

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Bienestar y Política Social

Sistemas de Salud en América

Editor invitado

Sérgio Francisco Piola

André Cezar Medici

Tatiane Almeida de Menezes

Bernardo Campolina

Fernando Gaiger Silveira

Luciana Mendes Santos Servo

Sérgio Francisco Piola

Carlos Cruz Rivero

Gabriela A. Luna Ruíz

Raquel Morales Barrera

Carlo S. Coello Levet

Rosa María Marques

Áquilas Mendes

André Cezar Medici

Bernardo Weaver Barros

Célia Almeida

Sección General

Germán Acevedo

Patricio Eskenazi

Carmen Pagés

Jorge Valero Gil

LAS REFORMAS INCOMPLETAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: ALGUNOS ELEMENTOS DE SU ECONOMÍA POLÍTICA

GASTO FAMILIAR Y DEMANDA EN SALUD: UN ANÁLISIS BASADO EN LA ENCUESTA DE GASTO DE LOS CONSUMIDORES -POF- 2002/2003

GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD Y ELASTICIDADES INGRESO POR TIPO DE GASTO EN SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

DEMOCRACIA Y UNIVERSALIDAD: DISCUTIENDO LAS CONDICIONES DE APLICAR TALES CONCEPTOS A LAS ACCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE BRASIL

POLÍTICAS DE SALUD Y BLOQUES ECONÓMICOS

REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EL PAPEL DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES AL FORMULAR LAS AGENDAS Y AL IMPLEMENTAR LAS POLÍTICAS

SEGURO DE DESEMPLEO EN CHILE: UN NUEVO MODELO DE AYUDA AL INGRESO PARA TRABAJADORES DESEMPLEADOS

INFORME SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA 2006
LOS RETOS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA DISCAPACIDAD:
EMPLEO Y ASEGURAMIENTO, Y CONVENIOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL (*Reseña*)



DEMOCRACIA Y UNIVERSALIDAD: DISCUTIENDO LAS CONDICIONES DE APLICAR TALES CONCEPTOS A LAS ACCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE BRASIL

Rosa Maria Marques

Pontificia Universidade Católica de São Paulo, PUCSP
rosamarques@hipernet.com.br

Áquilas Mendes

Fundação Armando Álvares Penteado, FAAP/SP, Brazilian Asociación Brasileña de Economía de la Salud,
Centro de Estudios de Investigación de Administración Pública
aquilasn@uol.com.br

Resumen

Este artículo revisa los determinantes y condiciones del proceso de universalización de la salud pública en países desarrollados, principalmente los europeos, y en Brasil, y se enfoca a resaltar sus diferencias. La primera parte revela las principales interpretaciones sobre la construcción del Estado de Bienestar, enfatizando las características de ese histórico momento y su articulación con los estándares de acumulación prevalecientes. La segunda parte se orienta hacia la comprensión de las condiciones en las cuales se ha definido la universalidad en las acciones y servicios de salud en Brasil, resaltando el hecho que los patrones generales del capitalismo no son ya aquellos del periodo de la posguerra. Enfatiza que el nuevo ambiente interactúa y obliga a la trayectoria brasileña, especialmente en relación a las acciones del Gobierno Federal, enfatizando la desigualdad como característica indeleble de la sociedad brasileña, lo que puede ser considerado un obstáculo para hacer cumplir la universalidad en el país. Sin embargo, a pesar de los impedimentos, ha habido cierto progreso desigual en el estado de salud de la población brasileña, alcanzado después del establecimiento del Sistema Único de Salud Brasileño (Sistema Único de Saúde – SUS), notablemente a través del Programa de Salud de la Familia (Programa de Saúde da Família).

— Palabras clave: determinantes de la universalidad de la salud pública, desigualdad y universalidad, patrones de acumulación y universalidad.
Clasificación JEL: I18, I38, H53.

Introducción

La idea del derecho universal a las acciones y servicios de salud no puede separarse del principio que el Gobierno Federal debe asegurar la cobertura social del riesgo a su población. Alrededor del mundo, este principio está mejor representado en el Estado de Bienestar (EB), que es el resultado de un proceso de construcción largo y duradero.

Sin embargo, siempre que este principio se plantea, ya sea para abogar por él o para señalar la imposibilidad de mantenerlo y la necesidad de establecer otras fundaciones para la protección social, generalmente aparece como producto del periodo de crecimiento económico experimentado por los países capitalistas desarrollados, después del final de la Segunda Guerra Mundial. Esta asociación es hecha tanto por analistas como investigadores, así como por aquellos que escuchan o leen sobre las contribuciones que pueden hacer.

Aunque ésta no es totalmente una asociación errónea, su limitación al periodo de crecimiento de los gloriosos treinta años, como se le refiere en la literatura francesa, no sólo oscurece su proceso de construcción sino que obstaculiza la posibilidad de dimensionar los factores que han facilitado esta adopción. En otras palabras, cuando se enfatiza casi exclusivamente su aspecto económico, el resultado es considerado como un determinante y no facilita entender las dificultades que se enfrentan al implementar la universalidad en países con diferentes estructuras, como los países latinoamericanos. Sin embargo, aún si consideramos sólo el plano económico, podemos claramente observar que la distancia entre las realidades económicas de la posguerra experimentadas en los países desarrollados y en Brasil después de la Constitución de 1988 es extremadamente grande.

Este artículo tiene como objetivo resaltar el hecho de que los elementos determinantes y condicionantes de la universalidad de la salud pública en Brasil son significativamente diferentes de aquellos que existieron cuando fue implementado y desarrollado en los países desarrollados, principalmente los europeos. Para este fin, la primera parte se dedica a la construcción del Estado de Bienestar y presenta las líneas generales de las principales teorías que tratan de explicar su construcción y proveen una interpretación alternativa. Describe las características de su contexto histórico y su interacción con los patrones prevalecientes de la acumulación. La segunda parte se orienta al entendimiento de las condiciones que han definido la universalidad de las acciones de los servicios de salud de Brasil. Comienza con el Sistema Único de Salud y de Seguridad Social y enfatiza el momento político de su surgimiento. Posteriormente, se señala que en la actualidad la situación general del capitalismo es diferente de la del periodo de posguerra, y muestra cómo este nuevo ambiente interactúa y obliga a la trayectoria Brasileña especialmente en relación a las acciones del Gobierno Federal, enfatizando la desigualdad como una característica indeleble de la sociedad brasileña, que obstaculizaría hacer cumplir la universalidad integral. Finalmente, se resalta que a pesar de los impedimentos, ha habido avances en el estado de salud de la población. La tercera parte se dedica a sistematizar las observaciones finales.

