

SEGURIDAD SOCIAL EN BRASIL: UNA POLÍTICA SOCIAL CAPAZ DE INCORPORAR A LOS MÁS POBRES EXCLUIDOS DEL MERCADO FORMAL

Raquel ABRANTES PÊGO*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Planteamiento del problema.* III. *El periodo militar y su proyecto de legitimidad: solapando la base corporativa y construyendo la universalización excluyente.* IV. *La Constitución de 1988: afirmación y ampliación de los derechos sociales en un contexto de desaceleración económica y dominio de las ideas liberales.* V. *Enfrentando la deuda social acumulada: generando las posibilidades de incorporación a los más vulnerables.* VI. *Reflexiones finales.*

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los presupuestos que orientan este trabajo se formula en el entendimiento de que las políticas sociales, y en particular los sistemas de previsión social, son fenómenos de naturaleza político-social, y como tales, guardan dimensiones ideológicas, legales, económicas y técnicas. No debemos perder de vista que los sistemas de previsión social no son creaciones del mercado, sino el resultado de la acción del Estado y de la sociedad frente a una cuestión social provocada por el mercado.

A mi entender, la configuración de un sector específico de política social en los Estados latinoamericanos en el transcurso del siglo XX se vincula estrechamente con las experiencias europeas —la bismarckiana con base en seguros sociales, y la Beveridge universalista—, con las características sociopolítico-económicas específicas de cada país, así como con el grado de

* Coordinadora académica del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

Agradezco al pasante de ciencias de la comunicación de la UNAM, Alejandro Vega Mejía, por su apoyo en la elaboración de este documento. También agradezco los acertados comentarios de Fernando Nogueira da Costa.

influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas en diferentes contextos sociales y políticos.

La ausencia de una amplia base de representación social explica en buena medida la existencia en la región de sistemas estratificados de seguro social para poblaciones específicas agrupadas por ocupación e inserción en el mercado laboral formal. Da luces de la fuerte presencia de organizaciones asistenciales para los grupos excluidos del mercado formal de trabajo, con serios problemas de acceso y una cobertura muy variada y de eficacia dudosa. Son sistemas que se caracterizan por la duplicación de servicios y recursos entre los subsistemas que lo componen, con elevados niveles de inequidad en el acceso y cobertura de los servicios.

Las actuales crisis económicas y sus consecuencias a los mercados laborales sitúan nuevamente en la agenda social y gubernamental la importancia de los sistemas de protección social para mitigar la situación de vulnerabilidad que encuentran muchos trabajadores, y, en particular, cuando no se tiene garantizado un piso mínimo de cobertura que garantice acceso a servicios esenciales y transferencia monetaria, con el fin de aportar un ingreso y una seguridad mínima. Uno de los programas brasileños de transferencia monetaria, el Bolsa Familia, comprende actualmente 13 millones de familias.

¿Cómo fue que Brasil llegó a donde está con su política social y, en particular, con relación a la política social dirigida a los grupos sociales más pobres y vulnerables frente al mercado de trabajo? Nuestro argumento camina en dirección en demostrar que en el proceso de contestación al régimen militar hubo una convergencia entre las demandas políticas por mayor abertura política y las sociales, lo que permitió vincular la construcción de la democracia con la necesidad de criar ciudadanía mediante una sociedad más justa y menos desigual. De modo tal, esta exigencia alcanzó la fortaleza suficiente como para considerarse un elemento de la cultura política,¹ y como parte de esa tendencia, la ascensión de gobiernos comprometidos en tesis con la promoción de la ciudadanía social la base de la Constitución de 1988, o sea, el del ex senador Fernando Henrique Cardoso Cardoso (1995-2002), con sus particularidades, y principalmente los de Lula da Silva.

En mi presentación estaré muy atenta a los procesos de transformación de la política social brasileña, la importancia de la Constitución de 1988 y el papel de la política social en el gobierno del presidente Lula da Silva. En primer lugar, presento una breve reseña de las reformas sociales en el periodo militar y de la formación de una agenda social como parte del proceso de

¹ Pereira Leite Marcia da Silva, "Políticas sociais e cidadania", *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva*, Río de Janeiro, vol. 1, núm. 1, 1991, pp. 117-157.

contestación al régimen militar y de construcción de una democracia sustentada en los valores de los derechos sociales. Destacaré la trascendencia de la Constitución de 1988 como expresión de un Estado democrático, y de algunos avances en la política social después de la promulgación de aquella, en particular durante el gobierno Lula a través de las políticas asistenciales y de sus resultados.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Brasil, al igual que otros países de la región, con desarrollo industrial similar, comenzó a construir sus instituciones sociales, en particular su sistema de seguro social, en las décadas de los años veinte y treinta mediante la creación de los institutos de retiro y pensiones por categorías profesionales.

Las primeras cajas de jubilación empezaron a institucionalizarse con la Ley Eloi Chaves, en 1923, y se expandieron y ganaron sus características después de la década de los treinta durante la dictadura de Vargas (1930-1945), cuando los derechos sociales y de ciudadanía fueron vinculados al lugar del individuo en el mercado de trabajo formal mediante la creación de los institutos de Marineros (IAPM, 1933) y Comerciantes (IAPC, 1933), Empleados Bancarios (IAPB, 1934), de los Trabajadores Industriales (IAPI, 1936), Empleados de Empresas de Transporte (IAPETEC, 1938) y Estibadores (IAPE, 1938) y de los Servidores del Estado (IPASE, 1938).² Estos institutos, que también respondían por la atención médica de sus asegurados, administrados por el gobierno con la coparticipación de patrones y empleados, son partes del propio proceso de industrialización, de la organización de la clase obrera y de la institucionalización en el Estado de un complejo sistema de regulación de los conflictos sociales.

