- 1 do Ministério da Previdência Social;

³⁵ Os recursos do PIS/Pasep compõem o Fundo de Amparo ao Trabalhador. Desse montante, 40% é disponibilizado ao BNDES como fundo para geração de emprego.

- 1 do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;
- 1 do Ministério do Desenvolvimento Agrário; e
- 1 do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Já dos **trabalhadores**, a representação é formada, sempre um de cada setor:

- Central Única dos Trabalhadores;
- Força Sindical;
- União Geral dos Trabalhadores;
- Nova Central Sindical dos Trabalhadores;
- Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil;
- Central Geral dos Trabalhadores do Brasil.

Pelos **empregadores**, sempre na representação de 1, estão presentes os seguintes:

- a Confederação Nacional de Serviços;
- a Confederação Nacional de Turismo;
- a Confederação Nacional do Transporte;
- a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
- a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
- a Câmara Brasileira da Indústria da Construção Civil.

O Codefat atua como gestor do FAT e, entre suas funções, estão as de elaborar diretrizes para programas e para alocação de recursos, acompanhar e avaliar seu impacto social e propor o aperfeiçoamento da legislação referente às políticas. Dessa forma, o Codefat é um organismo elaborador da política de seguro-desemprego realizada no Brasil.

No Chile, existe uma Comisión de Usuarios, na qual participam três representantes, dos empregadores contribuintes do Seguro de Cesantía, indicados pela organização empresarial de maior representatividade; três trabalhadores contribuintes do Seguro, designados pela organização dos trabalhadores com maior representação no país; e um acadêmico que preside a comissão. Essa comissão tem como função conhecer os critérios e procedimentos empregados pela AFC para administrar os fundos e realizar os pagamentos dos benefícios, não podendo, no entanto, intervir na administração do Seguro. Em comparação com o Codefat, do Brasil, parece que a Comisión de Usuarios não tem, a rigor, função, de modo que sua existência constitui somente um meio de assegurar a livre informação aos participantes do Seguro.

Em Cuba, a participação da sociedade civil se constata tanto no processo de identificação dos trabalhadores “disponibles” e “interruptos” como no processo de concessão de garantias salariais. Os mecanismos sociais de participação coletiva das organizações política e de massas se concreta no Comitê de Expertos, cujas normas de proceder se precisam na extensão da Resolução nº 35, publicada em novembro de 2010, como outro meio para proteger os direitos dos trabalhadores. O Comitê de Expertos está composto por cinco ou sete membros: um da administração, outro da organização sindical e o resto de trabalhadores elegidos em assembleia, por votação aberta.

Quanto às **condições de acesso**, as exigências são bastante diferenciadas entre os países. No caso brasileiro, até 30 de dezembro de 2014, para o trabalhador do mercado formal de trabalho ter acesso ao seguro-desemprego precisaria comprovar ter trabalhado nos últimos seis meses, não ter sido dispensado por justa causa, não possuir renda própria e não receber nenhum benefício da Previdência Social, com exceção de pensão por morte ou auxílio-doença. Em 30 dezembro de 2014, no entanto, a presidente Dilma encaminhou a Medida Provisória nº 655, que, entre outros assuntos, amplia para 18 meses a exigência de trabalho no caso de um primeiro requerimento de seguro-desemprego, para 12 meses no caso de um segundo requerimento e mantendo os seis meses para uma terceira solicitação. Essa medida precisa ser ainda examinada pelo Congresso Nacional nos próximos 120 dias. De qualquer forma, vale enfatizar que o impacto negativo dessa medida seria ainda maior caso a economia bra-

sileira não estivesse registrando níveis baixos de desemprego. Se as condições do mercado de trabalhos se alterarem, não será possível a manutenção dessa exigência, que afeta principalmente os trabalhadores mais jovens.

No Chile, para ter acesso ao seguro-desemprego financiado pela CIC (Conta Individual de Cesantía, do Seguro de Cesantía), o trabalhador com contrato de trabalho por prazo indefinido precisa ter contribuído durante 1 ano ou 12 vezes, de forma contínua ou descontínua. Segundo a Superintendencia de Pensiones (op. cit.), o acesso à CIC é independente da causa da interrupção da relação laboral. No caso de o trabalhador estar vinculado ao Fondo Solidario, ele precisa ter efetuado 12 contribuições nos últimos 24 meses, sendo que as três últimas com o mesmo empregador.

Já em Cuba têm direito às garantias salariais os trabalhadores que estejam disponíveis³⁶ devido a:

- a) processo de reorganização de órgãos do Estado e do Governo, organismos da Administração Central do Estado e de outras entidades nacionais;
- b) processo de racionalização por mudanças estruturais ou conversões de entidades laborais;
- c) fusão ou extinção de entidades laborais;
- d) mudanças técnicas ou tecnológicas;
- e) diminuição do nível de atividade; e
- f) estudos de organização do trabalho ou outras medidas que permitam o uso mais racional da força de trabalho.

(MTSS, 2010, Resolução nº 35, artigo 3º).

Esses trabalhadores, para ter acesso ao seguro-desemprego, não podem ter sido realocados. Conforme o artigo 14 dessa Resolução, as alternativas de emprego dos trabalhadores considerados disponíveis em função das razões

³⁶ “Trabalhadores disponíveis” é a expressão utilizada no capítulo 2 da Resolução nº 35/2010 do MTSS cubano.

anteriormente mencionadas são: vagas, em caráter definitivo ou temporário, dentro ou fora de entidade laboral ou organismo da Administração Central do Estado, para o qual tenham os requisitos exigidos; atividades de trabalho por conta própria; entrega de terras em usufruto ou outras formas de emprego no setor não estatal. O tempo de serviço anterior constitui também uma condição de acesso.

Por último, quanto ao **nível e o período de cobertura**, também os países apresentam diferenças significativas. No caso brasileiro, a concessão do benefício seguro-desemprego é realizada por no máximo cinco meses³⁷, podendo esse período ser ampliado em dois meses, quando o Codefat considerar que está havendo uma elevação do desemprego em determinados setores da economia. O valor pago depende da média do salário recebido pelo trabalhador nos últimos três meses, mas é limitado por um piso correspondente a um salário mínimo e um teto que equivale a 1,8 salário mínimo. Em novembro de 2014, a média dos salários dos trabalhadores com carteira de trabalho assinada era de 2,7 salários mínimos. No Chile, o número de meses dos beneficiários da CIC depende do número de meses que os recursos acumulados em sua conta individual podem financiar. São concedidos benefícios mensais decrescentes de 50%, 45%, 40%, 35%, 30%, 25% e 20% da remuneração média do trabalhador nos últimos 12 meses. O benefício não pode ser inferior ao mínimo estabelecido pelo Fondo Solidário. No caso do benefício pago por esse fundo, o valor varia entre 50% e 30% do salário médio dos últimos 12 meses, sendo que cada faixa tem um mínimo e um teto definido.

Em Cuba, se o trabalhador dispensado não obteve outra colocação, o valor do benefício equivale a 60% do salário básico³⁸, pago ao trabalhador durante 1 mês, caso ele tenha trabalhado de 10 a 19 anos; de até 2 meses, se

³⁷ De três parcelas, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo seis meses e no máximo 11 meses, nos últimos 36 meses; de quatro, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo 12 meses e no máximo 23 meses, nos últimos 36 meses; de cinco, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo 24 meses, nos últimos 36 meses.

³⁸ No artigo 1º da Resolução nº 35, o salário básico é definido como: *“la remuneración que comprende la tarifa de la escala salarial, más los pagos adicionales establecidos legalmente y se utiliza en los casos previstos en la legislación. No se consideran los pagos adicionales condicionados al cumplimiento de determinados indicadores asociados a los resultados de trabajo”*.

tiver trabalhado de 20 a 25 anos; e de até 3 meses, se tiver trabalhado de 26 a 30 anos. Para os fins desta pesquisa, no caso cubano, o seguro-desemprego encontra similitude no conceito de garantias salariais para os “disponibles” ou “interruptos”. Esse instrumento permite preservar os direitos laborais dos trabalhadores e a justiça social.

Dos três países analisados – Brasil, Chile e Cuba –, o Brasil é aquele que apresenta um seguro-desemprego mais expressivo, considerando a estrutura do mercado formal de trabalho do país. Isso em termos de valor pago e de nível de benefício. Contudo, com a introdução da ampliação do tempo de trabalho anterior exigido, essa posição pode estar sendo alterada.

REFERÊNCIAS

CUBA. MINISTERIO DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Resolución nº 35. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, 2010. Disponível em: <<http://www.juventudrebelde.cu/file/pdf/suplementos/gaceta-oficial-nro-12-2010.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

OSHIRO, Felício. O desemprego no olhar da sociedade contemporânea. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-graduados em Economia Política, PUCSP, São Paulo, 2015.

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES. Disponível em: <<http://www.spensiones.cl/portal/orientacion/580/w3-propertyvalue-6106.html>>. Acesso em: 8 jan. 2015.

TOPALOV, C. A invenção do desemprego: reforma social e moderna relação salarial na Grã-Bretanha, na França e nos Estados Unidos no início do século XX. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 1990.

UNIDADE 3

OS PAÍSES EM ESTUDO: UMA CARACTERIZAÇÃO

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

Rosa Maria Marques
Elizabeth Cardoso de Oliveira
Camile Kimie Ugino
Natália Cairo Lara
Laís Soares
Estela Capelas Barbosa
Maria Lúcia Teixeira Garcia
Jeane A. Ferraz Silva
Tiago Martinelli

Características socioeconômicas

A área do Brasil perfaz 8.547.403 km² e sua população estimada, em 2012, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2012) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 196,9 milhões de pessoas. A taxa de urbanização brasileira é de 84,8%, ou seja, essa porcentagem representa a população da área urbana em relação à população total.

No mesmo ano, o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu 0,9%, frente a 2,7% em 2011 e 7,5% em 2010. Segundo as Contas Trimestrais do IBGE, o PIB a preços de mercado atingiu R\$ 4.402 milhões, o que perfaz US\$ 2.256 bilhões e um per capita de US\$ 11.462, de acordo com os cálculos do Banco Central (BACEN, 2013). Em 2012, a inflação anual foi de 5,84%.

Em termos de composição demográfica, o Brasil apresenta um quadro de rápida mudança, indicando vivenciar um processo de envelhecimento de sua população: se em 2002 as pessoas com até 24 anos representavam 47,4% da população total, em 2012, este percentual caiu para 39,6%. Ao mesmo tempo, a população de 60 ou mais anos de idade passou a representar 13,7% entre as mulheres e 11,5% entre os homens.

O processo de envelhecimento da população brasileira é resultado da queda da taxa de fecundidade (1,9 filho por mulher, segundo o Censo de 2010) e do aumento da expectativa de vida (74,8 anos, em 2013, segundo o IBGE) ocorridos nas últimas décadas. O Gráfico 1 apresenta a distribuição da população residente, por idade e sexo, em 2004 e 2012.

Em 2012, o Índice Gini, que mede o grau de desigualdade do rendimento mensal das pessoas de 15 anos ou mais de idade, foi de 0,507, frente a 0,556 em 2004 (IBGE/PNAD – 2012). O IBGE, na *Síntese de indicadores sociais* (BRASIL, 2013), indica a permanência de desigualdade social: **os 10% da distribuição com maiores rendimentos detinham 41,9% da renda total**, os 40% com menores rendimentos se apropriaram de 13,3% da renda total. Os 10% com maiores rendimentos tinham um rendimento médio 12,6 vezes superior ao rendimento dos 40% com menores rendimentos (em 2002, essa razão foi de 16,8).

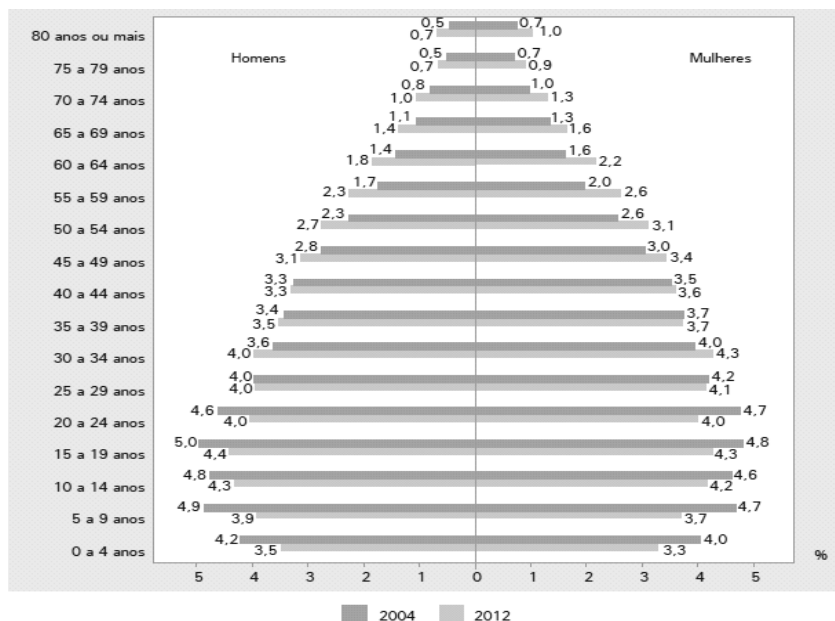


GRÁFICO 1. Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2002/2012.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004/2012.

Em relação ao mercado de trabalho, a taxa de desemprego em 2012 foi de 5,5%, frente a 11,7% em 2002 (IBGE/PME). Como resultado, a informalidade diminuiu de forma contínua e alcançou seu menor nível em 2012 de 39,3, ante um nível de 51,2 em 2002 (IPEA, 2013).

Em relação à proporção de trabalhadores em trabalhos formais, tem-se um aumento de 44,6%, em 2002, para 56,9%, em 2012. Entre 2003 e 2012, o número de empregos formais avançou 60,6%, passando de 29,5 milhões para 47,5 milhões. No entanto, a informalidade abrange 43,1% dos trabalhadores em 2012 (BRASIL, 2013). Para 2013 o IBGE já indica uma taxa de formalização de 60,7%.

Proteção social no Brasil

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, as ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde,

à previdência e à assistência social compreendem a Seguridade Social. Mas a Seguridade Social (SS) assim entendida constitui tão somente a proteção social brasileira em seu sentido restrito, pois o seguro-desemprego, as ações relativas à educação, entre outras, não fazem parte dela.¹

Ainda segundo a Constituição, a SS deveria ser organizada visando os seguintes objetivos: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; e) diversidade da base de financiamento; f) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. Como se pode ver mais adiante, esses objetivos não se aplicam de maneira geral a todos os ramos da SS.

A seguir é feita uma descrição de cada ramo, com ênfase em seus princípios norteadores, cobertura, forma de financiamento e de participação da comunidade e organização. Além disso, é feita uma breve descrição do seguro-desemprego e do Programa Bolsa-Família; o primeiro porque faz parte dos direitos previstos nos sistemas de proteção social na maioria dos Países desenvolvidos; e o segundo, dada a importância que assumiu na agenda social dos governos Lula e Dilma.

Previdência social

No Brasil, há dois subsistemas de previdência social, o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e os Regimes Próprios de Previdência Social. Os dois têm caráter obrigatório e funcionam sob o regime de repartição simples.

¹ “A definição de seguridade social ampliada, na forma de sistema de proteções sociais integrais, supera os limites expressos na Carta Constitucional que, em seu artigo 6º, reafirma direitos sociais que ainda hoje são acessados apenas por uma pequena parcela da população, o que impõe o desafio da universalidade, envolvendo a revisão do efeito limitado da contributividade da previdência social e do maior alcance da assistência social, bem como a implantação efetiva da universalidade integral da saúde” (SECRETARIA EXECUTIVA DO SEMINÁRIO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL, 2010, p. 78).

O RGPS é voltado única e exclusivamente aos trabalhadores do mercado formal de trabalho do setor privado, e os Regimes Próprios de Previdência Social são dirigidos aos servidores públicos e militares, da União, dos Estados e dos Municípios². Isso significa que em 2013 apenas 60,7% da população ocupada está segurada em termos previdenciários.

O Regime Geral da Previdência Social (RGPS) garante uma renda de substituição em casos de velhice, morte, doença, acidente de trabalho, maternidade e reclusão para os trabalhadores do mercado formal. Dessa forma, não se aplica a universalidade no RGPS, posto que está dirigido aos trabalhadores do mercado formal. Para ter direito a essa proteção é necessário estar inscrito no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Os benefícios são classificados em três grandes grupos: aposentadorias, pensões e auxílios. Na sua maioria são calculados pela média aritmética simples dos 80% maiores salários de contribuição, mas há um piso de valor igual ao salário mínimo (em 2013 o valor do SM é de R\$678,00 ou US\$ 299,00). Para ter acesso aos benefícios, é exigido em geral um período mínimo de contribuições (período de carência). Em 2013, o máximo a ser recebido é de R\$ 4.159,00, o que corresponde a 6,3 salários mínimos (ou US\$ 1.832,15).

As *Aposentadorias* são pagamentos mensais vitalícios, realizados ao segurado por motivo de idade, tempo de contribuição, invalidez ou insalubridade. No caso da *Aposentadoria por idade*, cumprida a carência, é concedida ao segurado que alcança a idade mínima de 60 anos, se mulher, e 65 anos, se homem. Os trabalhadores rurais têm direito ao benefício cinco anos mais cedo. O tempo mínimo de contribuição é de 15 anos, se inscrito a partir de 25 de julho de 1991, e de 13 anos e 6 meses, no ano de 2008, para os inscritos até 24 de julho de 1991. A grande maioria das aposentadorias por idade é concedida a trabalhadores rurais.

A *Aposentadoria por tempo de contribuição* é concedida ao segurado que contribuir por 35 anos, se homens, e 30 anos, se mulheres. Os professores da educação infantil e do ensino fundamental e médio têm o seu tempo de contribuição reduzido em cinco anos. A partir de 1999, houve alteração na fórmula

² A maioria dos municípios não tem regime próprio e seus servidores estão vinculados ao RGPS.

de cálculo do valor do benefício, passando a ser aplicado um fator redutor em função da expectativa de sobrevivência do trabalhador. *Aposentadoria por invalidez* é concedida ao segurado incapacitado para o trabalho que tenha contribuído pelo menos por 12 meses. É feita exceção no caso de o trabalhador ter sofrido acidente ou ser cometido por doença de qualquer natureza.

As *Pensões* são concedidas aos dependentes do segurado por motivo de falecimento. Já os *Auxílios* são concedidos aos segurados em caso de doença (auxílio-doença), quando há comprometimento físico ou mental que os impeçam de trabalhar. Em caso de reclusão ou prisão, o benefício é pago aos dependentes do segurado. Em caso de acidente, quando o segurado perde a capacidade de trabalhar. E no caso de maternidade, a mulher segurada tem direito ao salário-maternidade por 120 dias.

A Tabela 2 apresenta a quantidade de benefícios emitidos em dezembro de 2012. Nela pode-se ver que as aposentadorias abrangem mais de 66% do total. No ano, o valor médio dos benefícios concedidos foi de R\$ 934,77, isto é, 1,5 salário mínimo.

Em 2012, o RGPS foi financiado largamente com recursos provenientes das contribuições de empregados e empregadores, calculadas sobre a folha de pagamentos e outros rendimentos do trabalho; mas também com recursos originários do Sistema Integrado de Pagamentos de Impostos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte (SIMPLES), calculados sobre o faturamento, com recursos da Contribuição Social sobre Lucro Líquido, entre outros recursos. Contudo, desde 14 de dezembro de 2011, mediante a Lei 12.546, e por iniciativa da presidente Dilma, iniciou-se o processo de desoneração da folha de pagamento de setores da economia brasileira. Essa desoneração implica a eliminação da atual contribuição previdenciária dos empregadores (20% sobre a massa salarial) e sua substituição por uma nova contribuição sobre a receita bruta das empresas (descontando as receitas de exportação) com duas alíquotas: de 1 ou 2%. Em termos de valores pagos, a substituição não é completa, pois “contempla uma redução da carga tributária [...], porque a alíquota sobre a receita bruta foi fixada em um patamar inferior àquela alíquota que manteria inalterada a arrecadação – a chamada a alíquota neutra” (BRASIL, 2012a, p 1).

TABELA 1. Benefícios previdenciários emitidos em dezembro de 2012.

	Quantidade	%
Total	25.192.966	100,00
Aposentadorias	16.725.927	66,39
Idade	8.798.101	34,92
Invalidez	3.065.611	12,17
Tempo de contribuição	4.862.215	19,30
Pensão por morte	6.976.263	27,69
Auxílio-doença	1.329.207	5,28
Salário-maternidade	82.716	0,33
Outros	78.853	0,31
Acidentários	839.889	3,33
Fonte: MPAS, 2013.		

A gestão participativa, democrática e descentralizada é garantida pela existência do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) e dos Conselhos de Previdência Social (em nível dos Municípios, e de caráter consultivo e de assessoramento ao CNPS). O CNPS é um órgão superior de deliberação colegiada, composto por seis representantes do governo federal e nove da sociedade civil, sendo três aposentados e pensionistas, três trabalhadores ativos e três empregadores. Sua principal função é atuar no acompanhamento e na avaliação dos planos e programas que são realizados pela administração. Quaisquer alterações no plano de benefícios e de custeio necessitam ser aprovadas pelo Congresso Nacional e sancionadas pela presidência da República.

Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público responsável pela política nacional de saúde no Brasil. Integrante da Seguridade Social, o SUS é regulamentado pela Lei Orgânica 8.080/1990. Segundo o artigo 198 da Constituição, as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de

governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e c) participação da comunidade.

A participação da comunidade é garantida nos conselhos: Conselho Nacional de Saúde; Conselhos Estaduais (27) e Conselhos Municipais (5.569). Os conselhos deliberam, vigiam e monitoram as políticas de saúde pública. É de suas responsabilidades, entre outros, aprovar o orçamento de saúde, acompanhar a execução orçamentária e aprovar, a cada quatro anos, os Planos Nacional, Estadual e Municipal, de acordo com seus âmbitos. A composição dos conselhos é de 50% de representantes dos usuários, 25% dos trabalhadores e 25% dos provedores de serviços e gestores.

De quatro em quatro anos, é realizada uma Conferência Nacional de Saúde (precedida por Conferências estaduais e municipais, realizadas em todo o País), com o objetivo de avaliar a situação do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. A Conferência é convocada pelo executivo (Ministério da Saúde) ou pelo Conselho Nacional de Saúde.

A fim de que sejam pactuados a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde entre os entes federados, o SUS conta com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito dos Estados e vinculadas às Secretarias de Saúde, e com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal. As CIBs são constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário do Estado da Saúde, e dos secretários municipais de Saúde, indicados pelo órgão de representação conjunta dos Municípios do Estado (Conselho de Secretários Municipais de Saúde – Cosems). A CIT é integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, Estados, DF e Municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de Estados e Municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

O financiamento do SUS é realizado mediante recursos de contribuições sociais na esfera federal e mediante recursos de impostos na esfera estadual e municipal. Em 2010, a participação dos Estados e Municípios representou 55% do total do gasto. De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamentou a Emenda Complementar nº 29, os Estados e o Distrito Federal devem aplicar em ações e serviços públicos de saúde no mínimo 12% de sua receita disponível, isto é, dos recursos arrecadados e das transferências constitucionais recebidas; os Municípios, por sua vez, devem aplicar 15%. A União deve aplicar montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Tendo em vista que o SUS é regido pela diretriz da descentralização, os recursos federais são transferidos aos governos subnacionais.

Em 2009, apesar da existência do SUS, a participação do gasto público no total do gasto com saúde no País era de apenas 43,6% (OMS, 2012), o equivalente a 3,83% do PIB³. Nesse mesmo ano, o gasto privado direto representava 32,26% do total e o gasto com Planos e Seguros de Saúde, 24,13%. Vale destacar que, no Brasil, os Planos e Seguros de Saúde não são complementares e sim se duplicam em relação ao SUS. Em 1998, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, na pesquisa suplementar Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 24,5% da população estava coberta por um plano de saúde, seja privado (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão), seja organização como assistência ao servidor público civil e militar.

Dessa forma, em que pese a universalidade garantida pelo SUS, é bastante significativo o segmento privado da saúde no Brasil. Em 2010, segundo a Receita Federal, a renúncia fiscal empreendida, seja nas deduções do imposto de renda de pessoa física e jurídica, seja com instituições sem finalidade lucrativa, entre

³ Nos Países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a participação do setor público no financiamento da saúde é de 70%; na Argentina, Uruguai e Colômbia, de 66%, 65% e 72,7%, respectivamente (OMS, 2012).

outros, atingiu R\$ 16,0 bilhões, o equivalente a 11,6% do gasto público em saúde realizado em 2010 (apud PIOLA, 2013).

Assistência social

A assistência social, política pública não contributiva, é dever do Estado e direito de todo cidadão que dela necessitar.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é um modelo de gestão organizado de forma descentralizada e participativa com foco nos serviços socioassistenciais⁴. Sua forma compartilhada de gestão é composta pelo poder público e pela sociedade civil. Os marcos regulatórios constitutivos da política de assistência social brasileira são, além da Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Assistência Social, de 1993, atualizada e alterada pela Lei nº 12.435, de 2011, a Política Nacional de Assistência Social, de 2004, a Norma Operacional Básica dessa Política, de 2012 e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos de 2006 (BRASIL, 2013).

Segundo o artigo 203 da Constituição Federal de 1988, a assistência social tem por objetivos⁵:

[...] a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário

⁴ Em dezembro de 2013, 99,8% dos municípios brasileiros estavam habilitados em um dos níveis de gestão do SUAS.

⁵ A Lei Orgânica da Assistência Social apresenta como objetivos: “1 – a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; c) a promoção da integração ao mercado de trabalho; d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais” (BRASIL, 2011).

mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988).

A PNAS e o SUAS estabelecem para a assistência três funções: a Defesa dos direitos, a Vigilância socioassistencial e a Proteção social. Esta última divide-se em Proteção Básica e Especial. A primeira, de caráter preventivo, tem como equipamento principal os Centros de Referência de Assistência Social. Já segunda se divide em ações de média e alta complexidade, tendo como principal equipamento o CREAS, que atende às situações de violações de direitos (PNAS, 2004)⁶.

A Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) é a unidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)⁷ responsável pela gestão da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), organizada por meio do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). O SUAS estabeleceu uma ruptura com o modelo assistencialista, ancorado na filantropia e benemerência, que até então havia caracterizado a assistência social no País.

Entre os órgãos colegiados que contam com maior participação do Ministério, estão o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). A participação da comunidade é garantida nos conselhos: Conselho Nacional de Assistência; Conselhos Estaduais (27) e Conselhos Municipais (5.565). Entre suas competências, destacam-se: aprovar a Política de Assistência Social (PNAS), regular a prestação de serviços públicos e privados de assistência

⁶ “[...] o Brasil possui 7.507 Cras em 5.527 municípios, enquanto existem 2.216 Creas em 2.303 municípios. E os Centros POP deverão chegar a 291, em 246 municípios, até o final do ano. O Suas conta também com a rede socioassistencial privada, formada por cerca de 13 mil entidades não governamentais de assistência social que trabalham em articulação com as unidades públicas” (BRASIL, 2013).

⁷ As políticas de Assistência Social, de Segurança Alimentar e Nutricional e de Renda de Cidadania integram a estrutura do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) organizado em seis secretarias, além do Gabinete da Ministra: Secretaria Executiva (SE), Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc), Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan), Secretaria Extraordinária de Superação da Extrema Pobreza (Sesep) e Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi).

social, zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de assistência social e convocar ordinariamente a Conferência de Assistência Social. É de responsabilidade do Conselho nas três esferas, entre outras, aprovar o orçamento da assistência social, acompanhar a execução orçamentária e aprovar, a cada quatro anos, os Planos Nacional, Estadual e Municipal, de acordo com seus âmbitos. A composição dos conselhos é de 50% de representantes da sociedade civil e 50% de representação governamental. Em 2013, o CNAS foi composto por 18 membros, sendo nove representantes governamentais e nove da sociedade civil. O órgão é sempre presidido por um de seus integrantes, eleito pelos próprios membros do Conselho, com mandato de um ano e possibilidade de estendê-lo por mais um.

De quatro em quatro anos,⁸ é realizada uma Conferência Nacional de Assistência Social (precedida por Conferências estaduais e municipais, realizadas em todo o País), com o objetivo avaliar a situação do SUAS e propor diretrizes para a formulação de políticas de assistência social. A Conferência é convocada pelo executivo (Ministério do Desenvolvimento Social) ou pelo CNAS.

A fim de que sejam pactuadas a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de assistência social entre os entes federados, o SUAS conta com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito dos Estados, vinculadas às Secretarias de Assistência Social; e com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal. As CIBs são constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário do Estado da Assistência Social, e dos secretários municipais de Saúde, indicados pelo Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social – Coegemas.

A CIT é integrada por gestores do SUAS das esferas de governo – União, Estados, DF e Municípios. Tem composição paritária formada por representantes do MDS, pelo Fórum Nacional de Secretários de Estado de Assistência Social

⁸ Excepcionalmente poderão ser convocadas Conferências extraordinárias a cada 02 (dois) anos (artigo 116 a 118 da NOB –SUAS 2012).

(Fonseas) e pelo Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas).

A Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Federal nº 8.742/93) estabelece que o financiamento à Assistência Social, de responsabilidade da União, seja feito com os recursos aportados no Fundo Nacionais de Assistência Social – FNAS (Art. 28). Também, que as transferências de recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios sejam feitas mediante prévia comprovação de efetiva instituição e funcionamento de:

- a) Conselhos de assistência social de composição paritária entre governo e sociedade civil.
- b) Fundos de assistência social com orientação e controle dos respectivos conselhos de assistência social.
- c) Planos de Assistência Social.
- d) Comprovação de aporte de recursos próprios alocadas nos respectivos fundos de assistência social (Art. 30).

As receitas do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) podem ser compostas por recursos da União; eventuais doações de pessoas jurídicas ou pessoas físicas; contribuição social dos empregadores; recursos provenientes de concursos, sorteios e loterias, no âmbito do Governo Federal; receitas de aplicações financeiras de recursos do Fundo; receitas provenientes da alienação de bens móveis da União, no âmbito da assistência social e transferências de outros fundos.

O FNAS foi regulamentado pelo Decreto nº 1.605/95 e atualizado pelo Decreto nº 7.788, de 2012. Seus recursos são aplicados no pagamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC); no apoio técnico e financeiro aos serviços e programas de assistência social aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS); no atendimento de ações socioassistenciais de caráter emergencial, em conjunto com o Distrito Federal, os Estados e os Municípios; na capacitação de recursos humanos e no desenvolvimento de estudos e pesquisas relativos à área de assistência social (BRASIL, 2013a).

Quanto à evolução dos recursos da Assistência Social na União, os dados indicam um incremento significativo, partindo de R\$ 11,9 bilhões em 2002 para R\$ 42,9 bilhões em 2010 (valores corrigidos pelo IPCA-IBGE até 30/06/2011). O ritmo de crescimento anual, embora permanente, não foi homogêneo, variando de 5,8% entre 2004 e 2005 a 51% entre 2003 e 2004. Entre 2002 e 2010, o incremento nominal de recursos foi de 498,5% e o real de 260,5%. Os dois momentos de maior elevação nos recursos destinados à Função 08: nos anos de 2004 e 2006 decorreram, principalmente, ao aporte de recursos para o Programa Bolsa-Família (PBF) e para o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O Caderno SUAS nº 5 (BRASIL, 2010) calcula o gasto total na política de assistência social em 49,5 bilhões, assim distribuídos: 38,9 bilhões gastos pela União (78%); 3,5 bilhões gastos pelos Estados (7,5 %); e, 7,1 bilhões gastos pelos Municípios (14,1%).

Registram-se avanços na Política de Assistência Social do ponto de vista do seu financiamento (como a instituição dos FMAS, o próprio aumento dos recursos, a instituição dos pisos de proteção, dentre outros). Entretanto, permanece a dificuldade no processo de implementação do SUAS que se encontra ameaçado na sua lógica e configuração, visto que não há o devido aporte de recursos para os benefícios, serviços, programas e projetos.

Por outro lado, registra-se o aumento dos recursos para os programas focalizantes (como o BPC e o PBF), e os serviços como os da Proteção Social Especial (PSE) ficam com um volume limitado de recursos, por parte da União, dos Estados e dos próprios Municípios que sozinhos não têm como arcar com os seus custos. Tem-se, assim, muito mais uma centralização dos recursos por parte da União com a execução ficando à mercê dos Municípios e um baixo protagonismo do governo estadual (SILVA, 2013).

Programa Bolsa-Família

Criado pela Lei nº 10.836, de 09/01/2004, o Programa Bolsa-Família (PBF) é um programa de transferência condicionada de renda a populações em situação de pobreza e de extrema pobreza. É gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e financiado com recursos da esfera federal. Sua implantação e sua operacionalização são realizadas pelo Município, e os pagamentos às famílias beneficiárias são efetuados pela Caixa Econômica Federal (CEF). Em 2012, o total de famílias beneficiadas foi de 13,9 milhões.

O público-alvo do PBF são famílias pobres, detentoras de renda mensal *per capita* entre R\$140,00 e R\$70,01, que possuam crianças de até 15 anos, gestantes ou nutrizes; ou, ainda, adolescentes de 16 ou 17 anos; e famílias extremamente pobres, que possuam renda *per capita* de até R\$70,00. Todos os membros beneficiários das famílias atendidas pelo PBF devem possuir registro no Cadastro Único para os Programas Sociais (CadÚnico)⁹.

O Quadro 1 sintetiza o tipo e a quantidade de benefícios atribuíveis às famílias, conforme a composição familiar e sua situação quanto à renda *per capita*. Daí se depreende que os benefícios pagos pelo PBF não integram um corpo de direitos da proteção social brasileira, visto que o programa, em teoria, pode ter descontinuidade. O Programa Bolsa-Família se organiza pelos diferentes tipos de benefícios, que variam em valores e de acordo com a característica da família. O Quadro 1 também demonstra a composição de valores de acordo com cada característica familiar.

⁹ Atualmente, além da Assistência Social, diversas ações nas áreas da educação, da creche à formação profissional, da saúde, da moradia e da assistência técnica rural utilizam-se desse CadÚnico. Em 2011, quando a implantação das Unidades Básicas de Saúde – UBS, as informações do Cadastro foram essenciais para definir sua localização, concentradas que estão nos municípios com maior concentração de famílias em extrema pobreza (2.077 das 2.122 novas UBS) (ANFIP, 2013).

Benefício	Valor	Regra
Básico	R\$ 70,00	- Transferido às famílias em situação de extrema pobreza (renda mensal <i>per capita</i> menor ou igual a R\$ 70,00) - Concedido mesmo quando não há crianças, adolescentes ou jovens na família
Benefício Variável de 0 a 15 anos	R\$ 32,00	- Concedido às famílias com crianças ou adolescentes de 0 a 15 anos de idade
Benefício Variável à Gestante (BVG)	R\$ 32,00	- Concedido às famílias que tenham gestantes em sua composição - Pagamento de nove parcelas consecutivas, a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o nono mês - A identificação da gravidez é realizada no Sistema Bolsa Família na Saúde e no Sistema de Condicionalidades (Sicon). O Cadastro Único não permite identificar as gestantes
Benefício Variável à Nutriz (BVN)	R\$ 32,00	- Transferido às famílias beneficiárias do PBF que tenham crianças com idade entre 0 e 6 meses em sua composição - Pagamento de seis parcelas consecutivas, a contar da data de concessão do benefício, desde que a criança tenha sido identificada no Cadastro Único até o sexto mês de vida
Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ)	R\$ 38,00	- Transferido às famílias beneficiárias do PBF que tenham adolescentes de 16 e 17 anos - Limite de até dois benefícios por família - O BVJ continua sendo pago regularmente à família até dezembro do ano de aniversário de 18 anos do adolescente
Benefício para Superação da Extrema Pobreza (BSP)	Caso a caso	- Transferido às famílias beneficiárias do PBF que estejam em situação de extrema pobreza (renda mensal <i>per capita</i> menor ou igual a R\$ 70,00), mesmo após o recebimento dos outros benefícios do PBF. O benefício para superação da extrema pobreza independe da composição familiar

QUADRO 1. Programa Bolsa-Família: tipo, valor do benefício e condições.

Fonte: Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), 2013.

Quanto às condicionalidades, o PBF exige das famílias contrapartidas nas áreas de educação, saúde e assistência social que variam segundo o perfil dos beneficiários na família. O Quadro 2 apresenta as condicionalidades impostas pelo programa.

Educação	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%.
Saúde	Acompanhamento do calendário vacinal, do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos, e o acompanhamento de gestantes e nutrízes.
Assistência Social	Crianças e adolescentes com até 15 anos, em risco ou retiradas do trabalho infantil pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), devem participar dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do Peti e obter frequência mínima de 85% da carga horária mensal.

QUADRO 2. Condicionalidades do Programa Bolsa-Família.

Fonte: MDS, Programa Bolsa-Família.

Quanto ao seu financiamento, o PBF é uma rubrica do Orçamento Público Federal. Seus recursos provêm da receita tributária da Seguridade Social, no âmbito da execução orçamentária destinada à função Assistência Social, a qual, no ano de 2010, respondeu por 9,3% dos recursos do orçamento da Seguridade Social. Para essa função, a fonte contributiva mais importante, se considerado o período de 2001-2011, foi a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), responsável por 77,1% do valor gasto no referido período. O PBF está sob a responsabilidade do MDS, enquanto Unidade Orçamentária. Este último, por sua vez, em 2010, respondeu pela execução de 39% do montante destinado à assistência social, montante esse dos quais 92% foram destinados ao PBF (SALVADOR, 2012).

Seguro-desemprego

O seguro-desemprego constitui uma renda de substituição em caso de desemprego do trabalhador formal. Embora o inciso III do artigo 201 da Constituição Federal o contemple como um integrante dos planos de previdência, ele não é operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e sim pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), um fundo de natureza contábil-financeira, vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego – MTE. Além do seguro-desemprego, o FAT é responsável pelo pagamento do Abono Salarial e pelo financiamento de Programas de Desenvolvimento Econômico.

A principal fonte de recursos do FAT é composta pelas contribuições para o Programa de Integração Social – PIS, criado por meio da Lei Complementar nº 07, de 7 de setembro de 1970, e para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP, instituído pela Lei Complementar nº 08, de 3 de dezembro de 1970.

A gestão do FAT é realizada pelo Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador – Codefat, um órgão colegiado, de caráter tripartite e paritário, composto por representantes dos trabalhadores, dos empregadores e do governo, que atua como gestor do FAT. Dentre as funções do órgão, estão as de elaborar diretrizes para programas e para alocação de recursos, de acompanhar e avaliar seu impacto social e de propor o aperfeiçoamento da legislação referente às políticas.

O seguro-desemprego é concedido em no máximo cinco parcelas, de forma contínua ou alternada, a cada período de 16 meses, conforme a seguinte relação:

- a) três parcelas, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo seis meses e no máximo onze meses, nos últimos trinta e seis meses;
- b) quatro parcelas, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo doze meses e no máximo 23 meses, nos últimos 36 meses;
- c) cinco parcelas, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo 24 meses, nos últimos 36 meses.

Para o cálculo do benefício a ser recebido, aplica-se ao valor do salário médio recebido nos últimos três meses anteriores à dispensa os percentuais

de acordo com o Quadro 3, resguardado o fato de o benefício não poder ser inferior a um salário mínimo.

Faixas de Salário Médio	Valor da Parcela
Até R\$ R\$ 1.090,43	Multiplica-se salário médio por 0.8 (80%)
De R\$ 1.090,44 até R\$ 1.817,56	O que exceder a 1.090,43 multiplica-se por 0.5 (50%) e soma-se a 872,35.
Acima de R\$ 1.817,56	O valor da parcela será de R\$ 1.235,91 invariavelmente.

QUADRO 3. Cálculo do Benefício Seguro-Desemprego – janeiro 2013.

Fonte: MTE, 2013.

O sentido da proteção social no Brasil

O Brasil, por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, indicava uma tendência universalizante no campo das políticas sociais, demonstrando uma tentativa similar às experiências europeias. Mas, *pari passu* à nova Constituição, o País adotou medidas neoliberais preconizadas pelo “Consenso de Washington”, processo que direcionou as reformas da proteção social cada vez mais para o mercado, associadas a políticas assistenciais focalizadas. O resultado disso foi o crescimento, no campo da Saúde, dos Planos e Seguros de Saúde¹⁰, e, dos Fundos de Pensão Abertos, na área previdenciária e a não alteração significativa das profundas desigualdades sociais existentes no País.

Isso significa que, apesar dos esforços dos constituintes em construir uma proteção social que garantiria direitos ao conjunto da população, ela continua sendo parcial e não universal. No caso da saúde, ao lado do sistema público e em seu prejuízo, floresce o privado, principalmente na forma de Planos e Seguros de Saúde. E sua expansão, que beneficia principalmente segmentos populacionais de renda mais elevada, é significativamente financiada mediante

¹⁰ Em 2010, o gasto privado em saúde representava 53% do total do gasto total realizado. No privado, 40,4% deles é relativo a Planos e Seguros de Saúde (OMS, 2013).

renúncia fiscal. Essa e outras práticas que vigoram no País indicam que, de fato, não houve a opção do público em matéria de saúde.

Na área previdenciária, responsável pela organização e concessão de aposentadorias, à parte os grandes avanços introduzidos no momento da elaboração da Constituição de 1988 (introdução do piso de valor igual ao salário mínimo e eliminação das desigualdades de acesso entre os trabalhadores rurais e urbanos), não houve avanços posteriores. Em grande parte, isso se deve ao fato de o mercado de trabalho brasileiro continuar segmentado, no qual a presença da informalidade continua alta (embora tenha diminuído, como visto). Isso porque, como a Previdência Social é financiada por contribuições e não em impostos, a expansão de sua cobertura é função do aumento da formalização do mercado de trabalho e não de uma política previdenciária. Além disso, é digna de nota a introdução do fator previdenciário como elemento inibidor da demanda de aposentadoria: como ele funciona como um redutor do valor da aposentadoria, o segurado é incentivado a continuar trabalhando.