1. La Construcción de la Protección Social en el Mundo Desarrollado¹

1.1 La construcción de la protección social como un derecho universal en los países desarrollados: diferentes teorías para explicarla

El *Estado de Bienestar* comprende una serie de políticas públicas orientadas hacia la promoción de la cobertura de riesgos relacionados con discapacidad, enfermedad, accidentes de trabajo y

¹ Esta parte es una versión resumida y revisada de Marques (1997), Capítulo 1.

desempleo². La literatura especializada usualmente identifica diferentes causas para su origen y desarrollo. No obstante, en general, las causas se pueden agrupar en torno de dos grandes líneas de explicación: una que prioriza el orden económico y la otra que considera los factores políticos como determinantes. Los defensores de la primera interpretación entienden al EB como una necesidad implicada por los cambios que resultaron de la industrialización, o como una respuesta a las demandas del sistema capitalista por acumulación y por legitimación. Entre aquellos que asignan mayor importancia a los elementos políticos condicionantes, algunos consideran al EB como un resultado de la expansión gradual de derechos, o un acuerdo entre capital y trabajo organizado, o entornos históricos únicos a las estructuras del Estado e instituciones políticas.

Los principales autores que consideran al EB como una respuesta a los cambios implicados por la industrialización son: Harold Wilensky, Richard Titmuss y Thomas H. Marshall. Para Wilensky, los programas sociales fueron construidos al tiempo que la industrialización cambió radicalmente la vida familiar, asignando nuevos roles a su miembros y reduciendo su capacidad para determinar la reproducción de la fuerza laboral. Fueron elementos claves para la cohesión social y la integración de una nueva sociedad emergente, y pudieron ser implementados sólo por los excedentes generados y acumulados en la industrialización. El desarrollo del EB, en cambio, fue determinado por factores culturales, explicando las diferencias existentes entre países (Wilensky, 1965).

De acuerdo a Titmuss³ los programas sociales fueron expandidos gracias a la creciente división del trabajo implícita en la industrialización. Para Marshall⁴, el origen y desarrollo del EB debería ser considerado como resultado de una evolución lógica y natural del orden social que resultó de la industrialización. Después de la etapa inicial de la industrialización y con el nuevo estilo de vida inherente a ésta establecido, las líneas de fuerza en el sistema social se habrían tornado autónomas, de modo que se ampliara y se consolidara, fomentado por su propia dinámica.

Entre aquellos que ven al EB como una respuesta a las necesidades de acumulación y legitimación del sistema capitalista, están James O'Connor y Claus Offe (O'Connor, 1973 y Offe, 1994). Así, tomando en consideración las condiciones económicas y sociales implicadas por la industrialización, el grado de variabilidad de los programas sociales sería bajo. El EB debería llevar a cabo la función de corregir/compensar las (dis)funcionalidades creadas por la acumulación capitalista en el plano social. Por otro lado, el EB sería la contrapartida necesaria para que el sistema capitalista fluya suavemente.

Entre los autores que enfatizan los elementos políticos condicionantes, considerando al EB el resultado de la expansión gradual de derechos, Marshall destaca nuevamente con su trabajo "*Cidadanía, Clase Social e Status*". Para él, como el *continuum* – de derechos civiles a políticos y de derechos políticos a civiles – es parte integral del proceso de construcción del concepto de

² Algunos autores también incluyen vivienda y educación. La definición restringida es empleada aquí debido a que en la mayoría de los países las políticas de sustitución de ingreso y cuidados de salud son consideradas, ya sea a la luz de los recursos implicados y de las políticas desarrolladas, que son el mayor objeto de la acción pública en lo que respecta a la protección social. La sustitución de ingreso comprende la garantía del ingreso en caso de discapacidad, vejez, desempleo y muerte.

³ Ver Titmuss (1962; 1976; 1974).

⁴ Ver Marshall (1967; 1967a). El primer trabajo se encuentra entre aquellos que explican el surgimiento del EB como un resultado de la industrialización. El segundo trabajo considera al EB como un producto de la expansión gradual de derechos.

ciudadanía en una sociedad capitalista, los programas públicos o sociales representarían el corolario de ese proceso. Muchos otros autores desarrollan sus análisis basados en ese entendimiento. Entre ellos sobresale Rosanvallon: “Los derechos económicos y sociales vienen naturalmente como una extensión de los derechos civiles” (Rosanvallon, 1981, p. 23). A pesar de eso, enfatiza que el movimiento democrático e igualitario comenzado en el siglo dieciocho es el que demanda la expansión en el alcance de la idea de la ciudadanía. Por lo tanto, aun queda algo que es natural.

Ian Gough y Gosta Esping-Andersen entienden el EB como el resultado de un acuerdo entre el capital y el trabajo organizado⁵. De acuerdo a Gough, el EB corresponde a una dada etapa del desarrollo del sistema capitalista y, como O’Connor, entiende que sus programas juegan un papel auxiliar en el proceso de acumulación, de reproducir la fuerza de trabajo y de legitimar el sistema. Sin embargo, cuando reconoce la falta de automatismo en el surgimiento de las leyes que garanticen el desempeño de tales deberes, se mueve lejos de la posición de O’Connor. Lo mismo ocurre cuando dice que la expansión del EB está condicionada a la dinámica de la acumulación y la capacidad financiera de los programas sociales. Para ese autor, la presión de las clases subordinadas y otros grupos organizados interesados, así como su nivel de organización, es decisivo para la introducción de las medidas de protección social y, además, para establecer el grado de centralización de las políticas sociales. Por lo tanto, el desarrollo del EB puede ser percibido como una expresión del acuerdo alcanzado entre capital y trabajo durante los días de posguerra. Aunque se enfatiza la relevancia de las condiciones financieras respecto a mantener el EB, un análisis de esto revela que la expansión o retracción de las políticas sociales se debe principalmente a la relación de poder entre los agentes sociales que han hecho tales acuerdos.