En paralelo, hubo un sector de tipo asistencial para la población pobre que funcionó desde los años cuarenta a través de la Legión Brasileña de Asistencia. Dicha labor se caracterizó por su acción clientelar y paternalista. Su función principal era la de “asistir” a la maternidad e infancia, el amparo a los ancianos desvalidos y la asistencia médica a las personas necesitadas. Cabe destacar que su gestión estaba vinculada a la primera dama. También uno de salud pública, cuya acción principal era el combate a las epidemias, la promoción de campañas sanitarias y atención médica a pobres y enfermos especiales (tuberculosis, lepra y siquiátrica).

Ese sistema entró en crisis en el final de los años setenta, después de muchos cambios promovidos durante el periodo militar, en un contexto políti-

² Los países pioneros son Argentina, Uruguay, Chile y Cuba.

co complejo en que ocurrían importantes transformaciones en la sociedad brasileña. Esa crisis coincidió con el fin del régimen militar, y con el fortalecimiento de propuestas surgida del movimiento por la democracia que buscaban un relativo distanciamiento del modelo corporativo bismarkiano de tipo jerárquico hacia uno de naturaleza universalista, en particular en el ámbito del sector salud, donde se discutía la conformación de un sistema único de salud público, de acceso universal y con gestión participativa. Se entendía que la democracia debería representar el fin de la ciudadanía regulada, que permitió la manutención de la estructura de desigualdad social.

En el Brasil de hoy, posterior a la Constitución de 1988, la seguridad social constituye el núcleo duro de la política social y está compuesta por un sistema de pensiones, salud y asistencia social. La denominación “seguridad social” fue adoptada a partir de la Constitución de 1988 con el fin de dar unidad, organicidad institucional y financiera a esas tres áreas sociales.

Desde entonces la diversidad de regímenes y reglas de acceso a los beneficios, así como la necesidad de incluir a los que están fuera del sistema y de construir el sistema nacional de salud ha estado en la agenda política, y viene siendo objeto de justificaciones para reformas. También ha habido críticas y presiones en contra de esas garantías, por considerarlas irresponsables y provocadoras de déficit.³

Hoy el SUS es una realidad. El sistema de asistencia social ofrece un ingreso básico mensual universal a quienes la necesitan, de duración vitalicia y dirigido a personas ancianas, discapacitados, con un enfoque de previsión rural, y es quien responde por el programa “Bolsa Familia”, y está subordinado al Ministerio de Desarrollo Social. El sistema de pensiones subordinado al Ministerio de Previdencia e Asistencia Social es compulsorio basado en el concepto de *solidaridad* y es financiado mediante el modelo de reparto simple, el cual supone que aquellos quienes están empleados en la actualidad sostienen a quienes ya alcanzaron la edad de jubilación. Hay un régimen para los empleados públicos (tanto civiles como militares), uno de tipo general, que está orientado a trabajadores del sector privado, tanto urbanos como rurales, y autoempleados. Finalmente, hay un tercer modelo para aquellos que quieren tener un ingreso adicional una vez que se jubilan, aunque este régimen es de tipo privado. Para jubilarse, el trabajador brasileño puede contabilizar el tiempo de contribución tanto en un régimen como en el otro.

En la opinión de muchos analistas, el sistema continúa siendo injusto: los poderes militares, los servidores públicos y miembros de los poderes Ju-

³ Fagnani, p. 1.

dicial y Legislativo gozan de innumerables privilegios con jubilaciones casi ocho veces mayores a las del sector privado.⁴ Además, argumentan que esta situación aumenta los costos operacionales y facilita los fraudes.

En concepto de pensiones se gasta el 11.5% del PIB (en torno a 160 billones de reales), para salud 3.5% y en cuanto a asistencia social 1% (10 billones de reales). O sea: 16% entre todos para el PIB de 2005. El aporte del tesoro nacional en su financiación es un elemento importante para el equilibrio financiero del propio sistema y para su papel social de redistribución social y regional de la riqueza, en particular el programa de previdencia específico para el área rural. Hoy, la previdencia social participa en la economía de la mayoría de los pequeños municipios brasileños, constituyéndose en una importante fuente de recursos en dichas localidades.⁵

Durante el gobierno del presidente Lula da Silva (2003-2007, 2007-2010), estos tres sistemas —y las políticas que los acompañan— han desempeñado un papel fundamental en la reducción de la pobreza y redistribución de los ingresos en Brasil. Al lado de las pensiones subsidiadas y del aumento del piso del salario mínimo, del empleo formal, uno de los programas sociales más emblemáticos del periodo Lula es la Bolsa Familia, un programa de transferencia monetaria que requiere de ciertas condiciones (nivel de ingreso) y condicionantes (asistir a programas de salud y frecuentar la escuela), cuyos componentes radican básicamente en la salud y en la educación. Su cobertura es de aproximadamente 12.9 millones de familias o 44 millones de brasileños (2006).

III. EL PERIODO MILITAR Y SU PROYECTO DE LEGITIMIDAD: SOLAPANDO LA BASE CORPORATIVA Y CONSTRUYENDO LA UNIVERSALIZACIÓN EXCLUYENTE

Una de las principales acciones de los militares después del golpe de Estado en 1964 fue intervenir en los sindicatos, implementar una política de contención salarial y de intervención directa en la gestión de los institutos de seguro social como parte de la estrategia de eliminación del populismo para promover una gestión tecnocrática, aunque no libre de intereses. Tam-

⁴ En 1996 el trabajador de la iniciativa privada que se jubilaba recibía como media 1.7 salarios mínimos, los servidores de la Unión 13.3 salarios mínimos como media. En el Legislativo correspondía a 30.4 salarios mínimos, y en el Judicial 22.7 salarios mínimos. Véase www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PREBC27.HTM consultado el 07/02/2004.