No campo assistencial, o destaque continua sendo o Programa Bolsa-Família, em que pese seu benefício não ser considerado um direito. Esse Programa beneficia 13,9 milhões de famílias brasileiras de baixa renda, o que corresponde a 26% da população.

Dessa forma, no lugar de construir uma proteção social fundada na cidadania, o que foi desenhado é algo híbrido: uma saúde pública com vocação a ser universal, mas que não o é; um sistema de aposentadoria somente dirigido aos trabalhadores do mercado formal e, uma assistência social que não dá conta da lacuna dessa última. Ao lado disso, e fora do campo do direito, amplia-se o Programa Bolsa-Família na tentativa de diminuir o nível de pobreza e desigualdade do País, mas sem alterar os determinantes estruturais dessa pobreza e desigualdade.

Ademais, outro fator que impede a universalização é o uso indevido de parte dos recursos da Seguridade Social para o pagamento do serviço da dívida (esse mecanismo resultou em perda de recursos para a Seguridade Social de cerca de R\$ 520 bilhões, entre 1995 e 2011) (ANFIP, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012).

No caso do Brasil, portanto, antes de qualquer debate sobre o conceito de sustentabilidade, é necessário assegurar o princípio da universalidade,

única garantia que a maioria da população teria de ser protegida. Da maneira como aparece a discussão de sustentabilidade no Brasil, esta se reveste de conteúdo classista, claramente a favor do grande capital, principalmente do capital financeiro.

Caracteriza-se aqui no Brasil uma experiência da seguridade social marcada por um traço: cada política segue uma lógica própria e diferenciada, não estabelecendo uma dinâmica de articulação e complementaridade com as demais, nem instituindo um sistema homogêneo.

Desde a criação do SUS, um de seus desafios é conseguir os recursos necessários para preservar o caráter universal de seu acesso e para garantir seu atendimento integral. A Assistência Social no Brasil, apesar dos avanços recentes, apresenta-se distante de uma política universalizante. Pelo contrário, configura-se de forma seletiva e focalizada e em dissonância com a realidade brasileira. Já a Previdência Social continua a ser direcionada apenas para o mercado formal de trabalho, de modo a manter sua lógica meritocrática.

O paradoxo do controle social, instituído pelas Políticas de Saúde e Assistência Social brasileira, é que seu avanço e suas limitações, ao mesmo tempo em que potencializam, reduzem sua capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças da sociedade civil organizada.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL – Anfip. *Análise da Seguridade Social*. Brasília: DF, Anfip, 2007.

_____. *Análise da Seguridade Social*. Brasília/DF: Anfip, 2008.

_____. *Análise da Seguridade Social*. Brasília/DF: Anfip, 2009.

_____. *Análise da Seguridade Social*. Brasília/DF: Anfip, 2010.

_____. *Análise da Seguridade Social*. Brasília/DF: Anfip, 2011.

_____. *Análise da Seguridade Social*. Brasília/DF: Anfip, 2012.

_____. *Análise da Seguridade Social 2012*. Brasília/DF: Anfip, 2013.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. *Boletim Anual 2012*. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/boletim/banual2012/rel2012cap1p.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. *Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)*. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. *Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011*. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF, 2011.

_____. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: DF, 2004.

_____. Ministério da Fazenda. *Desoneração da Folha de Pagamentos*. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/portugues/documentos/2012/cartilhadesoneracao.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. *Informe de previdência social*, v. 25, número 1, janeiro/2013c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Caderno Suas*, n. 5, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Loas: duas décadas assegurando direitos sociais à população mais pobre*. Brasília/DF, 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias-1/2013/dezembro/loas-duas-decadas-assegurando-direitos-sociais-a-populacao-mais-pobre>>. Acesso em: 06 dez. 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Norma Operacional Básica – NOB-SUAS*. Brasília, 2012. Disponível: http://portal.cnm.org.br/v4/v11/siteCNM/NT_002_2013_DSocial_NOB_SUAS_2012.pdf. Acesso em: 24 de novembro de 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Assistência Social*. Disponível: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial>>. Acesso: 20 nov. 2013a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Bolsa-Família*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 28-30 out. 2013b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais*. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013 (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 32).

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Quantidade de parcelas*. Disponível em <http://portal.mte.gov.br/seg_desemp/seguro-desemprego-formal-2.htm>. Acesso em: 4 nov. 2013d.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa por Amostra de Domicílios – PND 1998*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

_____. *Pesquisa por Amostra de Domicílios – PND 2012*. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2012/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2012.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2013.

_____. *Pesquisa Mensal de Emprego – PME*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/default-tab_hist.shtm>. Acesso em: 4 nov. 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Um Retrato de Duas Décadas do Mercado de Trabalho Brasileiro Utilizando a PNAD. *Comunicado IPEA n°160*, outubro de 2013. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20077>. Acesso em: 4 nov. 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/>. Acesso em: 4 nov. 2013.

_____. *World Health Statistics*. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/view.main.1900ALL?lang=en>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

PIOLA, Sérgio. Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil. *Anais... 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE*. ABRASCO, Belo Horizonte, 3 de outubro de 2012.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. *Anais... I SIMPÓSIO DE ORÇAMENTO PÚBLICO E POLÍTICAS SOCIAIS*, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2012.

SILVA, J.A.F. *Financiamento da Assistência Social*. 2013 [no prelo].

SECRETARIA EXECUTIVA DO SEMINÁRIO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL. *Relatório do Seminário Nacional Preparatório*. I CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS UNIVERSAIS DE SEGURIDADE SOCIAL. Brasília, dez. 2010.

3.2. A EMENDA CONSTITUCIONAL 95 E A PROPOSTA DE REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DO GOVERNO TEMER

Rosa Maria Marques

Patrick Andrade

Camila Kimie Uginó

Após o impeachment de Dilma Rousseff, o País foi surpreendido pelo encaminhamento de proposta de alteração do regime fiscal, congelando o nível de gasto do governo federal por 20 anos, o que acabou sendo aprovado em 13 de dezembro de 2016 e constitui a Emenda Constitucional 95 (EC 95). Alguns dias antes, em 5 de dezembro, o Executivo havia encaminhado projeto de reforma da Previdência Social, alterando substancialmente as condições de acesso aos principais benefícios e seus valores. Essa proposta de reforma foi apresentada como “absolutamente necessária” para que o objetivo explícito na EC 95, de contenção do gasto público, fosse alcançado.

Embora a proposta de reforma previdenciária ainda esteja sendo apreciada pelo Congresso Nacional, em tramitação na Câmara dos Deputados, a EC 95 e a proteção social que se desenha, caso os principais aspectos da reforma da Previdência Social sejam aprovados, têm como resultado uma profunda alteração na relação entre Estado e sociedade, desnudando completamente seu caráter de classe e principalmente sua defesa dos interesses do grande capital financeiro, seja ele estrangeiro ou nacional. Não se trata de uma mudança trivial. As mediações, que permitiam que interesses populares fossem atendidos, mesmo que em parte, parecem que tendem a desaparecer no cenário da política brasileira. Reforça essa percepção, ainda, o fato de ter sido recentemente promovida uma profunda alteração da relação capital/trabalho, com a aprovação da Reforma Trabalhista, em julho de 2017¹¹. Entre as várias modificações permitidas, na jornada e nas condições de trabalho, destaca-se, como sabido, a prevalência do negociado sobre o legislado, de

¹¹ Projeto de Lei da Câmara Federal n. 38.

forma a alçar como determinante a “lei do mercado” nas relações de trabalho, como se a força de trabalho fosse uma mercadoria qualquer e que suas partes (ofertantes e demandantes) se “enfrentassem” no mercado em condição de igualdade.

Dada a gravidade das alterações introduzidas pela EC 95 e pela proposta de reforma da Previdência Social, se faz necessário, no caso brasileiro, esse pequeno texto, com caráter de “pós-pesquisa”. Seu objetivo é registrar o que está em jogo com as mudanças – seja no regime fiscal, seja em matéria de direitos previdenciários. O texto está dividido em duas partes. Na primeira, composta de dois itens, é discutido que a EC 95 implica o fim do que usualmente é compreendido como “coisa pública”, o que à primeira vista pode parecer uma contradição: a exclusão da política do processo político; e como esses processos se relacionam a uma transformação (mais estrutural) da democracia liberal, sob o tacão e a dominância do capital portador de juros. Na primeira parte, duas são as hipóteses trabalhadas.

A primeira aponta que, após décadas de dominância do capital portador de juros no plano mundial (particularmente de sua forma mais fetichizada, o capital fictício), está se transformando a natureza (particularmente a forma) do Estado e suas instituições. A segunda hipótese, estreitamente vinculada à primeira, é que a democracia liberal está sendo, com maior ou menor intensidade, substituída por novas formas políticas de dominação e de controle sobre o conjunto das classes.

A segunda parte do texto é dedicada à proposta da reforma previdenciária encaminhada pelo governo Temer. Não se trata de uma análise exaustiva, mas seus principais aspectos são abordados, tais como as condições de acesso à aposentadoria, a harmonização dos regimes, o valor da aposentadoria e a previdência complementar. Os objetos aqui trazidos, na primeira e na segunda parte do texto, somente na aparência não guardam relação; um e outro são motivados pela exigência dos credores da dívida pública, pouco interessados na manutenção de políticas sociais de cunho universal.

Implicações da Emenda Constitucional 95

O fim da coisa pública e a exclusão da política

Em 15 de junho de 2016, o Ministro da Fazenda, Henrique Meirelles, encaminhou um projeto para alterar a Constituição brasileira, a chamada PEC 241 (Projeto de Emenda Constitucional 241, nomeada PEC 55, no Senado), instituindo um novo regime fiscal. Essa proposta foi aprovada em 13 de dezembro de 2017 e hoje constitui a EC 95. Essa emenda simplesmente congela os gastos federais (excluídos os juros da dívida pública) por 20 anos, tendo como base o efetivamente gasto em 2016. Os valores dos orçamentos dos anos seguintes serão somente atualizados pelo índice da inflação e seus valores reais podem, a depender dos resultados obtidos em termos de equilíbrio fiscal, ser revisados somente depois de dez anos.

A ideia de congelar o nível do gasto público tem como justificativa o diagnóstico de que o principal problema da economia brasileira estaria baseado na suposta escalada desenfreada de gastos públicos e que, portanto, ela deveria ter fim. A exposição de motivos que acompanhou a PEC 241/55 é cristalina a esse respeito.

A introdução de teto para o gasto público não é novidade nos Países capitalistas. Contudo, em estudo publicado pelo Fundo Monetário Internacional, que trata das regras fiscais existentes em 89 Países, verifica-se que a iniciativa proposta por Meirelles não tem paralelo no resto do mundo (BOVA et al., 2015). Em nenhum dos Países que adotam regras que limitam o gasto público o horizonte temporal é tão longo e apresenta condições semelhantes às da EC 95.

As práticas adotadas em alguns Países ilustram a particularidade do que foi aprovado no Brasil. No caso da Holanda, que limita os gastos desde 1994¹²,

¹² Em 1985, Reagan aprovou o *Balanced Budget and Emergency Deficit Control Act* que, ao mesmo tempo em que aumentava o limite do déficit, criava um plano para que o orçamento ficasse equilibrado em cinco anos. A cada ano, se os objetivos de déficit não fossem atingidos, um processo de cortes automáticos teria lugar: 50% dos cortes seriam provenientes de gastos discricionários e 50% da defesa. A Previdência Social, o *Medicare*, vários programas de combate à pobreza e os juros sobre a dívida estavam isentos desses cortes. Reagan não apoiou o corte da área da defesa.

o teto estabelecido tem uma vigência de quatro anos e *inclui as despesas com o pagamento dos juros da dívida pública*, que também têm limite fixado. Após a definição dos gastos, aumentos são admitidos, desde que comprovada existência de recursos. Durante 2007 e 2010, em função da crise econômica internacional, o limite para o pagamento dos juros da dívida foi abandonado e, em 2009 e 2010, o mesmo ocorreu no caso de programas assistenciais e seguro-desemprego. Na Dinamarca, no mesmo ano que na Holanda, foi limitado o crescimento real do gasto público a 0,5% ao ano, o que foi elevado a 1% de 2002 a 2005. Em 2014, no entanto, foram aprovados limites com vigência de quatro anos, aplicados a todas as esferas de governo. Na Suécia, em 1997, foi introduzido um sistema de teto que não permite alterações tal como na Holanda, mas o prazo de vigência é de três anos. Na Finlândia, o prazo é de quatro anos e atinge 75% do gasto federal. Nesses dois últimos Países, não há limite para as despesas com juros da dívida pública. No Japão, desde 2011, é proibido o aumento dos gastos federais de um ano para o outro. Além desses, outros Países tentaram introduzir regras de contenção dos gastos públicos, mas não foram bem-sucedidos. Faltaria ainda mencionar os Países que compõem a União Europeia que, de forma geral, limitam o aumento das despesas a percentual igual ao crescimento do PIB e excluem do teto o gasto com o seguro-desemprego. De todos os Países contemplados pelo estudo, somente os pequenos Países da Dinamarca, Geórgia e Cingapura incluem as regras atinentes à expansão do gasto público na constituição. Nos demais, isso é feito mediante leis ordinárias ou de acordos políticos.

Contrastando com essas experiências, o que foi aprovado no Brasil abrange o tempo de uma geração, não inclui as despesas com os juros da dívida pública e constitui uma Emenda Constitucional. Apesar da destacada desigualdade social e do caráter estrutural da extrema pobreza no País, a proposta não apresenta qualquer preocupação em resguardar os programas de transferência de renda, tal como o Programa Bolsa-Família e o dirigido à população idosa e portadora de deficiência, bem como o seguro-desemprego.

Mecanismos de controle do gasto público foram adotados nos anos 1990, quando o pensamento neoliberal se impôs como o único considerado legítimo no campo da economia e o equilíbrio fiscal de longo prazo foi alçado a

objetivo maior na administração pública. Complementares a esse controle e para acompanhar de maneira ativa sua aplicação, foi proposta a adoção de Órgãos independentes de definição das regras orçamentárias (*Independent Body Sets Budget Assumptions*) e de Órgãos independentes de monitoramento (*Independent Body Monitors Implementation*). O estudo referido, de Bova et al., aponta a existência desses comitês em alguns Países.

Como identificado numa discussão semelhante (MARQUES; ANDRADE, 2016), a existência de “comitês independentes”, definindo os parâmetros do orçamento e/ou acompanhando sua execução, não apenas restringe a iniciativa política do poder executivo como, em especial, se coloca como obstáculo jurídico-político para que setores organizados possam se fazer ouvir na definição das políticas públicas e intervir nas práticas políticas de Estado. Esses comitês constituem “centros do poder” que pairam, em nome da economicidade, acima da vontade expressa pelo voto popular e são impermeáveis às demandas da sociedade que podem se expressar ao longo do mandato do executivo.

Dardot e Laval (2016, p. 272-73) descrevem como o neoliberalismo empreendeu “a transformação da ação pública, tornando o Estado uma esfera também regida por regras de concorrência submetida a exigências de eficácia semelhantes a que se sujeitam as empresas privadas”, com a “instauração de um Estado avaliador e regulador que mobiliza novos instrumentos de poder e, com eles, estrutura novas relações entre governo e sujeitos sociais”. Esses autores completam seu pensamento mais adiante dizendo o seguinte:

a governança do Estado toma emprestada da governança da empresa uma característica importante. Da mesma forma que os gerentes das empresas foram postos sob a vigilância dos acionistas no âmbito do *corporate governance* predominantemente financeira, os dirigentes dos Estados foram colocados pelas mesmas razões sob o controle da comunidade financeira internacional, de organismos de *expertise* e de agências de classificação de riscos (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 276).

Não se pode afirmar que o aparelho do Estado brasileiro tenha sido completamente dotado de instrumentos que sejam balizados pela busca da eficácia ou da eficiência, tal como nas grandes empresas, apesar de todas

as iniciativas empreendidas nos anos 1990, principalmente nos governos de Fernando Henrique (FHC). Vale lembrar que, no primeiro governo de FHC (1995-1998), foi realizada a reforma administrativa concebida pelo Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que visava substituir o modelo burocrático vigente por outro mais gerencial. Resumindo sua propositura, no lugar das rotinas, os resultados, pois a administração pública burocrática era associada à ineficiência e, portanto, desperdiçadora de recursos. Essa iniciativa foi completada pela aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (101/2000), que tinha como principal objetivo o equilíbrio das contas públicas. Essa lei determinou a integração entre os instrumentos de planejamento (Plano Plurianual – PPA, Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA).

Mas não há dúvida que, desde os governos FHC, são os interesses da comunidade financeira que definem o parâmetro a partir do qual são definidas as políticas macroeconômicas no País e que pressionam para que a administração pública adote critérios de eficiência tal como no setor privado. A adoção do tripé formado pela meta de inflação, câmbio flutuante e superávit primário como política maior, que não pode ser alterada, denuncia essa submissão aos interesses do capital portador de juros, internacional ou não. Os limites colocados à tentativa de redução da taxa de juros, ao esforço no sentido da desvalorização do real e ao relaxamento da meta relativa ao superávit primário, realizados em diferentes momentos pelos governos Lula e/ou Dilma para fazer frente à desaceleração da economia são indicadores do poder que esse capital exerce na determinação das ações econômicas no âmbito nacional.

No caso da EC 95, a frenagem do gasto público por 20 anos tem como único objetivo imediato garantir a realização de superávits primários, a despeito do que pode provocar em termos de deterioração da capacidade de geração de emprego e renda no País e a despeito de seus impactos sobre as políticas sociais, pois, mesmo tendo como hipótese que o gasto atual é adequado (o que não é), desconsidera que a população continuará crescendo e envelhecendo nesses 20 anos¹³.

¹³ O que requer necessariamente a ampliação dos gastos na saúde, por exemplo.

Tal como ficou evidente em outros Países, especialmente na Grécia, a prioridade única do Estado passa a ser pagar os credores. Para esse capital, que está “convencido” de que sua alta rentabilidade possa ser mantida *ad eternum*, sem nenhuma relação com a produção, reduzir o nível do emprego, comprimir salários e cortar gastos sociais é apenas uma contingência decorrente da necessidade do cumprimento dos contratos. Esse capital revela, assim, seu total descompromisso com as necessidades da população¹⁴.

É ao ser escancarado esse descompromisso que ganha importância a observação que fez Chesnais (2005, p. 48):

[...] os detentores das ações e volumes importantes de títulos da dívida pública devem ser definidos como proprietários em posição de exterioridade à produção e não como “credores”. O regime de acumulação contemporâneo foi caracterizado como “patrimonial”. A palavra remete a relações econômicas e sociais das quais o termo “credor” não dá conta.

A EC 95 implica submeter totalmente o funcionamento do Estado brasileiro aos interesses dos detentores da dívida.

O Estado que resultará da aplicação desse novo regime fiscal (EC 95) será outro bem diferente daquele até então presente no País. Será um Estado em que a verdadeira natureza do Estado capitalista se revelará de forma evidente, posto que sem mediações. Suas instituições e aparelhos se apresentarão apenas como instrumentos da perpetuação da dominação capitalista sobre as classes subalternas. Não é por acaso que, ao mesmo tempo em que o congelamento dos gastos públicos é proposto, são encaminhadas propostas que aprofundam a mercantilização da saúde, da educação e da previdência. Ao longo dos 20 anos de vigência da EC 95, pouco restará da presença do Estado nessas áreas, se é que restará algo. Se a essa possibilidade somarmos a tendência de incorporar no serviço público a lógica da administração das

¹⁴ Lembremos que o capital portador de juros (especialmente enquanto capital fictício) constitui a forma mais acabada do capital. É nele que se revela todo o seu fetiche: fazer dinheiro sem o concurso do trabalho humano produtivo. Nesse sentido, ele se apresenta como um antivalor (ANDRADE; MARQUES, 2016).

empresas privadas, nada restará daquilo que chamamos de coisa pública. Nem na forma, nem no conteúdo. No lugar do interesse coletivo ou do povo, atendido mediante ações e políticas que permitem sua manutenção e reprodução (emprego, salário, rendas derivadas das políticas sociais e de outras políticas públicas), a defesa do interesse dos credores, isto é, do capital portador de juros, e o fortalecimento de seu aparato jurídico e repressor para manter a ordem e a propriedade privada.

Mas na medida em que o Estado estará voltado em primeiro lugar para a defesa do interesse rentista, pode-se dizer que ele deixa de representar o conjunto das classes dominantes e passa a agir na defesa daquela classe que melhor lhe representa, formada pelos detentores do capital portador de juros. Sem dúvida essa conformação do Estado burguês aos interesses do capital portador de juros, com todas suas implicações em termos de emprego e renda, não se fará sem reações e sem o aprofundamento das contradições dentro das classes dominantes. Contudo, é preciso lembrar que, no capitalismo contemporâneo, é improvável encontrar capitais que apenas atuam na produção de mercadorias ou na comercialização. Diversos pesquisadores já mostraram quão interligados estão atualmente os três capitais estudados por Marx: o capital industrial, o capital comercial e o capital portador de juros (PLIHON, 2005; CHESNAIS, 2012).

No plano político e mais imediato, o congelamento do gasto público por 20 anos terá como consequência destruir qualquer sombra que ainda possa existir da democracia burguesa e da possibilidade do executivo, escolhido em eleições gerais, ter liberdade, mesmo que relativa, para implantar o programa para o qual foi eleito. Como é sabido, em um regime democrático burguês, o executivo é eleito pela maioria dos votos e, a partir daí, executa (em teoria) seu programa, o que é mediado pela representação das demais forças políticas no congresso nacional e pelas demandas dos setores sociais populares organizados. A concretização dessa síntese de diferentes interesses presentes na sociedade se expressa no orçamento do governo federal, pois à proposta inicial encaminhada pelo governo, somam-se emendas e supressões apresentadas pelos parlamentares. Tudo muda com a implantação do teto de gastos. A orientação programática defendida pelo futuro presidente ou por senadores

e deputados federais deixa de desempenhar um papel importante no “jogo político” do orçamento, em que tudo já está definido por 20 anos.

Por trás do chamado conservador à responsabilidade fiscal e um pretensão oportunismo orçamentário promovido pela captura deste por “interesses políticos” (geralmente citados como apenas aqueles que não compõem uma determinada linha de intervenção política), está a tentativa de inscrição na própria constituição da atual correlação de forças, a mesma que permitiu o *impeachment* de Dilma e a aprovação da EC 95, perenizada pelo tempo de uma geração.

Para os próximos anos, a política é excluída da esfera fiscal e o presidente da república passa a ser mero executor dos interesses hoje cristalizados nessa Emenda Constitucional. Com isso se perde o último grau de liberdade que o executivo ainda detinha neste mundo globalizado, sob a dominância do capital portador de juros. Sem real capacidade de fazer política cambial frente aos movimentos dos capitais internacionais (vide a ineficácia do Banco Central em conter a desvalorização do real quando da vitória de Trump nos Estados Unidos e devido a especulações quanto à continuidade de Temer no governo, apesar do volume de dólares colocado à venda pelo Banco Central); sem real capacidade para fazer política monetária a não ser aquela ditada pela “comunidade financeira internacional”, agora, com a EC 95, perde a possibilidade de fazer política fiscal.

Transformação da democracia liberal sob o tacão e a dominância do capital portador de juros

A democracia liberal burguesa é comumente tratada como forma política que positiva direitos e organiza os dissensos presentes no interior da “sociedade civil”. Seria assim um espaço em que forças políticas organizadas podem travar o embate de ideias e defender interesses que consideram mais adequados, para si ou para o conjunto da sociedade. Para além da crítica dos determinantes ideológicos da imagem apresentada, há uma dimensão material que parece lhe ratificar ou, noutros termos, que faz alusão a um feixe de dispositivos efetivos: a separação entre os “poderes” e o funcionamento do Estado democrático

de direitos não são apenas dispositivos ideológicos voltados à dominação das massas, mas dispõem de uma materialidade real que organiza as contradições sociais e normatiza os processos políticos.

Nossa hipótese é a de que o ordenamento político e ideológico da democracia liberal tem se alterado, dentro desse cenário de crise capitalista global, por novas formas políticas de dominação e de controle sobre o conjunto das classes. Isso não apenas numa ofensiva das classes dominantes contra as classes dominadas, mas destacadamente como dominação e controle entre as próprias frações da classe dominante.

Como aponta Jessop (1983), uma *estratégia de acumulação* pode ser entendida como um conjunto orientado de relações complexas entre diferentes frações do capital e outras classes economicamente dominantes, capaz de estabilizar o balanço de forças entre as classes dominantes e as classes dominadas. Para que uma *estratégia* possa ser considerada “hegemônica” ela precisa ser aceita (ativa ou passivamente) tanto pelas classes dominadas quanto pelas frações dominantes não hegemônicas.

A questão que se destaca, ao analisarmos o processo em curso no Brasil, é que essa chave de interpretação da relação entre estratégia político-econômica de acumulação e hegemonia política tem se alterado e produzido efeitos importantes sobre a “natureza” do Estado. A hegemonia do capital portador de juros, conquistada por meio de uma estratégia de acumulação que se mostrou capaz de oferecer uma *fuga para frente* da crise aberta ainda nos anos 1970, em que a liberalização, desregulamentação e financeirização das atividades produtivas permitiram novas formas de extração de renda (dos trabalhadores, do Estado, etc.) para o conjunto dos capitais que se orientaram nesse sentido, já não é mais capaz de se hegemônizar do mesmo modo. Isso significa que, diante do aprofundamento da crise, para a qual não se apresentam novas estratégias capazes de reorientar a acumulação, a *finança* (o capital portador de juros e suas instituições) se orienta pela definição de resultados político-econômicos que não estão mais abertos à discussão periódica (por exemplo, a definição anual do orçamento), restringindo significativamente as condições de exercício da democracia liberal (processo formalizado de disputa política entre forças sociais dominantes e dominadas).

Enquanto noutras experiências a definição de tetos de gastos passou por alguma mediação política – com horizontes mais curtos, possibilidades de revisão de metas, incorporação da dívida pública, etc. –, no Brasil, essa *política de anulação da política* (fiscal) aparece de forma desnudada. Ainda que permaneça a disputa pelo orçamento, os marcos dessa disputa são enquadrados segundo resultados estabelecidos previamente, do qual nem mesmo setores das classes dominantes, que nesse cenário de crise poderiam eventualmente defender uma política fiscal ativa voltada para a recuperação do nível de atividade e de lucratividade de seus capitais, podem disputar. Novamente, na corrida da disputa política nos quadros de democracia liberal, os resultados já foram definidos de antemão.

Sob a hegemonia do capital portador de juros, e de sua face mais perversa, o capital fictício, apresentados enquanto *finança*, a estratégia de acumulação não estabelece preocupações sequer com a organização geral desse grande negócio chamado o capital, mas tão somente com os resultados-chave para a captura de renda (e sobretrabalho) das classes dominadas e das demais frações dominantes.

Aspectos da proposta de reforma da Previdência Social

Das condições de acesso à aposentadoria

A introdução da idade de 65 anos, sem distinção entre homens e mulheres e entre urbanos e rurais, e a exigência de um período mínimo de 25 anos de contribuição como critério de acesso à aposentadoria são uma grande mudança. O tratamento igual sugerido pressupõe o desconhecimento de que, no Brasil, as condições de vida e trabalho são desiguais entre os homens e mulheres e entre urbanos e rurais. No caso da igualdade de idade entre homens e mulheres, vale lembrar que, em diferentes momentos, isso foi aventado por integrantes (homens) do Partido dos Trabalhadores, mas nunca se consubstanciou em proposta programática devido à reação encontrada em sua base militante. A justificativa era (e continua sendo) que as mulheres vivem mais e, por isso,

elas permanecem um longo tempo recebendo aposentadoria. Basicamente, a proposta de tratamento igual para o acesso à aposentadoria de homens e mulheres desconsidera que a dupla jornada de trabalho ainda é uma realidade para a imensa maioria das mulheres brasileiras.

Quanto à imposição do mínimo de 65 anos para aqueles que ingressarem depois da publicação da Emenda Constitucional (vigorando uma transição para os homens com idade superior a 50 anos e para as mulheres com idade superior a 45 anos), ela eleva sobremaneira o tempo de permanência na vida ativa, isto é, da jornada de trabalho ao longo da vida do trabalhador. Para se ter uma ideia dessa ampliação, basta lembrarmos que, em 2014, a idade média dos que requeriam aposentadoria no meio urbano era de 54,2 anos, sendo 52,3 anos no caso das mulheres e 55,1 anos no caso dos homens.

Já a exigência de 25 anos para o tempo de contribuição mínimo, aumentando em 10 anos com relação ao atualmente exigido, tem efeito sobre aqueles que têm uma inserção no mercado de trabalho mais precária, realizada em determinados momentos de maneira informal ou vivendo situações de desemprego prolongado. Para os demais, a exigência anterior de 35 anos (homens) e 30 anos (mulheres) era, em tese menor. Em tese porque, simultaneamente é exigida a idade de 65 anos, o que eleva o tempo de contribuição para todos. Por exemplo, aquele que começa a trabalhar com 22 anos, no mercado formal e nele permanecer, terá contribuído durante 43 anos no momento de completar 65 anos.

Da harmonização entre os regimes

A harmonização entre os atuais regimes e para todos os entes da federação é central na proposta que foi encaminhada, isto é, considera que as regras de acesso à aposentadoria e de cálculo do benefício sejam iguais entre os trabalhadores do setor privado e do público, sejam estes últimos da união, dos Estados ou dos Municípios, neles incluindo os que exercem cargo eletivo. O único setor que ficou de fora na proposta é o das Forças Armadas.

Não é a primeira vez que isso é aventado, mas é a primeira vez que é proposto para ser apreciado pelo Congresso Nacional¹⁵. Sua justificativa se funda na ideia de que a cobertura do risco velhice (aposentadoria) deve ser igual para todos e, por isso, essa perspectiva foi abraçada por setores da esquerda brasileira em diferentes momentos. Ao unificar as regras de acesso dos regimes, os regimes próprios deixam de ter especificidades, as quais foram produto de vários fatores, entre eles a força que essas categorias tiveram no passado para impor essas especificidades. Poder-se-ia dizer, ainda, que a harmonização dos regimes tem por detrás a concepção de que a aposentadoria constitui uma renda de substituição ao trabalho em geral, não fazendo distinção entre os tipos de trabalho exercido nas diferentes atividades, sejam elas localizadas no setor privado ou público.

No Brasil, isso já havia sido feito quando foram unificados os Institutos estruturados com base em categorias de trabalhadores e criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mas, nesse momento, tratava-se dos trabalhadores do setor privado da economia. Agora, a proposta abrange todos os trabalhadores, independentemente da função exercida, se no setor privado ou público. A ideia de trabalho, portanto, ocorre em outro nível de abstração. A consequência disso, além de implicar perda para algumas categorias (por exemplo, a de professores não universitários, que podiam se aposentar antes do que os demais), significa não mais considerar os servidores de forma diferente do que os demais trabalhadores. Em outras palavras, o reconhecimento de que o servidor deveria ter outro estatuto exatamente por ser o representante do Estado na relação com a sociedade civil e que, por isso, deveria ter sua renda garantida durante toda a sua vida (ativa e inativa) deixa de existir. A rigor, essa garantia para os servidores da União já tinha sido perdida em 2003, quando da reforma feita por Lula. Mas essa regra só foi aplicada para os novos ingressantes. Agora, a proposta encaminhada pelo governo Temer, no tocante aos critérios de acesso à aposentadoria e a seus valores, se aplica para todos os

¹⁵ O “Programa de Governo 2002 – coligação Lula presidente – um Brasil para todos”, na parte referente à Reforma da Previdência, item 46, diz: “Essa profunda reformulação deve ter como objetivo a criação de um sistema previdenciário básico universal, público, compulsório, para todos os trabalhadores brasileiros, do setor público e privado”.

servidores com idade igual ou menor que 50 anos e para as servidoras com idade igual ou menor que 45 anos.

Por trás desse tratamento indistinto entre trabalhadores e servidores, está a concepção de que o Estado pode e deve ser tratado como se fosse uma empresa privada, tal como bem exploraram Dardot e Laval (2016). Se a administração do Estado, que “obedecia aos princípios do direito público pode ser substituída por uma gestão regida pelo direito comum da concorrência” (p. 289), não há motivo de se considerar os servidores diferentemente dos demais trabalhadores.

Do valor da aposentadoria e do estímulo à previdência complementar

Como sabido, a proposta do governo altera o cálculo do valor da aposentadoria, substituindo o fator *e*/ou a fórmula 85/95. O benefício da aposentadoria inicia com 51% da média dos salários de contribuição, sendo acrescido de 1% por ano de contribuição. Dessa forma, alguém que começa a trabalhar com 22 anos, e sempre no mercado formal, terá, aos 65 anos, direito a uma renda equivalente a 73% de seus salários de contribuição, o que é menos do que receberia hoje, caso fosse aplicado o fator ou a fórmula. E isso será válido para todos os trabalhadores, do setor privado e público.

O incentivo à Previdência Complementar ocorrerá através de dois mecanismos. De um lado, há a exigência de os Estados e Municípios criarem, no prazo de dois anos, uma Previdência Complementar, caso tenham constituído regime próprio. De outro, como provavelmente a média do valor das aposentadorias deve cair, tanto para os trabalhadores do setor privado como os do público, aqueles de maior renda deverão buscar complementação de sua aposentadoria junto ao setor privado. A redução do valor da aposentadoria será, portanto, tanto mais perversa quanto menor for a renda do trabalhador. Os com renda mais alta, com capacidade de poupança mesmo que pequena, estarão suscetíveis a ser convencidos a complementar sua aposentadoria junto ao setor privado de Previdência Social.

Atualmente, o teto para pagamento dos benefícios previdenciários corresponde a R\$ 5.189,82. Com sua eliminação na prática¹⁶, certamente haverá ampliação do número de trabalhadores que irão buscar uma aposentadoria complementar privada. Processo semelhante já ocorreu quando da introdução do fator previdenciário. No Brasil, a aposentadoria complementar se organiza em fundos de pensão ou entidades fechadas de previdência complementar (EFPCs)¹⁷ e em entidades abertas de previdência complementar (EAPCs).

A cobertura das entidades fechadas com relação ao total dos segurados do RGPS é muito baixa e se mostra estável nos últimos anos. Contudo, entre aqueles que estão vinculados às entidades fechadas¹⁸, em 2014, 75,1% se concentram nos trabalhadores com renda maior que seis salários mínimos (Tabela 2). Considerando a redução do valor da aposentadoria, é possível que ocorra aumento dessa participação.

TABELA 2. Cobertura EFPCs de contribuintes do RGPS – 2011 a 2014.

	2011	2012	2013	2014
Participantes das EFPC / Contribuintes empregados do RGPS	4,6%	4,4%	4,4%	4,5%
Participantes das EFPC / Contribuintes empregados do RGPS > 2 SM	13,1%	13,2%	12,8%	13,3%
Participantes das EFPC / Contribuintes empregados do RGPS > 6 SM	70,2%	73,1%	72,3%	75,1%

Fonte: SPPC-MPS, 2015.

A leitura da Tabela 2 mostra que um dos limites para o crescimento dos fundos de pensão no Brasil é a renda média baixa dos trabalhadores e que

¹⁶ Embora não tenha sido encaminhada proposta de redução do teto, a garantia de uma aposentadoria de valor igual exigiria não só ter contribuído sempre pelo teto do salário de contribuição como 49 anos de contribuição!! Ou a pessoa começa muito mais cedo do que aos 22 anos aqui usados no exemplo anterior, aos 5 anos de idade, ou ela terá que trabalhar até os 82 anos! Enfim, o cálculo proposto foi concebido para que não se pague a aposentadoria ao valor do teto.

¹⁷ As maiores EFPCs são estatais (Funcef – Caixa Econômica Federal; Previ – Banco do Brasil; Petros – Petrobras; e Postalis – Correios), mas as EFPCs privadas são numerosas. Em dezembro de 2014, havia 2.597 fundos de pensão no Brasil, sendo 81% de natureza privada e 19%, pública. A reforma previdenciária de 2003, instituída pela Emenda Constitucional nº 41, viabilizou a criação do fundo de pensão para os servidores públicos federais, regulamentado, contudo, somente em 2012.

¹⁸ Trabalhadores do Banco do Brasil, da Petrobras, entre outros.

foi justamente nos segmentos de maiores rendas (acima de seis salários mínimos) que, além da cobertura ser maior, houve maior crescimento no período. Há uma notória relação entre renda e adesão a um plano de previdência complementar; os trabalhadores com menores rendas não conseguem aderir a um plano privado.

Já as chamadas EAPCs asseguravam, em junho de 2016, seguro previdenciário para 12,5 milhões de pessoas, segundo dados da Superintendência de Seguros Privados (Susep, 2016). Isso significa que aproximadamente 15% da população economicamente ativa possui seguro previdenciário. De acordo com a Susep, o segmento de previdência complementar aberta movimentou, em 2015, 1,7% do PIB. Em termos de ativos, ou seja, considerando a receita do ano e as reservas técnicas, esse segmento detinha 10,6% PIB, no final de 2015.

A hipótese de que esse segmento se amplie, com a redução do valor da aposentadoria, parece estar de acordo com as estratégias atuais das seguradoras. Elas são, inclusive, muito arrojadas, visando até os segmentos de mais baixa renda. Exemplo disso é dado pela Brasilprev Seguros e Previdência S/A., uma das maiores desse ramo, que vende um plano com contribuição mensal inicial de R\$ 25,00 ao mês e que representa 31% de seus contratos de previdência.

Da opção de “tratar” do fluxo de despesas e não das receitas

O governo Temer, ao encaminhar sua proposta, deixou claro que sua opção para conceder “sustentabilidade financeira para a Previdência Social” foi a de alterar o fluxo de despesas, muito embora proponha o fim da isenção da contribuição sobre os produtos exportados, o que deve aumentar a arrecadação.

A alternativa das receitas colocaria, para seus proponentes, alguns problemas. No caso de aumentar os valores das alíquotas das contribuições atualmente vigentes (sobre a folha de salários ou sobre o faturamento no caso das empresas que optaram por substituir a contribuição sobre a folha pelo faturamento), isso seria muito mal recebido por todos os segmentos da sociedade, sejam empresários ou trabalhadores, pois há a percepção, altamente difundida pela

grande mídia de que o nível de imposição do Estado é muito elevado. Além disso, essa opção enfraqueceria o argumento de que a “insustentabilidade da Previdência” decorre da inadequada condição de acesso às aposentadorias e dos valores dos benefícios pagos.

Se, como alternativa, fossem pensadas outras fontes de financiamento que não aquela do trabalho (pois trabalham com a ideia que só têm direito à aposentadoria aqueles que para ela contribuíram, conformando uma aposentadoria meritocrática e não uma renda decorrente da cidadania), além de que isso seria entendido como aumento da carga tributária, tal iniciativa comprometeria o “desenho” de sua previdência social que estão propondo reforçar. Tanto é assim que sua proposta de redução dos valores das pensões é fundamentada na ideia de que seus valores decorrem de um direito a um seguro, de modo que podem perfazer um valor menor do que o salário mínimo. Somente a rendas que substituem o trabalho será mantido o piso de um salário mínimo. Em outras palavras, a aposentadoria é considerada um salário diferido e, enquanto salário, não pode ser menor do que um salário mínimo.

Nesse sentido, a reforma não acompanha o que está sendo feito em outros Países, mesmo naqueles que tinham as contribuições calculadas sobre os salários como sua principal base de financiamento. Mas, nesses mesmos Países, houve um processo de universalização da cobertura, o que não é o caso do Brasil, que deixa de fora os integrantes do mercado informal. Introduzir outras fontes de financiamento teria como consequência reforçar as contradições existentes no sistema atual, dando argumento para que se pensasse em uma proteção para todos os cidadãos e não somente para os integrados ao mercado formal. Não é por acaso que a proposta encaminhada pelo governo pressupõe o pagamento de contribuição individual para o trabalhador rural que exerce atividade familiar. O pagamento do piso para esses trabalhadores, sem que lhe fosse exigida contribuição, era considerado uma distorção assistencialista no interior do Regime Geral da Previdência Social.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Patrick Rodrigues; MARQUES, Rosa Maria. O capital como “antivalor”: considerações sobre a mercadoria-capital e o fetiche-perfeito. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*, n. 46, jan.-abr. 2017.

BOVA, Elva; et al. *Fiscal Rules at a Glance*. International Monetary Fund, 2015. Disponível em: <<https://www.imf.org/external/datamapper/FiscalRules/Fiscal%20Rules%20at%20a%20Glance%20-%20Background%20Paper.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

CHESNAIS, François. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In CHESNAIS, F. (org.) *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo: Boitempo, 2005.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo*. São Paulo: Boitempo, 2016.

JESSOP, Bob. Accumulation strategies, state forms, and hegemonic projects. *Kapitalistate*, 10, 89-111, 1983.

MARQUES, Rosa Maria; ANDRADE, Patrick Rodrigues. Crisis política y escalada del capital en Brasil. *Realidad Económica*, 302. Buenos Aires, 2016.

PLIHON, Dominique. As grandes empresas fragilizadas pela finança. In: CHESNAIS, François (Org.). *A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo, Boitempo, 2005.