La importancia del grado de organización de los trabajadores es exitosamente entendido por Gosta Esping-Andersen. Además de indicar que las diferencias existentes entre los sistemas de protección social son determinadas por la diversidad del peso social activo asumido por los trabajadores en cada sociedad, asigna a los dirigentes una conciencia del hecho que la implementación de los programas sociales representa, entre otras cosas, la posibilidad de desmercantilizar parcialmente el costo de reproducir la fuerza laboral.

Entre los autores que dan importancia a los elementos políticos condicionantes, están aquellos que perciben el EB como el resultado de las configuraciones históricas únicas a la estructuras del Estado e instituciones políticas. Ellos son: Hugh Hecló, Theda Skopol, Ann Shola Orloff y Margareth Weir *et al*⁶. Para ellos, casi no hay lugar para otras variables más que el Estado. Esta forma de afrontar al EB conduce a un énfasis en los estudios detallados de cada país, comprometiendo de esta manera una comprensión más amplia del fenómeno.

1.2 La construcción de la protección social como un derecho universal en países desarrollados: de la solidaridad de clases a la solidaridad sistémica

Casi todas las teorías mencionadas anteriormente no hacen distinciones entre protección social antes del final de la Segunda Guerra Mundial y el del EB, tendiendo a seleccionar una variable

⁵ Ver Gough (1979); Esping-Andersen (1985; 1985a).

⁶ Ver Hecló (1974); Skopol, (1992); Orloff (1993); y Weir *et al* (1988).

independiente como la única explicación para ese fenómeno. Sin embargo, en el mejor de los casos, una variable supondría únicamente priorizarla y sería un error darle importancia alternativamente a factores económicos o políticos. Tal enfoque no permite un análisis de interacción mutua entre los factores, perdiendo parte de la riqueza implicada por el proceso de construir y desarrollar la protección social.

1.2.1. Primera etapa

La creación histórica de los sistemas de protección social es indistinguible de la misma construcción de una sociedad basada en el salario. Sus orígenes descansan en los mecanismos de apoyo de “ayuda mutua” contruidos por los asalariados industriales. Compuesto de trabajadores en la industria, fueron conducidos a atender las necesidades del desempleo, enfermedad, muerte y edad avanzada (Castel, 1995). De aquellas formas rudimentarias y corporativas de protección social se esperaba que alcanzaran dos objetivos: 1) llenar la brecha que resulta de la destrucción de viejas formas de solidaridad presentes en gremios comerciales y vida rural, causados por el crecimiento acelerado de la industria y las ciudades; 2) servir como una garantía mínima para evitar que los trabajadores quedaran a merced de las condiciones ofrecidas por los capitalistas. Por tanto, la existencia de este tipo de protección social, así como su capacidad de proveer la cobertura esperada, fue directamente dependiente del grado de organización logrado por los trabajadores, aglutinados por campo de actividad, durante las etapas iniciales del proceso de industrialización.

Hasta ese tiempo la única acción desarrollada por el Estado, con el acuerdo concluyente de la iniciativa privada, estaba limitado a la “vivienda de los trabajadores” que, lejos de ser una herramienta de integración social, representaban una poderosa herramienta para controlar a la fuerza laboral (Castel, 1995). Más tarde, debido a la omisión del Estado, algunos empresarios hicieron esfuerzos para garantizar la cobertura mínima de los principales riesgos y necesidades que enfrentaban sus empleados. Las acciones desarrolladas por esos empresarios comprendían, entre otras cosas, vivienda y educación para trabajadores. De acuerdo a algunos autores, entre quienes sobresale Benjamin Coriat, este tipo de protección permitió a los capitalistas fijar y controlar a su fuerza de trabajo (Coriat, 1982)⁷.

Sólo el mayor número de organizaciones independientes de trabajadores condujeron al Estado a tomar la responsabilidad de organizar y administrar la protección social (Esping-Andersen, 1991). Eso sucedió a principios del siglo XX, y se corresponde con la administración de la fuerza laboral llamada Taylorista⁸. La única excepción registrada es el caso de Alemania donde la legislación de seguridad social data de 1880. Sin embargo ese hecho sólo confirma el vínculo existente entre la aparición del Estado en la protección social y el grado de organización de los trabajadores; si la democracia social tuvo profundo arraigo en muchas partes, el principal lugar fue para Alemania, donde ser miembro de un partido era un modo de vida (Broué, 1971).

⁷ Ford, en su libro “Mi Vida y Trabajo”, es claro acerca de esta intención (Ford, 1925).

⁸ La administración Taylorista se refiere a una serie de procedimientos introducidos en el proceso productivo y que permitió a la administración determinar el ritmo de trabajo y cómo debería ser llevado a cabo. Eso dio nacimiento al tratamiento “científico” del trabajo.

La idea de que el Estado comenzara a preocuparse por organizar los sistemas de protección social sólo bajo la presión de las organizaciones de trabajadores no implica indiferencia al hecho de que tales sistemas jugaron un papel importante en la construcción del proceso de ganar un salario. "... en una luz sociológica, nada prueba que los individuos afectados por el *desposeimiento* de su condición de usar su propio trabajo u otras condiciones de supervivencia⁹ se muevan espontáneamente al status de proletarización *activa*, por ejemplo, comenzar a ofrecer su fuerza laboral en mercados de trabajo" (Lenhardt y Offe, 1984, pp.15-16). Entre otras cosas, podían tener recurso a mendigar, robar o emigrar a otras tierras. El trabajo asalariado sólo se hace atractivo cuando el riesgo asociado está cubierto.

El desarrollo desigual de la industria y de las organizaciones de trabajadores explica que la participación del Estado comenzara en diferentes momentos en los diferentes países. No obstante, los riesgos que se incorporaban a la protección ocurrieron de un modo algo similar en todos los países, con el claro predominio de accidentes de trabajo, vejez y discapacidad, sobre otros. En realidad, con la concesión de los beneficios generados de un accidente de trabajo quedan constituidos nuestros sistemas de protección actuales.

La cobertura estaba restringida a los trabajadores urbanos y el financiamiento estaba basado en las contribuciones pagadas por los empleados y los empleadores. El financiamiento del régimen era el de capitalización colectiva, por ejemplo, los ingresos de los fondos eran usados para pagar los beneficios de pensiones y retiro a los beneficiarios elegibles, de acuerdo al efectivo disponible resultado de la rentabilidad de sus activos. Por lo tanto, no había beneficios fijos. En esa organización de protección, la solidaridad era de naturaleza obligatoria y fue establecida entre los trabajadores activos (Olivennes, 1992).