⁵ Véase Brasil. Secretaría de Previdencia Social, *Panorama de la previsión social*, 3a. ed., Brasilia, Ministerio da Previdencia y Asistencia Social, 2008, p. 135.

bién fue un periodo caracterizado por el centralismo fiscal, aumentando las desigualdades entre los estados.

Algunos autores sustentan la tesis de que los militares tuvieron que valerse de su desempeño económico para legitimarse. En consecuencia, se privilegió el crecimiento a marcha forzada o “a cualquier costo” mediante la producción, extendiendo la sustitución de importaciones hacia los bienes de capital y empeorando la distribución de la renta al generar la dicotomía entre “dinero rico” (con corrección monetaria) y “dinero pobre” (sin corrección monetaria) en un contexto de alta inflación y de no reposición integral de los salarios por los índices de precios facilitado por la represión en contra de los sindicatos.⁶ En consecuencia, Brasil se convirtió en uno de los países más desiguales del mundo. Su resultado fue el llamado “milagro brasileño”, que se hizo notar a partir de 1974. No obstante que el país creció económicamente, muy pocos participaron de los frutos de ese crecimiento. Hacia finales del decenio de 1970 el coeficiente de Gini se situaba en el tramo de 0.600, y permaneció estancado en ese mismo nivel durante veinte años, con un ligero agravamiento en el inicio de la década de los noventa.⁷

Los militares también buscaron legitimación mediante la política social. En un primer momento la política se orientó a la modernización de la máquina burocrática del sistema de pensiones mediante un conjunto de medidas racionalizadoras con vistas a despolitizar la toma de decisiones. El resultado fue un reformismo centralizador y burocrático combinado con una visión tecnocrática, racional y autoritaria de la toma de decisiones, combinado con una tendencia hacia la universalidad de la cobertura.

Se resalta, además, que a pesar de la unificación de los institutos de Previdencia Social y la creación del Sistema Nacional de Previdencia y Asistencia Social (SINPAS en 1977) y una preocupación creciente en promover una mejor coordinación e integración del sistema, la fragmentación y la desigualdad en el acceso e incorporación de nuevos asegurados en carácter de obligatoriedad —trabajadores rurales mediante el Funrural, domésticos, autoempleados, discapacitados— continuó permitiendo la existencia de diferentes regímenes de aseguramiento para la población urbana y rural con diversas categorías de contribuyentes.

Otra característica fue promover una política que favoreciera al sector privado facilitando la concentración de los servicios en las zonas más desarrolladas. En salud, por ejemplo, se privilegió al productor privado de

⁶ Agradezco las observaciones de doctor Fernando Nogueira da Costa.

⁷ Faria, V., *Reformas institucionales y coordinación gubernamental en la política de protección social en Brasil*, Santiago de Chile, CEPAL, 2003.

servicios de salud en detrimento de los servicios de las instituciones de provisión social, en particular la asistencia hospitalaria y la expansión del aseguramiento privado. La modalidad de pago adoptada (unidades de servicio) posibilitó la sobrefacturación en perjuicio del servicio médico prestado y el riesgo financiero para la seguridad social. Por otra parte, reforzó la medicina curativa en detrimento de la medicina preventiva y de la atención de base comunitaria.

En contra de la política social del periodo militar y como parte del proceso de democratización, se organizó un ámbito de movimiento en torno a los problemas sociales para oponerse políticamente al régimen militar. Este congregaba a sectores oriundos de la izquierda comunista y socialista, Iglesias, universitarios, feministas, organizaciones sociales de clase media y moradores de la periferia de las grandes ciudades, así como a gobernadores de los estados donde la oposición iba ganando espacios. Estos movimientos revitalizaron la organización de la sociedad civil, propiciaron que la cuestión social ocupara un lugar importante en el debate político y en la agenda de los gobiernos estatales, permitiendo generar un compromiso entre diversas fuerzas sociales, orientado a la democratización y respuesta a la deuda social.

En el ámbito de la salud, por ejemplo, esa agitación social permitió que se formara un “movimiento por la Reforma Sanitaria brasileña”, que permitió ocupar importantes instituciones sectoriales a los sanitaristas vinculados con la movilización del final del periodo militar. De esa forma, se permitieron avances importantes en la dirección de la unificación del sistema de salud universal, que serían consolidados en la Constitución de 1988, conocida como la “Constitución ciudadana”, cuya marca principal es la unificación de la asistencia y pensiones sustentada en el principio de universalidad y de derecho.⁸

IV. LA CONSTITUCIÓN DE 1988: AFIRMACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LOS DERECHOS SOCIALES EN UN CONTEXTO DE DESACELERACIÓN ECONÓMICA Y DOMINIO DE LAS IDEAS LIBERALES

El proceso constituyente fue marcado por grandes movilizaciones sociales, las cuales se unieron a las demandas hechas por profesionistas del sector, con la meta de afirmar y ampliar los derechos sociales. El resultado fue la inscripción de la salud como un derecho para todos, y además, una obligación del Estado mediante un sistema único de salud, descentralizado

⁸ Abrantes, R. y Almeida, C., “Teoría y práctica de las reformas en salud: los casos de Brasil y México”, en Alba Vega, C. y Bizberg, I. (coords.), *Democracia y globalización en México y Brasil*, México, El Colegio de México, pp. 335-381.

en su gestión y coparticipativo. La asistencia social pasó a ser parte de la seguridad social como un derecho de la ciudadanía, con modalidades totalmente diferentes a las que hasta entonces prevalecían en las instituciones federales, quebrantando la regla clásica del seguro social con base en el contrato de trabajo. Este esquema reconoció al régimen de economía familiar en el campo, impactando de forma importante al trabajador rural. Con esa medida, el régimen general de la previdencia social pasó a tener un papel social muy importante.