PROGRAMA DE GOVERNO 2002 – Coligação Lula presidente – um Brasil para todos. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/uploads/programagoverno.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

3.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PÓS-GOLPE: A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NA EMERGÊNCIA

Jussara Maria Rosa Mendes

Maria Lúcia T. Garcia

A grave crise econômica, social, política e ética que avança no País pós-golpe desde 2016 impõe sérias restrições e retrocessos à saúde pública brasileira. Ressalta-se que as divergências marcaram a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua promulgação em lei, ocorrida dois anos após a promulgação da Constituição Cidadã de 1988. O movimento sanitário conseguiu imprimir avanços significativos na formulação do Sistema Único de Saúde, em especial ao caracterizar a saúde como direito de todos e dever do Estado, com o controle social instituído em espaços institucionais em todas as esferas de governo, sejam elas municipais, estaduais e/ou federal. É inegável que o SUS é um projeto em constante construção e pleno de disputas, e que divergências, sucessos, entraves e lutas políticas marcam essa política e as oscilações entre o comprometimento e o descomprometimento do Estado com o seu dever de garantir o direito à saúde, de acordo com o estabelecido no art. 196 da Constituição Cidadã (BRASIL, 1988). Direito esse, segundo Paim (2016), que deveria ser assegurado através de políticas sociais e econômicas, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços e às ações de saúde. Nessa perspectiva, esse mesmo autor faz uma reflexão sobre a concepção de direito à saúde, apontando que a base que permeia a Política de Saúde é a referência constitucional.

Os poderes políticos derrotados na reforma da constituição e contrários à reforma sanitária dedicaram-se a inviabilizar a implantação do SUS desde o seu início, como a política neoliberal desenvolvida no Governo Collor, que forneceu a sustentação desejada pelos setores mercantilistas para inviabilizá-la. A morosidade de algumas ações, como o protelamento da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a centralização das decisões, o solapamento das bases financeiras do SUS com

a desregulamentação do Fundo de Investimento Social (Finsocial), os vetos à Lei Orgânica da Saúde e, mais tarde, a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) também marcam esse estágio de sujeição ao poder político. Os efeitos contrários à descentralização, à democratização e ao financiamento do sistema se tornaram grandes entraves para seus avanços, além do descumprimento do Estado com o direito à saúde, não alcançando o teto propugnado por lei.

Essa questão exige que os gestores públicos atendam ao compromisso social de atenção equitativa independente da classe social atendendo a premissa da Lei Complementar nº 141/2012 de que a

[...] Constituição da República (art. 196) garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012a).

O que se vislumbrou, entretanto, foi que a partir de maio de 2016, o SUS foi colocado em risco máximo mais uma vez, recebendo um duro golpe com a eminência de que o papel do Estado na condução da política de saúde seria reduzido, fato destacado em entrevista concedida pelo recém-chegado ministro da Saúde.

Esses são alguns pontos centrais que balizam as reflexões do presente texto, no qual se faz uma análise dos pontos nevrálgicos que, desde o início, estiveram presentes na construção do SUS e que deixam suas marcas no confronto de projetos societários com avanços, retrocessos, compromisso social e muitas lutas que, além de terem marcado essa trajetória plena de disputas, ainda se acirram na contemporaneidade.

A construção do SUS e as marcas de sua trajetória

O contexto de construção do Sistema Único de Saúde é marcado por um cenário de crises políticas e econômicas que se alteram nas três décadas após a promulgação da Constituição Federal, rebatendo diretamente a construção dos

direitos sociais e, em especial, o direito à saúde. Têm-se em conta os enormes desafios para sua implementação no território brasileiro, cujas disparidades regionais e profundas desigualdades sociais são marcas prementes. Diante disso, percebe-se que, durante a construção do SUS, sempre se enfatizou a necessidade de romper com as inequidades sociais e que o direito à saúde também viria a contribuir para o seu enfrentamento. No que diz respeito às condições de saúde, constata-se o aumento da esperança de vida dos brasileiros, a redução da mortalidade infantil, a redução de doenças que exigiam prevenção através de vacinação e a redução de mortes por doenças cardiovasculares.

Entretanto, pontos nevrálgicos do sistema o acompanham desde a sua criação e operacionalização e vivenciam avanços e entraves. Nesse caso, destaca-se a relevância do controle social exercido pelos Conselhos Municipais e Estaduais e pelo próprio Conselho Nacional de Saúde. Conferências de saúde marcadas pelas lutas sociais expressas nessas instâncias de mobilização social caracterizam a saúde como direito de todos e dever do Estado. A sociedade civil se reduz a um recurso gerencial, devendo ser “cooperativa, parceira: não um campo de lutas ou oposições, mas um espaço de colaboração e de ação construtiva” (NOGUEIRA, 2004, p. 59), como se constata na especificidade do caráter dos Conselhos de Saúde.

Outro aspecto a ser destacado é a tendência de consolidação de um sistema segmentado, com serviços públicos centrados na atenção básica e subfinanciados, em disputa de recursos com o sistema privado, fortemente subsidiado com recursos públicos, assegurando o acesso a serviços de qualidade para uma parcela economicamente privilegiada da população. Para enfrentar esse desafio, desde 2011, várias entidades da sociedade civil com especial interesse na política de saúde têm discutido uma Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2011).

Dentre as muitas fragilidades na atenção do SUS, destaca-se a fragmentação da rede assistencial, ponto crucial de entrave e de integração relativa à complementaridade de serviços de atenção entre a rede básica e o sistema de referência. Citam-se, ainda, a precária integração e a alta rotatividade dos servidores das equipes, além do despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, a burocratização e a verticalização do sis-

tema, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, o desrespeito aos direitos dos usuários e a fragilidade do controle social nos processos de atenção e gestão do SUS.

Por outro lado, os quase 30 anos da instituição do Sistema Único de Saúde contabilizam grandes avanços e conquistas na saúde pública brasileira. Um importante impulso diz respeito ao conceito de Seguridade Social em seu todo, no qual os três setores (saúde, previdência e assistência social) passam a ser financiados pelas mesmas fontes de receita, direcionando os princípios de igualdade, universalidade, equidade e integralidade. Passam do conceito de previdência e de contributivo para o de assistência, a quem dela necessita, fazendo com que a saúde passe a ter um conceito mais amplo de universalidade e de direitos de cidadania para todos os cidadãos brasileiros. Esses avanços significativos no campo da saúde merecem destaque desde seus primórdios, quando vários artigos relacionados aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde foram incluídos na Constituição, através das Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990.

Dentre esses muitos avanços, destaca-se o Decreto nº 7.508, de 2011 (BRASIL, 2011a), que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e propõe avanços e novos desafios na organização do SUS. Ele dispõe sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, estabelecendo outras orientações para garantir o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. Em suas disposições preliminares, os serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que necessite de atendimento especial em razão de agravo ou de situação laboral denominam-se: (a) Portas de Entrada; (b) Serviços Especiais de Acesso Primário; (c) Serviços Especiais de Acesso Aberto; (d) Atenção Primária; e (e) Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011a).

Um dos grandes desafios que persiste diz respeito à organização e à gestão do SUS. A década de 1990 se orientou pela expansão das bases municipais de ações e serviços de saúde a partir da diretriz de descentralização político-administrativa.

O debate em torno da busca por maior integração para as ações e serviços de saúde adquiriu nova ênfase apenas no início da década de 2000, a partir das reflexões relativas ao aprofundamento do próprio processo de descentralização, na medida em que as reflexões convergiram para a necessidade de definir o espaço regional como lócus essencial de construção do SUS. Essa diretriz partiu da constatação de que a maioria dos Municípios isoladamente não possui condições de garantir oferta integral a seus cidadãos (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p. 144).

Nesse sentido, destacam-se o papel do Pacto pela Saúde (2006), que ressalta a necessidade de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, e o Decreto 7.508/2011, que estabeleceu novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde, valorizando a construção de relações colaborativas entre os entes federativos.

Destaca-se, por sua vez, que houve a ampliação do acesso à atenção primária, à atenção às urgências e à assistência farmacêutica, além de terem sido implantados e/ou ampliados alguns relevantes programas nas áreas da saúde mental e da saúde bucal. Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), entre outras tantas ações, as vigilâncias epidemiológicas e sanitárias também tiveram um grande impulso com avanços significativos nesse âmbito.

Outro aspecto a considerar na construção do SUS é a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a qual prevê a articulação das ações relacionadas à saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Destaca-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), alinhada ao conjunto de políticas de saúde do SUS através da Portaria nº 1.823 (BRASIL, 2012b), contribuindo, assim para a sustentabilidade e a materialidade do conjunto de ações que já vinham sendo desenvolvidas nesse âmbito do SUS. Essa Portaria evidencia o papel de apoio matricial na Atenção Básica em Saúde, na medida em que cumpre a função de ordenador das ações em saúde, apresentando uma maior potencialidade no que se refere à vigilância dos agravos e ao cuidado desses trabalhadores.

Entretanto, ainda se constata uma grande fragilidade da Atenção Básica em Saúde para compreender os determinantes do processo saúde-doença-trabalho, fruto, em especial, do não reconhecimento do usuário como trabalhador. Essa condição se agrava frente à crescente inserção precarizada dos trabalhadores no mercado de trabalho. Destaca-se, ainda, que a PNSTT consolida históricas disputas entre capital e trabalho, nas quais há o enfrentamento da lógica destrutiva do capital sobre o trabalho.

Considerando o tempo histórico transcorrido na trajetória da construção do SUS, destacam-se vários aspectos que expressam um lento percurso marcado pelas disputas inerentes a um projeto contra-hegemônico, cuja base se sustenta na mais ampla reforma democrática na área. Esses avanços, no entanto, não constituíram formas de garantia de superação dos obstáculos presentes, tampouco a manutenção dessas conquistas, como comprovam os retrocessos que ocorrem pós-golpe dia após dia.

Ponte para o futuro ou na contramão das lutas democráticas pelo SUS

Dentre as muitas mudanças ocorridas ao longo das quase três décadas de construção do SUS, destaca-se, no Governo Collor, o veto aos artigos da Lei Orgânica da Saúde relacionada ao SUS que tratavam do financiamento, selando um dos maiores entraves do sistema. As ações dos governos que o sucederam foram insuficientes para resolver o problema do subfinanciamento do SUS. No contexto atual, após o golpe de abril de 2016 e em tempos de grave crise política, a tendência é a adoção de medidas que descaracterizam o sistema, como o documento intitulado “Uma ponte para o futuro”, cujas justificativas não deixam dúvida da direção e das estratégias a serem adotadas.

No relatório do Fórum Econômico Mundial, nosso ambiente de negócios não é favorável e vem deteriorando-se com o tempo. Recriar um ambiente econômico estimulante para o setor privado deve ser a orientação de uma política correta de crescimento. Tudo isto supõe a ação do Estado. Temos que viabilizar a participação mais efetiva e predominante do setor privado na construção e operação de infraestrutura, em modelos de negócio que respei-

tem a lógica das decisões econômicas privadas, sem intervenções que distorçam os incentivos de mercado, inclusive respeitando o realismo tarifário (PMDB, 2015, p. 17).

Com esse discurso de deterioração do ambiente de negócios, davam-se mostras, ao longo dos anos, que a grande meta era atingir a viabilidade do SUS. Muitas ações já vinham descaracterizando o sistema, movidas, em grande parte, pela perspectiva de expansão do capital na área da saúde, mercadoria que deveria ser comprada pelos usuários, estando sob a gestão do setor privado e atendendo aos interesses do capital.

A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 (PEC 55 no Senado) foi tratada como prioridade máxima no governo golpista. Com ela, implanta-se um novo regime fiscal e um novo teto para o gasto público, que terá como limite a despesa do ano anterior corrigida pela inflação, congelando os gastos durante 20 anos. As propostas de alterações na Constituição seguiram uma a uma através dessas emendas constitucionais, cujo ápice sela um compromisso governamental de redução de recursos para os serviços públicos brasileiros. Dia após dia, enfrentam-se notícias de redução de serviços hospitalares, bem como de farmácias populares, cortes de remédios especiais, mudanças em planos de saúde, entre tantos outros cortes nos direitos à saúde inscrita na Constituição Federal de 1988. Compõe, ainda, esse quadro, o acréscimo de trabalhadores desempregados que passam a buscar atenção no SUS, todos eles vitimados pelo processo de cortes de receitas e pela crise que abala o País. Muitos desses trabalhadores contabilizam diversas perdas vinculadas à do emprego, como os planos de saúde oferecidos pelas empresas e as escolas para os filhos que frequentavam o ensino privado.

Os impactos dessas medidas fazem com que as demandas se ampliem e com que o tempo de espera pelo atendimento seja cada vez mais longo, intensificando o sofrimento, a dor e o sentimento de injustiça que passam a marcar a vida daqueles que buscam atenção. E isso acontece não apenas com essas pessoas que buscam atenção, mas também com as equipes de saúde que vivenciam esse cotidiano de esvaziamento do setor e de muita economia de direitos.

Com uma população insegura diante dessa situação de crise, plena de carências e com impactos diretos no grau de insatisfação dos usuários para

com o SUS, tem-se o ambiente propício e o momento “ideal” para aprovar as medidas previstas na “Ponte para o futuro”, como a “transferência de ativos que se fizerem necessárias, [...] parcerias para complementar a oferta de serviços públicos [...]” (PMDB, 2015, p. 18).

A “Ponte para o futuro” expõe sua face mais perversa: um retrocesso ao passado com prejuízos para a democracia brasileira quando propõe políticas sociais focalistas, negando a agenda nacional de lutas contra a

[...] privatização da saúde, assentada nos eixos dos determinantes sociais das doenças, na gestão da rede pública estatal dos serviços de saúde, no acesso universal, com qualidade, e hierarquizado, na política de valorização do trabalhador da saúde e na efetivação do controle social (BRAVO; MENEZES, 2014).

As premissas que envolvem as ações interdisciplinares e intersetoriais, eixo essencial do trabalho das equipes que passa a ser desenvolvido através de políticas focalistas, alegam que o Estado necessita concentrar-se nos 20% mais pobres, restringindo o acesso universal e resultando em um retrocesso com fortes implicações para a saúde da população, comprovando que a “Ponte”, inversamente do que fora anunciado, apresenta-se como uma “ponte para o passado”.

A grande imprensa brasileira tem sido porta-voz das reais intenções governamentais, que deveriam ser repensadas, ou seja, da insustentabilidade dos direitos garantidos pela Constituição e do acesso universal à saúde. O propósito, a exemplo de outros Países, é centrado na repactuação. Os cabeçalhos dos jornais não deixavam dúvida do que estava por vir: “Tamanho do SUS precisa ser revisto”; “Não contem com mais dinheiro”; “PEC dos gastos ameaça Sistema Único de Saúde”; “Sucateamento do SUS? A ameaça de corte no gasto obrigatório com saúde”. Isso demonstra a mídia fazendo coro com as estratégias para o rompimento dos direitos sociais.

As respostas das organizações coletivas da saúde e dos defensores do SUS também vieram imediatamente, assim como dos movimentos sociais, intelectuais e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), através de notícias e seminários que tornam transparente o (des)compromisso do governo para com a população. “As análises das declarações de membros da

base do Governo e da equipe ministerial demonstram a falta de compromisso em manter o sistema público brasileiro como garantido na Constituição: universal, integral e igualitário” (ABRASCO, 2016b).

Essa falta de compromisso é plena de intencionalidades, sendo que uma delas é estraçalhar o SUS entre os serviços públicos, as organizações sociais, as fundações, as entidades filantrópicas, ou seja, uma Babel na qual não há solução gerencial mágica. A privatização total dificultaria a cobrança de impostos, e a alternativa encontrada é a desconstrução gradativa, reduzindo o financiamento. Algo, no entanto, ainda vem sendo feito através do empenho das equipes, pois, quanto mais um bairro consegue acompanhar e fiscalizar, menor é o espaço de manobra para se fazerem políticas partidárias, clientelismo e caixa dois (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2016a).

Exemplo disso são as propostas de mudanças constitucionais que asfixiam e deixam o SUS na emergência. Uma delas é a Desvinculação das Receitas da União (DRU) até 2023, permitindo que o Governo Federal não aplique até 30% do orçamento anual em saúde, educação e previdência social. Outra foi a aprovação da PEC do Teto dos Gastos Públicos (PEC 55/17), que impõe um teto de gastos para a saúde e para a educação, marcando a asfixia total das políticas sociais e o fim dos direitos sociais.

Apesar dos problemas estruturais decorrentes da escassez de recursos e dos problemas de gestão, o SUS é a maior política pública de saúde de acesso universal e de grande relevância para a população, com acesso a programas sofisticados, muito efetivos, como o acompanhamento de diabéticos, a vigilância epidemiológica e sanitária, a medicação básica, a insulina, as equipes multiprofissionais, os médicos generalistas, a saúde da família e os enfermeiros.

Nas grandes epidemias, como a da dengue, por exemplo, ou em outros problemas decorrentes das mais variadas origens, lá estão as equipes do SUS atendendo e prestando todas as informações necessárias. Cabe destacar, entretanto, que nem todas as questões situam-se, inicialmente, no âmbito da saúde, mas acabam tornando-se problemas de saúde pública, como a obesidade e a violência urbana, na qual os jovens são as principais vítimas. Portanto, os desafios e as incertezas devem mobilizar a população, pois a luta contínua é um dever a fim de “popularizar o SUS como um dos maiores sistemas públicos

de saúde do mundo, que busca garantir o acesso à saúde para promover a melhor qualidade de vida” (BRASIL, 2011b, p. 36).

É fundamental proteger e defender o SUS, assim como o acesso universal a uma política pública que compõe a seguridade social brasileira e que se caracteriza, portanto, como parte de um sistema de proteção social. Isso tudo representa uma grande conquista social, cuja criação esteve e está pautada pela promoção da justiça social e pela superação das desigualdades na assistência à saúde da população, com história, princípios, valores, materialidade e um arcabouço legal que se estrutura na Constituição, mesmo em condições adversas (PAIM, 2016).

A realidade do SUS é sombria, havendo uma forte tendência à consolidação de um sistema segmentado, com serviços públicos centrados na atenção básica, subfinanciados, pouco efetivos e destinados à maioria pobre; e de um sistema privado, fortemente subsidiado com recursos públicos, que assegura o acesso a serviços de melhor complexidade para a parcela economicamente privilegiada da população. Entretanto, o SUS segue financiando a medicina para os pobres e os serviços de alta complexidade para aqueles que teriam condições de financiamento, acesso garantido pela universalidade do sistema. Para enfrentar esse desafio e muitos outros que se avizinham em tempos obscuros, urge recriar instâncias de contrapoderes, resistência na “luta aberta e surda pela cidadania, no embate pelo respeito aos direitos civis, políticos e sociais” (IAMAMOTO, 2009, p. 27) em um processo que potencialize a rebeldia e a inconformidade com a banalização do humano, sobrantes para as necessidades do capital e do acesso ao SUS.

Fortalecer a resistência contra o desterro do SUS

O golpe político no Brasil representou, de forma direta e cruel, um golpe na saúde pública brasileira, deixando-a na “emergência”. Passado pouco mais de um ano do golpe capitaneado pelas forças conservadoras e retrógradas da elite brasileira, observa-se que os retrocessos agravaram ainda mais a implementação do SUS em um processo de constantes embates e desafios em seus quase 30 anos de trajetória.

O quadro exige um exame pleno do cenário brasileiro que busque não apenas desvendar o real direcionamento do golpe político brasileiro, mas também identificar as forças sociais na construção de uma contra-hegemonia política. Um dos pilares dessa construção está na retomada da experiência da luta pela reforma sanitária brasileira, pois a mobilização social em torno da defesa da saúde foi a sua principal marca. Esse legado deve contribuir para a renovação das formas de resistência e de luta social na defesa do SUS.

A trajetória da construção do SUS no Brasil caracterizou-se por fortes disputas de projetos societários, cujos avanços resultaram da capacidade de organização social dos que protagonizaram a luta pelo direito a uma saúde pública cada vez mais qualificada para atender às reais necessidades da população.

Esse enfretamento pela política de saúde deve balizar a luta contra o desmonte das demais políticas sociais, em especial daquelas relacionadas à seguridade social, a exemplo do que vem acontecendo com as políticas da previdência e da assistência social.

As propostas neoliberais no âmbito da política de saúde incidem na focalização, na privatização, no estímulo aos seguros privados e no encolhimento da atenção básica, direcionando-a apenas à população mais vulnerável e alterando o princípio de “porta de entrada” pelo SUS que deveria ser universal. É a visão e a perspectiva individualista da saúde contrapondo-se à perspectiva coletiva e universal do Projeto da Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2007). Percebe-se, com isso, que o enfoque é objetivamente o fortalecimento do projeto privatista, cujo reflexo é a asfixia total do sistema.

O desmonte dos direitos sociais, especialmente do direito à saúde, exige resgatar e fortalecer o protagonismo dos movimentos sociais e a luta pela efetivação do Projeto de Reforma Sanitária, recuperando seus princípios e valores. Portanto, revigoram-se os desafios pela efetivação da saúde pública brasileira em busca de uma resistência renovada em torno da defesa do SUS, em seu caráter revolucionário, democrático e universalista, que são as marcas essenciais desse patrimônio societário que, para além da política de saúde, também oferece sustentação ao tecido social. Em meio a essa armadilha de retrocessos e de desordem, a saúde pública brasileira não pode ficar refém, sob o manto enganoso de fazer parte de um projeto cuja incitação principal

aponta que o programa embasa o desenvolvimento, entretanto este se destina ao fomento da economia rentista em detrimento da capacidade do Estado de arrecadar recursos e executar políticas sociais.

Esse programa tem como meta, indiscutivelmente, construir uma ponte para o desrespeito dos direitos, das conquistas acumuladas ao longo da história de lutas dos trabalhadores brasileiros, da democratização do País, da proteção social e do SUS. Ele se alinha como uma “ponte para o abismo” do SUS.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Sobre a Abrasco*. [2011]. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

_____. *Gestão Wagner: ‘Excluir o direito à saúde é barbárie’*. 17 maio 2016a. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/gastao-wagner-excluir-o-direito-a-saude-e-barbarie/17850/>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

_____. *O golpe no SUS*. 26 out. 2016b. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/assista-a-integra-do-seminario-o-golpe-no-sus/21402/>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 jul. 2017.

_____. *Decreto nº 7.508*, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 01 ago. 2017.

_____. *SUS: a saúde do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2017.

_____. *Lei Complementar nº 141*, de 13 de janeiro de 2012. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 01 ago. 2017.

_____. *Portaria nº 1.823*, de 23 de agosto de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 01 ago. 2017.

BRAVO, Maria I. S.; MENEZES, Juliana S. B. *A Política de Saúde na atual conjuntura*. Recife: Editora UFPE, 2014. p. 11-22.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2009.

NOGUEIRA, M. A. *Um Estado para a sociedade civil: Temas éticos e políticos da gestão democrática*. São Paulo: Cortez, 2004.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/895sg>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

PAIM, J. *Não há espaço para o SUS democrático e constitucional nesse governo*. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Rio de Janeiro, 23 set. 2016. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/459>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

PMDB. *Ponte para o futuro*. Brasília, 2015. Disponível em: <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2017.

3.4. ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: EL CASO DE CHILE

Claudio Lara C.

Consuelo Silva F.

Características socioeconómicas

De acuerdo a la información del Instituto Geográfico de Chile, la superficie del territorio chileno es de 756.096 km². En el año 2013, la población estimada alcanzaba 17.602.946 millones de personas, según datos publicados por CELADE. La tasa de urbanización chilena es de 86,6%, es decir este porcentaje representa la población en el área urbana respecto a la población total.

En el período 2013, el Producto Interno Bruto se expandió 4,1% respecto del año anterior, según estadísticas del Banco Central. Dicho crecimiento fue liderado por la actividad minera, seguido por el comercio y servicios empresariales. Desde la perspectiva del gasto, el PIB fue impulsado principalmente por la demanda interna, y en menor medida, por el comercio exterior. La primera creció 3,4%, impulsada en particular por el consumo de los hogares¹⁹.

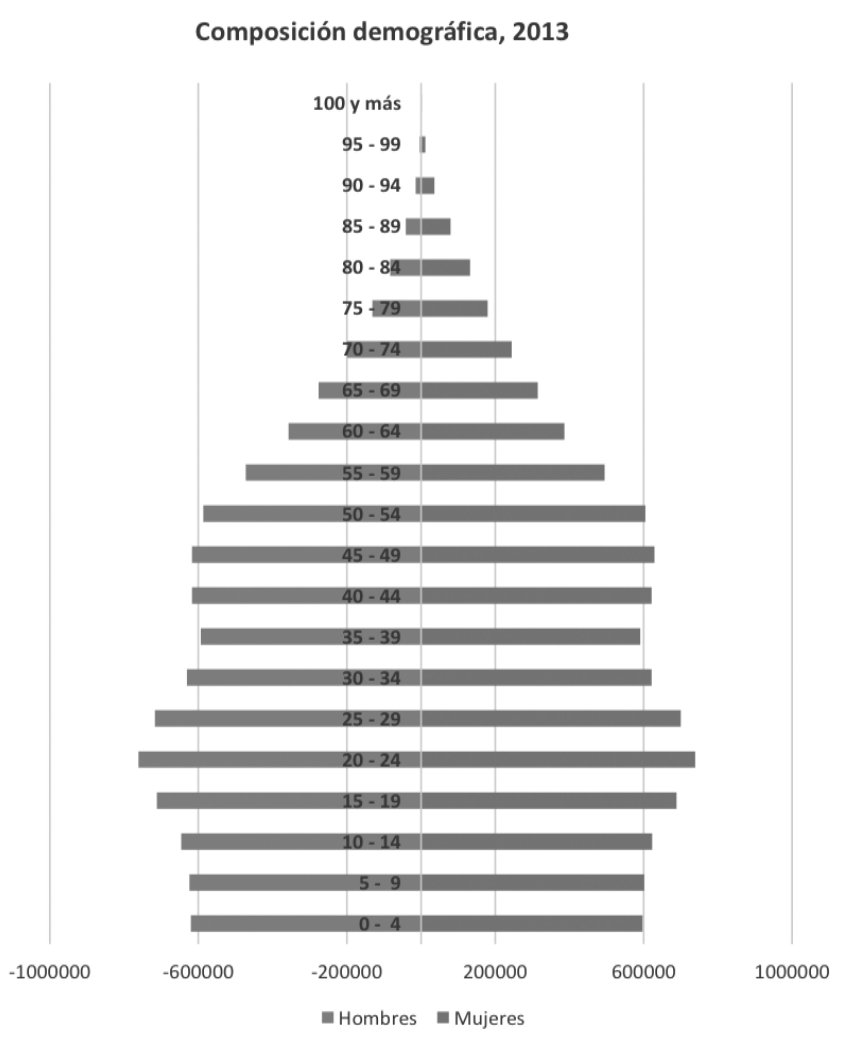
Recientemente se han publicado estudios de CEPAL y Banco Mundial, que plantean que en términos de composición de la población Chile se encuentra en la fase más avanzada de la transición demográfica; esto es un aumento sostenido del envejecimiento de la población. Cabe destacar que “Chile está entre los 25 Países del mundo que muestra el envejecimiento más rápido de la población de 65 años o más”.

Según estimaciones de CELADE, para el período 2010-2015 se prevé que la tasa global de fecundidad sea de 1,8 hijos por mujer, mientras que entre 2030-2050 será de 1,6. Lo anterior, resulta preocupante debido a que un País necesita una tasa de natalidad de 2,1 hijos por mujer sólo para reemplazar su

¹⁹ Banco Central, Informe de prensa, 18 de marzo de 2014.

población actual. En paralelo, la esperanza de vida va en alza: hoyes de 79 años y se espera que llegue a 82,15 años en 2050 y 85,53 en 2100.

A continuación, hemos incorporado un gráfico que muestra la composición de la población según edad y sexo para el año 2013.



En cuanto al índice Gini, si se consideran los ingresos autónomos que generan las personas por el trabajo, este coeficiente bajó de 0,55 puntos en 2009 a 0,54 en 2011. En cambio, si se observan los ingresos monetarios, el índice bajó

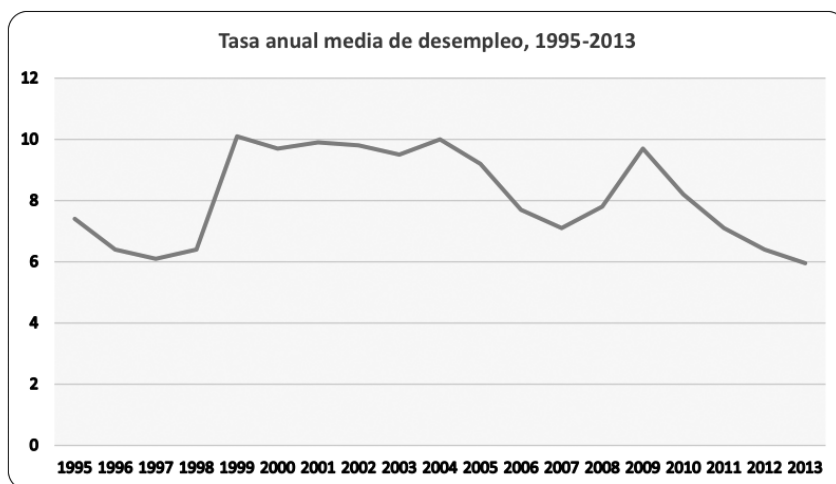
desde 0,53 puntos a 0,52, respectivamente, el mejor nivel desde que se realiza la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN). En una perspectiva de largo plazo, estos resultados son claramente insuficientes, incluso comparados a los registrados en el modelo económico anterior, donde los valores oscilan entre 0,44 el año 1957 y 0,50 en el año 1967. Por su parte, el régimen militar finalizó con un 0,56 en 1989, mientras que el menor valor registrado por los gobiernos de la Concertación fue de 0,50 en los años 1993 y 1994. El coeficiente de 2005 fue similar al último entregado por la última Casen (0,54). El cuadro que sigue reúne los índices entregados por la encuesta entre 1990 y 2011.

**Índice de Gini según Ingresos Autónomos y Monetarios,
1990 - 2011**

Años	Índice Gini ingresos autónomos	Índice Gini ingresos monetarios
1990	0,57	0,56
1994	0,57	0,55
1996	0,57	0,56
1998	0,58	0,57
2000	0,58	0,58
2003	0,57	0,56
2006	0,54	0,53
2009	0,55	0,53
2011	0,54	0,52

Fuente: CASEN

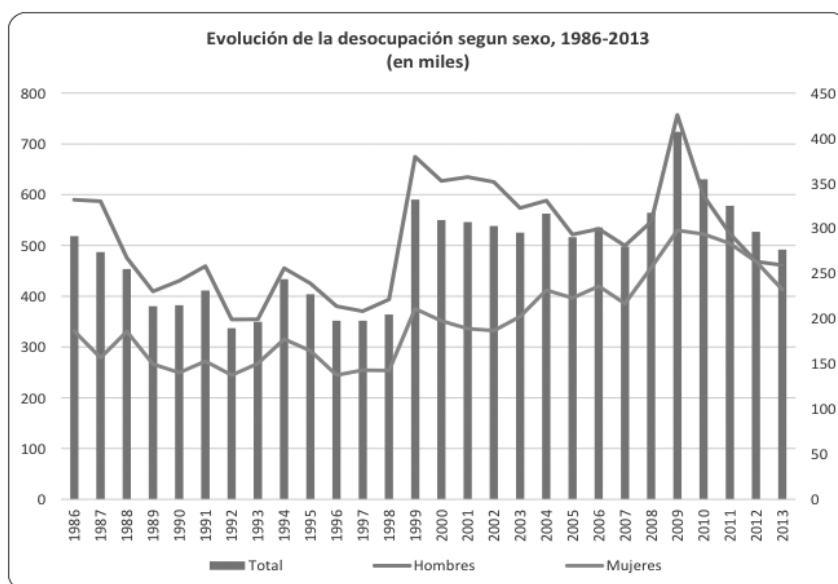
Con respecto al mercado laboral, según las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la tasa de desempleo promedió 10.15% durante el período comprendido entre 1974 y 2013, tal cual se manifiesta en el gráfico que sigue. Aún más, en el período comprendido entre 1975 a 1987, la tasa de desempleo no bajó de los dos dígitos y en 1982 alcanzó el récord histórico de 19,6%. Las tasas más bajas, entre 6 y 7%, fueron registradas sólo en 4 años de la década de los noventa, y en estos últimos años (2006, 2012 y 2013).



Como es sabido, son los jóvenes y las mujeres quienes sufren los mayores efectos del desempleo. Con respecto a los jóvenes, quienes se ubican entre los 15 y 19 años descendió en 102.560 personas desde 2010 a fines de 2013. Es llamativo que su tasa de participación laboral haya disminuido pasando de 18,4% a 15,4%, respectivamente. No solamente hay menos jóvenes dispuestos a entrar a la fuerza laboral, sino que también se observa que tienen menos éxito para conseguir trabajo, según revela la tasa de ocupación (14,1% y 11,6%, respectivamente)

Con ello, el desempleo en este grupo asciende a 24,7%, cuadruplicando el total nacional (6,4%), lo que implica un deterioro, pues hace tres años la tasa de desocupación era algo más baja (23%) y “solo” triplicaba el promedio del País (8,8%). En el tramo entre 20 y 24 años, se observa que la tasa de participación laboral también se redujo en el periodo de análisis, al pasar desde 57,1% a 55,4%, aunque la ocupación se mantuvo estable por debajo de 47%. Lo que si mejoró fue el desempleo, bajando a 15,2% desde 18,1%.

Por su parte, para todos los años desde que existen estadísticas laborales por sexo, el desempleo femenino es significativamente mayor que el masculino, aunque la brecha se ha tendido a acortar desde 1998, situación que también se verifica en el siguiente gráfico.



Según estrato de ingreso, al igual que en los jóvenes, las tasas de desempleo son mucho más altas en las mujeres de más bajos ingresos. Adicionalmente, de acuerdo a algunos autores y a la OIT, las mujeres permanecen desempleadas por períodos más prolongados que los hombres. Sin duda, el problema del desempleo es mucho más grave y extendido de lo que las cifras oficiales sugieren. En el caso de las tasas de desocupación femenina, está demostrado que ellas están claramente subestimadas, ya que muchas mujeres pasan directamente de la situación de inactiva a la de ocupada, sin pasar por el desempleo abierto.

Protección social en Chile

Con el inicio de la 'transición a la democracia' en 1990 la política social en Chile adquirió un carácter progresivo después de la regresividad del experimento dictatorial. Para ello, las autoridades de gobierno trataron de conciliar el crecimiento económico con un mejoramiento de la protección social y de las condiciones de vida de los sectores más pobres, incrementando fuertemente el gasto social.

En los años 2000 “se introduce un nuevo tipo de políticas sociales, denominadas ‘políticas de protección social’, pues tienen como fin atender las vulnerabilidades que enfrentan las personas y los hogares en el plano socio-económico” (Osvaldo Larrañaga, 2010: 1). Estas políticas implican una serie de reformas e iniciativas importantes, así como cambios institucionales de envergadura, dando lugar a un sistema de protección social en el País mucho más complejo. A pesar de ello, y aunque parezca curioso, el actual malestar social en Chile está asociado a una demanda de protección. Los chilenos, según el Informe de Desarrollo Humano PNUD del 2012, no se sienten resguardados en aspectos vitales como la salud y la vejez.

El actual sistema de protección social en Chile

El sistema de protección social construido por los gobiernos de la Concertación en los años 2000 (Ricardo Lagos y Michelle Bachelet) “consiste en una red de servicios y políticas contributivas y no contributivas diseñadas para ofrecer protección estatal de por vida para los diferentes grupos socio-económicos. Incluye políticas relativas a la seguridad social y a los sectores de salud y educación, así como de asistencia social para la población más pobre y vulnerable, incluidas, entre otras medidas, las transferencias monetarias y en especie. Este sistema también engloba políticas destinadas a universalizar el acceso y fomentar la demanda de servicios sociales especialmente diseñados para los grupos vulnerables, así como también subsidios para el empleo y la vivienda” (Robles Farías, 2013: 13).

Por lo demás, este sistema ha incorporado significativas reformas a dos de sus principales pilares: pensiones y salud. Ambas reformas, que serán vistas con mayor detalle más adelante, se erigieron con base en un enfoque de derechos garantizados por ley, buscando explícitamente su realización. “Ello contrasta con la práctica vigente anteriormente en que el acceso a los beneficios dependía de los recursos disponibles en los programas, los que a su vez estaban determinados por la coyuntura económica, las prioridades políticas o el arbitrio de los oferentes. En cambio, ahora los usuarios constituyen el eje de

las nuevas políticas de protección social y a los demás actores les corresponde asegurar que se cumpla lo garantizado por ley” (Larrañaga, 2010: 1).

Tal como señala Claudia Robles, “el enfoque de protección social en Chile da cuenta de una red crecientemente articulada de programas sociales y políticas sectoriales, en la que se combinan los componentes contributivos y no contributivos. Para mejorar la colaboración intersectorial se han emprendido diversos arreglos institucionales, tales como la creación de la Secretaria Ejecutiva de Protección Social, institución que pertenece al Ministerio de Desarrollo Social y que coordina las actividades de protección social de varios ministerios, entre los que se incluyen el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda y Urbanismo y Ministerio del Trabajo y Previsión Social” (Robles Farías, 2013: 13).

Por cierto, esta nueva ‘arquitectura’ social demandó ‘perfeccionar’ los instrumentos disponibles para mejorar la focalización de los recursos dirigidos a las familias que postulaban a los programas sociales, especialmente la conocida Ficha CAS introducida por la dictadura militar en 1979. En el año 2006 se inició un proceso de reformulación de esta Ficha creándose la Ficha de Protección Social (FPS), que incluyó una gama más amplia de dimensiones de riesgo más allá del ingreso. Esta ficha es hoy la principal fuente de información del Sistema Integrado de Información Social (SIIS), que almacena y procesa la información relativa a los beneficiarios y las prestaciones que el Estado ha entregado.

Desde nuestra perspectiva, las nuevas políticas de protección social y su correspondiente ‘arquitectura’ organizacional enfrentan una serie de contradicciones debido a la conservación de la estructura institucional y los modos de operación del sistema de ‘protección social’ impuestos por las reformas neoliberales a fines de los años setenta –las ‘modernizaciones’ y la ‘red social’-, sin que hasta ahora se les hayan introducido modificaciones de fondo que pongan fin a su carácter mercantil y dual, y a sus fundamentos ideológicos (individualismo). Estas contradicciones serán evidenciadas en el tratamiento que haremos del sistema previsional y de salud en la segunda sección de este capítulo.

De todas formas, debe reconocerse que en los últimos 23 años se han logrado avances significativos en diversas áreas sociales, sobre todo en la

drástica reducción de la pobreza, gracias en parte importante a los programas de transferencias monetarias, tal cual mostraremos en la primera sección.

Sin embargo, no puede decirse lo mismo para el campo laboral, donde sigue predominando la flexibilidad y la precarización. Este es, a nuestro entender, el talón de Aquiles de las ‘políticas de protección social’. Este tema será tratado en la última sección.

Programas de transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas

Programa Chile Solidario

En el año 2002 se creó Chile Solidario, el principal programa de transferencias condicionadas de combate a la extrema pobreza que ha tenido el País. La iniciativa descansa sobre cuatro premisas básicas: apoyo psicosocial personalizado, bono de protección a la familia (transferencia monetaria), subsidios monetarios garantizados, y acceso preferente a programas de promoción social²⁰. Este programa fue institucionalizado a través de la Ley 19.949 en 2004.

En términos más específicos, se trata de una estructura que pretende articular al conjunto de la oferta pública en torno a sus beneficiarios. En lugar de personas o comunidades, está orientado a familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Debido a que la cobertura del programa es nacional, es operado de manera descentralizada por los gobiernos locales (municipios) a través de las Unidades de Intervención Familiar. Cabe mencionar, que la institución responsable de su ejecución era el Ministerio de Planificación que lo implementaba a través de FOSIS.

Las familias beneficiarias de Chile Solidario podían acceder a los siguientes subsidios monetarios. Adicional a la entrega de bonos y prestaciones garantizadas, generaba convenios con una serie de organismos públicos con el fin de “garantizar el acceso prioritario de sus beneficiarios a sus programas relativos

²⁰ Cohen, Ernesto y Franco, Rolando (Coord.) (2006). Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). México.

a empleo, vivienda, educación y salud”²¹. También sus beneficiarios podían acceder a tres programas de intervención psicosocial.

Cabe hacer notar que, en medio de la crisis económica de 2009, se implementaron transferencias extraordinarias de ingresos (las que fueron entregadas en marzo y agosto de 2009 y marzo de 2010), éstas fueron denominadas Bono de Apoyo a la Familia. Dichas transferencias formaban parte del Plan de Estímulo Económico y perseguían evitar el aumento de la pobreza. Posteriormente fueron reemplazadas por un programa regular de transferencias monetarias no contributivas (Programa de Bonificación al Ingreso Ético Familiar) para las familias en extrema pobreza, las que fueron denominadas Asignación Social.

Antes del término del mandato de los gobiernos de la Concertación, en septiembre de 2009, Chile Solidario obtuvo la categoría de sustentabilidad institucional a través de la Ley No. 20.379, creándose el Sistema Intersectorial de Protección Social, así como el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

El Sistema Intersectorial Chile Crece Contigo

Con la promulgación y publicación de la Ley 20.379 en 2009, se crea el Sistema Intersectorial de Protección , así como también el subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”, que está orientado al desarrollo de los niños y niñas, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar en pre-kinder.

Este subsistema busca garantizar el acceso de los niños y las niñas, en particular de aquellos provenientes de sectores más pobres y vulnerables, a las políticas y servicios sociales que promueven su desarrollo integral, incluyendo desde los controles de salud en el periodo de gestación hasta su acceso al sistema educativo. También incorpora medidas en áreas de salud, educación, dinámica familiar y desarrollo de la comunidad.

²¹ Robles, Claudia (2013). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Chile. CEPAL – GTZ. Santiago.

Todo lo anterior, es implementado a través de los servicios sociales municipales, aunque su coordinación central está en manos del Ministerio de Desarrollo Social²².