1.2.2. La segunda etapa: el *Estado de Bienestar*

La segunda etapa de la construcción de los sistemas de protección comienza a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial, cuando el sistema Fordista de acumulación se hizo hegemónico alrededor del mundo¹⁰. A pesar de las diferencias nacionales, sus características básicas son la expansión gradual de la cobertura a nuevos segmentos de trabajadores o población, y la incorporación de nuevos riesgos y asuntos sociales en su agenda de acciones. Por lo tanto, universalizar la cobertura a la población en su totalidad y el concepto expandido de protección es inherente al EB. En el campo de la seguridad social, la capitalización colectiva fue reemplazada por el sistema de reparto, lo que significó la introducción de la solidaridad entre las generaciones y el abandono de la solidaridad entre los trabajadores activos.

Universalizar la cobertura implicó superar el obstáculo de que la protección social se dirigiera solamente a los trabajadores urbanos asalariados, y la elección de la ciudadanía como el principio guía para conceder derechos. Una consecuencia de tal cambio profundo fue el uso cada vez más

⁹ Offe se refiere al desposeimiento de los medios de producción y la destrucción del modo de vida rural.

¹⁰ El régimen Fordista comprende cambios en el proceso de trabajo que sustentó la producción en serie y medidas que permitieron el consume masivo, entre las cuales la universalización concedida del ingreso sustituto y los salarios reales aumentaron.

significativo de ingresos fiscales dentro de los sistemas básicamente dependientes de las contribuciones recogidas de la nómina. La garantía de ingresos y servicios, a pesar de la capacidad contributiva del beneficiario¹¹ y el empleo de recursos públicos para financiar los sistemas de protección, moderó la división entre la protección y la Seguridad Social.

Condiciones económicas y sociales al momento de universalizar la protección social: el momento histórico de su implementación.

Los años 50's y 60's fueron marcados por los fuertes cambios en las estructuras económicas y sociales. Según Hobsbawn (1995), ese periodo corresponde a una etapa excepcional, incluso única en la historia del capitalismo. El creciente Producto Interno Bruto (PIB) en países desarrollados sobrepasó todas las estadísticas anteriores, y la industria se amplió en todo el mundo, incluyendo el Tercer Mundo. La economía mundial se internacionalizó, ampliando considerablemente las relaciones de comercio entre naciones. El crecimiento acelerado en inversiones sostenido por altas tasas de beneficios permitió la expansión del empleo de una manera sin precedentes, a pesar de los aumentos de la productividad asegurados por las innovaciones tecnológicas que son una señal de ese período. Hubo tal necesidad de trabajo que, después de que se agotaron todas las reservas tradicionales, las mujeres fueron incorporadas definitivamente en el mercado de trabajo. En los países desarrollados, el empleo asalariado vinculado a derechos se convirtió en la regla.

Respecto al Estado, los gobiernos de todo tipo de tendencias políticas adoptaron la planificación —aunque con diversos énfasis— y consideraron legal la intervención del Estado en la economía y el establecimiento de las condiciones de vida de la clase obrera.

Las naciones (a excepción de países africanos y asiáticos) se convirtieron en predominantemente urbanas, experimentando una caída estrepitosa en el número de trabajadores rurales. Se elevó el nivel de educación, con un aumento excepcional en el número de jóvenes que asistían a las universidades. La tasa de mortalidad cayó y la esperanza de vida aumentó en todo el mundo, gracias a los avances en química y la industria farmacéutica. La combinación de nuevos materiales, de invenciones, de técnicas y de la producción masiva abarató productos industrializados e introdujo algunas mercancías y servicios que eran considerados artículos de lujo en los patrones promedio de consumo. A eso se deben agregar el número de nuevos productos de marca lanzados al mercado, y el aumento significativo en la producción agrícola. La gama de desigualdades se redujo perceptiblemente y, aunque los pobres continuaron existiendo, el individuo promedio vivía ahora más y mejor que antes del antes de la Segunda Guerra Mundial. El hambre endémica desaparecía de la tierra, a excepción de las causadas a consecuencia de guerras y de la demencia política, como dice Hobsbawn al referirse a la situación de China en 1960/1.

A nivel político, que es elemental en el proceso de toma de decisión, la entonces Unión Soviética desempeñó un papel decisivo cuando derrotó a la Alemania nazi. Igualmente relevante fueron la aparición de otros Estados socialistas en el Este y la representación política de trabajadores

¹¹ La introducción de los beneficios mínimos basados en las contribuciones previas contribuyeron al debilitamiento de la lógica de la seguridad. Debido a que algunos que pagaban la seguridad no se les concedía el derecho a ese monto si elegían sólo su esfuerzo individual.

en muchos gobiernos (Przeworski, 1989; Hobsbawm, 1992). Al tomar en la consideración este último factor, el EB también es considerado como protección contra la intensificación de luchas sociales en países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial.

La interacción del Estado de Bienestar con el patrón de la acumulación

Según algunas escuelas del pensamiento, los beneficios y acciones concedidas por la protección social y la política del aumento real de salarios, además del crédito ampliado para los consumidores, eran las contrapartes requeridas para generalizar las reglas productivas que permitieron la producción en serie¹². Simultáneamente, el EB es un elemento clave para esa etapa del capitalismo; ayuda a la puesta en práctica de una manera particular de manejar la mano de obra, una de las bases de la acumulación Fordista.

En un plano más general, era uno de los factores que ayudaron en romper la resistencia de los trabajadores a los métodos Fordistas y a evitar mayores conflictos. En la unidad productiva, la administración de la mano de obra fue caracterizada por la estabilidad del trabajo y las concesiones de aumentos salariales efectivos¹³; en el campo social, fue caracterizada por las garantías concedidas por el EB, la regulación del trabajo y el reconocimiento de sindicatos como los representantes genuinos de la clase obrera. Vale la pena mencionar que en los hechos no había dispositivo legal para conceder estabilidad. La estabilidad era eficaz porque la economía trabajaba con un virtual pleno empleo.