En ese sentido, la Constitución de 1988 avanza más allá del principio bismarckiano de seguro social, asociado al contrato de trabajo en un contexto de bajo crecimiento económico; a la vez, revoluciona el modelo asistencial, obteniendo un gran avance, pues se previó como un derecho de la población independientemente de las contribuciones previas de cualquier naturaleza, inclusive las medidas de asistencia se concibieron como un ingreso mínimo.

De modo tal, se previó en el ámbito asistencial la parte del reconocimiento del derecho social a la protección a la familia, a la maternidad, a la infancia, a la adolescencia y a la vejez, también al amparo de los niños carentes, la promoción de la integración al mercado de trabajo, la rehabilitación de los deficientes y la integración a la comunidad; la uniformidad y equivalencia de los beneficios a las poblaciones urbanas y rurales, así como la irreductibilidad del valor de los beneficios. Para ello se garantizó el beneficio de un salario mínimo para las personas en edad avanzada que no dispusieran de los medios para valerse por sí mismas, y también para aquellos que presentaran deficiencias de salud graves. El principio de universalidad del acceso a los beneficios pasó a regir el sistema de protección social alterando el propio modelo de previsión social hasta entonces existente.

La seguridad social pasó a ser financiada por toda la sociedad de forma directa e indirecta, mediante recursos de los presupuestos del gobierno federal, de las entidades federales y de los municipios, de las contribuciones sociales de los trabajadores sobre el salario de contribución en la iniciativa privada y sobre la totalidad de la remuneración, en el caso de los servidores públicos, empresarios —sobre la hoja de salarios y de lucro— y pensionados,⁹ trabajadores autónomos¹⁰ e ingresos por recursos negociados

⁹ La reforma a la seguridad social promovida por el gobierno Lula en 2003 estableció que los servidores públicos jubilados y pensionados pasarían a pagar la contribución previsional equivalente a un 11% de su ingreso.

¹⁰ 15.1% de los trabajadores autónomos contribuyen para el financiamiento de la previdencia social; los trabajadores sin cartera son (12.7%), las empleadas domésticas sin cartera 3.5%.

anualmente en la ley presupuestaria. Estas fuentes diversas de financiamiento tienen vinculación especializada: contribución salarial para las pensiones; recursos de los estados y contribuciones sociales del presupuesto federal, estatal y municipal —Finsocial/Cofias— destinados a la salud, y otras fuentes para la asistencia social.

Ese nuevo modelo sería regulado —cada área tendría su regulación propia y su marco institucional— y se pondría en práctica a partir de 1990, en un contexto de crisis económica, de crecimiento del empleo informal —tres de cada diez puestos de trabajo abiertos fueron asalariados, siendo uno con contrato formal y dos informales— y de agravamiento del cuadro social (43% de la población en situación de pobreza y 20.4% en indigencia)¹¹ bajo el gobierno de Collor de Mello (1990-1992), el primer gobierno electo después de los militares, y catalogable de “fiasco”, concretado en su *impeachment*, seguido de Itamar Franco (1993-1994) cuando Fernando Henrique Cardoso fue ministro de Hacienda y gestionó el Plan Real, que llevó el país a una estagnación económica, y después como presidente (1994-1998 y 1999-2002).

De acuerdo con muchos analistas, el contexto de dominio de las orientaciones de tipo liberal y de la lógica del equilibrio financiero y actuarial del sistema de pensiones, de presión y ataque a los preceptos de la Constitución, y en particular al modelo de reparto simple, acabaron por afectar su proceso de regularización. El debate político-ideológico dejó entrever que el “fin de las ideologías” era más un recurso de poder de unos que un argumento con pretensiones académicas basado en evidencias. Las orientaciones de política social emanadas de la Constitución pasaron al centro del debate político, evidenciando la complejidad del conflicto entre las distintas fuerzas representadas por los diferentes partidos.

De cualquier forma, es posible observar, a partir de 1990, cambios importantes en la legislación para favorecer al trabajador autónomo e informal; entre ellas, el salario de maternidad fue extendido a las trabajadoras autónomas. Cabe mencionar que los grupos sociales excluidos son los que están precariamente empleados y que reciben entre uno a dos salarios mínimos, aquellos cuya inclusión en la seguridad social se hace mediante el pago de una cuota de 20% del salario mínimo, que representa demasiado para ese segmento social. Es también cuando se regula el seguro de desempleo creado en 1986 para el sector formal, pasando a ser financiado por el Fondo para la Protección de los Trabajadores, FAT, creado desde el periodo

¹¹ Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Citado por Vilmar Faria, *op. cit.*, p. 11.

militar, y se definen criterios de elegibilidad para ampliar la base de los trabajadores con acceso y los niveles de beneficio se incrementan.¹² El Sistema Nacional de Empleos (SINE), transformado en agencia pública de empleo, promueve programas para mejorar la calificación de la mano de obra.

Asimismo, se formula la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (1996), operacionalizada con la Ley Arouca (1999), que define 34 distritos sanitarios especiales.

En el ámbito de la asistencia social, en 1993, como parte de la nueva Constitución, fue aprobada la Ley Organizadora de la Asistencia Social (LOAS), que permitiría la aplicación de un nuevo modelo de asistencia social basado en el principio de la universalidad del acceso, participación en la gestión pública, diversidad de las bases de financiamiento e irreductibilidad del valor de los beneficios. Fue cuando se introdujeron dos nuevos programas nacionales de transferencia monetaria directa no condicionada, conocido como Beneficio de Prestación Continuada, dirigidos a ancianos carentes (67 años o más) y a personas con deficiencias físicas graves. Para el final de 1995 se crearon el Consejo Nacional de Previsión Social y el Consejo Nacional de Asistencia Social. Los consejos son entidades de deliberación colegiada donde están previstas la participación del gobierno y la sociedad. Se crea además el Fondo Nacional de Asistencia Social, así como fondos estatales y municipales de asistencia social, con amplia participación social a través de las Conferencias Nacionales.¹³ Desde 2004, este sistema ha sido consolidado en el SUAS —Sistema Único de Asistencia Social—.