Ingreso Ético Familiar

El nuevo gobierno de derecha de la 'Coalición por el Cambio', encabezado por Sebastián Piñera, se propuso la ambiciosa meta de lograr la superación de la extrema pobreza en 2014 y de la pobreza antes del 2018. Para ello, tomó una serie de medidas, entre las que se cuenta el lanzamiento del Ingreso Ético Familiar.

Este programa fue creado a través de la Ley 20.595, promulgada el 11 de mayo de 2012. Este cuerpo legal no detalla claramente la forma en que éste se vinculará a la red de políticas de protección social existentes en el País, por lo que "no se sabe con certeza si seguirá desarrollando la labor de articulación de la oferta pública de Chile Solidario"²³.

Esta iniciativa consiste en un amplio conjunto de transferencias monetarias (condicionadas y no condicionadas) para los más pobres, así como para algunos sectores vulnerables, aunque no extremadamente pobres. Está basado en tres pilares: el pilar de dignidad (transferencias no condicionadas a todas las personas que se encuentren en situación de extrema pobreza); el pilar de los deberes (transferencias condicionadas para familias en situación de extrema pobreza cuyos hijos se encuentren con sus controles de salud al día y cumplan con la asistencia escolar) y el pilar de los logros (transferencias condicionadas dirigidas al 30% de las familias de menores ingresos).

Los beneficios que entrega el programa están asociados a cada uno de los pilares. De esta forma, el pilar de dignidad, hace entrega de los bonos base familiar y bono de protección; el de deberes, bono control de niño sano y

²² Mideplan (2011). Chile grows with you. [En línea] Disponible en: <<http://www.crececontigo.cl/sobre-chile-crece-contigo/presentacion-del-sistema/>>.

²³ Cecchini, Simone; Robles, Claudia y Vargas, Luis (2012). La ampliación de las transferencias monetarias y sus desafíos en Chile: el ingreso ético familiar. Policy Research Brief No. 26. Centre for inclusive growth.

bono por asistencia escolar y; el de logros, bono por logros escolares y bono al trabajo de la mujer.

El sector salud y sus reformas

Debe recordarse que la reforma impulsada en el sector salud a fines de los años setenta tuvo dos direcciones: una, destinada a reducir los aportes del fisco al mantenimiento del sistema de salubridad, y otra, a abrir una nueva fuente de acumulación para los empresarios privados. Asimismo, la llamada modernización de la salud incluyó reformas a la ley de medicina curativa y, de manera destacada, una reestructuración del sector. Esta última se tradujo en la municipalización de establecimientos de salud y en la creación de empresas privadas, conocidas como las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). En rigor, fue el D.L. 3.626, de 1980, el que permitió la operación de las Isapres y abrió de 'par en par' las puertas para la entrada del sector privado a la atención de salud. Las Isapres ofrecen atención a sus beneficiarios previa captación de la cotización de salud del 7% (o más) de sus afiliados, la que en un comienzo fue de 4%.

En síntesis, el nuevo sistema pretendió lograr la libre elección del centro hospitalario por parte del usuario, aliviar el papel del Estado en la atención de salud y promover la participación del sector privado en este sector. Sin embargo, el traslado de los cotizantes de mayores ingresos a las Isapres (el 12% de los chilenos pertenecientes a los estratos altos en 1989) contribuyó al desfinanciamiento del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y, por lo tanto, al deterioro generalizado de los servicios públicos de salud que atienden a los más pobres.

La modernización de la salud, en definitiva, implantó una atención seccionada por sectores sociales. Una con todos los servicios necesarios, para quienes tienen altos ingresos. Otra, desfinanciada y sin medios técnicos, para la gran mayoría de la población. Sorprendentemente, pese a que se han implementado varias 'reformas' y que el gasto en salud se ha visto acrecentado de manera importante, el sector todavía conserva una estructura muy similar a la de los años ochenta, por tanto continua funcionando a través del sistema público y privado. En ese sentido, puede decirse que el sistema de salud chileno es un sistema mixto, liderado por el Ministerio de Salud, el que tiene por tarea el

diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

Por una parte, el sistema de salud pública en particular tiene una base productiva conformada por los Servicios de Salud. Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio posee y opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria, los cuales son administrados por las municipalidades, tal cual lo estipuló la reforma del año 1981 cuyo objetivo era descentralizar la administración y financiamiento del sistema.

Para su financiamiento, existe un seguro social de salud administrado por Fonasa. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con la prima única de 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

Por otra parte, el sistema de salud privado está conformado por las Isapres y por productores de salud particulares. Las Isapres operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las Isapres como a los cotizantes del sistema público.

Hay que tener presente que los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de UF 4.2 mensual. Este pago puede ser realizado a Fonasa o a una Isapre.

Los indigentes y no cotizantes forman parte del Fonasa, aunque están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos a Fonasa, pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda,

los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad. La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.

Junto con el sistema público y privado de salud, existen también mutuales de seguridad que cuentan con sus propias clínicas y hospitales para la atención de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Además, están los establecimientos hospitalarios de dependencia de las Fuerzas Armadas.

Reformas a la salud

En el año 2004 se introdujo una importante reforma al sistema de salud con el fin de reducir las brechas en cuanto a calidad, financiamiento y oportunidad en la atención otorgada por el sistema público respecto con el sector privado. Tal reforma buscaba reducir las inequidades existentes entre los grupos de distintos niveles de ingresos de la población, basado en las cifras que mostraban algunos indicadores de salud. Además, se proponía adecuar el modelo de atención a los cambios epidemiológicos que presentaba la población y que requería de un nuevo marco de objetivos sanitarios, reformas institucionales y servicios en el sector público. “La meta era garantizar el derecho universal de salud física y mental al nivel más alto posible, y asegurar la igualdad y solidaridad en cuanto a financiamiento del sistema de salud, así como la eficiencia en el uso de los recursos”²⁴.

Esta reforma permitió hacer realidad la Ley que establece las Garantías Explícitas en Salud (GES), mediante las cuales reconoce estos principios como garantías del sistema de salud estatal. Al año siguiente, se emitió el Decreto Supremo No. 228, que establece un listado de enfermedades (que han ido

²⁴ Ministerio de Salud (2010). Redes asistenciales en Chile, documento presentado en Seminario de redes integradas de Servicios de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Red Asistencial, Departamento de Gestión de Servicios de Salud.

umentando periódicamente) para las cuales se garantizan de manera universal los servicios necesarios. “Las GES están en el centro del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) e incluyen las subgarantías de acceso, calidad, oportunidad y financiamiento”²⁵.

Gasto en salud

El gasto en salud no ha experimentado un aumento considerable entre 1990 y 2009, se mantiene en torno al 2% y 4% del PIB y constituye la quinta parte del gasto público social total. En su conjunto, el gasto total en el sector, que incluye el gasto público y el privado, ha permanecido estable en el tiempo, en torno al 7% y 8% del PIB²⁶. De todas formas, debe destacarse que el gasto público en salud es considerablemente más alto que el gasto privado; pero el gasto per cápita en el sistema privado es más alto que en el público. La proporción ha disminuido de 2,7 a 1,6 veces en el período comprendido entre 2001 y 2009²⁷.

El financiamiento complementario requerido para el plan AUGE se aseguró mediante la Ley de Financiamiento de 2003, que aumentó el IVA de 18% a 19%, así como los impuestos específicos al tabaco y de aduana. También se obtuvo financiamiento mediante la venta de las acciones que el Ministerio de Salud todavía tenía en las empresas de salud.

Antes de 2011, los pensionados también debían cotizar el 7%, al igual que cualquier afiliado. Sin embargo, en mayo de 2011 comenzó a eliminarse gradualmente las contribuciones de los pensionados pertenecientes al quintil más pobre y se avanzara periódicamente al resto de los quintiles.

Importa hacer notar que tanto el sistema de salud público como el privado demandan gastos de bolsillo. Como reconoce Cepal, estos gastos “son ajenos a una lógica de solidaridad o de diversificación de riesgos. A sus efectos negativos sobre el bienestar de las personas se suma, en algunos casos, su incierta

²⁵ Robles, Claudia (2013). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Chile. Cepal – GTZ. Santiago.

²⁶ Nótese que Chile, a pesar de ello, es de los Países que menos gastan en salud dentro de la OCDE. Según el organismo el promedio del gasto público en ese ítem alcanza un 9,3%, mientras que en Chile llegaba a 7,5% en 2011.

²⁷ Según datos de Fonasa.

eficiencia” (Cepal, 2013, pp. 208). Estos gastos han crecido fuertemente en los últimos años, incluso sobre el IPC, debido sobre todo al significativo aumento en los precios de los medicamentos. La relevancia que ha adquirido el gasto de bolsillo queda evidenciada en el cuadro siguiente, donde en todos los años considerados más que dobla el gasto de las Isapres y en ciertos años estuvo muy próximo al gasto público total.

Evolución de la distribución del gasto en salud, 2003 - 2009
(según Departamento de Estudios - Ministerio de Salud)
(en %)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto bolsillo	38,9	38,9	39,0	38,0	36,6	36,5	34,0
Prestaciones salud mutuales	2,3	2,2	2,2	2,0	2,1	2,1	2,0
Gasto ISAPRE	19,9	19,0	18,8	17,8	18,1	17,4	16,6
Gasto Publico Total	38,9	39,9	40,0	42,2	43,2	44,0	47,4
Gasto Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Estrategia Nacional de Salud, 2011 - 2020, MINSAL

Cobertura del sistema de salud

Se estima que el plan AUGE ha beneficiado a 3,2 millones de personas, lo que corresponde al 20% de la población chilena, aproximadamente. Con base en los datos de 2009 de la encuesta Casen, el porcentaje de personas que no tienen ningún seguro médico ha disminuido a 3,5% (Ministerio de Salud, 2010a). La mayoría de los trabajadores que contribuyen al sistema de salud en Chile están afiliados a Fonasa.

Quienes pertenecen al quintil de ingresos más alto tienen mayoritariamente seguros de salud privados: el 44,2% de los beneficiarios de las Isapres pertenece al quintil más rico. En tanto quienes se ubican en el quintil más bajo son en su gran mayoría beneficiarios de FONASA (Ministerio de Salud, 2010c).

Las personas que viven en la extrema pobreza o que tienen recursos escasos acceden a una modalidad de atención predefinida, que es la Modalidad de Atención Institucional y solamente son atendidos en establecimientos del sistema público. Por otro lado, quienes son cotizantes regulares del sistema de salud, y sus dependientes, pueden optar entre una red de instituciones privadas y públicas que forman parte de FONASA bajo la Modalidad de Libre Elección que cubre el 50% de los costes de la mayoría de los servicios.

El Sistema de Pensiones y la Reforma de 2008

A comienzos de la década de los ochenta, el régimen militar impulsó una reforma previsional que privatizaba los fondos previsionales de los trabajadores dejándolos en manos de los grandes conglomerados empresariales. El desarrollo de esta iniciativa se justificaba en que el sistema anterior estaba técnicamente quebrado, aparte de que presentaba serias dificultades de administración. Además, se estimaba que las pensiones resultantes del sistema de repartieran bajas.

Previo a esa reforma, nuestro País contaba con un sistema público de pensiones que estaba compuesto por el sistema no contributivo de pensiones asistenciales, el sistema civil público contributivo administrado por el Instituto de Normalización Previsional (INP) y el sistema público militar (Cajas de Previsión de las Fuerzas Armadas – CAPREDENA, y Carabineros – DIPRECA).

De este modo, la reforma del sistema de pensiones, que fue impuesto mediante el Decreto Ley 3.500 en el año 1980, reemplazó a dicho esquema público de reparto administrado por el Instituto de Normalización Previsional (INP), por un sistema de capitalización individual obligatoria administrado por sociedades anónimas privadas orientadas hacia el lucro: las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Es así como estas instituciones podrán invertir los fondos acumulados de todos los trabajadores en distintas actividades e instrumentos financieros, con el fin de “hacerlos crecer en el tiempo”.

La característica fundamental de este nuevo sistema es que la cotización queda solo a cargo del trabajador, liberando con ello cualquier contribución del empleador. Al momento del retiro de la actividad laboral (65 años para los hombres y 60 años para las mujeres) los trabajadores reciben una renta, calculada en función del monto de capital acumulado y de su esperanza de vida. “La renta pensión depende también en buena medida de los ‘avatares’ que ocurran con el precio de las acciones o bonos cotizados en la bolsa. A diferencia con otros Países, donde los fondos de pensiones privados son dispositivos

destinados a entregar a los trabajadores un complemento de jubilación, en el caso chileno es la totalidad de la pensión que se financia con este dispositivo”²⁸.

Con la implementación de la reformase adoptó un enfoque multipolar (que posteriormente también han adoptado otros Países en América Latina), el que dio lugar a un sistema de pensiones integrado compuesto por tres pilares, los que se señalan a continuación:

- Pilar 1: Programa no contributivo de administración estatal y financiamiento del presupuesto público, orientado a mitigar la pobreza en la vejez;
- Pilar 2: Capitalización individual de administración privada (Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP) financiado mediante el ahorro obligatorio de los trabajadores dependientes, de carácter contributivo;
- Pilar 3: Capitalización individual voluntaria de administración privada (AFP y otras instituciones autorizadas), contributivo.

Estos han sido, en lo fundamental, los componentes del sistema que se mantuvieron vigentes hasta el 01 de julio de 2008, fecha de entrada en vigencia de la reforma previsional basada en la Ley N° 20.255, donde se introduce un Pilar Solidario.

Cabe mencionar que a comienzos de la década, específicamente en el año 2002, hubo una reforma de menor envergadura, la que introdujo los multifondos, cuyo propósito era dar mayor flexibilidad y participación a los afiliados en la construcción de sus pensiones. Los fondos tienen distintas combinaciones de riesgo-retorno según renta variable (máximos y mínimos).

Estas modificaciones al sistema provocaron que los cotizantes, en especial aquellos menores de 40 años, migraran hacia los fondos más intensivos en renta variable. Logrando instalarse entre los cotizantes la percepción de que optar por mayor riesgo conllevaría a obtener mayores retornos.

²⁸ Yañez, Sonia (2010). La dimensión de género en la reforma previsional chilena. Serie Mujer y Desarrollo, Documento N° 101. CEPAL.

Efectos de las reformas estructurales en el sistema de pensiones

De acuerdo a diversos análisis y estudios al sistema de pensiones, existe consenso en que existe una serie de factores que afectan negativamente las pensiones de los trabajadores (mujeres y hombres), entre los que se puede mencionar los siguientes:

- a) *Factores del mercado laboral*: Flexibilidad laboral; alto nivel de rotación; bajos salarios y alto número de subempleados, a pesar de la baja tasa de desempleo.

Estos factores generaban menores ingresos laborales para los trabajadores y por ende, menores cotizaciones, menor acumulación de fondos previsionales y, por lo tanto, menores pensiones de vejez.

- b) *Factores del diseño del sistema de pensiones*: Uno de los principales factores era la exigencia de 240 meses o 20 años de cotizaciones para acceder a una pensión mínima garantizada, cuestión que no era fácil de cumplir tomando en cuenta las distorsiones existentes en el mercado laboral.

Otro de los factores, ha sido la aplicación de la tabla de expectativa de vida diferenciadas por sexo que castiga la mayor esperanza de vida de las mujeres respecto de los hombres. Sin embargo, la mayor complejidad está relacionada con la metodología de cálculo que utiliza dicho instrumento, el que ha sido confeccionado en base a la realidad de Países del hemisferio norte.

- c) *El impacto combinado de los factores mercado laboral y diseño del sistema previsional*: el análisis conjunto de los problemas de cobertura y de insuficiencia de beneficios para los pensionados, llevaron a la conclusión de que sin una nueva reforma previsional uno de cada dos asegurados de las AFP requeriría a futuro algún tipo de financiamiento público, en forma de la Pensión Asistencial o en forma de Pensión Mínima Garantizada.

En consecuencia, el Decreto Ley 3.500 de 1981 había establecido una institucionalidad para operar principalmente bajo un esquema contributivo de capitalización individual administrado por el sector privado, pero financie-

ramente mixto, en el cual el Estado tiene un rol subsidiario como garante de pensiones mínimas y proveedor de pensiones asistenciales²⁹.

Lo anterior, reflejaba que en algún momento, el Estado tendría que hacerse cargo de todos aquellos pensionados que quedarían sin cobertura o con coberturas insuficientes del sistema privado (AFP). Y para compensar el bienestar de los grupos no cubiertos o cubiertos con pensiones iguales o menores a la pensión mínima, se necesitaban mucho más fondos de las arcas fiscales que el inicialmente presupuestado.

En suma, los insuficientes resultados en cobertura y nivel de beneficios del sistema contributivo privado aumentaron dramáticamente los riesgos de pobreza en la vejez para grandes grupos de trabajadores. Esta situación exigía la intervención estatal para mantener un cierto grado de cohesión social y la estabilidad democrática.

La reforma al sistema de pensiones según la Ley 20.255

Durante el gobierno de la presidenta Michelle Bachellet se impulsó la reforma previsional basada en la Ley N° 20.255 de 2006; que introduce un sistema de pensiones solidarias, una nueva institucionalidad que procurará entregar mayor cobertura a trabajadores independientes y trabajadores jóvenes y buscará generar mayor competencia entre las diferentes administradoras (AFP) que operan en el sistema.

Cabe mencionar que se conservó el sistema contributivo privado de capitalización individual intacto y se buscó fortalecerlo como el pilar central del sistema de pensiones chileno. El elemento sustantivo de la reforma ha sido la ampliación del componente no contributivo del sistema de pensiones financiado con recursos fiscales, a fin de garantizar la cobertura de todas aquellas personas excluidas de la protección del sistema contributivo privado.

²⁹ Arenas de Mesa, Alberto (2004). "El Sistema de Pensiones en Chile. Principales Desafíos Futuros", en: *El Sistema de Pensiones de Chile en el Contexto Mundial y de América Latina: Evaluación y Desafíos*. Ponencias del Seminario Internacional Santiago, 22 y 23 de abril, Oficina Internacional del Trabajo. Santiago.

Diversos analistas plantean que “esta reforma consolida un nuevo modelo de protección social al integrar tres subsistemas: el de pensiones solidarias, el de capitalización individual obligatoria y el de ahorro previsional voluntario”³⁰.

Lo que deriva en una serie de medidas que señalamos en 3 ejes: El primero de ellos es el retorno del Estado a un rol preponderante en el sistema de pensiones, con una importante inyección de recursos fiscales que implica establecer derechos universales en seguridad social para las personas que desarrollan su vida laboral en Chile. El segundo, corresponde a las medidas implementadas para aumentar la cobertura previsional de los grupos vulnerables: jóvenes, mujeres y trabajadores independientes. El tercero, corresponde al perfeccionamiento del Sistema de Capitalización Individual, con el objetivo de aumentar su competencia y rentabilidad, disminuir sus costos y fortalecer el Ahorro Previsional Voluntario (APV). Estas materias han sido menos difundidas y son escasamente conocidas por la opinión pública. Sin embargo, se introdujeron cambios orientados a controlar los costos para los usuarios y a mejorar la rentabilidad de los fondos, lo que debiera derivar en mayores ingresos y pensiones para los afiliados. El diagrama que sigue muestra los 3 pilares y sus componentes.

En resumen, el pilar solidario tiene por objetivo cubrir la pobreza en la vejez a través de financiamiento previsto en el presupuesto público. Tales recursos serán administrados por el Estado y serán canalizados a través de la Pensión Básica Solidaria (PBS) y aporte previsional solidario (APS) de vejez e invalidez.

Principales medidas de la reforma

En total, la reforma contiene 100 medidas tendientes a mejorar el nivel de las pensiones. Sin embargo, las principales y las de mayor impacto y trascendencia en el ámbito de los beneficios para las personas serán mencionadas a continuación.

³⁰ Arenas, Alberto (2010). Historia de la reforma previsional chilena: una experiencia exitosa de política pública en democracia. OIT. Santiago.

- i. *La creación del Sistema de Pensiones Solidarias*: incorpora al sistema previsional a quienes no estaban cubiertos por éste, o no lograron ahorrar lo suficiente para financiar una pensión digna. En otras palabras, al acoger a quienes bajo la lógica del sistema anterior no calificaban para cobijarse bajo el paraguas previsional, termina con la exclusión.
- ii. *Equidad de género*: énfasis en la superación de la desmedrada cobertura de las mujeres respecto de los hombres en el sistema de pensiones.
- iii. Subsidio previsional a los trabajadores jóvenes de bajos ingresos: el Estado cotiza directamente en las cuentas individuales de este grupo vulnerable para fomentar el empleo juvenil, una mayor formalización de éste y aumentar la cobertura y los fondos previsionales de dicho segmento de trabajadores.
- iv. Incorporación de los trabajadores independientes: un conjunto de medidas para aumentar la cobertura previsional de este grupo, permitiéndoles acceder a los beneficios del sistema en igualdad de derechos y obligaciones respecto a los trabajadores dependientes. Esto incluye los beneficios del Sistema de Pensiones Solidarias, tanto a la Pensión Básica Solidaria como al Aporte Previsional Solidario.

Los cuestionamientos más recientes a las AFP

Hoy, después de tres décadas de implementación del sistema en Chile, los ciudadanos argumentan abusos y malas pensiones, y manifiestan públicamente su malestar. Las críticas al sistema previsional se han generalizado, apuntando principalmente a su componente fundamental: las AFP.

Habría consenso en reconocer que lo ocurrido con el paso de los años, es que los parámetros en que se basó el sistema han ido quedando obsoletos, fundamentalmente por el aumento en la esperanza de vida de las personas, lo que hace insuficiente el ahorro para sustentar esos años adicionales de vida y, en algunos casos, el rápido crecimiento de los salarios del trabajador, lo que dificulta lograr la tasa de sustitución esperada. Adicionalmente, los periodos

sin ahorro previsional por cesantía, enfermedades u otras razones han sido más frecuentes que lo estimado originalmente, lo que hace necesario ajustar los parámetros del sistema.

Antes de terminar su mandato, el Presidente Piñera ha anunciado un proyecto de ley que reforma estos parámetros y buscan una combinación de mayor porcentaje de ahorro y mayor edad de jubilación. La iniciativa se propone introducir más competencia entre las AFP, aumentar las cotizaciones, disminuir la evasión previsional y subir la acumulación de fondos.

Pero más allá de los desajustes de los parámetros del sistema, las críticas apuntan también a “los abusos en el cobro de comisiones elevadas por administrar los fondos; en la forma como los grupos económicos nombran directores en empresas a través de los votos de las AFPs y en la asimetría de información y educación financiera con que se ha dejado al afiliado tomar importantes decisiones dentro del sistema” (Uthoff, 2013, p. 1).

Había expectativas que todos esos problemas fueran solucionados con la reforma de 2008, pero “sus resultados, sin embargo, son sólo parciales, ya que las limitaciones políticas impidieron una reforma más profunda que abordara todas las falencias que se diagnosticaron” (Uthoff, 2013, p. 3).

Debe contemplarse que incluso la propia OCDE se ha sumado a los cuestionamientos a las AFP. Una reciente publicación del organismo (noviembre de 2013) señala que las mujeres en Chile jubilan bastante más tarde que las de todos los demás Países miembros y que su pensión alcanzaría a un 42% de las remuneraciones de los últimos 10 años, debidamente reajustadas. Se comprueba que nuestro País tiene el triste record de ser el lugar dónde las mujeres más trabajan, en promedio, ellas jubilan a los 70,4 años edad, a pesar que la edad legal en nuestro País es a los 60 años. A su vez, este informe constata que los hombres jubilan a los 69,4 años en vez de a los 65 años, la edad legal, y que la tasa de reemplazo es de apenas un 52%. Como se ve, el sistema privado aún está lejos de cumplir con la promesa fundamental de entregar pensiones con una tasa de reemplazo de 70%.

Las AFPs están en la encrucijada, por lo que se necesita consensuar un diagnóstico, evaluar las alternativas de reforma, cuantificar sus costos y beneficios. Sin la participación activa de los trabajadores ello no es posible.

REFERENCIAS

- BANCO CENTRAL DE CHILE (2012). Anuario Cuentas Nacionales, 2008-2011. Santiago.
- DIPRES (2006). Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 1996-2005. Ministerio de Hacienda. Santiago.
- GRAÑA, JUAN M.; KENNEDY, DAMIÁN; LINDENBOIM, JAVIER Y PISSACO, CARLOS (2006). La distribución funcional del ingreso en Argentina: Incidencia de los precios relativos en la última década. Aset, Buenos Aires. Argentina.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS – INE (Varios años). Encuesta Nacional de Empleo. Serie Estadística. Chile.
- LÓPEZ, R., FIGUEROA E., & GUTIÉRREZ P. (2013) “La ‘parte del león’: Nuevas estimaciones de la participación de los súper ricos en el ingreso de Chile”, Serie Documentos de Trabajo n. 379, Universidad de Chile. Santiago.
- MARTNER, GONZALO (2007). Consenso políticas sociales post-neoliberales. La experiencia de Chile. En Consenso progresista. Las políticas sociales de los gobiernos progresistas del Cono Sur. Fundación Friedrich Ebert. Santiago.
- MELLER, PATRICIO (1996). Un Siglo de Economía Política Chilena (1890-1990). Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile.
- MELLER, PATRICIO (2000). El modelo económico y la cuestión social. Serie Estudios No 1. Cieplan. Santiago.
- MIDEPLAN (Varios Años). Encuesta CASEN. Serie Estadística. Chile.
- OSORIO, JAIME (1989). Acerca del Estado y la democracia. Primera edición. Departamento de Relaciones Sociales, CSH, UAM – X, México.
- REINECKE, GERHARD Y FERRADA, CHRISTIAN (2005). Creación y Destrucción de Empleo en Chile: Análisis de Datos Longitudinales de la ACHS. Oficina Internacional del Trabajo. Abril. Santiago.
- REPETTO, ANDREA (2013). Un promedio, diversas realidades. El Mercurio, 28/05/2013.
- ROZAS, MARÍA DEL PILAR (1992). “Evolución del gasto social en Chile 1970-1989”. En: Daniel Wisecarver (Ediciones). El Modelo Económico Chileno. Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, y Centro Internacional para el Desarrollo Económico. Santiago.
- SALAMA, PIERRE (2012). ¿Cambios en la distribución del ingreso en las economías de América Latina? Foro Internacional, n. 209, julio-septiembre.

SANHUEZA, CLAUDIA Y ZAHLER, ANDRÉS (2012). Aprendiendo de la encuesta Casen 2011. Publicado: 05.09.2012. Ciper.

VEGA, HUMBERTO (2007). En Vez de la Injusticia. Un camino para el desarrollo de Chile en el siglo XXI. Random House Mondadori S.A. Santiago.

VERGARA, PILAR (1993). Ruptura y continuidad en la política social del gobierno democrático. Estudios Sociales, n. 78, Trimestre 4. Santiago.

MARTNER, GONZALO (2011). Pobreza y distribución del ingreso: Chile en la OCDE. 14 de abril de 2011.

FERNÁNDEZ, IGNACIA (2014). La medición de la pobreza y las políticas públicas. Publicado por Ciper el 05.02.2014.

SANHUEZA, CLAUDIA (2010). CASEN: El gasto social no es ineficiente, es insuficiente. Publicado en Ciper: 17.07.2010.

UTHOFF B., ANDRAS (2013). ¿No más AFP? Asuntos Públicos. Informe 1063. 11 de julio.

ARELLANO M., JOSÉ PABLO (2012). Veinte años de políticas sociales. Chile 1990-2009. Equidad con crecimiento sostenible. Cieplan. Santiago de Chile.

LARRAÑAGA, OSVALDO (2010). Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica. PNUD-Chile, Documento de trabajo-4.

CEPAL (2013). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile.

MATTHIEU BERRONE REYES, ÁLVARO JIMÉNEZ MOLINA Y DIDIER DE SAINT PIERRE (2013). Publicado en Ciper: 11.11.2013.

3.5. POLÍTICA SOCIAL: LA EXPERIENCIA DE DESARROLLO CUBANO

Silvia Odriozola Guitart

Olga Pérez Soto

Arelys Esquenazi Borrego

Henry Colina Hernández

Laura Galeano Zaldívar

La elevación del bienestar y de la calidad de vida de la población han sido objetivos prioritarios de la sociedad socialista cubana desde el triunfo de la Revolución. Desde entonces, se elaboró una concepción de desarrollo que integraba objetivos económicos y también sociales, con el ser humano en el centro de atención. De otro modo, no habría sido posible iniciar el camino de la transformación socialista de la estructura económica heredada del subdesarrollo capitalista.

A partir de ese momento se concibió una política social centrada en el ser humano e impulsada con la voluntad política del Estado. Caracterizada por una visión integral, contempla la universalidad basada en la igualdad de acceso para la satisfacción de necesidades, diferenciando a su vez, las características de los grupos sociales, permitiendo la concentración y redistribución de los recursos disponibles en función de asegurar derechos ciudadanos, tales como la provisión de servicios gratuitos de salud y educación, asistencia y seguridad social, cultura, deporte y acceso al trabajo, entre otros.

En las actuales condiciones histórico-concretas, la *Actualización del modelo económico y social*, tiene como fundamento preservar los principios del socialismo cubano, sobre la base de mantener los logros sociales alcanzados y, al mismo tiempo, optimizar los recursos dedicados al desarrollo económico y social para preservarlos y asegurar la sostenibilidad del sistema socialista.

Características socioeconómicas de Cuba

La República de Cuba es un archipiélago formado por más de 1600 islas, islotes y cayos, conformado por cuatro grupos insulares (Los Colorados, Sabana Camagüey (Jardines del Rey), Jardines de la Reina y los Canarreos (el cual incluye a la Isla de la Juventud)), cuya extensión territorial asciende a un total de 109 884,01 kms² (106 757,6 kms² de tierra firme). Su población (11 239 224 habitantes para una densidad poblacional de 102,3 hab/km) se encuentra asentada en las islas de Cuba y la Juventud, en tanto el resto del archipiélago, con excepción de los centros turísticos de algunos cayos, está prácticamente despoblado. Luego de la última División Político Administrativa (2011), Cuba quedó organizada en 15 provincias y 168 municipios, incluyendo el municipio especial Isla de la Juventud. La tasa de urbanización, medida por el porcentaje de la población residente en el área urbana, es del 74%.

Cuba presenta una geología bastante compleja, con rocas antiguas, particularmente en las zonas montañosas. También el relieve se destaca por su complejidad y diversidad, y está constituido por montañas, alturas y llanuras, ocupando estas últimas la mayor parte del territorio. Por las características de su relieve y la configuración alargada y estrecha, el parteaguas principal está ubicado al centro y a todo lo largo del territorio, dividiéndolo en dos vertientes (la norte y la sur), lo cual hace que los ríos sean cortos. También estos son de poco caudal, debido a que son de alimentación pluvial y existen solo dos estaciones: una de lluvias y otra de sequía. De igual modo, Cuba cuenta con aproximadamente 5746 kilómetros de costas muy irregulares que ofrecen variados accidentes, tales como abruptos acantilados, playas de arena fina, extensas zonas litorales, arrecifes coralinos que bordean la línea costera, terrazas marinas, ensenadas, deltas y bahías de bolsa que proporcionan excelentes puertos. Entre las principales bahías se encuentran La Habana, Mariel, Santiago de Cuba y Nipe (además de la de Guantánamo, ocupada ilegalmente por la Base Naval del gobierno de los Estados Unidos).

En cuanto a su dotación de recursos naturales, Cuba no es un País altamente favorecido, especialmente si se compara con la región latinoamericana. Sin

embargo, ello no significa la ausencia de potencialidades en algunos recursos específicos, los cuales han sido aprovechados en función del desarrollo económico. Un ejemplo de lo anterior es la producción de níquel, que convierte al País en uno de los mayores productores de este mineral, exportando además alrededor del 10% del cobalto que se consume en el mundo.

El turismo, a su vez, ha sido uno de los sectores más dinámicos de la economía cubana en las últimas dos décadas, orientado no solo a la vertiente de sol y playa sino también al de salud y naturaleza, ciudad y cultura, etc., buscando aprovechar la amplia gama de posibilidades que puede ofrecerse a los visitantes del País.

Por otra parte, aprovechando el potencial humano creado en más de cincuenta años de Revolución, se encuentra la industria biofarmacéutica, una rama de alta tecnología con un demostrado valor científico y comercial. Asimismo, vale mencionar los servicios profesionales transables, especialmente en el área de salud, que se han convertido en una de las fuentes de ingresos más importante.

Por último, no es posible dejar de mencionar la agroindustria azucarera, la cual históricamente constituyó el eje económico del País, aglutinando una parte sustancial de la capacidad industrial, el parque de transporte, el empleo y los ingresos externos, junto a una notable distribución espacial en el territorio nacional. Aunque en los últimos años este importante rol se ha ido debilitando como consecuencia de la reducción de los volúmenes productivos y la descapitalización de la infraestructura agrícola e industrial, proceso particularmente acelerado después del redimensionamiento del sector en el 2002, Cuba no ha renunciado a una estrategia que permita rescatar el valor de este sector para la economía nacional.

Estos son, en síntesis, algunos de los sectores más importantes en los que Cuba ha soportado su proceso de crecimiento en las últimas décadas. Precisamente cuando se analiza la trayectoria de crecimiento de los últimos casi veinte años, se observa que, una vez que en 1994 se detuvo la abrupta caída que sufriera la economía en los primeros años de la década de los '90 (decrecimiento del producto que se ubicó en alrededor del 34% del PIB), las tasas de crecimiento se han mantenido positivas, lo cual es poco frecuente,

especialmente en un entorno que no propicia facilidades para crecer y en el que muchos de los Países y regiones decrecen. No obstante, este crecimiento ha sido en general débil y con una gran volatilidad, con un promedio anual de alrededor del 1.8%, muy por debajo de los niveles necesarios.

Dinámica demográfica

El análisis de la situación demográfica de cualquier País debe partir primeramente en llegar a un consenso sobre la etapa de transición demográfica³¹ en que se encuentra la población. Pare al caso de Cuba, este análisis alberga la particularidad de que actualmente existe un gran debate sobre la fase transicional en la que podría ubicarse nuestro País dentro del contexto latinoamericano. La región está conformada por Países que se hallan en diferentes etapas de lo que se conoce como “primera transición demográfica”; algunos de ellos en sus fases más avanzadas.

Pudiera parecer legítimo asegurar que la población en Cuba se encuentra, en estos momentos, en una fase que ha sido denominada por de Armas (2010) como “de pos transición” y, por otros, como “de segunda transición demográfica”, sin que exista consenso. No obstante, es cada día más evidente que, en términos de indicadores demográficos, el lugar en el que se está colocando Cuba, está más

³¹ La «transición demográfica», en su definición inicial, es un proceso durante el cual una población humana pasa de un régimen demográfico «primitivo», también llamado «preindustrial», donde prevalecen elevadas tasas de mortalidad y natalidad, con un consiguiente crecimiento natural muy reducido, a otro llamado «intermedio» o «industrial», en el que los factores económicos actúan primero sobre la mortalidad y provocan un rápido descenso de su nivel, a partir de un mejoramiento decisivo de las condiciones de vida de la población, mientras que inciden en el nivel de la fecundidad, a partir de la nupcialidad, en términos de la posposición e incluso del abandono de los matrimonios. Así, mientras que el nivel de la mortalidad se reduce rápidamente, la fecundidad permanece aún muy elevada y no declina hasta más avanzado este periodo, por lo que el impacto en la dinámica de la población se traduce en una fuerte aceleración de su crecimiento. Finalmente, la población alcanza un régimen moderno, o postindustrial, en el que la mortalidad y la fecundidad alcanzan niveles muy reducidos y provocan un crecimiento lento del número de individuos. El impacto de los factores económicos se traduce en un descenso generalizado de la fecundidad, al provocar cambios en los modelos de vida y de aspiraciones en las personas.

cercano al del promedio europeo; es decir, es mucho más avanzado con respecto a la posición media que distingue a los Países de América Latina y el Caribe.

Sin pretender concluir esa discusión, sí es pertinente señalar que, recientemente, se ha demostrado que en la población de la Isla se pueden verificar con claridad la presencia de los ingredientes propios de esa segunda transición que se ha descrito para Europa. De ellos, los más notables a señalar podrían ser, según Espiñeira (2013):

Acelerados procesos de descenso y homogeneización de la fecundidad.

El aumento notable de la fecundidad de primer orden en edades tardías, en mujeres de 30 años en adelante, como resultado de un inicio más retardado de la maternidad, asociado a la posposición del momento de tener hijos; proceso muy relacionado con la elevada inserción de la mujer en las actividades productivas y científicas y a tensiones en cuanto a vivienda.

La edad media de inicio de la primera unión marital ha experimentado un significativo aumento y se coloca próxima a los 22 años, nivel que se sitúa en un patrón de nupcialidad considerado comúnmente como tardío.

La fecundidad de las mujeres casadas se mantiene por debajo del nivel de reemplazo.

El incremento sostenido del recurso de la interrupción voluntaria de los embarazos, combinado con una elevada prevalencia de la esterilización femenina, ha robustecido el efecto contractivo de una igualmente muy elevada cobertura anticonceptiva en el País, determinada por dispositivos intrauterinos y otros métodos modernos, lo que redundo en una declinación de la cota de fecundidad observada en décadas anteriores; ello permite el alcance del nivel mínimo histórico de 1,39 hijos por mujer en 2006 (1.63 en el 2016).

La aparición de estos rasgos destaca por el corto periodo de tiempo en que tiene lugar, de 1990 a 2004, hasta la actualidad, y explica el reposicionamiento demográfico de Cuba al nivel de Europa. En otras palabras, Cuba se tornó un tanto la excepción a la regla al ser un País subdesarrollado, pero con indicadores de estructura socio-demográfica semejantes a Países desarrollados.

Todo ello en un contexto de crisis económica que ha operado durante las dos últimas décadas y con fuerte conexión con el complejo escenario económico a nivel internacional.

A partir del Censo de Población y Vivienda realizado en el País en 2012, así como del Anuario Demográfico de Cuba, se ofrecen a continuación algunos datos generales:

- La población cubana es de 11 239 224 habitantes. La provincia La Habana es la más poblada (2 127 700 habitantes) y Mayabeque la de menor número de habitantes (381 350).
- La población femenina cubana supera a la masculina en 42 894 habitantes, para una relación de 992 personas del sexo masculino por cada 1 000 de la población femenina.
- La composición de la población atendiendo al color de la piel, permitió constatar que el por ciento de población blanca disminuyó a 64,1% y el de la población negra al 9,3%. Por el contrario, la población mestiza pasó del 24,9% al 26,6%, ratificando la tendencia al aumento de este grupo de población.

En cuanto a la dinámica demográfica y envejecimiento de la población, la población cubana, en los años que cubre el periodo 1960-2006, experimentó una importante declinación de su ritmo de crecimiento anual, pasando de cotas próximas a 24,9%, en 1965, a -0,6%, en 2010, con lo que se situó en un estado de reducción que muestra ligeras oscilaciones, como la de 2013, de 3,3%. La tendencia ha sido a un descenso sostenido y gradual desde 1965 hasta los últimos años donde ya se hace evidente la pérdida total de su capacidad multiplicativa (0,1 en 2015 y 0 en 2016).

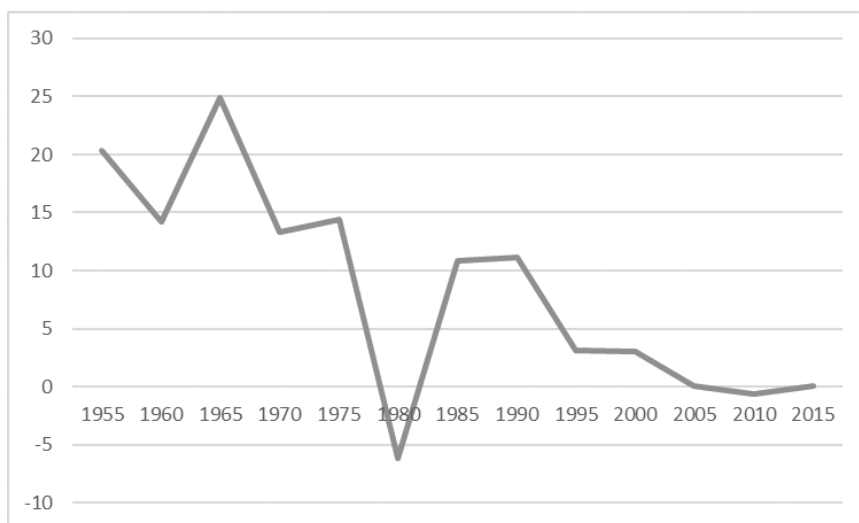


GRÁFICO 1. Crescimento total de la población cubana, 1950-2015.

Fuente: Anuario Demográfico de Cuba, 2016

La disminución del crecimiento natural de la población se puede explicar no por cambios en la mortalidad, que permanece prácticamente constante, sino por la importante declinación experimentada por la natalidad, cuyo nivel pasa de una cota de 35 a situarse alrededor de 9,9 por cada 1 000 habitantes, lo que representa una reducción algo más de 3,5 veces, entre 1963 y 2006 (Espiñeira, 2013).

Lo anteriormente comentado explica no solo el lento crecimiento del número de habitantes, que muestra una declinación en años más recientes, sino también cambios en la composición por edades de la población. Al respecto se puede comentar que la proporción de personas de 0 a 14 años de edad, como consecuencia de la reducción de la natalidad, disminuye, de un nivel cercano al 40 % de la población total, a poco más del 9% según cifras del 2016, lo que representa un descenso de más de la mitad de su peso relativo. En cambio, la proporción de la población de la tercera edad ha experimentado un incremento ininterrumpido; sobrepasando, en el año 2016, el 18%, lo que permite afirmar que la población cubana se encuentra ya en un evidente proceso de envejecimiento de su estructura por edades. En las proyecciones demográficas

realizadas, se prevé que la población alcance los 11 280 651 en el 2020, los 11 309 665 en el 2025 y se reduzca a 11 288 750 en el 2030.