Debido al relativo valor expresivo de los beneficios y a la incorporación de los nuevos riesgos sociales, los salarios no fueron más el único elemento de ingreso para la población asalariada. El costo de la reproducción de los trabajadores comenzó entonces a abarcar los beneficios sociales concedidos a las familias o a los trabajadores, ambos como servicios y a través de las pensiones, subvenciones y el reembolso de gastos. En algunos casos, por ejemplo en Francia en 1990, la participación de las transferencias de ingreso por el EB representó más del 30 por ciento del ingreso disponible de las familias (D'Intignano, 1993, p.55).

Así, durante la etapa de consolidación del EB un vínculo peculiar fue forjado entre el capital y el trabajo. Respecto a las empresas, el acuerdo se basó por un lado en la garantía del trabajo y de los aumentos reales del salario y, por otra parte, con la producción a altas tasas de productividad aseguradas, por la puesta en práctica de la organización científica del trabajo. En el campo social, el acuerdo abarcó la generalización y profundización de la cobertura social de la protección.

Los partidos de los sindicatos y de los trabajadores tradicionales desempeñaron un papel crucial en ese acuerdo. Si por un lado, su participación significó que el Estado y el capital los percibieran como representantes genuinos de los trabajadores, por otra parte permitió canalizar las demandas de esas organizaciones. Eso concedió cierta previsibilidad y control sobre la relación con los trabajadores.

¹² La escuela principal que interpreta el desarrollo de la protección social de la posguerra en este sentido es la escuela francesa de regulación. Para este tema, véase Aglietta (1979) y Coriat (1982).

¹³ Lo que significó que el aumento de la productividad fuera compartido entre trabajadores.

El control llegó a ser incluso más agudo cuando comenzaron a privilegiar el aumento real del ingreso, con salario directo o indirecto. No habría problemas importantes entre el capital y el trabajo, a condición de que la expansión de la acumulación estuviera seguida por aumentos reales de salario y se ampliara la cobertura de riesgos sociales.

Por lo tanto, la protección social era totalmente adecuada a los intereses de la acumulación Fordista. Además de fijar al trabajador en la compañía y de permitir el consumo masivo, proveyó de una cierta previsibilidad en la relación con los trabajadores.

2. La Adopción de la Universalidad Como una Expresión de la Voluntad de Construir una Sociedad Democrática: El Caso de Brasil.

2.1 El sistema unificado de salud y la seguridad social

En la segunda mitad de los años 80's, la discusión sobre la elaboración de una nueva Constitución absorbieron totalmente la atención en Brasil, desde que lo que estaba en juego era la definición de los argumentos que sostendrían el desarrollo del nuevo régimen. Entre tales argumentos, los temas sociales desempeñaron un papel central porque el país se tenía que recuperar de una gran deuda social heredada a partir de la era militar. Con ese espíritu, los constituyentes introdujeron en la Constitución de 1988 la garantía de los derechos básicos y universales de la ciudadanía, estableciendo el derecho a la salud pública, definiendo el alcance de la ayuda social, regulando el seguro de desempleo y ampliando la cobertura de la Seguridad Social. Tales garantías eran el tema de un capítulo específico en la Seguridad Social, simbolizando una ruptura con el pasado.

Los principios que guiaron los sectores progresivos de la asamblea constitutiva eran: extensión de la cobertura, alcanzando los segmentos que estaban desprotegidos; igualdad de trato para los trabajadores rurales y urbanos; puesta en práctica de las políticas de salud y de cuidados con administración descentralizada; participación de los sectores accionistas en el proceso de toma de decisiones y en el control de la ejecución de la política; definición de mecanismos más seguros y más estables de financiamiento; y, garantía de un suficiente volumen de recursos para implementar las políticas de políticas de protección social, entre otros objetivos. En el campo de la Seguridad Social, esos principios han dado lugar al establecimiento de un valor mínimo del beneficio que corresponde al salario mínimo y a la abolición de la diferenciación entre los trabajadores rurales y urbanos, referente a los tipos y al valor de los beneficios concedidos. La Constitución de 1988 mantuvo separada, la seguridad para los trabajadores en el sector formal, en el sector privado de la economía y de los funcionarios federales, estatales y municipales.

Había algunos avances hacia la universalización, ampliación de cobertura y reducción de las desigualdades, antes de la Constitución de 1988. En el campo de la Seguridad Social, específicamente de 1985 a 1987, durante el gobierno de José Sarney, los beneficios urbanos mínimos fueron aumentados¹⁴, el período de gracia reducido y algunos beneficios fueron ampliados a los trabajadores rurales. En lo que respecta al establecimiento del Sistema Único de Salud, que fue introducido en la nueva fraseología constitucional de 1988, es claramente el resultado de un

¹⁴ La legislación previa estableció cuatro valores mínimos diferentes, dependiendo del tipo de riesgo cubierto.

proceso largo de discusiones entre varios sectores civiles de la sociedad que, desde los años 70's, habían experimentado un movimiento de creciente expansión en el acceso a los servicios médicos, aunque de una manera "fragmentada y selectiva" (Draibe y Aureliano, 1989). Desde los años 80's, la aplicación de la descentralización del sistema de salud había sido introducida como prioridad en la agenda pública, con la formulación del Programa Nacional sobre Servicios Básicos de Salud, el así llamado PREV-SAÚDE. Y básicamente a través de la estrategia de Acciones Integradas de Salud emergen, primero sólo como un programa del INAMPS (Instituto Nacional para la Asistencia Médica Preventiva) y más adelante, aumentado durante la Nueva República a través de la creación del Sistema de Saludo Unificado y Descentralizado (SUDES) esa descentralización y la universalización en el acceso llegan a ser gradualmente factibles, puesto que consolidan, dentro del alcance de la reforma de la salud pública, a los jugadores públicos que son cruciales para consolidar este proceso: inicialmente los gobernadores del estado y, después de eso, basado en el movimiento sectorial de "municipalización", los alcaldes de varios municipios.