Otro hecho importante es la institución del Estatuto Nacional do Idoso (2003), el cual ha posibilitado la reducción de la edad para inclusión en el Beneficio de Prestación Continua (BPC), que se empezó a otorgar en 1996, y que asegura el valor de un salario mínimo al adulto mayor de 65 años o más (antes era 67 años) y a las personas discapacitadas en cuanto comprueben no poseer medios para sobrevivir. También dejó de ser computado, para fines de cálculo, de la renta familiar y el beneficio concedido a cualquier miembro de la familia. Esas medidas han posibilitado una amplia cobertura destinada a la población mayor de setenta años.

¹² Conferencia Interamericana de Seguridad Social, *Informe de la Seguridad Social 2010*, México, Profesionales Gráficos de México, 2009, p. 135.

¹³ Son foros sectoriales con gran capacidad de convocatoria para debatir la política sectorial. Las Conferencias Nacionales de Salud conquistadas por los salubristas, se constituyeron durante el periodo militar como un espacio importante de debate donde se ponían de manifiesto muchos de los embates que ya se venían procesando en los bastidores del ámbito burocrático sectorial desde finales de los años setenta.

V. ENFRENTANDO LA DEUDA SOCIAL ACUMULADA:
GENERANDO LAS POSIBILIDADES DE INCORPORACIÓN
A LOS MÁS VULNERABLES

Es en el gobierno de Fernando Enrique Cardoso (1995-2003),¹⁴ particularmente en su segundo mandato (1999), cuando inician en el ámbito federal los programas nacionales de transferencia de renta focalizados en las familias: *Erradicação do Trabalho Infantil*, *Renta Mínima*, *Bolsa Escola*, *Bolsa Alimentação* y *Auxílio-Gás*.

Antes de que el gobierno federal los promoviera, algunos municipios implementaron los programas desde 1995, tal vez inspirados en el Proyecto del senado “Suplicy”, de renta mínima a toda la población y aprobado por unanimidad. Mientras tanto, Campinas, estado de São Paulo y Brasilia, capital federal, ya los habían puesto en práctica. Los programas mencionados lograron buenos resultados, y de acuerdo con la apreciación de Draibe,¹⁵ fueron formulados sin influencia internacional, y en el caso de Campinas, se llevó a cabo un trabajo socioeducativo realizado por un equipo de psicólogos y asistentes sociales que organizaron reuniones mensuales para discutir temas de educación, economía doméstica, orientación para acceder a los servicios públicos y otros, convirtiendo aquella característica en un factor de éxito para los programas. Las beneficiarias de estos programas fueron las unidades familiares y no los individuos. El criterio de selección era la renta familiar (dos salarios mínimos) o *per cápita* (medio salario mínimo). Cabe observar que la mayor concentración de las ocupaciones constituidas en el país entre 1989 y 2001 ocurre en el segmento de remuneración hasta dos salarios mínimos mensuales.

En el primer mandato de FHC, la reforma del sistema de pensiones del régimen general para el trabajador del sector privado ocupó un espacio importante en la agenda social. La reforma, sustentada en la retórica de reducir el gasto público y controlar el déficit público, fue planteada como una medida para hacer frente a la crisis fiscal del Estado y los cambios

¹⁴ Durante el periodo de Fernando Henrique Cardoso y de Lula se introdujeron cambios paramétricos en el sistema de pensiones. De acuerdo con cálculos realizados, una reforma en dirección al sistema de capitalización implicaría un costo de transición de orden de 20% del PIB. Carvalho, V., “A experiencia brasileira”, Brasil, Secretaría de Previdencia Social, *Reformas dos sistemas de Pensão na América Latina*, Brasilia, Ministerio da Previdencia e Assistencia Social, 2001, p. 136.

¹⁵ Draibe, S., “Bolsa-Escola y Bolsa Familia”, en Cohen, E. y Franco, R. (coords.), *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana*, México, FLACSO, sede México, 2006, pp. 137-178.

demográficos, lo que implicaría cambios en las reglas de la jubilación, a saber: 1) jubilación por tiempo de aporte extinguiendo la de tiempo de servicio;¹⁶ 2) establecimiento del “factor previsional” con criterio de expectativa de vida en el cálculo del beneficio; 3) institución de la edad mínima para jubilación proporcional, y 4) extensión del salario de maternidad a las trabajadoras autónomas. Los sindicatos y el propio Partido de los Trabajadores se posicionaron en contra de esa reforma por considerarla restrictiva con relación al acceso y el valor de los beneficios para los empleados de las empresas privadas; por ello vetaron la posibilidad de hacer extensivas estas restricciones a los funcionarios públicos, quienes seguían gozando de la jubilación integral y condiciones de acceso más favorables.¹⁷

En el ámbito de la salud se destaca la adopción, en el campo del SUS, de un nuevo modelo asistencial, con base en el Programa de Salud de la Familia (PSF) y en el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS). En otras palabras, se buscaba poner en práctica las propuestas de reorganización del modelo de atención centrado en la comunidad y volcado a la promoción y prevención de las enfermedades como parte de una atención integral. Estas propuestas fueron implementadas de manera piloto por el movimiento sanitario estructurado en los setenta a partir de la contestación a la política de salud del régimen militar y de la necesidad de generar un modelo alternativo que fuera centrado en la curación y medicalización de los problemas sociales. En el gobierno Lula, siendo su secretario de salud un militante del movimiento sanitario, ese Programa ocuparía un espacio importante en la política de salud.