Por su parte, la mortalidad infantil registró una caída sostenida desde un nivel próximo a 50 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, en 1960, a menos de 4,3 en 2016, lo que representó una reducción del indicador en poco más de 11 veces. La importancia de esta considerable reducción en la mortalidad infantil lograda por Cuba cobra una significación especial cuando se compara con la alcanzada por otros Países con un nivel de desarrollo económico mucho mayor.

Del lado de la mortalidad general, la esperanza de vida al nacer pasó de aproximadamente 64 años a 78, en el mismo lapso de tiempo, lo que representó una ganancia promedio anual próxima a un tercio de año de vida. En 2016 este indicador alcanza los 78,45 años para la población en general y 80,45 años para el caso de las mujeres.

El marcado envejecimiento poblacional, aunque un signo de desarrollo en materia de población, representa un reto para la sociedad cubana y el modelo que se pretende construir. Las medidas de política social que coadyuvieron al triunfo de la vida, nos presentan hoy otra cara contradictoria que no es más que un nuevo reto, el problema del remplazo poblacional. Las estimaciones a largo plazo demuestran un aumento considerable de la carga o presión de los recursos laborales como reflejo la acentuación del envejecimiento poblacional en la Isla, así como en la seguridad y asistencia social.

Seguridad social

Hasta 1959 Cuba tuvo un sistema de seguridad social basado esencialmente en el pago de cuotas, tal y como existe hoy en muchos Países capitalistas. Entre 1913 y 1958 se constituyeron en Cuba de forma autónoma 52 fondos de pensiones: 21 amparaban a trabajadores del sector privado (bomberos y empleados), 20 cubrían a profesionales y 11 aseguraban a empleados y obreros del sector público. De manera general el sistema de pensiones en Cuba antes del triunfo revolucionario se caracterizaba por la anarquía institucional, la presencia de multiplicidad de actores y una cobertura incompleta y desigual.

El primero de mayo de 1963 se puso en vigor el primer sistema de seguridad social en Cuba, que garantizó la protección social a los trabajadores y su familia, sistema que fue ampliado y perfeccionado con la inclusión de nuevos beneficios cuando se promulgó la actual Ley 24, vigente a partir de 1980. La modificación conceptual más importante que se introduce en esta nueva legislación se refiere al amplio alcance dado al campo de aplicación de la seguridad social, con una más amplia cobertura para el trabajador y su familia, así como para aquella parte de la población cuyas necesidades esenciales no estuvieran aseguradas o que por sus condiciones de vida o de salud requiera protección y no pudiera solucionar sus dificultades sin ayuda de la sociedad. Por ello establece los regímenes de Seguridad Social y el de Asistencia Social. Los principios fundamentales en que se basa el régimen de seguridad social son los de Solidaridad, Universalidad, Comprensividad e Integralidad. La Solidaridad se manifiesta en dos aspectos; la solidaridad entre generaciones, en virtud de la cual los trabajadores en activo financian el pago de las pensiones de las generaciones anteriores, y la solidaridad entre trabajadores con distintas cuantías de salarios, garantizando un nivel de protección social relativamente mayor a quienes reciben salarios más bajos. La Universalidad está dada porque se plantea una cobertura para el 100 % de los trabajadores y sus familiares y a toda la población al relacionarse con las personas protegidas. La Comprensividad protege a los trabajadores ante enfermedad y accidentes de origen común o profesional, maternidad, invalidez (total o parcial) y vejez, y, en caso de muerte del trabajador protege a la familia. Adicionalmente, el principio de Integralidad señala que el monto de las prestaciones es proporcional al aporte social de los trabajadores, cuantificado por el tiempo de servicios prestados y el nivel de los salarios devengados.

El 11 de julio del 2008 fue presentado ante la Asamblea Nacional del Poder Popular un nuevo proyecto de Ley de Seguridad Social que sustituyó a la Ley 24. En cumplimiento del acuerdo tomado por los diputados de someterlo a la consulta popular, la Central de Trabajadores de Cuba (CTC) realizó un masivo proceso asambleario, durante los meses de septiembre y octubre, al que fueron convocados más de 3 400 000 afiliados de los sindicatos nacionales, siendo aprobada por el 99% de los consultados.

Las prestaciones son los beneficios a que tiene derecho el trabajador y su familia a través del Sistema de Seguridad Social y se clasifican en: a) prestaciones en servicios³²; b) prestaciones en especie³³; y c) prestaciones monetarias³⁴. Las principales innovaciones de esta nueva ley han estado dirigidas a adecuar las pensiones por edad en cuanto a sus requisitos, que, consecuentemente con el envejecimiento de la población, elevan la edad de jubilación en cinco años, llevándola, en el caso de las mujeres, de cincuenta y cinco años a sesenta y, en el caso de los hombres, de sesenta hasta sesenta y cinco años. Se establecen además dos Categorías de Pensionados: la I para trabajos realizados en condiciones normales y la Categoría II, para trabajos realizados en condiciones en que el gasto de energías físicas, mentales, o ambas, es de tal naturaleza que origina una reducción de la capacidad laboral en el tiempo, al producirse un desgaste en el organismo no acorde con el que corresponde a la edad del trabajador, como por ejemplo los obreros de las minas, entre otros. Asimismo, se aumenta el tiempo de servicios requerido de veinticinco a treinta años para optar por la pensión por edad en los trabajadores comprendidos en pensión ordinaria Categoría I; en tanto para los comprendidos en Categoría II, se eleva también la edad de jubilación en cinco años y se fija el tiempo de servicios en treinta años como mínimo, manteniendo la condición de haber laborado en trabajos comprendidos en esta categoría no menos de quince años anteriores a su solicitud, o el 75% del tiempo de servicio requerido para tener derecho a la pensión, si en el momento de solicitarla no se encontraba desempeñando un cargo comprendido en esta categoría.

³² Prestaciones en servicios: la asistencia médica y estomatológica, preventiva y curativa, hospitalaria general y especializada; la rehabilitación física, psíquica y laboral.

³³ Prestaciones en especie: los medicamentos y la alimentación mientras el paciente se encuentra hospitalizado, y los que se establecen por regulaciones específicas; los medicamentos que se suministran a las embarazadas; los aparatos de ortopedia y las prótesis necesarias en los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; los medicamentos en los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que no requieran hospitalización.

³⁴ Prestaciones monetarias: la pensión por edad; el subsidio por enfermedad o accidente; la pensión por invalidez total o parcial; la pensión por la muerte del trabajador, del pensionado o de otra persona de las protegidas por la Ley; por maternidad de la trabajadora; y la pensión de asistencia social.

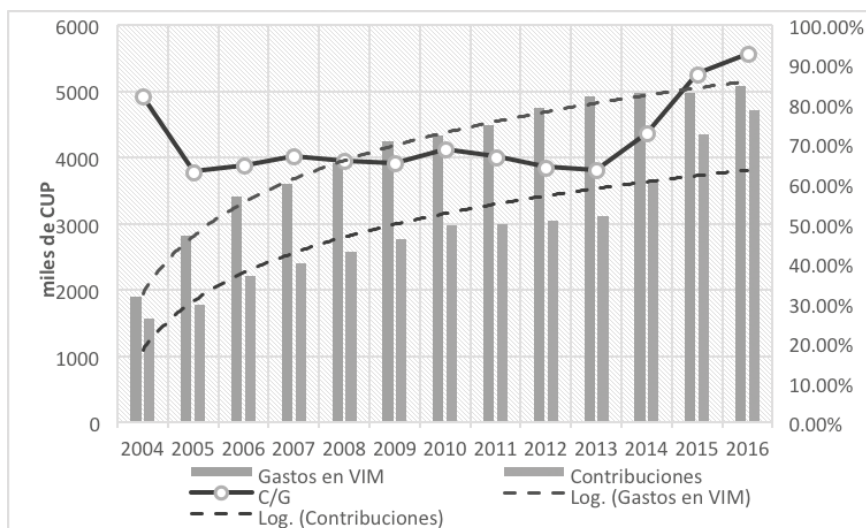


GRÁFICO 2. Evolución del gasto en Seguridad Social.

Fuente: elaboración propia a partir de ONEI, 2017.

El otro cambio que introduce la actual Ley de Seguridad Social, en cuanto a las pensiones por edad, es su cálculo. En su Artículo 26, dispone que los cinco años naturales en los que el trabajador haya devengado sus mayores salarios, serán seleccionados dentro de los últimos quince y no diez como estipulaba la ley anterior. Además, se fija un 10% más que en la Ley 24, (de 50% se eleva al 60%) sobre los treinta primeros años de servicios, a los fines de realizar el cálculo correspondiente y por cada año que exceda los mismos, se adicionará un 2% y no un 1% para las pensiones ordinarias. En el caso de las pensiones extraordinarias, se mantiene el 40% por los primeros veinte años laborados y se incrementa un 2% por cada año en exceso. Actualmente para el cálculo de la pensión, en el caso de los ingresos que exceden los 250 pesos mensuales, se toman al 50% y con la nueva forma de cálculo no se establece límite y se toma al 100% el salario promedio mensual.

La nueva Ley de Seguridad Social regula también el régimen de trabajo de los jubilados por edad, dando la posibilidad de que, al reincorporarse al trabajo remunerado, puedan devengar, de forma simultánea, la pensión y el salario que les corresponda por el cargo que ocuparen, siempre que este sea diferente al

que desempeñaban al momento de la jubilación, pudiendo ser, no obstante, de su mismo perfil ocupacional.

En su Disposición Transitoria Primera, la Ley 105 de Seguridad Social contempla el incremento gradual de hasta cinco años del requisito de edad y años de servicios para obtener la pensión ordinaria por edad, para los trabajadores que en el transcurso de los siete primeros años de vigencia de la Ley arriben a la edad de jubilación de 55 años las mujeres y 60 años los hombres, considerando la fecha de nacimiento y sexo del trabajador. De igual forma se procede con los trabajadores que opten por la pensión extraordinaria, a los que se les irá incrementando gradualmente el tiempo de servicios de quince a veinte años. Dicho incremento se realizará gradualmente durante 7 años, desde el 2009 hasta el 2015, con el objetivo de afectar lo menos posible a los trabajadores próximos a las edades actuales de jubilación.

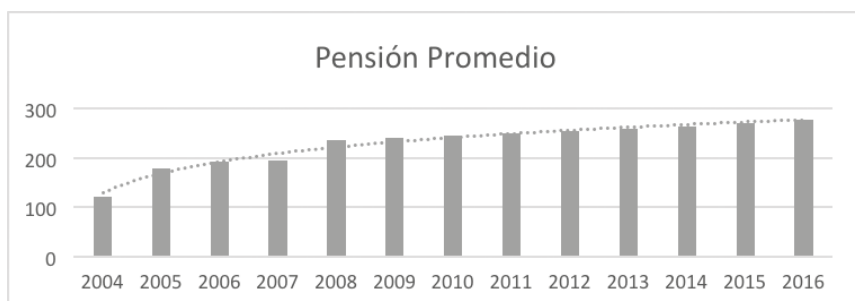


GRÁFICO 3. Evolución de la pensión media y su tendencia (2004-2017).

Fuente: elaboración propia a partir de ONEI, 2017.

La Ley 105 incorpora otros beneficios para los trabajadores, por tales razones, se propone: la posibilidad de percibirse más de una pensión de seguridad social a la que se tenga derecho, lo cual beneficia a los menores huérfanos de ambos padres, y a las viudas pensionadas, lo que fortalece el reconocimiento a la mujer trabajadora. El derecho a la pensión por invalidez total o parcial se otorga con sólo acreditar el vínculo laboral, eliminándose el requisito anterior de tiempo de servicio prestado. Se incorpora un régimen especial integrador

de la seguridad social para los trabajadores por cuenta propia, con lo cual la cobertura abarcará a todos los trabajadores del País.

Asistencia social

El régimen de asistencia social es complementario al régimen de seguridad social y abarca la protección que se ofrece con carácter subsidiario. Garantiza prestaciones en servicios, en especie y monetarias. Las prestaciones en servicios comprenden entre otros, el servicio de alimentación y cuidado en el hogar a adultos mayores, ingreso en hogares de ancianos, en hogares de impedidos, asistencia cultural y recreativa a los beneficiarios, ingreso en círculos infantiles, seminternados y otras instituciones.

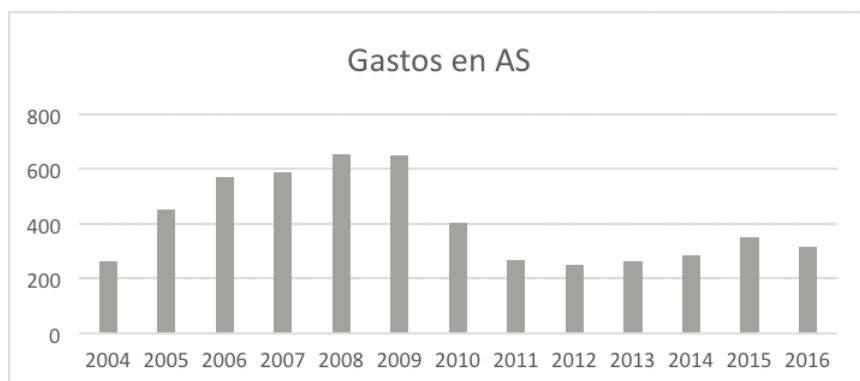


GRÁFICO 4. Gastos en Asistencia Social (2004-2016).

Fuente: elaboración propia a partir de ONEI, 2017

Las pensiones de la asistencia social están estrechamente vinculadas con el empleo, porque es a través del trabajo que las personas deben garantizar sus necesidades y realización. De ahí que esta protección no es vitalicia, sino que tiene un carácter temporal y se modifica o extingue cuando cesen las causas que la generaron.

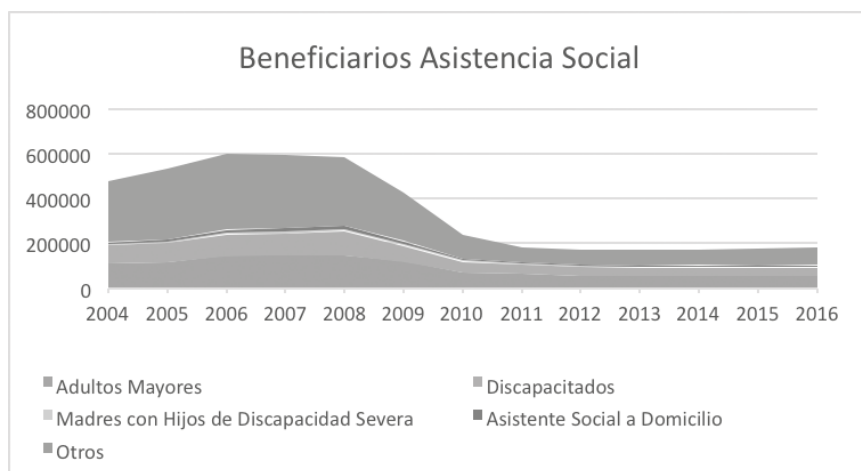


GRÁFICO 5. Beneficiarios de la Asistencia Social por programas y totales (2004-2016).

Fuente: elaboración propia a partir de ONEI, 2017.

Los beneficiarios de la asistencia social han disminuido así como los gastos en este servicio esto está fundamentalmente motivado por el carácter temporal de las prestaciones monetarias, y por la reincorporación al trabajo mediante programas que apuntan específicamente al segmento de población que se beneficia del sistema, así como la promoción gubernamental de un uso racional y más eficiente de los recursos destinados a los gastos sociales, lo que no implica recortes, sino estudios profundos para determinar las necesidades reales de los beneficiarios.

Cultura y deporte

La cultura ha ocupado un papel fundamental en la historia de la Revolución Cubana. Vale resaltar que una de las primeras medidas tomadas por el gobierno revolucionario fue la creación del Instituto Cubano del Arte y la Industria Cinematográfica (ICAIC), en fecha tan temprana como 1959 y tres años después el Instituto Cubano de Radio y Televisión (ICRT), en 1962, entidades encargadas de promover la industria del entretenimiento y la información en la Isla desde entonces. A esto seguiría la democratización del acceso a los

espectáculos culturales, antes con precios prohibitivos, a lo que contribuiría enormemente también la refundación del Ballet Nacional de Cuba (BNC) en 1960, entre otras medidas.

Uno de los principales objetivos de la política social en la actualidad es la formación de una cultura general integral en toda la población. Consecuentemente, durante los últimos años, se ha trabajado intensamente por impulsar la creación artística en sus diferentes manifestaciones, tras un período obligado de baja actividad, dadas las limitaciones objetivas que impuso la crisis de los años noventa. En la actualidad, y como se puede apreciar en el gráfico siguiente, la tendencia al decrecimiento de los gastos se debe al comienzo de una política para descargar al presupuesto del Estado de algunas actividades que pueden ser provistas por el sector empresarial. Aun así, algunos servicios culturales son todavía subsidiados, como es el caso de los teatros y cines.

Algunos programas llevados a cabo para contribuir a la masificación de la cultura, para permitir el despliegue de las potencialidades de creación artística y la contribución a la formación integral de los ciudadanos son: Reanimación de la producción de dibujos animados, para su exhibición en salas de video, cines y se emplean además en los programas audiovisuales; Inversiones en el sector de la enseñanza artística, con el objetivo de descentralizarla abriendo especialidades en todas las provincias; Programa editorial para todas las provincias y municipios del País; Creación de Bibliotecas populares; Creación de salas de televisión en los lugares más intrincados del País; Creación de dos canales educativos con el objetivo de aumentar la cultura general integral de todo el pueblo, llegando así a la cantidad de 9 canales, todos de propiedad estatal, y una calidad incrementada en los últimos años, ya sea en presentación e infografía, como en la variedad y especialización de los programas ofrecidos.

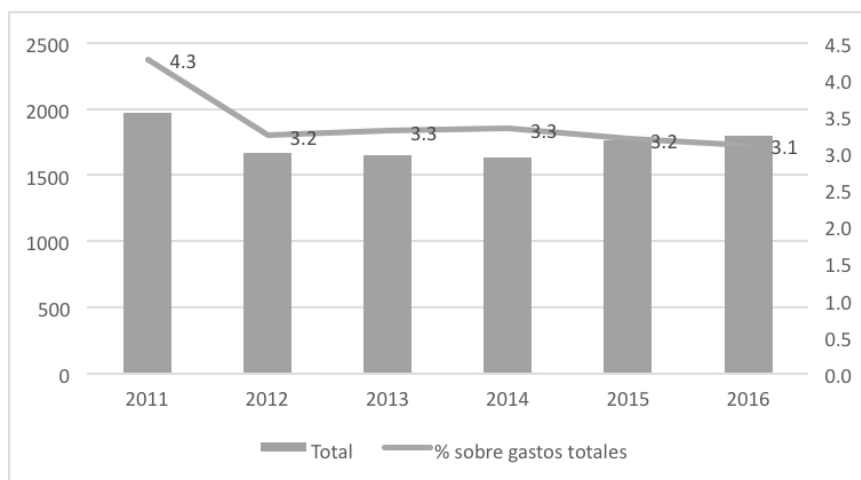


GRÁFICO 6. Gastos en Cultura y Deporte del presupuesto estatal.

Fuente: elaboración propia a partir de ONEI, 2017.

Por su parte, con relación a la práctica del deporte, desde el triunfo de la revolución, el Estado naciente se preocupó por potenciar su desarrollo. Es de destacar el hecho de que ya en 1961 se crearía el Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER), que se convertiría en rector de la actividad de la cultura física en Cuba. Además, se decretó la desaparición del profesionalismo en el deporte cubano iniciándose una etapa de ascenso ininterrumpido de los logros de nuestro deporte a nivel internacional.

Entre las acciones que han tenido lugar como parte de la revitalización de la actividad del deporte, como importante componente de la formación integral que se pretende, se encuentran: Creación de la Escuela Internacional de Educación Física y Deportes (EIEFD), con el objetivo de lograr una universidad de prestigio mundial en la formación de profesionales para la educación física y el deporte. En ella estudian alumnos de Asia, América Latina, el Caribe, y África, de donde procede el grueso de la matrícula; Puesta en marcha de centros como: Centro de Entrenamiento de Voleibol, la Escuela Nacional de Gimnasia y el Centro de Entrenamiento de Kárate; Atención a atletas y ex atletas, en los planos social, humano, político-ideológico, moral, de salud, y material; Programa de medicina deportiva, con el objetivo de crear un polo

científico del deporte, que incluye un laboratorio antidoping y la clínica del deportista adscrita al Instituto de Medicina del Deporte.

En el año 2016, el total de instalaciones deportivas en todo el País ascendió a 5 134 y un total de 4 228 268 habitantes practicaba deportes sistemáticamente, cerca del 38% de la población. En la masividad se encuentran algunos programas populares deportivos como: la Educación física para adultos en círculos de abuelos; la Preparación física; los Gimnasios de cultura física; los Grupos de salud que incluyen a los Hipertensos, la Gimnasia básica para la mujer; la Gimnasia musical aerobia; la Gimnasia para embarazadas, para las Lactantes y la Gimnasia con el niño y la niña; por último, también se contabilizan las Áreas deportivas en grupos masivos. Las personas incorporadas al Alto Rendimiento Deportivo significaban para 2011 alrededor del 1.2% de la población, incorporadas en la llamada pirámide deportiva compuesta por: las Áreas deportivas de grupos talentos, las Escuelas de Iniciación Deportiva y las Bases de entrenamiento, incluyendo estas últimas las Escuelas Superiores de Formación de Atletas, en total tres en el País.

Educación

El Censo de Población efectuado en Cuba en el año 1953 arrojó que un millón de personas no sabían leer ni escribir, o sea, que el 23,6 % de la población adulta era analfabeta, de los cuales el 11% correspondían al sector urbano y el 41,7% al sector rural. El drama social era mayor pues había grandes masas de subescolarizados, ya que casi otro millón de trabajadores apenas poseía los niveles mínimos de escolaridad. Luego del triunfo de la Revolución, el sector educacional pasó a jugar un rol fundamental en el desarrollo del nuevo proyecto social, lo cual se ha evidenciado en el papel que tiene como parte de la estrategia del gobierno para una sólida formación técnica-profesional y ética de la población. Así, la educación en Cuba está regida por dos Ministerios: el Ministerio de Educación, responsable de los niveles primario y medio; y el Ministerio de Educación Superior, responsable del nivel terciario.

La primera gran acción tomada por el gobierno revolucionario fue llevar a cabo, en 1961, la campaña de alfabetización, con la que el territorio cubano fue proclamado como libre de analfabetismo. Asimismo, fue proclamada la ley

de Nacionalización de la Enseñanza, siendo entonces el Estado responsable de la prestación gratuita de los servicios educativos. En los años posteriores se han llevado a cabo acciones para seguir elevando de forma masiva el nivel de escolaridad de la población. A partir del año 1997, las transformaciones en la educación se orientaron a solucionar problemas de calidad, sin que esto llevara a renunciar a su universalidad.

Con el propósito de mejorar la calidad de los servicios educacionales y enfrentar algunos problemas resultantes de la crisis que aún persistían, a partir del año 2000 se ponen en práctica una serie de programas en los diferentes niveles de enseñanza, asociados a elevar el desarrollo humano de todos los cubanos, al propiciar una cultura general e integral desde la infancia; y promover la asimilación de conocimientos sólidos y profundos. Asimismo, algunos de ellos estuvieron vinculados al mejoramiento de la infraestructura, los medios de enseñanza y la base bibliográfica, con un importante énfasis en el desarrollo de la informatización, con la ampliación de la red de Joven Clubs en todo el País y el desarrollo de Video Clubs juveniles para fomentar el desarrollo cultural de la comunidad.

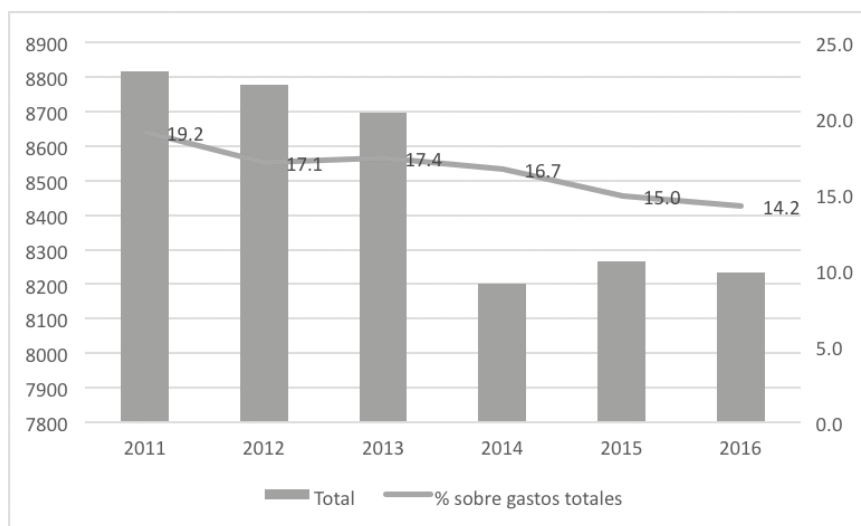


GRÁFICO 7. Gastos en Educación del presupuesto estatal.

Fuente: Elaboración propia a partir de ONEI, 2017

En cuanto a la estructura de la matrícula por rama de la ciencia, se aprecia un predominio de las ciencias médicas y pedagógicas. Por su parte, el posgrado, parte importante de la educación, mostró un aumento sostenido desde el 2000, teniendo como promedio unos 5900 participantes.

De este modo, la obra que la Revolución Cubana ha desarrollado en la educación ha despertado interés y admiración en el mundo. Los resultados alcanzados ubican a Cuba como uno de los Países con mayor cantidad de maestros per cápita en el mundo, la total cobertura de la escolarización en educación básica, la erradicación del analfabetismo, el crecimiento del presupuesto educativo, la multiplicación y extensión por todo el País de las universidades, el establecimiento de la educación especial, así como otros muchos programas en pos del mejoramiento de la calidad de la educación del pueblo. En este sentido, dichos logros le han merecido a Cuba numerosos reconocimientos y distinciones a nivel internacional, habiendo obtenido importantes premios otorgados por la UNESCO, así como loables resultados cualitativos en los estudios realizados por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación.

Salud

Luego del triunfo de la Revolución, el Estado decidió que los servicios de salud serían provistos de manera gratuita a toda la población y se le concede una atención priorizada a este sector, tomándose una serie de medidas importantes como la creación del Ministerio de Salud Pública en 1961 y del Sistema Nacional de Salud en 1969. Desde entonces, este sector ha gozado de gran prioridad, lo cual se pone de manifiesto en su participación en el presupuesto estatal, aun en medio de la crisis económica que afectó a nuestro País a inicios de los '90. Esto hizo posible el mantenimiento de los indicadores fundamentales que caracterizan el estado de salud de la población, a pesar de que la crisis impactó en el deterioro de las instalaciones y en la carencia de recursos que debían ser adquiridos en divisas, tales como medicamentos, reactivos y otros insumos necesarios. Las limitaciones financieras impiden también la compra

de nuevos equipos médicos, mientras la sobreexplotación de los existentes eleva el índice de roturas y acelera su depreciación.

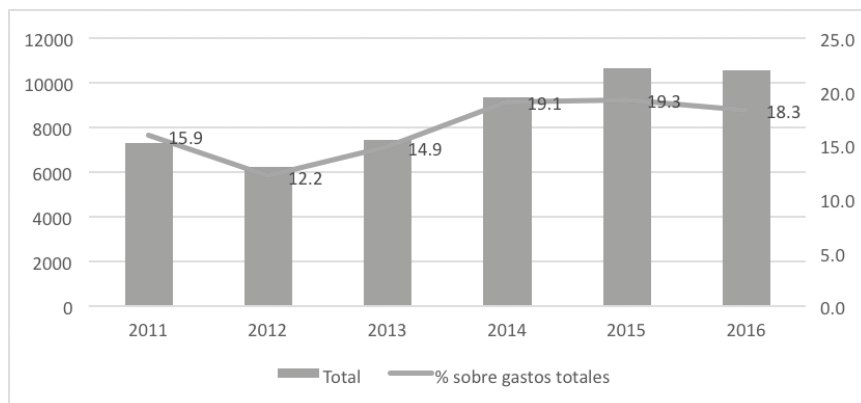


GRÁFICO 8. Gastos en Salud del presupuesto estatal.

Fuente: Elaboración propia a partir de ONEI, 2017

El financiamiento es garantizado por el Estado, que ofrece servicios gratuitos (asistencia hospitalaria, la atención primaria en los Policlínicos, Consultorios del Médico de la Familia y postas médicas, en Clínicas Estomatológicas, Hogares Maternos, entre otros). De este modo, la población recibe gratuitamente todas las investigaciones diagnósticas; así como los medicamentos que se utilizan en los pacientes hospitalizados y los prescritos a pacientes ambulatorios, incluidos en programas especiales priorizados. Los gastos que asume la economía familiar son la compra de medicamentos en farmacia, prescritos en la atención ambulatoria y que no están comprendidos en los programas especiales.

El País tiene dos pilares fundamentales: la medicina comunitaria y la medicina familiar, sobre la base de los cuales se sustenta hoy, el Programa de Atención Primaria de Salud en Cuba. Este programa tuvo como objetivo en sus momentos iniciales la formación de la Red del Policlínico Integral Preventivo Curativo (1964), al que sustituirían como sucesivos eslabones históricos los modelos del Policlínico Comunitario (1974) y del Médico y la Enfermera de la Familia (1984). Entre los principales programas de salud se encuentran: el

Programa de Atención Primaria de Salud; el Programa Materno Infantil; el Programa Nacional de Inmunización; el Programa de Higiene y Epidemiología; y el Programa Integral de Atención al Adulto Mayor

A partir del año 2000, comienza a implementarse una serie de programas, relacionados con la promoción de estilos de vida saludables para evitar los factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas no transmisibles; el incremento en la formación de personal de la salud, fundamentalmente en el área de enfermería y tecnología de la salud; la mejora en la infraestructura (hospitales, policlínicos, consultorios, farmacias); y el aumento de la producción nacional de medicamentos y mejoras en su distribución; tomándose además diversas medidas hacia la descentralización de los servicios médicos, por lo que los policlínicos pasan a brindar una serie de servicios que antes solo eran provistos por los hospitales. Asimismo, se crea la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), con el objetivo de contribuir a la formación de personal de la salud de Países de la región y se presta colaboración internacional en salud en 62 Países. Por último, se mantiene el programa de donación de sangre, en el que los donantes lo hacen de forma voluntaria, constituyéndose en una fuente de ahorrar recursos en la compra de la misma, pues todo aquel que la necesite en un salón de operaciones la tiene garantizada.

Gracias a esta forma de estructuración y los principios rectores del Sistema de Salud Cubano, nuestro País exhibe en la actualidad logros e indicadores de salud muy superiores a los de nuestra región y comparados con los de Países desarrollados. Cuba cuenta con 493 368 trabajadores de la salud, que representan el 6.7% de la población en edad laboral, de ellos el 70.8% son mujeres. Existen 12 580.2 médicos por 10 000 habitantes y 66 715 estomatólogos por 10 000 habitantes. Se realizan más de un millón de operaciones por seis años consecutivos, el 53.7% de las operaciones mayores son ambulatorias. Existen 150 hospitales, el 18.7% tiene 400 o más camas, el 64.0% entre 100 y 399 camas y un 17.3% con menos de 100 camas. El Sistema Nacional de Salud dispone de 112 salas de terapia intensiva, 120 áreas intensivas municipales, 451 policlínicos, 111 clínicas estomatológicas, 131 hogares maternos, 12 institutos de investigación, 698 bibliotecas médicas, 148 hogares de ancianos, 276 casas de abuelos, 50 servicios de geriatría y 30 centros médicos psicopedagógicos.

Empleo

Los primeros años del presente siglo marcan el inicio de un proceso de recuperación económica en el País, después de momentos muy convulsos asociados a la crisis económica y social que se vivió en Cuba a partir de 1990. Esta mejoría se hizo visible en los principales indicadores macroeconómicos, entre ellos los asociados a la política de empleo. Ejemplo de lo comentado con anterioridad es que “en el período entre 2000 y 2003, se observa cómo el PIB se mantiene creciendo (3,6%) y también los ocupados, pero a menor velocidad (1,4%) por lo que la productividad mantiene su ascenso (2,2%) (García Álvarez & Anaya Cruz, 2011).

Posteriormente los años entre 2003 y 2009 se caracterizaron por el descenso de la tasa de desocupación hasta niveles que pueden catalogarse literalmente de pleno empleo. La tasa de desocupación con que se inicia el nuevo milenio era del 5,4%; sin embargo, ya para el año 2009 había disminuido a un 1,7% (ver Gráfico 1). En otras palabras, en solo nueve años se logró disminuir en un 3,4% el número de desocupados en el País. De forma contraria, mientras caía la tasa de desocupación, la tasa de actividad se incrementaba en un 5,2% en igual período.

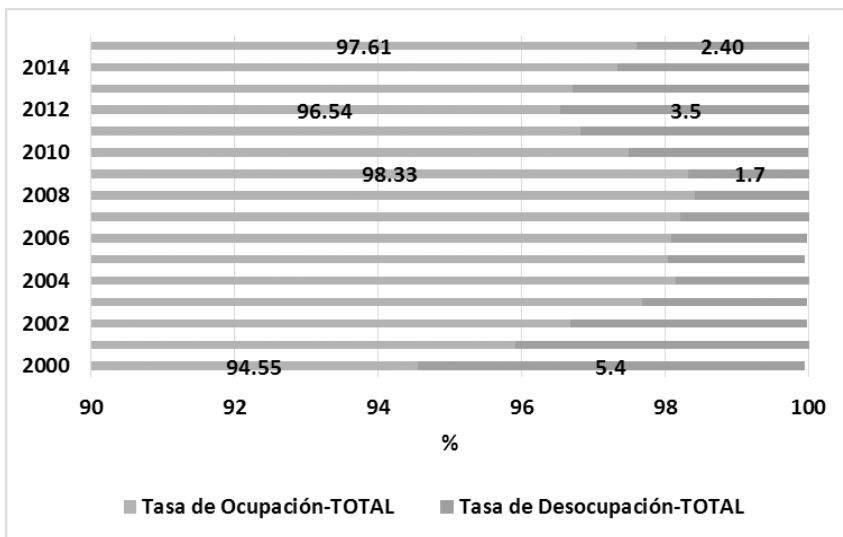


GRÁFICO 9. Tasas de Actividad³⁵ y la Tasa de Desocupación³⁶. Cuba 2000-2015.

Fuente: Elaboración propia a partir de ONEI, 2017.

Otro cambio importante aconteció en la variación de la estructura por niveles de calificación de los ocupados a favor de aquellos más calificados, tendencia que se no solo se manifiesta en la primera década de los años 2000; sino que se ha mantenido como constante hasta la actualidad. Un análisis comparativo de los resultados en 2015 con respecto a los alcanzados en el año 2000, evidencia un incremento sostenido del nivel de instrucción de la fuerza de trabajo en Cuba. En este sentido, resalta el comportamiento decreciente que muestran las categorías de nivel primario o menos, medio y medio superior, y el aumento de los ocupados con nivel superior: en el 2015 uno de cada cuatro ocupados tenía nivel medio superior.

A su vez, también se dan transformaciones en la estructura del empleo según formas de propiedad. “Se observa que el empleo en el sector estatal comienza a crecer a partir de 2000, sobre todo a partir de la implementación de los programas para la expansión de los servicios sociales: salud, educación, cultura y arte, deportes, entre otros. Adicionalmente, se llevaron a la práctica otras modalidades como la concepción del estudio como empleo remunerado a través del Curso de Superación Integral para Jóvenes y de la incorporación al estudio de los trabajadores azucareros desplazados por la Tarea Álvaro Reynoso³⁷” (García Álvarez & Anaya Cruz, 2011). Este incremento del total de ocupados en sectores de servicios sociales en esta primera década tuvo un impacto importante en el peso de la ocupación en el sector estatal en la eco-

³⁵ Tasa de actividad económica: Es la relación existente entre la población económicamente activa y la población en edad laboral, expresada en por ciento.

³⁶ Tasa de desocupación: Es la tasa que resulta de dividir el total de desocupados entre la población económicamente activa (ocupados + desocupados) por cien.

³⁷ La tarea Álvaro Reinoso se denominó al proceso de reestructuración que tuvo lugar en la industria azucarera en estos años que se concretó en el cierre de varios centrales azucareros y la posterior reubicación de esa fuerza de trabajo, que quedó temporalmente disponible, en la modalidad de estudio como forma de trabajo. Este proceso se inserta dentro del marco de la “Batalla de Ideas” que aglutinó alrededor de 179 programas sociales y económicos a nivel de todo el País y con un impacto importante en el mejoramiento de nivel de la población.

nomía nacional. De esta forma, la transformación de la estructura del empleo a favor del sector no estatal que había tenido un peso importante a finales de los 90 e inicios de los años 2000, es evidente como se estanca y retrocede: en el caso de las cooperativas, a partir de 1997 y en el caso de los trabajadores por cuenta propia a partir de 2004.

Todas estas transformaciones condicionaron también un cambio en la estructura de los ocupados según el tipo de actividad económica realizada. Con respecto a la década anterior, se produce un crecimiento sostenido en la capacidad de empleo asociado a rubros como transporte, establecimientos financieros, seguros, inmuebles y servicios a empresas; así como al empleo en las actividades del comercio, restaurantes y hoteles. En todos estos casos se asiste a un alza en la capacidad empleadora con respecto al decenio anterior, excepto en el caso de la industria manufacturera que tuvo una muy ligera recuperación en cuanto a su capacidad empleadora.

En el caso de los Desocupados destacar que, aunque su tendencia es a disminuir a lo largo de la década, presentan tasas de crecimiento fluctuantes; alcanzándose el nivel más bajo de desocupación en 2009, cuando la tasa era tan solo del 1,7%, una de las más pequeñas del mundo; mientras que en 2012 se obtiene el punto más alto, con una tasa de desocupación de 3,6%. Este comportamiento ligero al alza tiene un antecedente en 2010 cuando se obtiene por primera vez en la década una tasa de crecimiento negativa en cuanto al nivel de ocupados en la economía. Lo anterior se encuentra muy relacionado con que a partir del año anterior comienza a producirse un proceso de redimensionamiento de las plantillas en el sector estatal que en ese año representaba alrededor del 84% del total de ocupados; de ahí el importante impacto de este proceso. Sin embargo, resaltar que los niveles de desocupación que se obtienen durante todo el período analizado están entre los más bajos de América Latina y a partir del 2003 en niveles que pueden ser catalogados en su mayoría de pleno empleo.

Asimismo, en este periodo se ha producido una recomposición del empleo por tipos de propiedad, teniendo en cuenta el mayor peso que han ido paulatinamente adquiriendo las formas no estatales. Aun cuando la empresa estatal socialista se mantiene como principal empleador a nivel de toda la economía,

y con un predominio total en las actividades económicas estratégicas para el País, se ha ampliado el trabajo por cuenta propia (a partir de octubre de 2010) y se extendieron las cooperativas a sectores no agropecuarios.

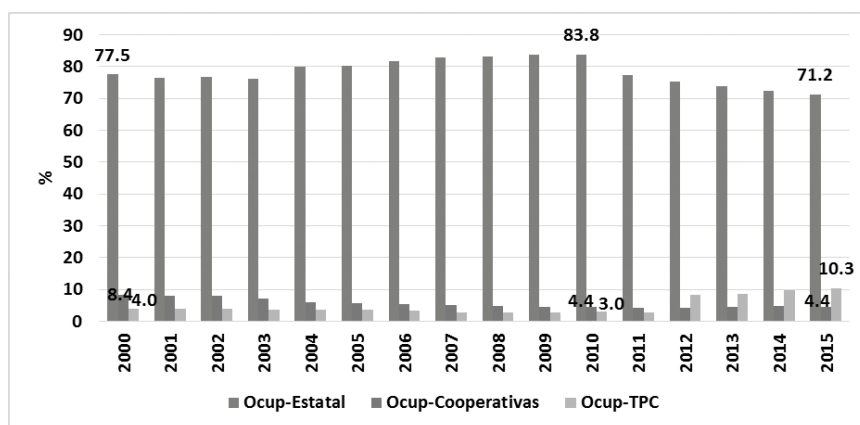


GRÁFICO 10. Composición de los Ocupados según formas de gestión de la propiedad.

Fuente: elaboración propia a partir de ONEI, 2017.

Respecto a la productividad, esta mantiene un trayecto ascendente tanto en valores absolutos como de tasa de crecimiento, lo cual está muy relacionado en los primeros años con el rápido crecimiento que experimenta el PIB y en los últimos años con la estrategia para fomentar un uso más racional de los recursos laborales que anteriormente se comentó.

Finalmente, el análisis de la evolución de los salarios en el período muestra cambios favorables sustanciales, que son reflejo de las modificaciones introducidas al sistema de pago por rendimiento³⁸. El salario medio en el período 2007-2016 experimentó un incremento de 1,8 veces: en 2007 el salario medio

³⁸ Modificaciones implementadas a partir de la aprobación de la Resolución No. 17/2014 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dicha resolución se aplicó con el propósito de estimular el incremento de la productividad del trabajo, la eficiencia y los ingresos de los trabajadores en el sistema empresarial estatal; permitiendo descentralizar la facultad de aprobar los sistemas de pago por rendimiento. Dos años después esta resolución sería derogada e implementada en su sustitución la Resolución No. 6/2016 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), la cual supondría una readecuación y avance a algunas problemáticas generadas en el sistema empresarial.

era de 408 pesos cubanos y en 2016 la cifra alcanza los 740 pesos. Esta dinámica debe mantenerse debido a la ampliación de nuevas resoluciones que fomentan y flexibilizan el pago por resultados en la empresa estatal socialista.