Sin embargo, a pesar de resultar de ese largo proceso, el establecimiento del SUS representa una ruptura final con el modelo anterior, debido a que: 1) la introducción del derecho universal e integral a la salud suprime también la característica histórica de la segmentación de clientes en el sistema de protección social brasileño; 2) también rompe el modelo de financiamiento anterior que fuera diseñado básicamente a través de contribuciones individuales; 3) constitucionalmente promueve una reorganización político-administrativa profunda, puesto que según la Constitución, las "acciones y servicios de salud pública son parte de una red regional y jerárquica, y compone un *sistema unificado*" organizado conforme a los principios de *descentralización, cuidado integral y participación de la comunidad* (nuestra marca) y, por otra parte 4) la participación de los proveedores privados de en este nuevo sistema se define como complementaria. Por lo tanto, un proceso tan duro implementar, un cambio de esa naturaleza y dimensión requiere necesariamente no sólo cambios político-institucionales, de organización, culturales y financieros, sino también cambios en los conceptos del modelo del cuidado médico.

El establecimiento del acceso universal a la salud como un derecho inherente a la ciudadanía fue coherentemente seguido por la inserción del Sector Salud en el Sistema de Seguridad Social, además del financiamiento sectorial con el presupuesto de la Seguridad Social y la Hacienda federal, estatal y municipal. La composición del presupuesto de la Seguridad Social, sin las fuentes obligatorias para cada área específica, contemplaba la diversa naturaleza de los beneficios y de los servicios que financiaba. Para conceder el financiamiento a los gastos relacionados de la protección social, ampliados por medio de la adopción de la Seguridad Social, y también para hacer al financiamiento menos dependiente de las variaciones económicas cíclicas (principalmente respecto a trabajos en mercado de trabajo formal), los constituyentes definieron que tales recursos estarían basados en el salario (los empleados y las contribuciones de los patrones), las ganancias (incorporando el Fondo de Inversión Social¹⁵ y el Programa de Integración y Formación de los Activos de los Funcionarios Civiles - PIS/Pasep), las ganancias netas de las corporaciones (nueva contribución introducida por la constitución, nombrada Contribución sobre Ganancia Neta - CLL) y el ingreso de competencias y de loterías. Además de esas fuentes, la Seguridad Social también contaría con recursos de los impuestos recogidos por el gobierno federal, los estados y los

¹⁵ En 1991 el Finsocial fue sustituido por la Contribución al Financiamiento de Seguridad Social (Confins).

municipios¹⁶. Por otra parte, el establecimiento de un presupuesto unificado tuvo como objetivo la racionalización de la asignación de los recursos de OSS (presupuesto de la Seguridad Social), evitando la pulverización en el uso de los ingresos de los fondos anteriores. Por otra parte, una ley complementaria dispuso que el 30 por ciento de los recursos del presupuesto de la Seguridad Social serían asignados al SUS. Según la Constitución, esos recursos federales serían aumentados por los ingresos de las haciendas municipales y estatales, para permitir poner el sistema en ejecución.

Los constituyentes también definieron que tales recursos serían asignados exclusivamente a la Seguridad Social. Esto debido a que la trayectoria de la protección social durante la era militar estaba repleta con ejemplos de uso indebido de recursos, por ejemplo para la construcción de la planta hidroeléctrica de Itaipú, y el puente del Río-Niterói, entre otros. Desafortunadamente, todos los gobiernos que tomaron la oficina después de la constitución 1988 han fallado en el cumplimiento de tales provisiones¹⁷.

Otro aspecto del financiamiento de la Seguridad Social abordado por los constituyentes, y que se relaciona de cerca con el concepto de protección social pensado en el cenit del proceso de la democratización de Brasil, es la opinión que un vínculo entre la fuente y el uso dentro de la Seguridad Social sería absurdo. Esa opinión resultó del concepto holístico de protección social, donde la cobertura de un riesgo no podría existir sin garantizar la cobertura del otro. Por lo tanto, durante la discusión anual sobre el presupuesto, se definiría la forma de compartir un conjunto de ingresos previstos para los diversos ramos de la Seguridad Social¹⁸.

La universalización de los derechos y la participación de la comunidad en la definición de políticas sociales fueron basadas en el principio de superar el carácter meritocrático y la adopción de la ciudadanía como criterio de acceso. La ciudadanía es fácilmente reconocible en el campo de la salud. *De una situación donde el servicio público fue orientado solamente a los trabajadores que pagan impuestos en mercado formal, fue convertido en un derecho garantizado para todos.* Referente a la Seguridad Social, ese criterio se traslapa con el anterior: simultáneamente, los trabajadores contribuyentes con beneficios de retiro básicamente los calculaban sobre la base de la coexistencia de sus contribuciones y las de trabajadores rurales e individuos con sueldos muy bajos, que está garantizado por el beneficio mínimo equivalente a un salario mínimo.

2.2 El movimiento que condujo al SUS

“El establecimiento de un Sistema Único de Salud (SUS) se ha considerado como la reforma más exitosa del área social emprendida bajo el nuevo régimen democrático. En su

¹⁶ La Constitución de 1988, sin embargo, no definió cómo participarían los estados y municipios en el financiamiento de la seguridad social. En 1997 se creó la Contribución Provisional sobre las Transacciones Financieras (CPMF) y sus ganancias fueron adicionadas a las establecidas en la Constitución. La enmienda Constitucional #29 fue promulgada hasta septiembre de 2000, estableciendo cómo el Gobierno Federal, estados y municipios se insertarían en el Sistema Unificado de Salud.

¹⁷ Hay innumerables ejemplos, de 1989 a 2006, sobre el uso indebido o intentos de uso indebido de los recursos de la Seguridad Social. Para información detallada véase Ugá y Márques (2005).

¹⁸ El único vínculo obligatorio previsto fue el del PIS/Pasep, el cual fue orientado al programa de seguro de desempleo y al pago de las subvenciones del PIS/Pasep, donde el 40 por ciento de lo que recolectaba se asignaba a los préstamos del BNDES a las empresas.

génesis se puede identificar la organización de un movimiento sanitario expresivo a mitad de los años 70's, en un contexto marcado profundamente por la resistencia social y política al régimen autoritario. El tema de la salud, así como otras demandas de la sociedad brasileña por libertades civiles y bienes colectivos capaces de reducir desigualdades de ingreso, y el acceso a los servicios públicos, eran uno de los ejes de la lucha social y política durante los años 70's y 80's" (Lima *et al*, 2005, p.15).