En 2000 se aprueba el “Fondo de Combate a la Pobreza”, propio de los movimientos financieros, de un incremento de 5% del impuesto sobre productos industriales y donaciones. Con estos recursos, el gobierno de FHC dio inicio a un conjunto de programas de transferencia en efectivo a las familias pobres. Estos programas, agregados en un solo programa, la Bolsa Familia, constituyeron la bandera política del gobierno del presidente Lula (2003-2010), que hizo de la lucha por la erradicación de la pobreza y la eliminación del hambre, su compromiso social con todos aquellos que como él pasaron hambre y nacieron en la pobreza. Cabe observar que Lula da Silva es el primer presidente de Brasil que no tiene sus orígenes sociales en las elites ni en la clase media urbana escolarizada. Él es oriundo del noreste

¹⁶ Ese cambio reintroduce la concepción de seguro cuyo beneficio está vinculado a la manutención del empleo

¹⁷ Fleury, Sonia, “Primer año del gobierno Lula: la difícil transición”, *Revista Cidob d’Afers Internacionals*, núm. 65, mayo-junio de 2004: s.d.

brasileño, una de las regiones más pobres de Brasil. Su familia emigró para São Paulo en búsqueda de mejores oportunidades, y él logró ser metalúrgico, al trabajar en la principal zona de dicha industria en São Paulo. Al igual que en el gobierno de Cardoso, la política social estaría en cierta medida subordinada a la política macroeconómica de ajuste; sin embargo, con Lula el área social lograría mayor independencia obteniendo mejores resultados. No olvidemos que Lula llegó al poder en 2003 por medio de una alianza relativamente amplia. Aun su vicepresidente, por razones de amistad, era del centro-derechista Partido Liberal (PL), que también era parte de la alianza, pero no gozaba de hegemonía.

El gobierno de Lula retomó la necesidad de reforma del sistema de pensiones para mejorar la inclusión y corregir privilegios de determinadas categorías.¹⁸ En su mandato, la reforma estaría dirigida a la previsión de los empleados públicos federales, estaduais y municipales, en un ambiente de mayor diálogo y negociación, pero también de claro enfrentamiento con una de las fuerzas sociales más importantes del PT: los funcionarios públicos. En ese ambiente de tensión, una de las primeras medidas de Lula fue instituir el *Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social*, una especie de asamblea de notables compuesta por conocidos investigadores vinculados a las luchas sociales, teniendo como objetivo promover debates en torno a las reformas sociales, generar consensos y negociar acuerdos. En el ámbito de la *previdência social*, se instituyó el Foro de Previsión Social (2007), que tuvo una duración de ocho meses, también con la finalidad de promover debates y generar consensos entre los representantes de los trabajadores, jubilados y pensionistas, de los empleados y del gobierno federal.

La reforma propuesta y aprobada en 2003 durante el gobierno de Lula fue una prueba para la credibilidad de su gobierno y su capacidad de negociación. Esta fue anunciada como necesaria para el equilibrio del sistema previsional de los servidores públicos y para conseguir una mayor convergencia con el régimen del sector privado. Una diferencia importante que estuvo en el centro de la reforma fue que el funcionario del régimen de los servidores públicos se jubilaba con su última remuneración, y en el régimen del sector privado, a través de un promedio, la media de los 80% mejores meses, contados a partir de julio de 1994. Además, los reajustes eran también distintos.

El resultado de la reforma fue la introducción de cambios en las reglas de financiación y modificaciones en las normas que rigen las prestaciones; también se buscó mejorar la gestión, en particular la capacidad de fiscaliza-

¹⁸ En 2003, el sistema de pensiones cubría 57.7% de la población ocupada.

ción. Se estableció un piso máximo para las pensiones de 813 dólares (663,6 euros, valores de diciembre de 2003); aumentó la edad de jubilación para el funcionario público (los hombres pasaron a jubilarse a los sesenta años, y las mujeres con 55), y pasó a exigir un tiempo mínimo de contribución de 35 para hombres y 30 para mujeres.¹⁹

Los programas que hoy forman parte de la asistencia social son: Bolsa Familia, el programa estelar del gobierno Lula. Su cobertura es de aproximadamente 12.4 millones de familias. Otro programa importante es el de “Erradicação do Trabalho Infantil”, proveniente del gobierno de Cardoso, así como el “Benefício de Prestação Continuada”, entre otros. Estos programas expresan “los nuevos mapas cognitivos, novedosas matrices de valores y distintas concepciones de justicia social que permiten legitimar las políticas focalizadas de combate a la pobreza y vistas no necesariamente como contradictorias u opuestas a los programas sociales universales”.²⁰

El programa Bolsa Familia, de acuerdo con muchos analistas, provocó una ruptura en la tradición brasileña de combate a la pobreza al transformarse en programa único de estrategia nacional capaz de romper con la fragmentación institucional existente, la falta de continuidad de otros programas, sus bajos resultados y el desempeño excesivamente clientelar. En 1998 había más de 60 programas operando, que cubrían a 200 mil familias. Hoy el programa Bolsa Familia integra también el programa Fome Zero²¹ bajo la responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social.

Bolsa Familia se inició en 2003 con el objetivo de unificar la gestión, regularizar la ejecución y ampliar la cobertura de los programas de transferencia de renta. La gestión del programa es descentralizada, bajo la responsabilidad de los municipios, que formalmente cuentan con unidades de coordinación que se relacionan con los órganos y entidades locales vinculadas al programa y al ámbito federal, de los cuales ambos atienden a los beneficiarios. Su gran desafío fue articular ese programa con la política social como un todo, sumándose con los programas básicos y universales de educación y salud, importantes para la superación de la pobreza. Es de

¹⁹ Schwarzer, H., *La reforma previsional en Brasil y los retos pendientes*, México, Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social, 2004, pp. 14 y 15.