El cambio experimentado en términos salariales puede ser calificado de positivo si se analiza de conjunto con las modificaciones experimentadas en la productividad y empleo, pues supone un esfuerzo evidente por volver a articular las adecuadas interrelaciones y proporciones entre estas tres variables macroeconómicas.

A modo de resumen, en el período 2000-2015, existen comportamientos diferenciados para la mayoría de los indicadores globales de empleo al interior de esta etapa. De manera general, se pueden analizar dos tendencias diferentes: la primera que se enmarca entre 2000-2010 en la que los indicadores presentan un comportamiento positivo (aumentan/disminuyen según resultado esperado del indicador en cuestión) y otra tendencia entre 2011-2015 en que se observa un comportamiento menos favorable de dichos indicadores, sobre todo en los tres primeros años, pero con una tendencia a la recuperación de los valores anteriores en la actualidad.

Actualización del socialismo cubano

La política social de cualquier País, sus objetivos y medios, se definen a partir del sistema socioeconómico que rige en la sociedad y está sujeta a revisiones periódicas por parte de los respectivos Estados, en correspondencia con las necesidades de la sociedad.

En el caso de una economía socialista, la distribución del fondo de medios de consumo creados por la sociedad se lleva a cabo según el trabajo aportado por cada individuo, compensándose las diferencias socioeconómicas entre los trabajadores con los fondos sociales de consumo. Ambos criterios han de combinarse en una adecuada proporción. Ello está dado por el hecho de que, en el conjunto de las relaciones sociales de producción, el papel determinante le corresponde a la producción, sin que por esto haya que entender que las relacionadas con la distribución desempeñen un papel pasivo.

Así, la distribución socialista requiere que la política económica y la social se articulen convenientemente, toda vez que la sociedad socialista solo puede distribuir entre sus ciudadanos el fondo de bienes de consumo disponible por la propia sociedad. Si prevalece la proporción distribuida con arreglo a los fondos sociales de consumo, se hace menor la parte que llegará a los ciudadanos con arreglo al aporte laboral de cada cual.

En el caso particular de Cuba, la deuda social heredada del pasado neocolonial por la Revolución influyó en el alcance y la prioridad concedida a la política social. En las primeras décadas fue legítimo asignar montos considerables a ese fin y situarla por encima de otros objetivos del desarrollo económico, lo cual implicó que las magnitudes destinadas a las prestaciones sociales se desproporcionaran con relación a los fondos destinados al pago individual de los trabajadores. Sin embargo, esto implicó distorsiones importantes en el proceso distributivo, con su consecuente efecto en los niveles de productividad alcanzados.

Durante la última década transcurrida, se ha llevado a cabo un proceso de transformación del modelo económico y social cubano, a partir del deterioro de los indicadores económicos que comenzó a producirse, tanto por causas internas de organización y funcionamiento de la economía, como por los impactos de la crisis económica que enfrentó el País en los años noventa y la influencia de los impactos de la crisis internacional. Desde entonces, el Gobierno y el Partido, acompañados por el pueblo, han conducido el complejo proceso de actualización del modelo económico y social, sobre la base de lograr mayores incrementos en los niveles de eficiencia y productividad, manteniendo la prioridad que durante todos los años del proceso revolucionario ha tenido la esfera social.

Bajo esta lógica, se han repensado en el País las políticas sociales, tratando de potenciar un diseño más sostenible, sin renunciar a los principales logros y objetivos de la política social, tal y como ha quedado refrendado en los documentos programáticos discutidos y aprobados en el 6to y 7mo Congresos del PCC, en los años 2011 y 2016, respectivamente. En este sentido, las limitaciones de recursos en la economía cubana, han supuesto reconfiguraciones importantes en la dimensión social, especialmente en cuanto a la optimización de los recursos que se destinan a esta esfera; por lo que, en las actuales con-

diciones histórico-concretas, los gastos sociales han de corresponderse con las posibilidades objetivas del País, no solo en cuanto a los montos destinados, sino a su empleo con mayor eficiencia y eficacia.

Reducir los gastos excesivos en el sector público, no entra en contradicción con el propósito de garantizar la elevación sostenida de la calidad de los servicios sociales que se brinda a la población. Si se deja que tales gastos crezcan de manera desproporcionada, menores serán los ingresos que llegarán a los individuos en correspondencia con su aporte laboral. Por este motivo, uno de los propósitos del actual proceso de modificaciones ha sido rescatar el papel de la distribución con arreglo al trabajo en la sociedad cubana. En función de ello, la economía tendrá que generar ingresos superiores que permitan sostener los gastos sociales actuales y otros nuevos que se requieran. Al propio tiempo, habrá que exigir la elevación de la calidad y mayor racionalidad de los gastos a los sectores responsabilizados con los servicios sociales, así como desarrollar fuentes de ingresos en aquellos sectores que sean capaces de contribuir a financiar sus propios gastos.

Es importante comprender entonces que, en este contexto, la prioridad de la política social no ha perdido espacio, sino que se evidencia todo un replanteamiento del modelo empleado, a partir de reconocer la necesidad de su sostenibilidad económica, enfatizando en el papel del ser humano como objeto de la transformación, pero a su vez, sujeto activo de la misma. “La consolidación próspera y sostenible de nuestro socialismo es alcanzable a partir del aumento de la productividad del trabajo y la eficiencia económica, de modo que se incrementen las riquezas para su distribución con equidad y justicia social, elevar la calidad y el nivel de vida material y espiritual del pueblo, sobre la base de sus principios y valores” (*Conceptualización del modelo económico y social cubano*, p. 43).

No obstante, pese a las reducciones que se han producido en algunas partidas, el gasto social de Cuba sigue siendo uno de los más altos de la región latinoamericana, siendo educación y salud los mayores beneficiarios. De igual modo, tanto la práctica masiva del deporte, como el énfasis en la elevación del nivel cultural del pueblo, han continuado siendo parte de la agenda prio-

ritaria del País, garantizándose como derechos a todo ciudadano cubano. De lo que se trata es de destacar la concepción predominante de que más que gastos, los recursos destinados a fines sociales constituyen una inversión en el desarrollo del País.

En este sentido, se avanza en la necesidad de lograr una mejor articulación entre el ámbito económico y el social, sobre la base de, por un lado, lograr que los resultados económicos respalden material y financieramente una política social con alta efectividad y metas superiores en cada periodo; y, por otro, que los resultados alcanzados en la esfera social no constituyan solamente un fin en sí mismos, sino también un medio para su acrecentamiento, a partir de convertirse en activos potenciales para el desarrollo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se han llevado a cabo numerosas transformaciones en aras de racionalizar los recursos, eliminándose gastos del presupuesto innecesarios, gratuidades y subsidios excesivos, buscándose vías alternativas de organización y gestión de la actividad económica y social, tales como la política de focalización de la asistencia social, la concentración de los servicios de salud y la reducción de los centros de educación internos, entre otras medidas.

En el caso de la asistencia social, además de las prestaciones establecidas por la Ley 24, se han reorganizados los programas dirigidos a grupos vulnerables de la población, que tienen como objetivo satisfacer las necesidades económicas y sociales que presentan dichas personas, intensificándose las acciones en el marco de su propia comunidad (Ley 105). Esta Ley perfecciona lo que se hace en materia de asistencia social, ya que concibe programas sociales dirigidos a mejorar la calidad de vida y la integración social de las personas que lo requieran, para garantizar la protección a los ancianos sin recursos y cualquier otra persona no apta para trabajar, que carezca de familiares en condiciones de prestarle ayuda. Ello adquiere especial relevancia en las condiciones actuales de la población cubana, debido a su elevado nivel de envejecimiento.

Entre los principales elementos que caracterizan dichas modificaciones se encuentran el perfeccionamiento de vías de protección a población vulnerable, garantizándose que la asistencia social la reciban las personas que realmente la necesitan; la eliminación de prestaciones que pueden ser asumidas por las

personas o sus familiares; y la disminución de la participación relativa del presupuesto del Estado en el financiamiento de la seguridad social, a partir de la extensión de la contribución de los trabajadores del sector estatal y de la aplicación de regímenes especiales de contribución en el sector no estatal.

En la esfera de la salud, se ha trabajado en: i) el establecimiento de las plantillas estrictamente necesarias (ello trajo consigo una disminución de más de 105 mil trabajadores (de 586 mil a 481 mil). Esto significó una reducción significativa del presupuesto (23,4% del 2010 al 2013), lo que representó un ahorro de mil 919 millones 700 mil pesos); ii) la aplicación de nuevas estructuras en los municipios con una sola área de salud; iii) la reorganización de las áreas de salud con menos de 5 mil habitantes (este proceso permitió la reducción de 46 de los 498 policlínicos que tenía el País, en los que se mantienen servicios básicos de urgencias, de laboratorio clínico, de vacunación entre otros; y en cuanto a los hospitales, de 219 se redujeron a 152, dentro de los que los 11 hospitales rurales y 22 municipales pasaron a ser servicios de hospitalización de los policlínicos permitiendo mejorar los indicadores de ocupación, rotación y estadía, así como la disminución de la mortalidad hospitalaria); iv) la reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud en sus tres niveles, incluyendo todas las instituciones; v) la redefinición de los consultorios médicos necesarios (11 400 consultorios que brindan cobertura a toda la población, con una población promedio de 1040 habitantes), así como los grupos básicos de trabajo (los cuales se incrementan de 581 a 823 para la atención primaria de salud, compuestos por especialistas en medicina general integral, medicina interna, pediatría, ginecobstetricia y psicología); vi) la reorganización de la higiene, la epidemiología y la microbiología; vii) el perfeccionamiento de los programas de formación de recursos humanos y Cooperación Internacional.

En este contexto, se han logrado mantener los indicadores fundamentales de salud, e incluso, mejorarlos en muchos casos. Así, la tasa de mortalidad infantil se mantiene por debajo de 5 por mil nacidos vivos en los últimos cinco años, disminuyéndose de 4.6 por cada mil nacidos vivos en el 2011 a 4.3 en el 2016; el índice de bajo peso al nacer se redujo de 5.3% en el 2011 a 5.2 % en el

2016; la supervivencia del niño nacido con peso inferior a mil 500 gramos se mantuvo por encima del 80%; disminuyó la mortalidad materna directa de 30.6 por cada 100 mil nacidos vivos en el año 2011 a 27.4 en el 2016; se redujo también la mortalidad en el menor de cinco años con una tasa de 6 x 1000 nacidos vivos a 5.5; y creció la expectativa de vida a 78.5 años.

También en el sector educacional se han producido cambios importantes. En este sentido, uno de los principios mantenidos ha sido garantizar el acceso universal y gratuito a todos los niveles de enseñanza, con estándares de calidad internacionalmente reconocidos, pero determinando puntual y centralmente aquellos servicios complementarios que puedan cobrarse, es decir, los no asociados a necesidades básicas o fundamentales.

Bajo la lógica de lograr una mejor articulación entre los espacios de formación y empleo, se busca que las matrículas en las diferentes especialidades y carreras estén en correspondencia con el desarrollo de la economía y la sociedad, con especial prioridad para las carreras agropecuarias, pedagógicas, tecnológicas y de ciencias básicas afines; y se amplía la oferta de plazas en la enseñanza técnico-profesional. En el año 2016, por ejemplo, aproximadamente el 60% de las plazas otorgadas para continuar estudios, una vez culminado el nivel secundario, fue hacia este tipo de enseñanza, siendo el restante 40% para el preuniversitario. En el último año, el País graduó más de 40 000 técnicos medios y obreros calificados y mantuvo el trabajo en las aulas anexas en las entidades laborales, como parte de la vinculación estudio-trabajo.

Otro de los aspectos en los que se ha enfatizado ha sido en la calidad del personal docente, así como en su completamiento. Aun cuando este último indicador alcanza para el año 2016 al 94.2% de la fuerza docente que se necesita (sin el uso de alternativas), esta cifra es superior en 1.1% a la del año anterior. Con este propósito, se abre una nueva escuela pedagógica en el municipio Manzanillo, ascendiendo a ocho provincias las que cuentan con dos escuelas, para un total de 24 en todo el País.

Finalmente, se avanza en el proceso de informatización del sistema de educación, a partir del desarrollo de servicios en el uso de la red telemática, la

tecnología educativa y la generación de contenidos digitales y audiovisuales, con la racionalidad necesaria.

Con relación al empleo, se busca, por una parte, favorecer la incorporación al empleo de las personas en condiciones y edad de trabajar; pero al mismo tiempo se puntualiza en la necesidad de continuar el proceso de reordenamiento laboral en el País que, bajo el principio de la idoneidad demostrada, contribuya a eliminar las plantillas infladas para estimular la productividad y reducir los gastos de la economía y el Presupuesto del Estado. Este elemento constituye un cambio en la estructura del empleo, a partir de potenciar la complementariedad entre las formas estatales y no estatales de producción, velando por la optimización de los recursos laborales y el potencial humano con que cuenta la sociedad. Se producen también cambios en cuanto a la política salarial, buscando fortalecer la visión de asociar los salarios a los aportes realizados por el trabajo y su vínculo con la productividad, en el intento de situar nuevamente los salarios como principal vía de ingreso para los trabajadores.

Todas estas transformaciones -y otras no mencionadas- han ido encaminadas a la supresión de efectos sociales no deseados, aparecidos por los impactos de la crisis económica, relativos al deterioro de la calidad de vida de algunos segmentos de la población y la aparición de la diferenciación socioeconómica; retos todos que deben ser superados como parte de la transformación socialista. Es por ello que, como ya se mencionó, en los documentos programáticos del 6to y 7mo Congresos del PCC, se hace referencia, con marcada significación, a la política social, dedicándose en el caso del 2011, un total de 37 lineamientos, divididos en educación, salud, deporte, cultura, seguridad social, empleo y salarios y gratuidades y subsidios, en correspondencia con las diversas esferas en las que tradicionalmente se ha abordado la política social. Por su parte, en la actualización de los Lineamientos del año 2016, se incluyen 34 en total, agregándose una esfera específicamente para la dinámica demográfica. Por su parte, en la "Conceptualización del modelo", se incluye también un capítulo sobre la política social, con dos apartados: uno para los derechos económicos y sociales y otro para fundamentar la necesidad del trabajo como fuente de bienestar y prosperidad. Mientras en el "Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030", uno de los

ejes estratégicos incluido es el de *Desarrollo humano, equidad y justicia*, para el cual se definieron 4 objetivos generales y 26 específicos.

Lo anterior es muestra de la trascendental importancia que ha tenido históricamente esta esfera de actuación para el proceso de desarrollo cubano, en el más de medio siglo de la Revolución, en los que la elevación del bienestar y de la calidad de vida de la población han sido objetivos prioritarios de nuestra sociedad socialista, a partir integrar objetivos económicos, sociales, políticos, civiles, culturales, sobre la base de la realización del hombre como ser humano pleno. Todo ello bajo las difíciles condiciones que impone el bloqueo económico, comercial y financiero de Estados Unidos hacia Cuba, con una duración de más de 60 años.

REFERENCIAS

Alfonso, M. (2009). La singularidad de la segunda transición demográfica cubana. Tesis de Grado en opción al grado de Dr. en Ciencias Económicas.

Cartaya, A. M. (2004). La Seguridad Social en Cuba: Realidades y Retos. La Habana: Editora Política.

Castro Ruz, Fidel (2005): Discurso pronunciado en el Aula Magna de la UH, noviembre.

Castro Ruz, Raúl (2010): Discurso Pronunciado en el Sexto Período Ordinario de Sesiones de la Séptima Legislatura de la Asamblea del Poder Popular, La Habana Diciembre.

CEE (1987, 1991): Anuario Estadístico de Cuba, La Habana.

Colectivo de Autores. (2013). Modelo Económico y Social Cubano: Nociones generales. La Habana: Editorial UH.

Consejo de Estado y de Ministros. (1981). Decreto Ley No. 45 de la capacitación técnica de los trabajadores. Cuba.

Consejo de Estado. (1984). Decreto Ley No.49 sobre el Código de Trabajo; y (2002). Decreto Ley No. 229 sobre los Convenios Colectivos. Cuba.

Decreto Ley No 283. Consejo de Ministros. 2009.

Decreto Ley No. 284 Modificativo del Decreto Ley 278 “Del Régimen Especial de Seguridad Social para los trabajadores por cuenta propia” de fecha 11 de septiembre del 2011, Gaceta Oficial No.28 Extraordinaria de fecha 6 de septiembre del año 2011.

Espiñeira, J. C.-c. (2013). “Dinámica demográfica cubana. Antecedentes para un análisis”. *Novedades en Población*, 1-35.

Ferriol, A., Castiñeiras, R., & Therborn, G. (2005). *Política Social:El mundo contemporáneo y las experiencias de Cuba y Suecia*. Montevideo: ASDI-INIE-DEcon.

García Álvarez, A., & Anaya Cruz, B. (2011). *Reestructuración del empleo en Cuba: el Papel de las empresas no estatales en la generación de empleo y en la productividad del trabajo*. Cuba.

Ley No. 105/08 y No. 24/79 de Seguridad Social.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2005). Resolución No. 67. Reglamento sobre las escuelas ramales; (2006). Resolución No. 187.

ONE (2017): *Anuario Estadístico de Cuba 2017*, edición digital, La Habana.

PCC (2011, 2016): *Lineamientos de la Política Económica y Social*.

PCC (2016): *La conceptualización del modelo económico y social cubano. Y Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030: propuesta de visión de la nación, ejes y sectores económicos estratégicos*.

4 À GUIA DE CONCLUSÃO

A pesquisa materializada nos capítulos e fragmentos apresentados por este livro é produto de uma intensa relação entre pesquisadores brasileiros, cubanos e chilenos e do desvendamento das particularidades e da totalidade do universo da proteção social nesses países e de como essa relação vem se estabelecendo entre Estado e Mercado. Produto de uma consolidada relação internacional construída ao longo dos últimos quatro anos, o estudo contou com o envolvimento de inúmeros docentes, discentes, pesquisadores dos três países e das cinco universidades que participaram do projeto. Portanto, representa um esforço intelectual e acadêmico de oferecer para o debate um produto em que as *veias abertas* de parte da América Latina desvendam-se para que o processo sofrido por esse quadrante, quer na implementação do capitalismo periférico e dependente, quer no processo revolucionário cubano no campo da proteção social, seja desvendado e problematizado.

Sua produção é resultado de intensos debates, inúmeras reuniões, análises de dados secundários e no descortinamento da realidade dos países que foram o lócus privilegiado dessa pesquisa. A rede internacional, com projeto definido e com o apoio institucional da CAPES, construiu um caminho de análise que permitiu desvendar como os sistemas de proteção social e sua relação Estado-Mercado explicitam-se na proteção ofertada à população dos países que foram objeto da pesquisa. Moveram-se os pesquisadores por um compromisso social com os trabalhadores, na perspectiva de garantir à população a proteção social necessária para enfrentar os desafios postos na contemporaneidade, com matizes diferenciados entre Brasil e Chile, com inúmeras similaridades, e Cuba

com seu processo de desenvolvimento social, com características próprias de uma sociedade rumo ao socialismo.

Assim, cabe, de início, nestas conclusões finais, uma primeira anotação: estamos nos referindo a países com sistemas políticos e sociais ditos similares – Brasil e Chile –, e a um país que no seu processo de construção do socialismo – Cuba – referencia-se por princípios que diferem substancialmente dos demais. Esse desafio foi um marco no processo de pesquisa.

Brasil e Chile, países periféricos no capitalismo contemporâneo, começaram a construir um arcabouço jurídico-institucional no campo da proteção social nos idos dos anos 1990. A investigação evidenciou diferenças no processo de aplicação do receituário neoliberal em cada um desses países. Isso se expressou no uso de conceitos gerais e nas configurações das políticas sociais estudadas, tais como a política de previdência social.

Cuba, desde a década de 1950, com a vitória da revolução socialista, construiu uma lógica de proteção integral ao povo cubano. A pesquisa identificou o uso de termos similares – enquanto forma – mas com conteúdo e políticas diferentes. Outrossim, a reflexão aqui construída apontou um grande desafio posto a todos que buscamos um outro projeto societário: a ruptura e a superação teórica e prática com a lógica do capital.

O primeiro apontamento em termos de conclusão é reafirmar o rico processo que se estabeleceu nesses quatro anos em que o grupo pesquisou coletivamente. O produto do livro explicita a trajetória que foi construída para pactuar o caminho, os instrumentos e para equalizar as categorias de debates, com suas diferenças e similaridades, para que a construção final pudesse representar o profícuo debate realizado. E, além disso, essa produção é parte do compromisso ético e político dos pesquisadores, que se comprometeram, desde o início, com uma produção que pudesse impactar na análise e que desvendasse os nós para que a proteção social possa materializar-se na vida da população.

O livro é parte desse processo. Revela-se, nos capítulos estruturados de forma a dar organicidade aos estudos realizados, a concretização do esforço coletivo de enfrentar os desafios postos pelo projeto de pesquisa, construindo um caminho que tinha como mote o princípio de que todas as equipes deveriam

estudar todos os países e produzir análises que foram debatidas, corrigidas, interpretadas e validadas em um processo coletivo de intensos debates.

A estrutura do livro expressa o desenvolvimento da pesquisa e de seus resultados. Na primeira parte – *Fundamentos da Proteção Social* –, apesar do esforço de investigação, as posturas epistemológica e interpretativa avançaram, mas as equipes mantiveram o posicionamento de cada país em relação a temas teórico-conceituais gerais de suma relevância. Essa é uma importante contribuição para futuras investigações.

Na segunda parte – *Estudos Comparados Brasil, Chile e Cuba* –, os investigadores lograram abordar problemas transversais como assistência, seguridade social, seguro-desemprego, saúde, educação, a partir de pontos de encontro e desencontros comparativos que brindam leitor e investigador com um importante acervo para aprofundamentos posteriores.

Na terceira parte do livro, a apresentação das caracterizações dos países, somadas às suas atualizações inseridas nos Anexos, é aporte para investigadores, com material padronizado para análise das três nações; material este que pode aplicar-se a futuras investigações acerca de outros países.

Os capítulos, divididos em três unidades, representam o movimento realizado, no sentido de que os leitores compartilhem com os autores suas produções e tenham elementos para construir a crítica necessária, para que a pesquisa tenha sentido. Uma das importantes conclusões a que a equipe chegou é reconhecer o rico e contraditório caminho percorrido, no qual as diferenças conceituais e disciplinares foram objetos que enlaçaram o trabalho para a construção de sínteses provisórias, porque localizadas no tempo presente, de fundamentação teórico-prática sustentada pelo pensamento crítico, que afirma a necessidade de sistemas de proteção social, seja na premência da luta contra o esmagamento da classe trabalhadora na ótica do capitalismo contemporâneo, seja na manutenção do desenvolvimento social pleno do socialismo em construção em Cuba. Ou seja, todo o processo desenvolvido é um excelente resultado para evidenciar também a necessidade de continuidade e de novas prospecções.

Essa estrutura é parte de um percurso no qual interessava a equipe participar de um processo de internacionalização, em que as equipes atuassem cooperativamente, utilizando os diversos materiais disponíveis, redes de internet,

realizações de missões, nos três países, e o aprofundamento do conhecimento do tema e da produção intelectual sobre o mesmo.

Vivemos, nesse período, coletivamente várias alterações legais, políticas, sociais, com grande intensidade. A cada movimento, onde os temas estudados sofreram impactos dessas alterações, as equipes eram instadas a retomar o debate e ampliar seu leque de análise, o que enriqueceu sobremaneira o trabalho. Essas alterações foram objeto de análises conjunturais sobre os três países, realizadas na abertura de cada missão de estudo e/ou trabalho, instrumentalizando cada participante com um rico arsenal para compreender os desafios que a pesquisa impunha.

Ressalta-se que a composição da equipe era de economistas, sociólogos, assistentes sociais, o que acrescentava o desafio da leitura abrangente e interdisciplinar, com particularidades que exigiam muitos debates e uma troca constante de saberes que foram se complementando e formando um arcabouço que, ao finalizar essa pesquisa, nos garante a possibilidade concreta de análise coletiva e compartilhada dos temas pesquisados.

Inúmeras dissertações, teses e publicações foram produtos fecundos dessa pesquisa. Este livro, pequena parcela disso, tem o mérito de recolher de forma concreta textos que, ao terem sua autoria preservada, passaram pelo crivo de análise de todo o grupo de pesquisadores, que participaram do processo de conclusão da pesquisa.

Os temas desvendados estão no centro dos sistemas de proteção social. Suas características estão vinculadas ao desenvolvimento econômico social dos países estudados. A influência do ideário do neoliberalismo teve grande impacto no Chile – considerado o laboratório desse receituário na América Latina – e no Brasil. Seus impactos estão observados nos textos que compõem este livro. A revolução cubana e a orientação do país para o desenvolvimento de um sistema de proteção social integral tiveram e têm impacto nas condições objetivas e materiais e nas imposições sofridas pela relação internacional a que Cuba esteve/está submetida. Suas decisões políticas sobre o tema são objeto do debate posto neste livro. Proteger a população está na definição central do projeto do socialismo.

Vários elementos que informam a necessidade de proteção social – como envelhecimento, desemprego, aposentadorias, necessidades relacionadas à saúde e assistência social – encontram-se nos três países como desafios atuais. As respostas construídas mostram as diferenças de compreensão e de decisão política no seu enfrentamento. O livro avança ao apresentar uma organização do debate que permite e exige futuras investigações, porque, desde as ciências sociais e em qualquer das realidades concretas, se necessita avançar nas definições de fundamentos e princípios do que se requer para a transformação social. Ademais, o livro serve para mostrar a necessidade de continuar o debate sobre política, fundamentos dos problemas sociais de nossos países, transcendendo aos temas de questão social, proteção social e política social. Ou seja, um dos principais resultados do livro é deixar mais claro, desde o capitalismo e o socialismo, a necessidade de nossos países avançarem nos temas da proteção e da política social, rompendo com a lógica do capital.

Os desafios postos pelas realidades da conjuntura atual e da estrutura do capitalismo em fase de financeirização requerem de pesquisadores, comprometidos com a população desses países e com seu direito de ser protegido, instrumentos de análises que possam instrumentalizar a população para a constante luta contra aquilo que explora e desprotege. Esse foi o motor que moveu os pesquisadores na tentativa de tirar as vendas que encobrem de forma concreta as ofertas de proteção social construídas no Brasil e Chile. Os desafios conceituais, os limites fiscais (como argumento repetitivo de restrição) foram analisados. Os resultados, nem sempre partilhados com identidade de análise, foram objeto de debates importantes na formação de muitos estudantes e pesquisadores. O respeito pela contribuição de cada pesquisador e por sua linha de análise pautaram o trabalho realizado. É, na compreensão da equipe da pesquisa, o campo acadêmico o espaço privilegiado do debate de ideias e de construção de consensos e de explicitação dos dissensos. Assim, os quatro anos foram um processo em que o contraditório compareceu com muita força nos debates realizados.

Ao concluírem a pesquisa e apresentarem o livro para a crítica, os pesquisadores/autores entendem estar cumprindo com as principais tarefas de um trabalhador social: oferecer à população elementos para compreender além

dos embates cotidianamente realizados no campo da proteção social, participar do processo de desalienação e criar instrumentos de luta.

A pesquisa internacional, localizada no quadrante da América Latina, é tarefa fundamental para que os conhecimentos produzidos possam ser analisados, reconhecendo suas particularidades, alimentadas pela análise da realidade vivida, seus impactos e as possibilidades de romper com a lógica que aprisiona, atualmente, os trabalhadores das sociedades capitalistas periféricas, pautados pela lógica do individualismo e da responsabilidade pela (des)proteção social.

SOBRE OS AUTORES

BRASIL

Equipe UFES

Adriana Ilha da Silva

Bacharel em Serviço Social pela UFES. Mestre em Serviço Social pela UFRJ e Doutora em Política Social pela UFES. É docente do Departamento de Serviço Social da UFES.

Aline Faé Stocco

Bacharel em Economia pela UFES. Mestre e Doutora em Política Social pela UFES. Atualmente é docente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Aline Fardin Pandolfi

Bacharel em Serviço Social pela UFES. Mestre e Doutora em Política Social pela UFES. Atuou como docente na Graduação e em Pós-Graduação *Lato Sensu*. É assistente social na Prefeitura Municipal de Vila Velha (ES).

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira

Bacharel em Serviço Social pela UFES. Mestre e Doutora em Política Social pela UFES. Foi Secretária Municipal de Saúde de Alfredo Chaves e participa do grupo de pesquisa Fênix, debatendo política de saúde, saúde mental e financiamento da política de saúde mental. Atualmente é professora substituta do Departamento de Serviço Social da UFES.

Elizabeth Cardoso de Oliveira

Bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Mestre em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), tendo sido bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). É doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Izildo Corrêa Leite

Bacharel e licenciado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Mestre em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Doutor em Sociologia pela UNESP. É professor associado aposentado (em atividade) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), onde foi lotado no Departamento de Ciências Sociais. Como professor permanente, integra, desde 2004, o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Política Social da mesma universidade.

Jeane Andreia Ferraz Silva

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É professora adjunta da Universidade Federal do Espírito Santo. Foi presidente do Conselho Regional de Serviço Social (gestão 2005-2008) e atualmente é tesoureira da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Luiz Jorge Vasconcellos Pessoa de Mendonça

Graduado em Economia pelo Instituto Metodista Bennett (1986). Mestre em Economia pela Universidade Federal Fluminense (1992), Doutor pela Université de Paris X, Nanterre (1999), com pós-doutorado realizado na Universidad de Artes y Ciencias Sociales (ARCIS). É professor titular na Universidade Federal do Espírito Santo. Membro do grupo de pesquisa Anatália de Mello, grupo de trabalho sobre Teoria da Dependência.

Mirella Januário Maggione

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (2013). Doutorando em Política Social pela UFES, com estudo direcionado para a política de previdência social.

Maria Lúcia Teixeira Garcia (Coordenadora do Projeto)

Bacharel em Serviço Social e em História pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1995) e Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (2001). É professora titular da Universidade Federal do Espírito Santo. É bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Coordenadora da área de Serviço Social na Capes (2014-2018). Membro do Grupo de estudos Fênix.

Paulo Nakatani

Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Paraná (1971). D.E.A. em Système de L'économie Mondiale – Université de Paris X, Nanterre (1981). Doutor em Ciências Econômicas, Université de Picardie (1982). Pós-Doutorado na Université Paris XIII (2002). É professor titular da

Universidade Federal do Espírito Santo, atuando no Departamento de Economia e no Programa de Pós-Graduação em Política Social, e professor colaborador da Escola Nacional Florestan Fernandes. Membro do Conselho Editorial da Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política e da Crítica Marxista, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP) e membro do Observatório Internacional da Crise e do Fórum Mundial de Alternativas. Coordenador do grupo de estudos e pesquisa em Conjuntura.

Equipe PUC-SP

Camila Kimie Ugino

Graduada em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas. Mestre em Economia Política e doutoranda em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). É professora do Departamento de Economia da PUC-SP e da Unip. Desenvolve pesquisa na área de Economia, com ênfase em economia política e políticas públicas sociais.

Estela Capelas Barbosa

Economista e pesquisadora do Departamento de Saúde Aplicada na University College London. PhD realizado no Centro de Economia da Saúde, na Universidade de York. Investigou métodos para medir iniquidade no SUS. Trabalha como economista da saúde para o NIHR CLAHRC North Thames, se especializando na avaliação de intervenções públicas de cunho social, tais como o Programa de Prevenção à Violência Doméstica no Reino Unido.

Laís Soares

Economista. Mestre em Economia Política pela PUC-SP. Especialista em Políticas Públicas e Mercado de Trabalho.

Natália Cairo Lara

Economista. Mestre em Economia Política pela PUC-SP.

Patrick Andrade

Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Economia Política e doutorando em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). É professor do Departamento de Economia da PUC-SP e analista de Políticas Públicas e Gestão Governamental do Município de São Paulo. Desenvolve pesquisa na área de Economia, com ênfase em economia política e políticas públicas.

Rosa Maria Marques

Economista. Professora titular do Departamento de Economia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da PUC-SP. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas para o Desenvolvimento Humano. Fez Pós-Doutorado na Faculte de Sciences Economiques da Université Pierre Mendes France (Grenoble, França) e na Universidad de Buenos Aires. Foi presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP) e da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES).

Equipe PUCRS

Berenice Rojas Couto

Assistente social. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da PUCRS. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Política e Economia Social (NEPES).

Heloisa Teles

Assistente social. Residente em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública (2012). Mestra em Serviço Social pela PUCRS (2013) e Doutora em Serviço

Social pela PUCRS (2018). É docente no Curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul (UCS) e diretora de Proteção Social Básica da Fundação de Assistência Social de Caxias do Sul/RS.

Jane Cruz Prates

Assistente social. Mestre e Doutora em Serviço Social. Professora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da PUCRS. Pesquisadora produtividade do CNPq e líder do grupo de estudos sobre Teoria Marxiana, Ensino e Políticas Públicas (GTEMP), vinculado ao NEPES/PUCRS.

Mari Aparecida Bortoli

Assistente social. Bolsista do Programa Nacional de Pós-Doutorado PNPd/CAPES, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do PPGSS/PUCRS. Líder do grupo de pesquisa em Movimentos Sociais, Direitos e Políticas Sociais Movidos/PUCRS/CNPq.

Equipe UFRGS

Jussara Maria Rosa Mendes

Assistente social. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social e coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), do curso de Serviço Social, no Instituto de Psicologia da UFRGS. Pesquisadora produtividade do CNPq.

Tiago Martinelli

Professor no curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assistente social pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Mestre e Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

CHILE

Equipe chilena

Claudio Lara Cortes

Economista, Magister en Ciencias Economicas, Wales of University, UK. Magister en Economía Política, Middlesex University, UK. Director Magister en Economía (ELAP), Chile. Miembro de la Red de Economía Mundial (REDEM). Miembro de los Grupos de Trabajo de Economía Mundial y Crisis e Integración Regional y Unión Latinoamericana, ambos del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Miembro de la Junta Directiva de SEPLA.

Consuelo Silva Flores

Economista y Magister en Economía, Escuela Latinoamericana de Postgrados (ELAP). Coordinadora del Grupo de Trabajo de Integración y Unión Latinoamericana del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Miembro de la Red de Economía Mundial (REDEM). Miembro de la Junta Directiva de SEPLA.

CUBA**Equipe cubana***Alberto Menendez*

Economista y profesor asistente del Departamento de Desarrollo de la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana.

Arelys Esquenazi Borrego

Profesora instructora del Departamento de Desarrollo Económico de la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana. Máster en Ciencias Económicas con mención en Políticas Económicas por la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana (Cuba). Actualmente doctoranda del Programa de Posgraduación en Política Social de la Universidad de Espirito Santo (Brasil) e bolsista CAPES.

Henry Colina Hernández

Economista, profesor asistente y jefe del Departamento de Desarrollo Económico de la Facultad de Economía de la Universidad de la Habana.

Graduado de Máster en Ciencias Económicas, por la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana.

Laura Galeano Zaldivar

Economista y profesora asistente del Departamento de Desarrollo de la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana.

Olga Pérez Soto

Profesora titular del Departamento de Desarrollo Económico de la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana. Licenciada en Economía Política en la Universidad de La Habana. Máster en Economía en la Universidad de Carretón, Canadá. Doctora en Economía en la Universidad de Barcelona, España. Profesora visitante extranjera de la UFES, Brasil. Responsable del grupo de investigación sobre Política Social de la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana. Miembro del Comité Académico del Doctorado en Economía Política.

Silvia Odriozola Guitar

Economista, profesora titular del Departamento de Desarrollo Económico de la Facultad de Economía de la Universidad de la Habana. Miembro del grupo de investigación sobre Política Social de la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana. Miembro del Comité Académico del Doctorado en Economía Política.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUADRO SOBRE PROTEÇÃO SOCIAL: ESFERAS OU RAMOS

Brasil	Chile	Cuba
Pensões Saúde Assistência Social Seguro-Desemprego	Pensões Saúde Assistência Social Seguro-Desemprego	Seguridad Social (Pensões) Saúde Assistência Social Empleo Educación Cultura Lazer e Esporte

ANEXO 2 – BRASIL

2.1 Dados gerais do Brasil

Dados gerais do país	Informações
Área (IBGE – Censo 2010)	8.515.767 km ²
Principais recursos naturais	Terra e água
População total – estimativa para 2013 (IBGE, 2013)	201.032.714
Composição demográfica – 2012 (IBGE, PNAD, 2012)	0-4 anos 7,1% (H), 6,4% (M) 15-59 anos 64,5% (H), 64,6% (M) 60 anos ou mais 11,5% (H), 13,7% (M)
Taxa de fecundidade – 2013 (IBGE, 2013)	1,64 filho
Expectativa de vida ao nascer – total, homens e mulheres – 2012 (IBGE, 2012)	Total: 74,6 anos Homens: 71 Mulheres: 78,3
Taxa de mortalidade infantil – 2013 (IBGE, 2013)	19,6 (por mil nascidos vivos)
Índice de Gini – 2012 (IBGE – PNAD, 2012)	0,507
PIB (2000-2013) – IPEADATA PNB (2000-2012) – Banco Mundial – taxa de crescimento médio real	PIB: 3,34% PNB: 3,54%
Principal atividade econômica	Estrutura produtiva altamente diversificada
Taxa de desemprego (taxa de desocupação) – 2013 (IBGE – PME, 2013)	Média de 2013: 5,4%
Taxa de informalidade – 2013 (IBGE – PME, 2013)	Média de 2013: 37,3%

2.2 Pensões no Brasil

Pensões	Dados
Grau de cobertura – 2013 (IBGE – PME, 2013)	62,7% – setores privado e público
Nível do valor do benefício – em salários-mínimos (MPAS, 2014)	1,33 salário-mínimo (dez./2013)
Financiamento (fontes e participação relativa em relação ao total) – 2013 (MPAS, 2014)	Contribuição sobre a folha de empregados e empregadores: 78,7%
Relação público vs. privado (grau de cobertura, financiamento, percentual do PIB) (IBGE – PME, 2014, ABRAPP, 2013)	Fundos de Pensão – 12,36% da população ocupada (jun./2013)
Condições de acesso	Tempo de contribuição e/ou idade
Tipos de benefícios	Aposentadorias, pensões, acidente de trabalho, auxílio-doença, invalidez e auxílio-maternidade
Números de benefícios e gasto total anual – % do PIB (MPAS, 2014)	Total: 26.150.959 (dez./2013) Aposent.: 17.351.730 (dez./2013) Gasto total em 2013: 7,5% do PIB
Marco legal e gestão	Lei nº 8.212 e 8.213 de 1991 Conselho de Administração – representação quatripartite (governo, trabalhadores, aposentados e empregadores)

2.3 Dados gerais da política de saúde brasileira

Saúde	
Níveis de atenção (universalidade/integralidade)	Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (Lei nº 8080). Integralidade de assistência – entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Lei nº 8080).
Relação público vs. privado (% no gasto total) – 2010	47% – público; 53% – privado (planos de saúde – 44,4%) (OMS, 2013) Recursos públicos financiam parte dos gastos privados (das famílias e das empresas). Os planos de saúde não complementam os serviços públicos e sim são seus concorrentes.
Grau de cobertura e financiamento (fontes; % da fonte no total; percentual do PIB) – 2010	Universal Financiamento – União (contribuições sociais); Estados e Municípios (impostos). Lei Complementar nº 141/2012 – União: o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido, no mínimo, de valor correspondente à variação nominal do PIB do ano anterior; Estados e Distrito Federal: 12% de sua receita disponível (recursos arrecadados e das transferências constitucionais recebidas); os Municípios: 15% de sua receita disponível. Gasto público: 4,23% (OMS, 2013). Gasto por esfera de governo como % do PIB – União: 1,64%; Estados: 0,99%; Municípios: 1,10%.
Condições de acesso	Acesso universal, mas limitado pela distribuição desigual dos serviços e ações em saúde no território brasileiro.
Marco legal e gestão	Marco legal – Lei nº 8080 e Lei nº 8142 (LOS). Gestão descentralizada.
Níveis de atenção (universalidade/integralidade)	Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência básica (Lei nº 8080). Integralidade de assistência entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Lei nº 8080).