La literatura brasileña es rica en documentos y análisis de la aparición y el papel desempeñado por el movimiento sanitario en la lucha por la universalización de los servicios y acciones de salud pública. Entre los varios autores que han trabajado en tales temas, destacamos las síntesis de Escorel, Nascimento y Edler (2005). Esos autores, reforzando la idea expresada en la cita arriba, llaman la atención al hecho de que el movimiento sanitario fue estructurado simultáneamente cuando otros movimientos sociales comenzaron a ser re-articulados, aún durante el período militar de la dictadura. Durante el gobierno de Geisel los sindicatos de diversas categorías de trabajadores de la salud, particularmente médicos, académicos e investigadores, comenzaron a discutir varios aspectos de la salud de la gente brasileña y de los servicios públicos de salud y/o de seguridad social. Este movimiento dio lugar a varios seminarios y a la creación de los grupos de trabajo. En el plan de organización, la Asociación Brasileña de Posgraduados en Salud Colectiva (Abrasco) fue creada en 1979, apoyado por los Departamentos de Medicina Preventiva de los cursos de medicina. Las ideas y los conceptos fueron probados y propuestos en secretarías de la salud, donde estaban presentes los representantes del movimiento.

Sobre la democratización de Brasil, aún bajo el gobierno de Sarney, los dirigentes del movimiento tomaron las llaves de las oficinas en las instituciones a cargo de definir y de realizar la política sanitaria del país. Bajo esta influencia, la 8a Conferencia Nacional de Salud fue convocada en 1986, considerado el momento más significativo del movimiento sanitario, cuando las estrategias y la plataforma de la Reforma Sanitaria fueron definidas. Entre varios objetivos se contaron: el acceso a los servicios y acciones de salud para la población entera.

Sin embargo, el párrafo introductorio del ya mencionado libro *Saúde e Democracia - História e Perspectiva do SUS*, organizado por Lima *et al*, (2005), también proporciona una idea clara de las diferencias entre el proceso y el ambiente de la implementación del derecho a la universalización de la salud pública en Brasil, en comparación a países desarrollados. Tales diferencias pueden ser explicadas parcialmente por el hecho de que Brasil garantizó ese el derecho solamente cuando la constitución del "ciudadano" fue decretada, en 1988. En comparación con los países desarrollados, la adopción fue considerada "atrasada" respecto al tiempo y al momento histórico en el cual fue fundada. Analicemos las diferencias.

2.3 El mundo ya no era el mismo

Contrariamente a lo que sucedió durante las tres décadas posteriores al final de la Segunda Guerra Mundial, el capital industrial no gobernó más al proceso capitalista. Desde principios de los años 80's, no había ninguna duda sobre la naturaleza duradera de la reaparición del capital productor de intereses y que eso determinaría los vínculos económicos y sociales de nuestra forma contemporánea de capitalismo. Tal capital tiene como objetivo el "hacer dinero sin dejar la esfera financiera, en la forma de intereses de préstamos, dividendos y otras ganancias que resultan de la

posesión de acciones y de los beneficios asegurados por la especulación acertada” (Chesnais, 2005, pp. 35).

Varios factores determinaron la revigorización del poder del capital financiero. Entre ellos se destaca la decisión de Estados Unidos y Gran Bretaña de implementar las transacciones libres de capital, promover la desregulación de sus sistemas financieros e implementar medidas para promover la centralización de los fondos netos¹⁹ de las corporaciones y familias. A estos factores “institucionales” se debe agregar el hecho que, a principios de la crisis (que llegó a ser evidente a todos a mitad de los años 70’s), las corporaciones americanas que trabajaban en el exterior emplearon sus beneficios no-reinvertidos en la ciudad de Londres, dando a luz el Eurodólar. La amplia disponibilidad del capital entonces fue aumentada por la del petróleo, los “petrodólares”, que sirvieron como base para los préstamos concedidos a los países del Tercer Mundo y, por lo tanto, para la deuda exterior brasileña.

El predominio del capital financiero tuvo gran impacto en el arreglo de la protección social conocido como EB y en la relación de capital/trabajo. Desde el inicio de la crisis, los ataques, y los cuestionamientos al EB fueron intensificados. Muchos países introdujeron dispositivos para obstaculizar el acceso a los beneficios de retiro, aumentaron la participación de los usuarios en el financiamiento de las acciones y servicios de salud, y limitaron la lista de medicamentos libres, entre otras (Mesa-Lago, 2000). Simultáneamente, el mercado de trabajo presentó cambios significativos con respecto a su realidad anterior. El desempleo, que se restringía a problemas que resultaban del sistema de información imperfecta entre demanda y oferta (el llamado desempleo friccional) registró altas tasas en el mundo desarrollado. El trabajo asalariado o el auto-empleo, sin leyes de cobertura social o laboral que caracterizaba el trabajo en América Latina y África, se convirtió en un componente estructural de la realidad de los países desarrollados. Desde mediados de los años 70’s, los aumentos reales de salario —que caracterizaron los años de oro— fueron olvidados y sustituidos por los ajustes que promueven la pérdida en el poder adquisitivo. La exclusión y la pobreza se hicieron significativas de nuevo.

El capital productivo —sofocado por la dominación financiera— es forzado a trabajar en el “eslabón más débil”, es decir, los trabajadores. Reducir el costo de trabajo, entonces, llegó a ser primordial, dado el tamaño de la pérdida de que los poseedores de intereses tomaran los excedentes de la producción²⁰. El capital productivo entonces impuso la reducción de los niveles salariales y abogó por la abolición de las cargas sociales y la reducción significativa en los impuestos, que son los elementos que sostienen el financiamiento de la protección en muchos países. Sin embargo, para mantener los sueldos a la baja sería necesario mantener el desempleo alto: razón por la cual el capital productivo no está interesado en promover algo como una situación de empleo completo (Husson, 2003).

Mientras que el desempleo se convirtió en parte de la vida de los trabajadores otra vez, el movimiento masivo (principalmente el de los trabajadores afiliados a los sindicatos) que había sostenido el acuerdo de la posguerra entre el capital y trabajo fue derrocado sucesivamente. Sólo

¹⁹ La centralización de los fondos netos comenzó en los Estados Unidos en los 50’s, durante los “años gloriosos”, por ejemplo, cuando el capital productivo era indudablemente hegemónico. Sobre este tema, véase Chesnais (2005).