²⁰ Draibe, S., *op. cit.*

²¹ Fome Zero fue propuesto como una estrategia del gobierno de Lula da Silva para la erradicación de la extrema pobreza y la conquista de la ciudadanía para la población más vulnerable al hambre, asegurando el derecho humano a la alimentación adecuada y priorizando la atención a las personas con dificultad de acceso a alimentos. Ese programa no resultó muy exitoso, debido, entre otros factores, a su baja articulación con otros programas. Fleury, *op. cit.*, Draibe, *op. cit.*

cir, Bolsa Familia no es solamente un programa de transferencia monetaria condicionada, sino que está articulado a otras políticas sociales de naturaleza universal, de salud y educación. Es tal vez esa su principal característica y razón de éxito. Esto ha generado una reducción anual de 0.7 puntos entre 2001 y 2007 en el coeficiente de Gini de Brasil, que se utiliza para medir la desigualdad en la distribución del ingreso.²²

Los buenos resultados que Brasil está logrando con su población más pobre, y cuyo reflejo está en la disminución de la tasa de mortalidad infantil y materna, se deben también a la existencia del Programa Salud de la Familia, a la Política Nacional de Promoción de la Salud y las políticas y programas específicos que aseguran atención de la salud a la población indígena, negra, y algunos enfermos específicos. El Programa Salud de la Familia es uno de los más importantes. Está organizado por medio de equipos de salud compuestos por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y cuatro a seis agentes comunitarios de salud, más un equipo de salud bucal introducida desde 2004, y que trabajan en áreas geográficas definidas realizando actividades de promoción en las casas y en las comunidades. Los equipos de salud también coordinan la atención, y son un enlace entre la población y los servicios de apoyo diagnóstico, asistencia especializada y hospitalaria.²³

Igual que Bolsa Familia, el PSF se ha expandido significativamente. En 2010 el programa Bolsa Familia cubría el equivalente a 12.9 millones de familias, 50 millones de brasileños que conforman el 75% de las familias más pobres. En 2010 había aproximadamente 236,000 agentes comunitarios de salud y 30,000 equipos de salud para la familia. Un porcentaje importante de estos trabajadores son contratados, y atienden a cerca de 98 millones de personas en 85% (4.737) de los municipios brasileños. Otro dato importante es que muchos municipios invierten en sistemas regulatorios descentralizados y computarizados para conseguir una mejor integración en la red de servicios. Como modelo a seguir, el Ministerio de Salud ha implementado directrices clínicas basadas en evidencias para la gestión de enfermedades crónicas.²⁴

La población objetivo del programa Bolsa Familia son familias en extrema pobreza, con ingreso mensual *per cápita* inferior a 27.64 dólares. También las familias moderadamente pobres, con ingresos *per cápita* de hasta 55.28 dólares, en particular, aquellas que tienen niños o mujeres embara-

²² Modesto, Lucia (noviembre 11, 2009), Programa Bolsa Familia Ingreso, Acceso y derecho a oportunidades (en línea), en http://www.sas.gov.py/xhtml/notisas/archivo/2009/nov/noti_amplio/Lucia_Modesto_%2024.11.09.ppt#262,51 diapositiva 51, consultado el 24/05/10.

²³ Paim, J. *et al.*, “O sistema de saúde brasileiro: historia, avancos e desafios”, *Saude no Brasil*, mayo 9, 2011. Consultado el 13 de junio de 2011 en www.thelancet.com

²⁴ Paim *et al.*, *op. cit.*, p. 22.

zadas. En general, las mujeres reciben el beneficio (salario mínimo en 2003 de 63 dólares, en 2010 de 275 dólares o debe estar en torno a 300 dólares) *Beneficio básico*: 23.05 dólares, y beneficio variable, que es de 6.91 dólares por hijo con un límite de 20.73 dólares. Las regiones con más alta cobertura son el noreste y el sureste, donde se concentran las familias más pobres. Sin embargo, el sur se encuentra también entre las regiones con más cobertura, a pesar de no ser la región más pobre. En ese sentido, puede afirmarse que hay un problema de focalización. Mediante ese Programa muchas familias que están inseridas en una economía de bajos rendimientos propias del mercado informal son beneficiadas.

Desde 2006, en su segundo mandato, el presidente Lula replanteó la necesidad del crecimiento económico, condición indispensable para mejorar el acceso al sistema de pensiones. Desde entonces, los municipios están siendo incentivados a desarrollar otras actividades para potencializar el Bolsa Familia, tales como alfabetización, capacitación profesional, generación de trabajo y acceso a microcréditos productivos orientados al desarrollo comunitario.

VI. REFLEXIONES FINALES

No nos resta la menor duda de que la cara de la política social ha cambiado. La extinción de la LBA por sí sola ya justifica tal afirmación. Es en sí un acto simbólico en la lucha contra una forma de intervención en el área social no pactada en el derecho social con presupuesto garantizado, como bien fue observado por Ramos y Lobato.²⁵ La asistencia social dejó de ser un programa asistencialista para pobres para convertirse en parte de la seguridad social, conforme al mandato de la Constitución ciudadana. Esa estrategia reforzó el paradigma de la universalidad que orientó la Constitución de 1988 sin impedir la puesta en práctica de programas focalizados. La eficacia de estos últimos fue garantizada, en parte, debido a la vinculación entre las dos estrategias.