2.4 Dados gerais da política de assistência social

Assistência Social	
Condições de acesso	<p>A quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (BRASIL, 1988, art. 203). Provê o atendimento das necessidades básicas (proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa portadora de deficiência) (BRASIL, 1991). Política de Seguridade Social não contributiva, direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1993). Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) exige provisões assistenciais prioritariamente pensadas no âmbito das garantias de cidadania sob vigilância do Estado. Consagração de direitos sociais, sob sua responsabilidade, na garantia da universalização da cobertura e da garantia de direitos e acesso a serviços, programas e projetos (BRASIL, 2004, p. 26). Acesso à assistência social sem discriminação social de qualquer natureza: famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social (pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2004, p. 33) e, ainda, que se encontre em situação de risco pessoal e social (abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras) (BRASIL, 2004, p. 37). O acesso é garantido resguardando-se os critérios de elegibilidade dos diferentes benefícios, especificidades dos serviços, programas e projetos (BRASIL, 2012, art. 6º). A Assistência Social, Política de Proteção Social, deve garantir as seguranças de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar (PNAS, 2004, p. 33).</p>

Financia- mento	<p>Assistência Social é financiada através de recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de outras contribuições sociais (art. 195 da Constituição Federal) e do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). A coordenação da Política de Assistência Social ocorre nas 3 (três) esferas de governo, que deve gerir o Fundo de Assistência Social, sob orientação e controle dos Conselhos de Assistência Social – Lei nº 12.435, de 2011 (BRASIL, 1993). O financiamento da assistência social tem a participação de toda a sociedade; de forma direta e indireta; nos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; mediante contribuições sociais (empregador, empresa e entidades equiparadas na forma da lei, como: folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço – mesmo sem vínculo empregatício); a receita ou o faturamento; o lucro. De receita de importação de bens ou serviços do exterior ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 2004, p. 42). Este financiamento é viabilizado através de transferências regulares e automáticas, entre os fundos de assistência social, observando-se a obrigatoriedade da destinação e alocação de recursos próprios pelos respectivos entes é compartilhado entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (BRASIL, 2012, art. 50). O cofinanciamento tem por pressupostos: I – a definição e o cumprimento das competências e responsabilidades dos entes federativos; II – a participação orçamentária e financeira de todos os entes federativos; III – a implantação e a implementação das transferências de recursos por meio de repasses na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática; IV – o financiamento contínuo de benefícios e de serviços socioassistenciais tipificados nacionalmente; V – o estabelecimento de pisos para os serviços socioassistenciais e de incentivos para a gestão; VI – a adoção de critérios transparentes de partilha de recursos, pactuados nas Comissões Intergestores e deliberados pelos respectivos Conselhos de Assistência Social; VII – o financiamento de programas e projetos (BRASIL, 2012, art. 51). Compete a União, Estados, Distrito Federal e Municípios a elaboração, a cada 4 (quatro) anos, dos Planos de Assistência Social, em consonância com os períodos de elaboração do Plano Plurianual – PPA (BRASIL, 2012, art. 51).</p> <p>Percentual da Assistência Social sobre o Produto Interno Bruto (PIB), Brasil, 2012</p> <p>Assistência Social (União + Cofinanciamento) = 72.674.288 % Total a Função Assistência Social/PIB (União + Cofinanciamento) = 1,65% Assistência Social (União) = 56.633.742 % da União a Função Assistência Social/PIB = 1,29% PIB = 4.402.537.109 (BRASIL, 2013, Caderno SUAS VI)</p> <p>A pactuação da gestão das ações e a aplicação de recursos do Suas são negociadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e na de Intergestores Tripartite (CIT). O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) acompanha e aprova essas ações através do controle social. A Rede Suas auxilia na gestão, no monitoramento e na avaliação das transações financeiras e gerenciais.</p>
--------------------	---

<p>Estruturação da política (ações, território, usuário)</p>	<p>O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) sistema público descentralizado encontra-se organizado, sob dois tipos de proteção social: proteção social básica, na qual disponibiliza programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. Destina-se à prevenção de riscos sociais e pessoais disponibilizadas em diferentes unidades, com destaque para os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), a rede de serviços socioeducativos direcionados a grupos específicos, os Centros de Convivência (crianças, jovens e idosos). Desenvolvem-se serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos. Deve incluir também pessoas com deficiência e inseri-las nas diversas ações ofertadas em rede. Os Benefícios Eventuais e os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) compõem a Proteção Social Básica. A segunda, a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados (por abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras) realizadas nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS e nas Unidades de Acolhimento – Abrigos Institucionais. Serviços de Proteção Social Básica: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV; Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos. Serviços de Proteção Social Especial: Média Complexidade destinados às famílias e indivíduos com direitos violados, mas que mantêm vínculos familiares e comunitários. Serão atendidos pelos serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias – PAEFI; Serviço Especializado em Abordagem de Rua; Serviço de Proteção Social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Alta Complexidade: garantia de proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido) para famílias e indivíduos em situação de ameaça, através dos Serviços de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências. O SUAS engloba a oferta de Benefícios Assistenciais, prestados a públicos específicos de forma articulada aos serviços, gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao Sistema, mantém atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social e concede certificação a entidades beneficentes. A participação e o protagonismo dos usuários nas instâncias de deliberação (conferências e os conselhos) são fundamentais para viabilizar o controle social e garantir os direitos socioassistenciais preconizados pela Política de Assistência Social (BRASIL, 2012, art. 125).</p>
--	--

Grau de cobertura	<p>Número de equipamentos implantados (ativos no CADSUAS):</p> <p>Centro de Referência de Assistência Social – CRAS = 7.989</p> <p>Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS = 3.607</p> <p>Centros de Referência Especializados de Assistência Social para População em Situação de Rua Centro POP = 151</p> <p>Centro Dia = 9</p> <p>Benefício de Prestação Continuada (BPC)</p> <p>Beneficiários = 4.021.827</p> <p>Repasse do Mês = R\$ 2.905.606.970,12</p> <p>Repasse Acumulado = R\$ 553.472.861.909,76</p> <p>Renda Mensal Vitalícia (RMV)</p> <p>Beneficiários = 194.325</p> <p>Repasse do Mês = R\$ 140.344.114,40</p> <p>Repasse Acumulado = R\$ 27.454.830.319,36</p> <p>TOTAL (BPC + RMV) = 4.216.152</p> <p>Repasse do Mês = R\$ 3.045.951.084,52</p> <p>Repasse Acumulado = R\$ 580.927.692.229,12</p>																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Serviços, Programas e Lanches da Assistência Social</td> <td>Repasse do Mês</td> <td>Repasse Acumulado</td> </tr> <tr> <td>Total Proteção Social Básica</td> <td>R\$ 60.672.900,00</td> <td>R\$ 8.709.431.400,00</td> </tr> <tr> <th colspan="3">PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL</th> </tr> <tr> <td>Total Proteção Social Especial de Média Complexidade</td> <td>R\$ 20.750.972,00</td> <td>R\$ 193.927.848,03</td> </tr> <tr> <td>Total Proteção Social Especial de Alta Complexidade</td> <td>R\$ 4.543.777,34</td> <td>R\$ 51.149.819,08</td> </tr> <tr> <td>Total Proteção Social Especial</td> <td>R\$ 25.294.749,34</td> <td>R\$ 245.077.667,11</td> </tr> <tr> <td>Total (Proteção Social Básica + Especial)</td> <td>R\$ 85.967.649,34</td> <td>R\$ 8.954.509.067,11</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Relatório de Programas e Ações MDS. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 26 jun. 2014.</p>			PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA			Serviços, Programas e Lanches da Assistência Social	Repasse do Mês	Repasse Acumulado	Total Proteção Social Básica	R\$ 60.672.900,00	R\$ 8.709.431.400,00	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL			Total Proteção Social Especial de Média Complexidade	R\$ 20.750.972,00	R\$ 193.927.848,03	Total Proteção Social Especial de Alta Complexidade	R\$ 4.543.777,34	R\$ 51.149.819,08	Total Proteção Social Especial	R\$ 25.294.749,34	R\$ 245.077.667,11	Total (Proteção Social Básica + Especial)	R\$ 85.967.649,34
PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA																										
Serviços, Programas e Lanches da Assistência Social	Repasse do Mês	Repasse Acumulado																								
Total Proteção Social Básica	R\$ 60.672.900,00	R\$ 8.709.431.400,00																								
PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL																										
Total Proteção Social Especial de Média Complexidade	R\$ 20.750.972,00	R\$ 193.927.848,03																								
Total Proteção Social Especial de Alta Complexidade	R\$ 4.543.777,34	R\$ 51.149.819,08																								
Total Proteção Social Especial	R\$ 25.294.749,34	R\$ 245.077.667,11																								
Total (Proteção Social Básica + Especial)	R\$ 85.967.649,34	R\$ 8.954.509.067,11																								

Relação público vs. privado	<p>O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) prevê a integração entre a rede pública e privada para a oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6º-C; incluído pela Lei nº 12.435, de 2011 (BRASIL, 1993, art. 6º). Integram o SUAS os entes federativos, os conselhos de assistência social (paritários) e as entidades e organizações de assistência social. Essa interface se realiza através de convênios, contratos, acordos ou ajustes com o poder público para a execução, garantido financiamento integral, pelo Estado, nos limites da capacidade instalada. O financiamento da Assistência Social inclui também renúncias fiscais (isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia) que se constituem como uma alternativa extraorçamentária de realização das políticas de governo de promoção do desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2013, p. 53, Caderno VI).</p> <p>Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos: 16.089 (entidades mapeadas IBGE na Pesquisa das Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos); 8.964 (55,7%) recebem algum financiamento público das esferas municipal, estadual ou federal. O financiamento municipal é o que mais se destaca, atingindo 7.613 (84,9%) entidades que recebem financiamento público (BRASIL, 2006, p. 22).</p>
Marco legal e gestão	<p>A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) envolve diretamente as estruturas e os marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal. A gestão da Política de Assistência Social, na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social, compreende a regulação e a organização das ações socioassistenciais em todo o território nacional com base nos seguintes fundamentos: Matricialidade Sociofamiliar; Descentralização Político-Administrativa e Territorialização; Novas Bases para a Relação entre o Estado e a Sociedade Civil; Financiamento; Controle Social; Política de Recursos Humanos; Informação, Monitoramento e Avaliação. BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília, DF, 1993.</p> <p>BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF, 2011.</p> <p>BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: MDS, 2004.</p> <p>BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Norma Operacional Básica (NOB-SUAS). Brasília, DF: MDS/SNAS/SUAS, dez. 2012.</p> <p>BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Caderno Suas VI: financiamento da assistência social no Brasil. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2013.</p> <p>BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos no Brasil 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.</p>

2.5 Transferência de renda

Transferência de renda	
Condições de acesso	<p>O Programa de transferência de renda brasileira é o Bolsa Família – PBF, criado em 2003, unificando os demais programas federais existentes.¹ O acesso das famílias ao PBF é antecedido pela inclusão em Cadastro Único – CadÚnico, instrumento de identificação e caracterização de famílias consideradas de baixa renda, ou seja, aquelas com até meio salário-mínimo por pessoa ou renda mensal total de até três salários-mínimos.</p> <p>O público-alvo do PBF são famílias pobres, com renda per capita familiar de até R\$ 154,00, com filhos de zero a 17 anos, e famílias extremamente pobres, com ou sem filhos, com renda per capita familiar de até R\$ 77,00. Para estas, o benefício é variável pelo número de filhos, e o limite para inserção é de 5 crianças e adolescentes com até 15 anos.</p>
Condiçona- lidades	<p>As condicionalidades constituem compromissos das famílias para recebimento do benefício e das responsabilidades do poder público pela oferta dos serviços de educação, assistência social e saúde. Na área da saúde, as gestantes e nutrizes devem inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas nas unidades de saúde, levar a criança às unidades de saúde ou aos locais de vacinação e manter atualizado o calendário de imunização. Na área da educação, as crianças e os adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85%; os adolescentes entre 16 e 17 anos devem ter frequência escolar mensal de, no mínimo, 75%. Na área da assistência social, crianças e adolescentes com até 15 anos em situação de risco ou retirados do trabalho infantil pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI devem participar dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e obter frequência mínima de 85% da carga horária mensal dessas atividades.</p>

¹ As informações que compõem esse item são provenientes do site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 26 jun. 2014.

Nível de benefício e serviços	Benefício Básico	No valor de R\$ 77,00 , pago exclusivamente para famílias com renda mensal <i>per capita</i> de até R\$ 77,00.
	Benefício Variável (BV) (Família com renda por pessoa entre R\$ 77,01 e R\$ 154,00)	No valor de R\$ 35,00 , pago às famílias com crianças e adolescentes até 15 anos de idade. (Cada família pode receber até 5 benefícios deste tipo, totalizando R\$ 175,00 .)
	Benefício Variável à Gestante (BVG)	No valor de R\$ 35,00, pago às famílias que tenham gestantes em sua composição. (Cada família pode receber até 9 parcelas consecutivas, a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o nono mês.)
	Benefício Variável Nutriz (BVN)	No valor de R\$ 35,00, pago às famílias que tenham crianças com idade entre 0 e 6 meses em sua composição. (Cada família pode receber 6 parcelas mensais consecutivas, a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a criança tenha sido identificada no Cadastro Único até o sexto mês de vida.)
	Benefício para Superação da Extrema Pobreza: calculado caso a caso	Transferido às famílias do Programa Bolsa Família que continuem em situação de extrema pobreza (renda mensal por pessoa de até R\$ 77,00), mesmo após o recebimento dos outros benefícios. Ele é calculado para garantir que as famílias ultrapassem o limite de renda da extrema pobreza.
	Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVVA) (Família do BF com renda por pessoa até R\$ 154,00)	No valor de R\$ 42,00 , pago às famílias com jovens de 16 e 17 anos. (Cada família pode receber até dois benefícios deste tipo, totalizando R\$ 84,00 .)
	Fonte: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Benefícios . Brasília, DF, 2014. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios >. Acesso em: 26 jun. 2014.	
Tempo de concessão	Avaliado a cada 2 anos e é recebido pelas famílias, enquanto sua condição for compatível com as exigências do programa.	

Grau de cobertura – número de benefícios	<p>27.884.336 famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais = 86.243.847 pessoas cadastradas (abril de 2014). Distribuição das famílias cadastradas conforme a renda per capita mensal declarada: 13.358.999 até R\$ 70,00; 18.740.708 até R\$ 140,00; 24.640.692 até meio salário-mínimo.</p> <p>O Programa Bolsa Família (PBF) beneficiou, no mês de maio de 2014, 13.940.270 famílias, que receberam benefícios com valor médio de R\$ 149,76. O valor total transferido pelo Governo Federal em benefícios às famílias atendidas alcançou R\$ 2.087.755.338 no mês.</p>
Financiamento – fontes, % do financiamento e % do PIB	<p>Bolsa Família 0,40 em 2012-PIB. Se considerado o mês de fevereiro de 2014, no site do MDS registra-se um total de 14.084.341 famílias atendidas, indicando um número em torno de 56,40 milhões de pessoas, em 2013, se considerada a existência de uma média de quatro pessoas por família. O orçamento do BF em 2014 tem registro de R\$ 2.121.091.032,00 no mês de fevereiro.</p>
Marco legal e gestão	<p>A gestão do Programa, instituído pela Lei nº 10.836/2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004, é descentralizada e compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Destacam-se, entre os marcos regulatórios institucionais, o MDS, o Ministério da Saúde, o MEC, os Municípios, as Secretarias Municipais, as Câmaras de Regulação, as Câmaras Técnicas, os Conselhos Municipais de Políticas Públicas e o Ministério Público.</p> <p>Em relação à gestão de pagamentos de benefícios, é feita a partir dos seguintes movimentos: organização e divulgação do calendário de pagamentos; entrega de cartões; monitoramento dos canais de pagamento e monitoramento dos saques dos benefícios. No que se refere à gestão do pagamento, inclui planejamento, implementação e controle dos fluxos necessários para acessar a rede de cobertura e possibilitar o saque dos benefícios e a distribuição do cartão BF. Esta última ação é desenvolvida com o suporte da Caixa, presente em todos os municípios, enquanto agente operador. O Decreto nº 8.232, de 30 de abril de 2014, altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o Programa Bolsa Família, e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que instituiu o Plano Brasil Sem Miséria.</p>

2.6 Benefício de Prestação Continuada (BPC)

<p>Benefício de Prestação Continuada (BPC)</p>	
<p>Condições de acesso</p>	<p>O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto). O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória.</p>
<p>Condições</p>	<p>Pessoa com deficiência e idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de impedimento, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS.</p>

Nível de benefício e serviços	<p>O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário-mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.</p>								
Tempo de concessão	<p>O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem. O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições “de deficiência” ou renda, ou em caso de morte do beneficiário. O benefício será cancelado quando se constatar irregularidade na sua concessão ou utilização. O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, entre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício da pessoa com deficiência. A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento. O benefício de prestação continuada será suspenso pelo órgão concedente quando a pessoa com deficiência exercer atividade remunerada, inclusive na condição de microempreendedor individual.</p>								
Grau de cobertura – número de benefícios	<p>Total de beneficiários, Brasil, maio de 2014.</p> <table border="1" data-bbox="334 1177 1012 1385"> <thead> <tr> <th data-bbox="341 1187 732 1256">Benefício de Prestação Continuada (BPC)</th> <th data-bbox="739 1187 1005 1256">Beneficiários</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="341 1263 732 1298">Total de Beneficiários Idosos</td> <td data-bbox="739 1263 1005 1298">1.846.994</td> </tr> <tr> <td data-bbox="341 1305 732 1340">Total de Beneficiários PCD</td> <td data-bbox="739 1305 1005 1340">2.186.900</td> </tr> <tr> <td data-bbox="341 1347 732 1381">Total BPC</td> <td data-bbox="739 1347 1005 1381">4.033.894</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Relatório de Programas e Ações MDS. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 26 jun. 2014.</p>	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Beneficiários	Total de Beneficiários Idosos	1.846.994	Total de Beneficiários PCD	2.186.900	Total BPC	4.033.894
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Beneficiários								
Total de Beneficiários Idosos	1.846.994								
Total de Beneficiários PCD	2.186.900								
Total BPC	4.033.894								

Financiamento fontes, % do financiamento e % do PIB	<p>Todo o recurso financeiro do BPC provém do orçamento da Seguridade Social, sendo administrado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e repassado ao INSS por meio do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).</p> <p>Total de repasses em R\$, Brasil – maio de 2014.</p>		
	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Repasso do Mês	Repasso Acumulado
	Total de Beneficiários Idosos	R\$ 1.335.486.448,55	R\$ 6.640.900.489,07
	Total de Beneficiários PCD	R\$ 1.578.919.802,18	R\$ 7.827.126.199,12
	Total BPC	R\$ 2.914.406.250,73	R\$ 14.468.026.688,19
<p>Fonte: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Relatório de Programas e Ações MDS. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 26 jun. 2014.</p>			

<p>Marco legal e gestão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição Federal de 1988 (artigo 203). • Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da Assistência Social. • Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011, altera a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. • Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011, altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, no tocante à contribuição previdenciária do microempreendedor individual, bem como dispositivos das leis sobre a Previdência Social e o artigo nº 21 da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. • Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao artigo 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. • Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008, altera o regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. • Instrução Operacional Conjunta SENARC/SNAS nº 06, de 29 de outubro de 2010, e reeditada em 07 de janeiro de 2011, estabelece as instruções para a inserção, no Cadastro Único para os programas sociais do Governo Federal (CADÚNICO) dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) e de suas famílias. • Portaria Interministerial MDS/MEC/MS/SEDH nº 18, de 24 de abril de 2007, cria o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, com prioridade para aquelas na faixa etária de zero a dezoito anos. • Portaria MDS nº 44 MDS, de 19 de fevereiro de 2009, estabelece instruções sobre o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, referentes a dispositivos da Norma Operacional Básica – NOB/SUAS/2005. • Portaria MDS nº 706, de 21 de setembro de 2010, estabelece o cadastramento dos beneficiários do BPC no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. • Portaria Conjunta MDS/INSS nº 1, de 24 de maio de 2011, estabelece os critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médico-pericial da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência requerentes do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social e revoga com ressalva a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01, de 29 de maio de 2009. • Portaria Interministerial nº 1.205, de 08 de setembro de 2011, altera a Portaria Interministerial nº 1, de 12 de março de 2008, para estabelecer novos procedimentos de adesão ao Programa BPC na Escola. • Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004, aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. • Resolução CNAS nº 130, de 15 de julho de 2005, aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS. • Resolução CIT nº 07, de 10 de setembro de 2009, institui o Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.
-----------------------------	---

2.7 Seguro-Desemprego

Seguro-Desemprego	
Condições de acesso	Ter sido assalariado nos últimos seis meses antes da data de demissão; dispensa sem justa causa; não possuir renda própria; não receber benefício de prestação continuada da PS (exceto pensão por morte ou auxílio-acidente).
Nível de benefício	Varia de acordo com a faixa salarial, delimitado por um piso igual a 1 salário-mínimo e um teto de 1,8 salário-mínimo.
Forma de pagamento	O pagamento pode ser efetuado de 3 a 5 parcelas, com valores mensais entre 1 salário-mínimo e 1,8 salário-mínimo.
Tempo de concessão	Máximo de 6 meses, prorrogável por mais 2, em caráter excepcional, a critério do Codefat.
Grau de cobertura – número de beneficiários – 2012	Dirigido ao mercado formal de trabalho. N° de beneficiários: 8,5 milhões (2012) (MTE, 2013).
Financiamento – fontes, % do financiamento e % do PIB – 2012	Contribuição sobre o faturamento (PIS-Pasep). 0,01% do PIB (MTE, 2013).
Relação público vs. privado (grau de cobertura e financiamento, percentual do PIB)	Não se aplica.
Marco legal e gestão	Lei nº 7.998/1990 e Lei 8.900/1994. Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Codefat) – representação tripartite.

2.8 Inventário de Termos

Termo	Descrição
Proteção Social	<p>“A proteção social é compreendida como um conjunto de ações, institucionalizadas ou não, que visam proteger a sociedade ou parte desta dos impactos de riscos naturais e/ou sociais que incidem sobre o indivíduo e a coletividade, os quais decorrem fundamentalmente das desigualdades sociais que acompanham os diferentes estágios da sociedade capitalista. A proteção social se expressa como mediações da representação entre o Estado e a sociedade e se consolida como estratégia de atendimento das necessidades sociais a partir do reconhecimento da classe trabalhadora como ator político fundamental para a produção e reprodução dessa sociedade. Sua conformação como sistema é parte das condições objetivas e da dinâmica contraditória da sociedade e da luta social contra-hegemônica por direitos associados à proteção social e sua legitimação pelo Estado. São conquistas sociais tecidas na busca pela igualdade social e pelo reconhecimento das condições que originam as desigualdades na sociedade capitalista e dos conflitos que se estabelecem na relação capital-trabalho. Logo, entende-se a proteção social como resultante de um sistema mediado por um conjunto de relações entre o Estado e a sociedade e que, historicamente, vem representando o principal meio de articulação dos patamares de cidadania. Representa ainda um conjunto de políticas públicas que visa efetivar, através de programas, benefícios e serviços, os processos de segurança social para as situações de riscos que afetam a vida dos cidadãos” (MENDES, WÜNSCH, COUTO, 2006, p. 276-277). MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches; COUTO, Berenice Rojas. Proteção Social. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena. Dicionário de Trabalho e Tecnologia. Porto Alegre: Zouk, 2011.</p>

Termo	Descrição
Política Social	A política social é uma espécie de política pública, associada à regulação econômica e social que diz respeito ao âmbito da reprodução e à arena distributiva/redistributiva, pautada numa concepção de igualdade e justiça social objetivando concretizar direitos conquistados e amparados por lei, materializados na oferta de bens e serviços sociais destinados à proteção dos sujeitos, mas que têm caráter contraditório, no capitalismo, na medida em que atende aos interesses do capital e ao mesmo tempo as demandas e necessidades dos trabalhadores, que instiga processos conformadores e como contraponto espaços de luta e resistência.
Universalidade	<p>“A universalidade tem sido considerada na ciência política como uma noção relacionada ao campo do direito, mais especificamente ao campo dos direitos humanos” (MATTA, 2009, sp). Ou seja, universalidade refere-se aos direitos que são comuns a todas as pessoas, como um direito positivo que visa à manutenção da vida individual e social no mundo moderno. Na Seguridade Social brasileira, a universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e está inscrita na Constituição Federal brasileira desde 1988.</p> <p>MATTA, G.C. Universalidade. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>.</p>

Termo	Descrição
Sustentabilidade	<p>Oliveira Filho (2004): Considera gestão ambiental e desenvolvimento sustentável, como sinônimo de sustentabilidade do negócio.</p> <p>Giacometi (2008): A sustentabilidade é um objetivo que deve permear as ações das sociedades contemporâneas, diminuindo o uso insensato dos recursos renováveis e não renováveis.</p> <p>Tomazzoni (2007): Sustentabilidade significa desenvolvimento econômico. Desenvolvimento seria sinônimo de sustentabilidade social que depende de ações coordenadas de cooperação para reverter o quadro de concentração de renda em determinadas regiões.</p> <p>Schweigert (2007): A interpretação da sustentabilidade se vincula a efeitos sociais desejados, as funções práticas que o discurso pretende tornar realidade objetiva. Sustentabilidade é vista como algo bom, desejável, consensual. Sustentabilidade também pode ser considerada nova ordem de eficiência econômica que beneficia todos os cidadãos, em vez de beneficiar poucos em detrimento de muitos.</p> <p>Encarnação (2007): A sustentabilidade fomenta uma visão de desenvolvimento que suplanta o reducionismo, o desenvolvimento sustentável representa para o homem e para a natureza uma garantia de sobrevivência.</p> <p>Diniz da Silva (2010): Considera que, em termos econômicos, a sustentabilidade prevê que as organizações têm que ser economicamente viáveis, face ao seu papel na sociedade e que deve ser cumprido levando em consideração o aspecto da rentabilidade, dando retorno ao investimento realizado pelo capital privado.</p> <p>No Brasil, diz o autor, a partir da análise de 80 trabalhos entre artigos, dissertações e teses elaboradas entre 2000 e 2010, o foco dos estudos relaciona principalmente desenvolvimento sustentável, meio ambiente e responsabilidade social.</p> <p>Além da associação da concepção de sustentabilidade, a responsabilidade social, esse discurso vem sendo também articulado à concepção de empreendedorismo e utilizado pelo meio empresarial para justificar a necessidade de captação de recursos, redução de custos, flexibilização, entre outras iniciativas para ampliar o sobretrabalho e o lucro.</p> <p>BACHA; SANTOS; SCHAUN. Considerações teóricas sobre o conceito de sustentabilidade. 2010. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos10/31_cons%20teor%20bacha.pdf>.</p>

Termo	Descrição
Integralidade	<p>Na Política de Saúde, a integralidade se refere ao “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988, p. 11). Na Política Nacional de Assistência Social, o termo assume igual sentido.</p> <p>BRASIL. Lei 8080. Brasília: DF, setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.</p> <p>_____. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: DF, set. 2004, Disponível em: <http://lproweb.procompa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/pnas.pdf>.</p>
Vulnerabilidade e risco	<p>O termo vulnerabilidade ganha ênfase nas ciências sociais entre aqueles que estudam a pobreza, transformando-o em “conceito-chave”, difundido pelo Banco Mundial. A ideia de vulnerabilidade aparece na Seguridade Social brasileira como incapacidade para enfrentar os riscos ou manobrar ativos para proteger-se (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2006). Para compreender o uso do termo vulnerabilidade na Seguridade Social brasileira, é necessário compreender o que se entende por “risco social”, já que esses dois termos são interdependentes. Neste caso, o risco social se caracteriza por “[...] um evento que compromete a capacidade dos indivíduos de assegurar por si mesmo sua independência social” (CASTEL, 2005, p. 27).</p> <p>CASTEL, R. A insegurança social: o que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005.</p> <p>MARANDOLA JR. E.; HOGAN, D. J. As dimensões da vulnerabilidade. São Paulo em Perspectiva, v. 20, n. 1, p. 33-43, 2006.</p>
Focalização	<p>Implica o direcionamento das ações e recursos para os mais pobres, ou seja, os que estão abaixo da linha da pobreza (BOSCHETTI, 1999; MOTA, 2009; BEHRING, 2009; SOARES, 2002).</p>
Informalidade	<p>Tendência à precarização dos vínculos empregatícios, sob a forma da retração sistemática do trabalho com carteira assinada e do crescimento continuado do trabalho sem carteira assinada e do trabalho por conta própria (MTE, 2002).</p>
Grau de cobertura	<p>Percentual de proteção de um risco ou participação relativa dos indivíduos assistidos no total da população em risco, de uma determinada política.</p>

REFERÊNCIAS

ABRAPP. Associação Brasileira das Entidades Fechadas de Previdência Complementar. *Consolidado Estatístico*. 2013. Disponível em: <http://www.abrapp.org.br/Documentos%20Pblicos/ConsolidadoEstatistico_09%202013.pdf>. Acesso em: 19 maio 2014.

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm>. Acesso em: 19 maio 2014.

_____. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total>>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2012 (PNAD): síntese dos indicadores*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm>. Acesso em: 19 maio 2014.

_____. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2013.

_____. Notícias Teen. *Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2012*. Disponível em: <<http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/7827-expectativa-de-vida>>. Acesso em: 19 maio 2014.

_____. Brasil em síntese – taxa de mortalidade infantil. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 19 maio 2014.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEADATA. Disponível em: <<http://ipeadata.gov.br/>>. Acesso em: 19 maio 2014.

MPAS. Ministério da Previdência Social. *Informe da Previdência*, v. 26, n. 1, jan. 2014. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/Informe_janeiro_2014.pdf>. Acesso em: 19 maio 2014.

MTE. Ministério do Trabalho e Emprego. Observatório do Mercado de Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego. *A informalidade no mercado de trabalho brasileiro e as políticas públicas do governo federal*. 2002. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BA5F4B7012BABBAC51731E4/Informalidade2.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2014.

_____. *Boletim de informações financeiras do Fundo de Amparo ao Trabalhador*. 2013. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814373793B014402A091604B8F/KIT%206%C2%BA%20BIMESTRE%202013.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estadísticas sanitárias mundiales*. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2013.

ANEXO 3 – CHILE**3.1 Dados gerais do país**

Datos generales del país	
Area	756.096 km ²
Principales recursos naturales	Minería: cobre
	Forestal: celulosa
	Pesca: salmón
Principal actividad económica	Minería
Población total (2013) (CELADE)	17.602.946
Hombres	8.702.688
Mujeres	8.900.258

3.2 Caracterização demográfica

Composición demográfica (2013) (CELADE)			
Tramos etarios	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0 - 4	1 217 477	619 956	597 521
5 - 9	1 225 409	623 839	601 570
10 - 14	1 269 459	646 098	623 361
15 - 19	1 400 531	712 160	688 371
20 - 24	1 499 934	761 122	738 812
25 - 29	1 417 297	716 938	700 359
30 - 34	1 252 273	630 873	621 400
35 - 39	1 185 005	593 664	591 341
40 - 44	1 239 354	617 523	621 831
45 - 49	1 246 502	617 512	628 990
50 - 54	1 190 870	586 253	604 617
55 - 59	966 949	471 809	495 140
60 - 64	743 545	357 094	386 451
65 - 69	590 377	275 817	314 560
70 - 74	443 404	198 967	244 437
75 - 79	310 013	130 624	179 389
80 - 84	215 045	82 751	132 294
85 - 89	120 533	41 041	79 492
90 - 94	50 920	14 539	36 381
95 - 99	15 408	3 550	11 858
100 y más	2 641	558	2 083

Composición demográfica (2013) (CELADE)

Tramos etarios	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
0 - 4	1 217 477	619 956	597 521	-1	-619956	597 521
5 - 9	1 225 409	623 839	601 570	-1	-623839	601 570
10 - 14	1 269 459	646 098	623 361	-1	-646098	623 361
15 - 19	1 400 531	712 160	688 371	-1	-712160	688 371
20 - 24	1 499 934	761 122	738 812	-1	-761122	738 812
25 - 29	1 417 297	716 938	700 359	-1	-716938	700 359
30 - 34	1 252 273	630 873	621 400	-1	-630873	621 400
35 - 39	1 185 005	593 664	591 341	-1	-593664	591 341
40 - 44	1 239 354	617 523	621 831	-1	-617523	621 831
45 - 49	1 246 502	617 512	628 990	-1	-617512	628 990
50 - 54	1 190 870	586 253	604 617	-1	-586253	604 617
55 - 59	966 949	471 809	495 140	-1	-471809	495 140
60 - 64	743 545	357 094	386 451	-1	-357094	386 451
65 - 69	590 377	275 817	314 560	-1	-275817	314 560
70 - 74	443 404	198 967	244 437	-1	-198967	244 437
75 - 79	310 013	130 624	179 389	-1	-130624	179 389
80 - 84	215 045	82 751	132 294	-1	-82751	132 294
85 - 89	120 533	41 041	79 492	-1	-41041	79 492
90 - 94	50 920	14 539	36 381	-1	-14539	36 381
95 - 99	15 408	3 550	11 858	-1	-3550	11 858
100 y más	2 641	558	2 083	-1	-558	2 083

Tasa de fecundidad (CELADE)	2010-2015
	1,8
Expectativa de vida al nacer (CELADE)	2010 – 2015
Total	78,9
Hombres	75,8
Mujeres	82,0
Tasa de mortalidad infantil (CELADE)	2010 – 2015
(Por cada 1.000)	6,8

Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Índice de Gini Según Ingresos Autónomos (CASEN) *	0,58			0,57			0,54			0,55		0,54		
Índice de Gini Según Ingresos Monetarios (CASEN) **	0,58			0,56			0,53			0,53		0,52		
PIB (B. Central) (tasa crecimiento)	4,9	3,2	2,6	3,6	6,6	5,8	5,4	4,9	3,2	-1,0	5,4	5,5	5,3	4,0
PIB (B. Central) (tasa crecimiento) 2000-2013	4,2													
PNB (B. Central) (tasa crecimiento)														
PNB (B. Central) (tasa crecimiento) 2000-2013														
Tasa de desocupación (INE)	9,7	9,9	9,8	9,5	10,0	9,2	7,7	7,1	7,8	9,7	8,2	7,1	6,4	6,0
Observaciones:														
(*) Representa Gini según ingresos autónomos. La Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) se realiza cada 3 años, es de carácter nacional. Ejecutada por el Ministerio de Desarrollo Social.														
(**) Representa Gini según ingresos monetarios. La Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) se realiza cada 3 años, es de carácter nacional. Ejecutada por el Ministerio de Desarrollo Social.														
(***) En cada categoría se indica la fuente desde donde fueron extraídos los datos.														

3.3 Pensiones en Chile

Grado de cobertura	Pilar contributivo: De acuerdo a los datos de la Superintendencia de Pensiones, a diciembre de 2013 se registraba 9.525.048 afiliados y 5.339.165 cotizantes. Pilar solidario: a diciembre de 2013, se entregaron 1.228.908 pensiones.
Nivel de valor de beneficio (% de salario mínimo)	Tasa de reemplazo: 53% para los hombres y del 47% para las mujeres.
Financiamiento (fuentes y participación relativa en relación al total)	La principal fuentes de financiamiento del sistema de pensiones han sido las contribuciones individuales de los trabajadores, quienes aportan el 10% de sus rentas a cuentas de ahorro administradas por las AFP, deben cancelar los costos administrativos asociados, además de una prima por concepto de seguro de invalidez y sobrevivencia. El Estado ha asumido la deuda asociada al déficit previsional ocasionado por el traspaso de un sistema a otro y que significó un 2% del PIB durante 25 años (entre 1981 y 2006), para ir decreciendo lentamente con el deceso de los beneficiarios del antiguo sistema. El Estado, además, se encargó además de la administración y pago de quienes permanecieron dentro del sistema público y del esquema público previsional de las Fuerzas Armadas y de Carabineros.
Relación público X privado (grado de cobertura, financiamiento, porcentaje del PIB)	Gasto fiscal en pensiones fue de 3,5% del PIB en 2011.

Condiciones de acceso	<p>Las personas que se encuentren afectas a alguno de los regímenes previsionales administrados por el IPS (ex INP), cuando cumplan los requisitos de acceso establecidos para el SPS de vejez o invalidez (excluyendo los requisitos del origen de su pensión contributiva) según corresponda, tendrán derecho a la PBS de vejez o invalidez, cuando no tengan derecho a pensión en algún sistema previsional. Bajo las mismas condiciones y requisitos, las personas que perciban pensión de vejez o jubilación, pensión de invalidez o pensión de sobrevivencia, a la fecha de entrada en vigencia del SPS, de cualquiera de los regímenes previsionales administrados por el IPS, o que obtengan dicha pensión o jubilación en el futuro de alguno de ellos, tendrán derecho al APS de vejez, cuando la pensión base sea de un monto inferior al valor de la PMAS. El APS de vejez a que tengan derecho, se calculará considerando que la pensión base corresponderá a la suma de cualquier pensión que perciba de alguno de los regímenes administrados por el IPS más el monto de la PAFE y de las pensiones de sobrevivencia que perciba de conformidad al D.L. N° 3.500. Por otra parte, las personas inválidas que se encuentren afectas a alguno de los regímenes previsionales administrados por el IPS, tendrán derecho al APS de invalidez cuando cumplan con los requisitos de acceso ya mencionados (excluyendo los requisitos del origen de su pensión contributiva) y tengan derecho a una pensión de invalidez otorgada de acuerdo a dichos regímenes, siempre que la suma del monto de dicha pensión más cualquier otra que perciba de cualquier régimen previsional, sea inferior a la PBS de invalidez.</p> <p>Para acceder a los beneficios de pensiones del sistema de AFP requiere en el caso de los hombres deben tener cumplidos 65 años de edad y las mujeres, 60 años de edad. Para iniciar el trámite deben firmar en la AFP de afiliación, la Solicitud de Pensión de Vejez y la Declaración de Beneficiarios.</p>
-----------------------	--

Tipos de beneficios	El nuevo régimen, al igual que el antiguo sistema de reparto, admite distintos tipos de pensiones de retiro: contratación de una renta vitalicia; retiro programado , que permite al afiliado recibir una pensión pagada por la AFP, con cargo al saldo que ha logrado acumular a lo largo de su vida activa. Variable, es calculada año a año de acuerdo a la rentabilidad del fondo y a la expectativa de vida del pensionado y sus potenciales beneficiarios en caso de fallecimiento; renta temporal con renta vitalicia diferida : opción intermedia entre las dos anteriores. Un retiro programado es cambiado al régimen de renta vitalicia a partir de una fecha determinada; pensiones anticipadas , para quienes adelantan su jubilación para antes de los 60 ó 65 años y pensión mínima garantizada por el Estado , que se paga cuando los fondos acumulados no alcanzan a financiar un valor mínimo de la pensión y el Estado aporta los recursos faltantes para hacerlo posible. El aporte que se hace el Estado a través del pilar contributivo se desagrega en los siguientes beneficios: pensión básica solidaria por vejez, pensión básica solidaria por invalidez, aporte previsional solidario por vejez, aporte previsional solidario por invalidez y complemento al trabajo pesado.
Numeros de beneficios y gasto total anual (% PIB)	Numero de beneficiarios del sistema de pensiones solidarias = 1.228.908 y el monto destinado fue de \$ 82.435.439.975

3.4 Salud

Niveles de atención (universalidad/integralidad)	La atención de pacientes con carácter de universalidad se basa en la Ley GES (Plan Auge), a partir del cual se otorga garantías de atención, oportunidad, financiamiento y calidad para un conjunto de 80 patologías; tanto en el sistema público (Fonasa) como en el privado (Isapres).

<p>Relación público X privado (% gasto total)</p>	<p>Gasto público en salud (% PIB) en 2010: 3,5%; 2011: 3,4%; 2012: 3,5%.</p> <p>Cada año a través de la Ley de Presupuestos se determina la cantidad de recursos fiscales que serán entregados a las instituciones que componen el Ministerio de Salud, entregándose aporte fiscal directo a Fonasa, ISP, Cenabast y Subsecretaria de Salud Pública. Fonasa, recibe cerca del 83%</p>
<p>Grado de cobertura y financiamiento - de la población/ fuentes/% fuente en total/ porcentaje del PIB</p>	<p>En Chile coexisten 2 subsistemas de salud, uno público y otro privado. En el sistema público, FONASA es el encargado de otorgar cobertura de atención a su población beneficiaria. En 2011 alcanzó al 81% de la población del país. Mientras que las ISAPRES sólo beneficiaron al 17% de la población. El porcentaje restante corresponde a FFAA y de Orden y Seguridad.</p> <p>Sistema público: trabajadores dependientes aportan el 7% de sus ingresos imponible, para ellos y beneficiarios. Se excluyen de aporte a personas indigentes o carentes de recursos y afiliados cuyo ingreso mensual sea menor al ingreso mínimo mensual. En el sistema privado, cada trabajador dependiente e independiente puede contratar un seguro de salud con un aporte del 7% o más de su ingreso imponible. Hay aproximadamente 13 mil seguros distintos disponibles.</p> <p>Gasto público en salud (% PIB) en 2010: 3,5%; 2011: 3,4%; 2012: 3,5%.</p> <p>Fuente de financiamiento: Fonasa se financia con el aporte fiscal que ingresa a través de a Ley de Presupuestos y con los recursos que provienen de las cotizaciones de los afiliados, el copago de los beneficiarios y las transferencias corrientes. En 2012, el aporte fiscal contribuyó con 58% de los recursos, las cotizaciones aportaron el 37%, el copago de los beneficiarios el 4% y las transferencias corrientes 1%.</p>

Condiciones acceso	<p>Para acceder a atención de salud, se debe optar por el sistema público o privado. Sin embargo, si opta por el seguro público, un trabajador debe aportar como mínimo un 7% de su ingreso imponible. Hay 2 grupos de cotizantes que se atienden en modalidad institucional (hospitales y consultorios públicos) sin copago (con ingresos menores al salario mínimo) y el resto tiene asociado copagos en modalidad institucional y de libre elección. En caso de optar por un seguro privado, existen más de 13 mil planes que pueden ser contratados y en muchos casos superan el 7% del ingreso imponible.</p>
Marco legal y gestión	<p>Con el objetivo de garantizar el acceso libre e igualitario de la población a la salud, en el año 2002 se enviaron al Congreso Nacional 5 proyectos de ley que conformaron la Reforma de Salud, orientados a garantizar igualdad de derechos a todos los chilenos a través de la implementación de políticas públicas basadas en equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales. Estas leyes fueron: Ley No. 19.895 o Ley corta de ISAPRES (2003); Ley No. 19.937 o Ley de autoridad sanitaria y gestión (2004); Ley No. 19.966 o Ley GES (2004); Ley No. 20.015 o Ley larga de ISAPRES (2005) y Proyecto de ley que establece los derechos y deberes de los pacientes.</p> <p>Anualmente, a través de la Ley de Presupuestos se determina la cantidad de recursos fiscales que serán entregados a las instituciones que componen el Ministerio de Salud, entregándose aporte fiscal directo al Fonasa, ISP, Cenabast, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales y Superintendencia de Salud.</p>

3.5 Transferencia de renda en Chile

Transferencias de renta	
Condiciones de acceso	Sistema Chile Solidario , orientado a la atención de familias, personas y territorios que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Por tanto, la condición de acceso es tener un bajo puntaje en la Ficha de Protección Social, lo que está relacionado directamente con la situación de pobreza y extrema pobreza de la familia.
Condicionalidades	Ingreso ético familiar: Tener 65 o más años de edad, vivir solo o con una persona y estar en situación de pobreza o vulnerabilidad; Encontrarse en situación de calle; Ser menor de edad cuyo adulto significativo se encuentre privado de libertad y en ese caso, sus cuidadores también pueden ser beneficiarios del Ingreso Ético Familiar. Chile crece contigo: sistema de protección social a la infancia, desde la gestación hasta 4 años. Orientado a familias indigentes y/o en situación de extrema pobreza.
Nivel de beneficios y servicios	Ingreso ético familiar. Destinatarios: familias en extrema pobreza, que estén recibiendo el bono de protección o egreso y reciban apoyo psicosocial y tengan menos de 4.213 puntos en la Ficha de Protección Social. Chile crece contigo: acompañamiento, protección y apoyo integral en la gestación e infancia. Brinda apoyo en salud, educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad. Apoyo psicosocial a las familias beneficiarias brindado por el Programa Puente; bono de protección a la familia; subsidios monetarios garantizados y acceso preferente a los programas de promoción, prestaciones laborales y previsión.
Tiempo de concesión	Entre 1 y 2 años. El monto dependerá de la composición familiar, de acuerdo a lo declarado en su Ficha de Protección Social o el instrumento que la remplace. Además, variará según el cumplimiento de las condicionantes para hacer efectivas los bonos. Desde la gestación a los 4 años Hasta 24 meses.

Grado de cobertura/ número de beneficios	2013: 127 mil familias Programa Punte: 332.995 hogares en 2008
Financiamiento - fuentes - % de financiamiento y % PIB	
Marco legal y gestión	<p>La ley crea el Subsistema de Protección y Promoción Social denominado “Seguridades y Oportunidades”, que forma parte del Sistema de Protección Social creado por la Ley N° 20.379. Está destinado a personas y familias en situación de pobreza extrema. El Subsistema tiene por objeto brindar seguridades y oportunidades a las personas y familias que participen en él, de modo de promover el acceso a mejores condiciones de vida.</p> <p>Forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (ley 20.379) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Chile Solidario, Ley No. 19.949 (2004), genera un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza. Gestionado por Ministerio de Planificación. Actualmente, Ministerio del Desarrollo Social.</p>

3.6 Seguro de desempleo

<p>Seguro de desempleo</p> <p>El sistema de Protección Social chileno contempla 2 mecanismos de protección para quienes queden desempleados: el seguro y el subsidio de cesantía. En lo que sigue, se detalla únicamente los aspectos relacionados con el seguro de cesantía.</p>	
<p>Condiciones de acceso</p>	<p>El seguro de cesantía cubre a los empleados dependientes regidos por el Código del Trabajo, que inician o reinician actividades laborales a partir del 02/10/2002. Quienes tengan contratos vigentes previos a la fecha indicada pueden afiliarse voluntariamente. No se requiere autorización del empleador, basta solo la decisión del trabajador. Contribución mensual: Empleado con Contrato Indefinido, aporta mensualmente el 0,6% de su remuneración imponible, para su Cuenta Individual; mientras que el empleador aporta el 2,4%, que se divide en 1,6% para la Cuenta Individual y 0,8% al Fondo de Cesantía Solidario.</p> <p>No incluye a los siguientes colectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Empleados públicos, que se rigen por Estatuto Administrativo; ii) Funcionarios de las FF.AA. y de Orden; iii) Trabajadores independientes o por cuenta propia; iv) Trabajadores menores de 18 años; v) Trabajadores con contrato de aprendizaje; vi) Trabajadoras de casa particular, y vii) Trabajadores pensionados, excepto aquellos pensionados por invalidez parcial.

<p>Nivel de beneficio y tipo de servicios</p>	<p>Si un trabajador queda cesante y se encuentra afiliado al Seguro de Cesantía, tiene derecho a acceder a los beneficios del Seguro, independiente del tipo de contrato que posea. Los beneficios son económicos, sociales y de salud. Económicos: Derecho a cobrar el Seguro con cargo a la Cuenta Individual (CIC) y/o Fondo de Cesantía Solidario (FCS). En ambos casos se debe cumplir los requisitos que impone la Ley. Sociales y de Salud: Si se accede al seguro a través de la Cuenta Individual mientras se cobra el Seguro se mantienen los beneficios de Salud a través de FONASA. Si accedo al seguro a través del Fondo de Cesantía Solidario mientras se percibe el seguro también tendrá la posibilidad de: mantener beneficio de Salud a través de Fonasa; mantener beneficio de Asignación Familiar (tramos A y B); acceso a cursos de capacitación gratuitos y apoyo para encontrar empleo a través de la Oficinas Municipales de Información Laboral.</p> <p>Cobro del Seguro. Con cargo a la Cuenta Individual: Se debe acreditar la condición de cesante con un documento válido, como por ejemplo el finiquito, entre otros; tener cotizaciones desde la fecha de afiliación o desde la fecha de cobro del último giro registrado en su cuenta individual; 6 cotizaciones si poseo contrato a Plazo Fijo y 12 cotizaciones si poseo contrato a Plazo Indefinido.</p> <p>Giros. Se puede realizar tantos giros mensuales como el saldo de la Cuenta Individual permita. El monto a girar será un porcentaje del promedio de las 12 últimas remuneraciones antes del despido (Contrato Indefinido), o 6 últimas remuneraciones (Contrato a Plazo Fijo).</p>
---	---

<p>Tiempo de concesión</p>	<p>Es posible recibir giros por 5 meses si el trabajador contaba con contrato indefinido y solo 2 meses si este era a plazo fijo. Los montos de los giros se financian primero con la Cuenta Individual y se complementan con el Fondo de Cesantía Solidario. Además, si permanece en la condición de cesante, independiente del tipo de contrato, podrá recibir 2 giros adicionales, cuando la tasa de desempleo nacional informada por el INE supere en un 1% a la tasa promedio de desempleo de los últimos 4 años.</p> <p>Solo es posible acceder al Fondo de Cesantía Solidario hasta 2 veces en 5 años.</p>
<p>Grado de cobertura – número de beneficios</p>	<p>La cobertura promedio es a 49% de los ocupados.</p> <p>De acuerdo a los datos de la Superintendencia de Pensiones, a diciembre de 2013, se registraba 8.014.792 afiliados. De ellos 4.314.129 corresponde a trabajadores con contrato indefinido, 3.667.823 con contrato a plazo fijo y 32.840 sin información de tipo de contrato. Mientras que los cotizantes sumaban 4.253.773, distribuidos según contrato indefinido alcanzaban a 2.863.678 y con contrato a plazo fijo 1.390.095.</p>

<p>Financiamiento – fuentes, % de financiamiento y % PIB</p>	<p>El financiamiento es con base en aportes tripartitos: trabajador, empleador y Estado. La cotización mensual dependerá del tipo de contrato. El aporte individual del trabajador con contrato indefinido corresponde al 0,6% de su remuneración imponible. El trabajador a plazo fijo no tiene que hacer aportes. El aporte del empleador asciende al 2,4% de las remuneraciones imponibles del trabajador con contrato indefinido. De este aporte, sólo un 1,6% se abona en la cuenta individual del trabajador, y el 0,8% restante ingresa a un fondo de reparto, denominado “Fondo de Cesantía Solidario”. Cabe señalar que el aporte de 1,6% con cargo al empleador es deducible de la indemnización a que tiene derecho el trabajador con contrato indefinido cuando es despedido “por necesidades de la empresa”. En el caso de los trabajadores con contrato a plazo fijo, el aporte del empleador es de un 3%. El aporte del Estado asciende anualmente a 225.792 unidades tributarias mensuales (UTM), depositadas en 12 cuotas en el Fondo de Cesantía Solidario. El aporte del Estado representa cerca del 4% PIB.</p>
--	--

Marco legal y gestión	<p>El seguro de cesantía fue puesto en marcha a partir de la Ley N° 19.728 del año 2002 y perfeccionado por la Ley N° 20.328 en el año 2009. Es gestionado por la Sociedad Administradora de Fondos de Cesantía, AFC; es una sociedad anónima cerrada y cuyo giro único y exclusivo es administrar dos fondos, denominados Fondo de Cesantía y Fondo de Cesantía Solidario, y otorgar y administrar las prestaciones y beneficios que establece la Ley N° 19.728 sobre Seguro de Cesantía. Su actividad es supervigilada, controlada y fiscalizada por la Superintendencia de Pensiones, existe además una Comisión de Usuarios, establecida en la misma ley, cuya función es conocer los criterios empleados por la Sociedad Administradora para administrar los Fondos de Cesantía y aquellas otras materias específicas que menciona el texto legal.</p> <p>El seguro combina un esquema de ahorro obligatorio sobre la base de cuentas individuales de cesantía (que son patrimonio de los trabajadores) con la creación de un fondo solidario, que opera como fuente de financiamiento complementario. Esto significa que el trabajador con contrato a plazo indefinido tendrá una cuenta en la que él y su empleador deberán cotizar mensualmente una fracción o porcentaje de su remuneración. En el caso de los contratados a plazo fijo, por obra, trabajo o servicio determinado, solo contribuirá el empleador. Mientras que el fondo solidario recibe aportes del Estado y de los empleadores.</p>
-----------------------	--

3.7 Inventário de termos

Términos	
Protección social	El concepto de protección social (en salud, en pensiones y otros aspectos) es posible especificarlo a través de tres dimensiones e indicadores principales. La primera es la cobertura horizontal o proporción de la población que tiene cobertura de la seguridad social; la segunda, es la cobertura vertical o prestaciones a las que tiene derecho efectivo, oportuno y razonablemente garantizado los afiliados (y/o beneficiarios) y; tercero, la protección financiera o medida para que los gastos totales o complementarios no exacerben la desigualdad en ingresos.
Política social	La política social es definida como una forma de intervención a nivel macro y que parte del Estado en función de lograr algún tipo de justicia dentro de la sociedad concordante al modelo de desarrollo definido por el mismo Estado. Actualmente en Chile, el Estado tiene un rol 'integrador'. La prioridad de las políticas públicas es que el gasto social esté orientado a salud, educación y vivienda.
Universalidad	La Seguridad Social debe proteger a todas las personas de todos los riesgos o contingencias sociales, amparando cada uno de los estados de necesidad producidos. Algunos autores distinguen entre universalidad subjetiva y universalidad objetiva. La primera se refiere a la protección de las personas, de modo que, de acuerdo a esta concepción, la Seguridad Social debe proteger a toda la población, sin que existan discriminaciones o limitaciones a causa de la edad, raza o nacionalidad de los individuos, o de percibir una remuneración superior o inferior a un determinado límite. La universalidad objetiva, se ubica en la perspectiva de los riesgos concretos y persigue que la seguridad social otorgue cobertura frente a todas las contingencias sociales, esto es, cesantía, enfermedad, accidente, siniestros profesionales, invalidez, vejez, muerte e incremento familiar.
Integralidad	La Seguridad Social debe otorgar todo tipo de prestaciones destinadas a satisfacer todos y cada uno de los estados de necesidad. Los montos de las prestaciones deben ser suficientes y apropiados para cubrir satisfactoriamente el estado de necesidad, y adecuadas a la naturaleza de éste.

<p>Vulnerabilidad</p>	<p>La vulnerabilidad socioeconómica se define como pérdida de bienestar causada por el riesgo que proviene de la variabilidad del ingreso. Por esta razón, hace sentido identificar características relacionadas con la pobreza y la volatilidad del ingreso que presentan los hogares. El indicador utilizado para medir el bienestar debe capturar el riesgo que enfrenta el hogar.</p> <p>Se entiende como el riesgo de estar en situación de pobreza y abarca tanto a los hogares que actualmente están en ese estado, como a los que pueden estarlo en el futuro. Se trata de un concepto más dinámico y amplio, destinado a identificar, no sólo a grupos familiares pobres, o que sin serlo pueden ser vulnerables, sino además, a los miembros de la familia que viven las mayores fragilidades, como son los niños y niñas, los adultos mayores, las personas discapacitadas, las madres adolescentes, las mujeres jefas de hogar. El concepto de vulnerabilidad permite dar cuenta de una noción dinámica de la pobreza, como una condición presente o potencial y, al mismo tiempo, entrega una mejor caracterización de la pobreza “dura”, de aquellos hogares que sistemáticamente mantienen niveles de ingreso por debajo de la línea de pobreza.</p>
<p>Riesgo</p>	<p>En Chile, se ha asumido el concepto de riesgo social promovido por el Banco Mundial, a través de la instalación de un nuevo ‘paradigma’: manejo social del riesgo, el cual se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean éstos naturales (como terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra). Estos eventos afectan a las personas, comunidades y regiones de una manera impredecible o no se pueden evitar, por lo tanto, generan y profundizan la pobreza. La pobreza tiene relación con la vulnerabilidad, ya que los pobres habitualmente están más expuestos a riesgos, pero al mismo tiempo tienen poco acceso a instrumentos adecuados de manejo del riesgo. En consecuencia, el suministro y selección de instrumentos adecuados para el MSR se convierte en un medio importante para reducir la vulnerabilidad y proporcionar un medio para salir de la pobreza. Para ello se debe encontrar un equilibrio entre disposiciones de MSR (informales, de mercado, públicas) alternativas estrategias de MSR (prevención, mitigación, superación de eventos negativos) y encontrar los correspondientes instrumentos de manejo en términos de oferta y demanda.</p>

Focalización	<p>Se refiere principalmente a dirigir el gasto público social hacia los sectores pobres y a eliminar en los sectores medios todo subsidio público directo o indirecto. De este modo los servicios públicos universales como salud, educación y los sistemas de seguridad social, son ahora introducidos al mercado, permitiendo una «mercantilización» de la política social.</p> <p>La focalización es parte de los esfuerzos por alcanzar mayor eficiencia y equidad en las políticas sociales, en términos del proceso de definición de la población objetivo y de la necesidad de llegar a su delimitación operativa.</p>
Nivel de cobertura	<p>Es el nivel de acceso a servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales que tienen garantizados legalmente los afiliados y/o usuarios del sistema de protección social.</p>
Informalidad	<p>Es el conjunto de actividades económicas desarrolladas por los trabajadores y las unidades económicas que, tanto en la legislación como en la práctica, están insuficientemente contempladas por sistemas formales o no lo están en absoluto. Las actividades de esas personas y empresas no están recogidas por la ley, lo que significa que se desempeñan al margen de ella; o no están contempladas en la práctica, es decir que, si bien estas personas operan dentro del ámbito de la ley, ésta no se aplica o no se cumple; o la propia ley no fomenta su cumplimiento por ser inadecuada, engorrosa o imponer costos excesivos (OIT).</p>

ANEXO 4 – CUBA

4.1 Dados gerais de Cuba

Dados gerais do país	Informações
Área ONEI (2017d)	10 988,4 hectares
Principais recursos naturais	Terra e água
População total 2016 ONEI (2017c)	11 239 224
Composição demográfica ONEI (2017b)	0-4 anos: 5.67 % (H); 5.24% (M) 5-14 anos: 11.21% (H); 10.51% (M) 15-59 anos: 64.55% (H); 63.30% (M) 60 anos ou mais: 18.55% (H); 20.94% (M)
Taxa de Fecundidade Geral (por mil mulheres 15-49 anos) ONEI (2017a)	43.2
Taxa Bruta de Reprodução (filhas por mulher) ONEI (2017a)	0.78
Taxa Global de Fecundidade (filhos por mulher) ONEI (2017a)	1.63
Expectativa de vida ao nascer – total, homens e mulheres (2011-2013) ONEI (2017a)	Total: 78.45 anos; Homens: 76.50; Mulheres: 80.45
Taxa de mortalidade infantil (por cada mil nascidos vivos) ONEI (2017a)	4.3
Índice de Gini (1999 último dado publicado) CEPAL (2005)	0.407

Dados gerais do país	Informações
PIB a preços constantes (2015) ONEI (2016)	PIB: 4.4% (taxa de crescimento)
Principal atividade econômica	Exportação de serviços profissionais, Turismo
Taxa de desemprego (Taxa de desocupação) ONEI (2016)	Total: 2.4; Homens: 2.3; Mulheres: 2.6
Taxa de informalidade	Não se registra este dado

Fonte: elaborado por Arellys Esquenazi Borrego.

BIBLIOGRAFÍA

CEPAL. *Revista CEPAL n. 86*. Santiago de Chile: CEPAL, 2005.

ONEI. *Anuario Estadístico 2015*. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba, 2016.

_____. *Anuario Demográfico*. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba, 2017.

_____. *Anuario Estadístico de Cuba 2016*. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba, 2017.

_____. *Estudios y datos de la población cubana*. Cuba y sus territorios 2016. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba, 2017.

_____. *Panorama del uso de la tierra*. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba, 2017.

4.2 Pensiones

Pensiones	
Grado de cobertura	<p>La Constitución de la República de Cuba establece en su artículo 47. ARTÍCULO 47.-Mediante el sistema de seguridad social, el Estado garantiza la protección adecuada a todo trabajador impedido por su edad, invalidez o enfermedad. En caso de muerte del trabajador garantiza similar protección a su familia.</p>
Nivel de valor del beneficio (% del salario mínimo)	<p>Las pensiones siguen un sistema de reparto clásico, donde la población activa en este período sostiene a los pensionados mediante cotizaciones periódicas. La pensión por edad se clasifica en ordinaria y extraordinaria, de acuerdo con los requisitos que se establecen para su concesión.</p> <p>El porcentaje de cotización y el monto de la pensión estarán en dependencia del sector en que se emplee.</p> <p>De manera general, para 2016 la pensión promedio (incluye vejez, invalidez y muerte) alcanzaba un nivel de 276.94 pesos.</p> <p>Existe un subsidio por enfermedades o accidentes laborales que no puede ser inferior al 50% del salario mínimo vigente y que dependerá de si el trabajador está hospitalizado o no.</p> <p>Además se otorgan pensiones por invalidez total o parcial. Su monto dependerá de si el origen de la invalidez es laboral o no. Siendo mayor si fue ocasionada por el trabajo. Dependerá además de la cantidad de años de trabajo acumulados, si no está en edad de jubilación. Si la persona depende de otra para realizar los actos esenciales de la vida, debido a la invalidez, la pensión otorgada se incrementará en un 20%.</p> <p>De igual manera se otorga un pensión por muerte en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) si se encontraba vinculado laboralmente; b) si se encontraba pensionado por edad o por invalidez; c) si su desvinculación se produjo en los seis meses anteriores a su fallecimiento o desaparición; y d) si antes de desvincularse del trabajo reunía los requisitos para la pensión por edad y no había ejercido el derecho. <p>Están normados además los familiares con derecho a cobrar esta pensión.</p>

Financiamiento (fuentes y participación relativa en relación con el total)	El financiamiento para las pensiones proviene del presupuesto estatal y de las contribuciones de empleadores y trabajadores.
Relación público X privado (grado de cobertura, financiamiento, porcentual del PIB)	La cobertura del sistema de pensiones es garantizada por el Estado. Las pensiones son revisadas a través del Instituto Nacional de Seguridad Social (INASS). El gasto promedio de 2011-2016 en Seguridad Social como % del PIB fue de aproximadamente 7%.

Condiciones de acceso	El régimen general de seguridad social ofrece protección al trabajador en los casos de enfermedad y accidente de origen común o profesional, maternidad, invalidez y vejez y, en caso de muerte, a su familia.
Tipos de beneficios	El sistema de seguridad social en Cuba incluye: a) prestaciones en servicios;
Números de beneficios y gasto total anual (% do PIB)	<p>b) prestaciones en especie; y</p> <p>c) prestaciones monetarias.</p> <p>Son prestaciones en servicios:</p> <p>a) la asistencia médica y estomatológica, preventiva y curativa, hospitalaria general y especializada;</p> <p>b) la rehabilitación física, psíquica y laboral; y</p> <p>c) otras que se determinen por la ley.</p> <p>Son prestaciones en especies:</p> <p>a) los medicamentos y la alimentación mientras el paciente se encuentra hospitalizado, y los que se establecen por regulaciones específicas;</p> <p>b) los medicamentos que se suministran a las embarazadas;</p> <p>c) los aparatos de ortopedia y las prótesis necesarias en los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;</p> <p>d) los medicamentos en los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que no requieran hospitalización; y</p> <p>e) otras que se determinen por la ley.</p> <p>Son prestaciones monetarias:</p> <p>a) la pensión por edad;</p> <p>b) el subsidio por enfermedad o accidente;</p> <p>c) la pensión por invalidez total o parcial;</p> <p>d) la pensión por la muerte del trabajador, del pensionado o de otra persona de las protegidas por la Ley;</p> <p>e) por maternidad de la trabajadora; y</p> <p>f) la pensión de asistencia social.</p> <p>La cuantía de la pensión ordinaria por edad se determina de conformidad con las reglas siguientes:</p> <p>a) por los primeros 30 años de servicios, se aplica el 60 % sobre el salario promedio; y</p> <p>b) por cada año de servicios que exceda de 30 se incrementa en el 2 % el porcentaje a aplicar.</p> <p>La cuantía de la pensión extraordinaria por edad se determina de acuerdo con las reglas siguientes:</p> <p>a) por los primeros 20 años de servicios, se aplica el 40 % sobre el salario promedio; y</p> <p>b) por cada año de servicios que exceda de 20, se incrementa en el 2 % el porcentaje a aplicar.</p> <p>El número de beneficiarios mantiene una tendencia creciente en consonancia con el incremento del envejecimiento poblacional en Cuba. El gasto en Seguridad Social sigue una tendencia creciente. Para 2016 alcanzaba cerca del 18% del gasto total del gobierno.</p>

4.3 Salud

Salud	
Niveles de atención (universalidad/ integralidad)	Constitución de la República de Cuba Artículo 50 (1976) Todos tienen derecho a que se atiendan y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho.
Relación público/ privado – % del gasto total	Casi en su totalidad los gastos de salud tienen un carácter público, debido a que además de ser universal y gratuito el acceso al sistema de salud, la mayoría de los aditamentos, medicinas y demás complementos de una atención primaria de elevada calidad son gastos asumidos completamente por el estado cubano. La ínfima proporción que recoge el gasto privado representa, como se comentó con anterioridad, algunos gastos muy específicos y altamente subsidiados en los que solo incurren determinados usuarios y se asocian a necesidades muy individuales, siendo en realidad un aporte simbólico debido al alto grado de subsidio a través de precios y de productos que predomina en este sector.
Grado de cobertura y financiamiento – de la población; fuentes; % de fuente total; porcentual de PIB	Como promedio, los gastos en salud como % del PIB se han mantenido alrededor del 16%. Asimismo, ha venido representando como promedio el 16% de los gastos del presupuesto estatal.
Condiciones de acceso	Todo ciudadano cubano tiene acceso a los servicios (sin distinción ni restricción de ningún tipo)
Marco legal y gestión	El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector) Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios. El financiamiento de cada uno de los eslabones tiene como centro al Ministerio de Salud Pública (MINSAP), el que reúne los fondos de salud y los distribuye entre los distintos niveles y unidades de atención a través de las asambleas provinciales y municipales.

<p>Política de formación y calificación del personal</p>	<p>Uno de los objetivos que propone todos los años el MINSAP es el de consolidar las estrategias de formación, capacitación e investigación. Entre las acciones a llevar a cabo se encuentra: Lograr que las matrículas en las diferentes carreras de las ciencias médicas estén en correspondencia con las demandas del sistema nacional de salud.</p> <p>Garantizar la formación vocacional y la orientación profesional hacia las carreras técnicas y de nivel superior de las ciencias médicas.</p> <p>Lograr que los procesos de superación académica y superación profesional de postgrado estén en correspondencia con las necesidades del sistema de salud.</p> <p>Incrementar las actividades científicas y de superación profesional de los miembros de las sociedades científicas de salud.</p>
---	--

4.4 Asistencia Social

<p>Asistencia Social</p>	
<p>Condiciones de acceso</p>	<p>La asistencia social es un derecho reflejado en la Constitución de la República de Cuba, que en su artículo 48 expresa: “El Estado protege, mediante la asistencia social, a los ancianos sin recursos ni amparo y a cualquier persona no apta para trabajar que carezca de familiares en condiciones de prestarle ayuda. “</p> <p>La necesidad de protección se determina cuando se muestra la incapacidad de los miembros del núcleo familiar para trabajar, y se verifique la insuficiencia de ingresos para asumir la alimentación y medicamentos, el pago de los servicios básicos, y se carezca de familiares obligados a prestar ayuda.</p>
<p>Financiamiento</p>	<p>El Estado cubano aporta importantes recursos para esta actividad, y se planifican cada año a partir de las necesidades que se identifican. Todas las prestaciones del régimen de Asistencia Social son financiadas directamente por el Presupuesto central del Estado, a diferencia del régimen de Seguridad Social que está conformado por el aporte del Estado y la contribución de las entidades laborales y de los trabajadores, en los términos y cuantías regulados en la legislación tributaria.</p>

<p>Marco legal e gestión</p>	<p>Las prestaciones de la Asistencia Social se otorgan por el término de hasta un año, prorrogable según las condiciones excepcionales establecidas en el Reglamento de la Ley No.105/08. Estas prestaciones pueden ser: monetarias, en servicios y /o especies. Son prestaciones en servicios: el ingreso en Hogares de Ancianos, que se ofrece a aquellas personas de edad avanzada que carecen de parientes que puedan prestarles atención; los servicios de asistentes sociales para pensionados por Invalidez o edad y ancianos que lo requieran; el ingreso de menores en Hogares de Impedidos Físicos y Mentales; el alojamiento y atención en albergues de tránsito en casos de consultas médicas u hospitalización de parientes fuera de la localidad de residencia del interesado; la asistencia cultural y recreativa a los ancianos y pensionados por invalidez o por edad; el ingreso de menores en Círculos Infantiles y en los centros con regímenes de internado o seminternado del sistema nacional de educación, cuando existan problemas sociales que requieran una urgente atención y conforme a las capacidades que se destinen a ese fin; la asistencia que, sobre algunos aspectos de la salud la educación familiar u otros, ofrezcan las trabajadoras sociales a familias que lo necesiten. Son prestaciones en especie aquellos artículos cuya entrega a título gratuito en propiedad o en préstamo se determine por los órganos correspondientes de la asistencia social, a fin de resolver necesidades de un beneficiario o de un núcleo familiar. Son prestaciones monetarias las cantidades que se conceden en forma eventual o continua a las personas o núcleos familiares protegidos por las disposiciones de este régimen.</p>
<p>Estructuración da política (acciones, territorio, usuario)</p>	<p>La Asistencia Social se encuentra estructurada en varios programas, el de Adultos Mayores, el programa de Personas con discapacidad, de Atención a las Madres que tiene hijos con discapacidad severa, y los beneficiados con Asistentes Sociales a Domicilio.</p>

<p>Grado de cobertura</p>	<p>Están protegidos por el régimen de asistencia social:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la familia del trabajador asalariado o pensionado fallecido que no estén comprendidos en el derecho a pensión por causa de muerte que estuvieran a su abrigo y protección; b) los trabajadores que reciben subsidio por enfermedad o accidente que requieren de una mayor protección económica por estar sujetos a tratamientos de larga duración y resultar insuficientes sus ingresos; c) los trabajadores que arriben a las edades señaladas para la pensión por edad y no cumplan el requisito de tiempo mínimo de servicios prestados que se exige para obtenerla; d) las madres trabajadoras en el período que disfruten de licencia no retribuida para el cuidado y atención de hijos y que por tal situación carezcan de ingresos económicos; e) la familia de los jóvenes llamados al servicio militar activo que constituyan el único o parte del sostén familiar; f) los huérfanos de un solo padre, pensionados por la seguridad social que al arribar a los 17 años de edad se encuentren estudiando, según el procedimiento que se establece en el Reglamento de la presente Ley; g) los pensionados con ingresos que les resulten insuficientes, según el número de parientes que dependen directa-mente de ellos; y h) otras personas que, sin estar comprendidas en los incisos anteriores, requieran de asistencia social.
<p>Relación público X privado (grado de cobertura, financiamiento, porcentual do PIB)</p>	<p>El gasto en Asistencia Social sigue una tendencia decreciente, respecto al gasto total de gobierno representa menos del 0.5% con respecto al PIB.</p>

4.5 Educación

Educación	
Relación público/ privado – % del gasto total	El sistema nacional de educación en Cuba es público y gratuito en todos los niveles de enseñanza.
Grado de cobertura y financiamento – de la población; fuentes; % de la fuente total	Como parte del presupuesto del Estado los gastos en educación se han mantenido alrededor del 12.4% para 2016.
Condiciones de acceso (en el caso nuestro ser ciudadano cubano)	Todo ciudadano cubano tiene acceso a los servicios (sin distinción ni restricción de ningún tipo). Para ingresar en el sistema de educación superior, los aspirantes (requisito es que tengan el 12 grado vencido), realizan exámenes de ingreso y se compite según las calificaciones obtenidas.
Marco legal y gestión	La educación en Cuba está regida por dos Ministerios: el Ministerio de Educación, responsable de los niveles primario y medio; Ministerio de Educación Superior, responsable del nivel terciario.
Política de formación y calificación del personal	En el caso de la educación superior cuando se observa la estructura de la matrícula por rama de la ciencia, se aprecia un predominio de las ciencias médicas, pedagógicas y un aumento considerable en las carreras de ciencias sociales. No sucede lo mismo con las ciencias exactas donde la matrícula es muy pequeña, cuestión que presenta un comportamiento bien diferente en los países que han logrado niveles de crecimiento importantes.

4.6 Seguro al Desempleo

Seguro Al Desempleo	
Marco legal y gestión.	En octubre de 2010 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) publica en la Gaceta Oficial de Cuba, perteneciente al Ministerio de Justicia, la Resolución No. 35 de dicho año que incluye todos los aspectos relacionados con el reglamento sobre el tratamiento laboral y salarial aplicable a los trabajadores disponibles e interruptos. Los elementos que se abordan posteriormente hacen referencia a este reglamento.
Condiciones de Acceso	Las condiciones de acceso están asociadas al cumplimiento de determinados requisitos en función de los años de servicio del trabajador; es decir, solo son sujeto del mismo personas que hayan estado vinculadas laboralmente durante el período de tiempo establecido.
Nivel de beneficios y servicios	<p>En la resolución citada anteriormente se establece que: <i>“el trabajador disponible que no pueda ser reubicado, cobra como garantía salarial el equivalente al ciento por ciento del salario básico de un mes, a partir de lo cual se procede a terminar la relación laboral.”</i> Sin embargo, si el trabajador disponible no acepta justificadamente la propuesta de reubicación laboral realizada por el Estado y tampoco lograra autogestionarse un nuevo empleo, sólo tiene derecho a recibir de la administración la garantía salarial equivalente al sesenta por ciento del salario básico de un mes, a partir de lo cual se procede a la terminación de su relación laboral.</p> <p>Adicionalmente para aquellos trabajadores que queden disponibles y se encuentren en edad de jubilación tienen la posibilidad de acogerse al retiro. A su vez, en el caso de un trabajador “interrumpido” (por cierre de su centro de trabajo por causas ajenas a su voluntad), este si recibirá la totalidad de su salario equivalente a un mes de servicios; si es reubicado temporalmente recibirá el salario de la plaza que pase a ocupar.</p>

<p>Tiempo de concesión</p>	<p>Adicionalmente al seguro al desempleo descrito con anterioridad y que se aplica a todos las personas que cumplan los requisitos establecidos, si transcurrido el primer mes el trabajador no ha logrado emplearse y acumula diez años o más de servicio; recibe entonces una garantía salarial equivalente al sesenta por ciento del salario básico de la forma siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hasta un mes para los trabajadores que acrediten de diez a diecinueve años de servicio. b) Hasta dos meses para los trabajadores que acrediten de veinte a veinticinco años de servicio. c) Hasta tres meses para los trabajadores que acrediten de veintiséis a treinta años de servicio. d) Hasta cinco meses para los trabajadores que acrediten más de treinta años de servicio. <p>Al vencimiento del período que corresponde a cada trabajador, si no ha logrado emplearse, se da por terminada la relación laboral. No obstante a aquellas personas que no encontrasen empleo y fuesen el único sustento de sus familias, se les tramita beneficiarse vía asistencia social.</p>
<p>Grado de cobertura - Nivel de beneficios asociado.</p>	<p>Con respecto, al grado de cobertura del actual seguro al desempleo, no se disponen de datos estadísticos oficiales respecto a esta temática en Cuba ni se puede precisar el peso exacto que representa con respecto al PIB. No obstante, es posible afirmar que la fuente de financiamiento de dicho seguro es pública; es decir, proviene en su totalidad del presupuesto del Estado.</p>
<p>Financiamiento: fuentes, % de financiamiento, % del PIB.</p>	
<p>Relación Público-Privado (grado de cobertura, financiamiento, % del PIB)</p>	

4.7 Inventário de termos

Termo	Descrição
Protección Social	Forma parte do desenvolvimento social. A dívida social herdada do capitalismo deve ser transcendida com uma abordagem de totalidade capaz de capturar a diferenciação e superá-la para alcançar a justiça social. A vocação humanista do projeto socialista não parte de uma visão reducionista de proteger ao indivíduo; senão de colocá-lo como protagonista do desenvolvimento social para expandir as suas potencialidades.
Política Social	La Política Social es el conjunto de políticas de desarrollo social, que se proponen alcanzar justicia social a partir de hacer ruptura con la lógica del capital heredada. No se reducen a políticas de intervención social, políticas públicas, políticas económicas, políticas ambientales, entre otras. No son complementos o subsidios del bienestar del individuo. Las políticas de desarrollo social no se proponen la igualdad a partir de gestionar, en el plano distributivo y redistributivo, la riqueza creada. Tienen como base la participación de los sujetos desde las relaciones de propiedad en el proceso de producción social. La política de desarrollo social es la búsqueda de justicia social a partir de articular la producción, apropiación, distribución y redistribución. El Estado en este proceso participa como garante del imaginario de sociedad que representa la voluntad de la mayoría. Sus resultados son conquistas de las luchas sociales en continuo desarrollo.
Universalidad, Integralidad y Sustentabilidad	Los términos de universalidad, integralidad y sustentabilidad son fundamentos transversales a la estrategia de desarrollo del proceso de acumulación socialista, partiendo de la conjugación armónica de la coyuntura y la estructura, como expresión articulada del corto y el largo plazo. Se encuentran a un nivel más estratégico del proyecto de sociedad y en coherencia con las condiciones de desarrollo social posible y necesario en cada momento concreto. Se concretan en una matriz de desarrollo a largo plazo, con una visión integral de políticas sectoriales y ramales; acompañadas de políticas macroeconómicas, industriales, empresariales, tecnológicas, energéticas, ambientales y socioeconómicas para una transformación estructural.

Vulnerabilidad, Focalización, Informalidad	La etapa neoliberal del capitalismo contemporáneo ha profundizado la deuda social en nuestras realidades. Funcional a su lógica ha creado categorías como vulnerabilidad, focalización e informalidad para gestionar, dentro de sus marcos, la “cuestión social”. La propuesta socialista se propone superar la deuda social heredada del capitalismo a partir de políticas de desarrollo social con un enfoque integral que garanticen la ruptura y superación con la lógica del capital.
Grado de cobertura	El nivel de cobertura es reflejo el avance de la universalidad y la integralidad en la política social.

4.8 Gráficos gerais

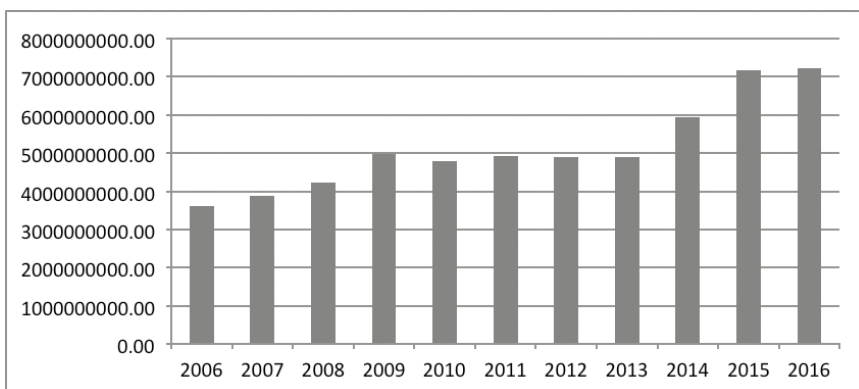


GRÁFICO 1. Presupuesto dedicado al sector salud, 2006-2016.

Fuente: elaboración propia a partir del Anuario Estadístico del 2017 de la Oficina Nacional de Investigación y Estadística (ONEI).

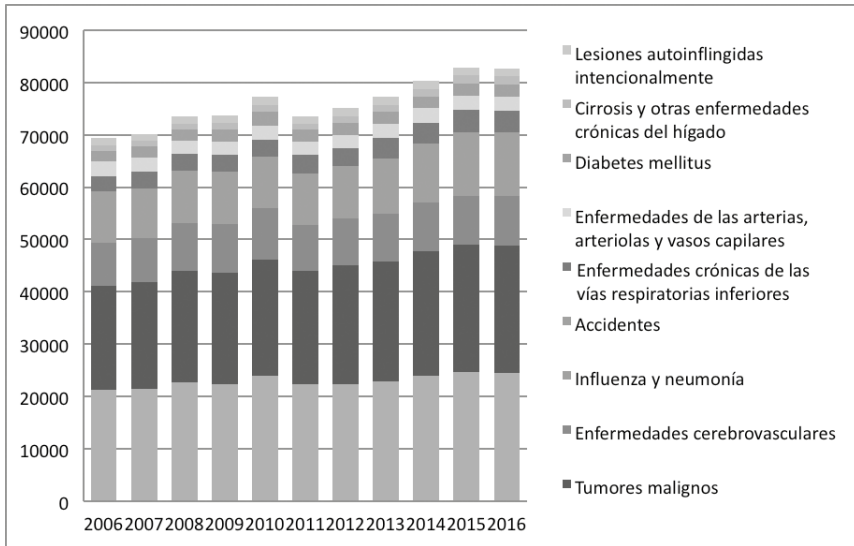


GRÁFICO 2. Principales causas de muerte de todas las edades. 2006-2016.

Fuente: elaboración propia a partir del Anuario Estadístico del 2017 de la Oficina Nacional de Investigación y Estadística (ONEI).

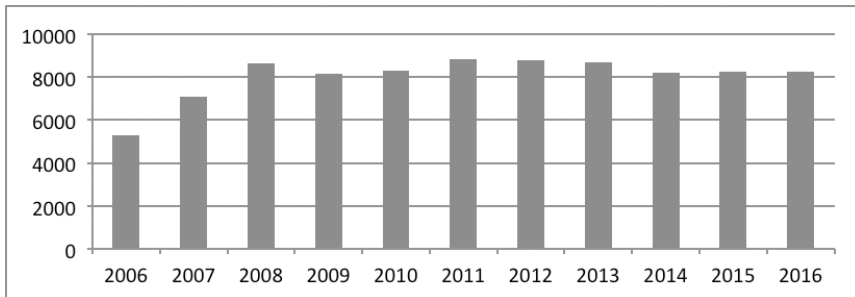


GRÁFICO 3. Cantidad del Presupuesto estatal dedicado a Educación. Cuba 2006-2016.

Fuente: elaboración propia a partir del Anuario Estadístico del 2017 de la Oficina Nacional de Investigación y Estadística (ONEI).

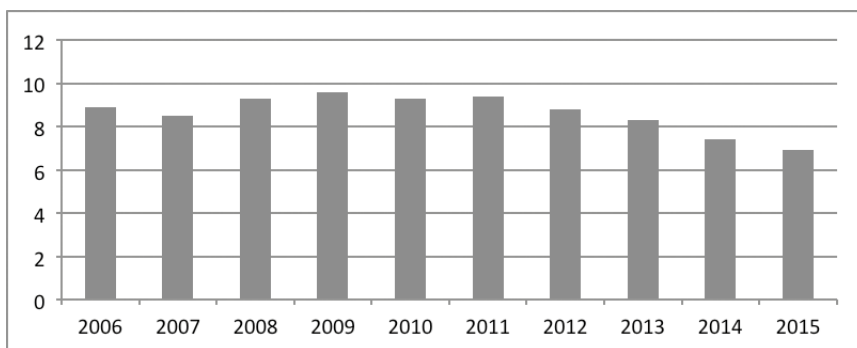


GRÁFICO 4. Estructura del producto interno bruto por clase de actividad económica a precios de mercado. 2006-2016.

Fuente: elaboración propia a partir del Anuario Estadístico del 2017 de la Oficina Nacional de Investigación y Estadística (ONEI).

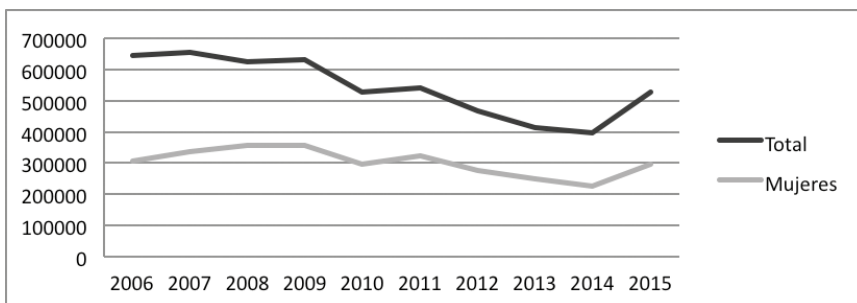


GRÁFICO 5. Participantes en Educación de Postgrado. 2006-2016.

Fuente: elaboración propia a partir del Anuario Estadístico del 2017 de la Oficina Nacional de Investigación y Estadística (ONEI).