También se observa una tendencia prevaleciente en todos los niveles de gobierno (municipal, estatal y federal) no libre de tensiones y pugnas ideológico-políticas y discrepancias en promover, a partir de la política social, una sociedad más justa y humana, donde un mayor número de personas puedan participar del desarrollo del país y de la democracia misma. Aunado a esa tendencia se observa una mayor profesionalización de la política social articulada a una mayor participación de la sociedad civil en todas las

²⁵ Ramos, A. y Lobato, L. s.d., *La transición en las políticas sociales en Brasil: del antiguo paradigma al Registro Único* (en línea), en <http://www.idbocs.iadb.org>

etapas de la política social, una cierta continuidad en determinadas tendencias ideológicas en el ámbito de la salud y del combate a la pobreza, que se refleja en las políticas y programas sectoriales, y una preocupación por los impactos de estos programas en el bienestar de la población. Estos elementos permiten potencializar las acciones y disminuir las prácticas de desvío de recursos para clientelas. Los citados resultados pueden ser comprobados a través de algunos indicadores, aunque de todas formas debemos estar conscientes de que aún hay mucho por hacer y mejorar.

Otra tendencia importante, y que está vinculada a la relación ciudadanía-política social-democracia, es la referente a la participación de los ciudadanos en el proceso de decisión de la política social y en el control del desempeño en los tres segmentos: salud, pensiones y asistencia social, mediante instancias colegiadas previstas en la Constitución de 1988. Esa tendencia se expresa en nuevas relaciones entre la federación, los estados y la sociedad, y un nuevo rediseño institucional, que involucra gobiernos municipales, de los estados y la federación. La participación ciudadana también acompaña a la riqueza nacional: los estados, municipios y sectores mejores posicionados socialmente son aquellos donde se observa mayor participación y capacidad de controlar el gobierno.

En el debate en torno a la reforma del sistema previdenciario en Brasil, por supuesto que encontramos posiciones a favor de un mejor control del déficit público, pero también existe entre los técnicos del gobierno del presidente Lula la convicción en torno al rol social redistributivo de la previdencia social. Incluso, que frente a la crisis económica las pensiones subsidiadas cumplieron un papel anticíclico. Datos de la Pesquisa Nacional de Encuesta Domiciliar —PNAD/1999— citado por Schwarzer (*op. cit.*, 60), mostraron que 34% de los brasileños vivían debajo de la línea de pobreza, y si no hubiera sido por las pensiones subsidiadas, este porcentaje habría alcanzado un 45.3%. En muchos municipios se observó una transferencia de renta vía seguridad social que dinamizó la economía local y redujo el éxodo rural.

De todas formas, aún hay mucho que hacer en el llamado “país de las oportunidades”, como también se requiere de decisiones políticas acertadas y con apoyo social en dirección a una sociedad menos desigual. De acuerdo con un informe recién publicado por la CEPAL, UNICEF “en algunos municipios de Brasil más de 95% de los niños y adolescentes viven bajo la privación de saneamiento”,²⁶ aunque en 2007, 96% de los domicilios disponían de agua encanada y 60% acceso a saneamiento y la mayoría, a electri-

²⁶ En <http://www.eclac.org/publicaciones/xm1/6/42796/libro-pobreza-infantil-america-latina-caribe-2010-pdf> consultado el 13 de junio de 2011.

cidad, y 80% de los brasileños con quince años de edad o más tienen acceso a Internet de banda ancha.²⁷

Las autoridades reconocen que los recursos públicos para la salud no son suficientes, lo que significa un alto gasto privado y en pensiones, y aunque hoy existe una mayor posibilidad de incluir sectores hasta entonces excluidos, todavía hay mucho que hacer. Se reconoce que cerca de 65.1% de la población ocupada en el sector privado del país estaba protegida en 2007. El régimen propio de previsión social garantiza directamente una cobertura provisional a más de nueve millones de personas, y 80% de los adultos mayores tienen acceso a una pensión, lo que ha contribuido para que el sistema de pensiones se constituya en un mecanismo de protección social. Entre 1988 y 2006, el número de beneficiarios del régimen general aumentó de 11 a 25 millones, entre trabajadores urbanos, trabajadores rurales y los beneficiados por el sistema subsidiado, beneficiando al todo, al contabilizar los indirectos cerca de 87 millones de personas. Hay conquistas, como dejó a descubierto recientemente la publicación de *The Lancet* y también el Banco Mundial, pero no son suficientes.

En *The Lancet*, se reconoce que el sistema único de salud ha logrado mejorar ampliamente el acceso a los cuidados de salud primarios y de emergencia. Las desigualdades por nivel educacional en el uso de los servicios están disminuyendo. El 93% de las personas que buscaron los servicios de salud fueron atendidas sin dejar de reconocer que persisten desigualdades socioeconómicas en el acceso. También se logró reducir a la mitad el número de población con desnutrición, y disminuir la mortalidad infantil en las tres últimas décadas en cerca de 6.3% al año, y los fallecimientos por enfermedades infecciosas pasaron de 23% del total en 1970 a menos de 4% en 2007. Por su parte, el Banco Mundial reporta que la pobreza disminuyó de 20% de una población de cerca de 190 millones de habitantes en 2004, a 7% en 2009. El índice de Gini obtuvo una caída de 0.6 en 2001 a 0.53 en 2010. Para esa reducción las transferencias previsionales fueron responsables de sacar de la pobreza a un porcentaje importante.

Estos avances fueron logrados porque el Estado hizo una fuerte y acertada intervención en el área social, lo que demuestra que esta es imprescindible en el Brasil de hoy. La intervención buscó, mediante la política social de renta mínima, integrar en el mercado una parcela significativa de consumidores de bienes y servicios socialmente definidos, y garantizar el acceso universal a la salud, a la educación y al sistema de pensiones como partes del derecho social.

²⁷ Paim, J., *op. cit.*, p. 12.