²⁰ De acuerdo a Plihon, la rentabilidad mínima requerida por el capital es 15 por ciento (Plihon, 2005).

para tener una idea sobre su impacto en la capacidad de los trabajadores por seguir defendiendo sus derechos y logros, uno debe recordar la emblemática derrota de los mineros ingleses por el gobierno de Thatcher, y el significado simbólico y concreto de la caída del Muro de Berlín, y de la disolución de la Unión Soviética.

Rápidamente, dependiendo del país, los sindicatos que solían ser extremadamente activos experimentaron una reducción aguda en el número de asociados, aún entre aquellos con trabajos relativamente estables. Para la mayoría de los trabajadores, las condiciones de trabajo cada vez más precarias eran la regla, y un aumento en los trabajos de tiempo parcial con términos-fijo sin derechos (Mattoso, 1994).

2.4 Brasil frente a nuevas restricciones: de un estado de desarrollo a un estado secuestrado por la deuda externa e interna

El aumento de la tasa de interés americana promovido por la Reserva Federal a partir de 1979-1981 trajo consecuencias drásticas a los llamados países del Tercer Mundo, principalmente a los países latinoamericanos. Se había inducido a esos países a que aprovecharan los créditos asociados al petrodólar y, todos de pronto tenían multiplicado el servicio de deuda por tres o cuatro veces. Esa situación dio a luz la crisis de deuda, cuya primera manifestación se dio en México, en 1982, cuando ese país declaró una moratoria.

El alza en las tasas de interés americanas ocurrió cuando Brasil se esforzaba por contrapesar cuentas externas promoviendo una recesión (la primera en la época de la posguerra). Debido a la dificultad de aumento en las transacciones actuales de financiamiento, que llegaron a ser evidentes en 1979, El gobierno de Figueiredo contrajo la demanda efectiva a través de, entre otras medidas, el control sobre los gastos públicos y deudas de las empresas propiedad del gobierno; una caída precipitada de las concesiones del crédito (a excepción de crédito a la agricultura); aumento del impuesto sobre la renta y del impuesto sobre productos importados. Tales medidas condujeron a una caída de 3.1 por ciento del PIB brasileño y a un equilibrio positivo en nuestra balanza comercial, seguido de un aumento de las exportaciones y la reducción de las importaciones. Sin embargo, las tasas de interés internacionales aumentaron en casi 4 por ciento, de modo que sólo los intereses de la deuda representaban el 40 por ciento de las exportaciones brasileñas. La moratoria mexicana empeoró aún más la situación brasileña en el exterior, y las reservas eran negativas a la cantidad de US\$ 2 mil millones de dólares.

El alcance de este artículo no permite calcar la economía brasileña a partir de los años 80's. Aquí, lo que importa es acentuar que desde la crisis de la deuda, Brasil comenzó a experimentar una restricción que llamó (y llama) toda su atención.

El cambio del Estado brasileño data de 1982, cuando el país tuvo que solicitar formalmente al Fondo Monetario Internacional (el FMI), a través de sucesivas Cartas de Intención (cuando estaba dispuesto a cumplir con las condiciones impuestas por esa organización), pasando por varias tentativas de cesar el rápido proceso inflacionario que siguió a todas las crisis económicas brasileñas, la firma de un acuerdo con el FMI, la privatización de empresas propiedad del gobierno y el fomento al capital extranjero, a través de mantener altas tasas de interés (que, entre otras razones, convirtieron la deuda interna en un problema). Ese estado de desarrollo —que había sido un elemento clave en el proceso de la industrialización, que había invertido en infraestructura y

establecido los procedimientos propios del estado de materia prima esencial, además de haber desarrollado el sistema de protección social público— fue reducido entonces a muy pocas funciones. La contención del gasto público, que fuera el primer requisito en el Consenso de Washington de 1990, dirigida a combatir la inflación y a crear los superávit primarios (ingresos-costos), no tomando en cuenta el interés en deuda interna, apartó al Estado de sus deberes anteriores, asociados al período de “desarrollo” — 1930 a 1979 (Mantega, 1984).

Dentro de este panorama de nuevas restricciones a la economía brasileña y a un Estado atado de manos, la Constitución de 1988 estableció que la salud pública es un derecho de todos y una obligación del Estado. Contrariamente a lo que sucedió durante la universalización de la salud en países desarrollados europeos, Brasil no estaba creciendo de una manera sostenida, el Estado hundió *vis-à-vis* su pasado, las tasas de desempleo eran muy altas y el trabajo informal estaba creciendo, tomando el lugar de las ocupaciones con Seguridad Social y los derechos de trabajo.

2.5 Desigualdad como una característica indeleble de Brasil

Otra diferencia entre Brasil y los países que han implementado la universalización de la salud en los días de la posguerra es la permanencia de altos niveles de la desigualdad. Tal desigualdad es manifestada de diversas formas.

2.5.1 Desigualdad de ingreso

El Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2004 resalta que, respecto a la concentración del ingreso, el país pierde solamente frente a Sierra Leona, Swazilandia, Namibia y Botswana. La concentración del ingreso de Brasil es tan alta que, mientras el 10 por ciento más rico tiene el 46.7 por ciento del ingreso, el 10 por ciento más pobre sobrevive con solamente 0.5 por ciento.

A la luz de las familias, los ingresos de las familias más ricas (ingreso mensual familiar, en 2000, arriba de R\$ 10,982.00 de septiembre de 2003), suman 1.162 millones, que corresponden al 75 por ciento del ingreso nacional total. Entre ellos, las 5.000 familias más ricas absorben el 45 por ciento del ingreso nacional (Pochmann, 2004). Esta situación, que es estructural en la sociedad brasileña, empeoró de 1980 a 2000 por varias razones. En 1980, los ingresos medios de la población más rica eran 10 veces más altos que los ingresos medios de la población brasileña en su totalidad. Veinte años más adelante, ese cociente era 14 veces más alto, y 80 veces más alto si se compara con el 20 por ciento más pobre.

Sin embargo, según datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2004 (PNAD), de 2001 a 2004 la participación de el 10 por ciento más pobre en el ingreso nacional aumentó de 12.4 por ciento a 14.1 por ciento y el 50 por ciento más rico cayó de 47.3 por ciento hasta 44.3 por ciento (IBRE, 2005).

2.5.2 Tamaño de la pobreza

Además de esas estadísticas de extrema desigualdad, un contingente grande de la población brasileña vive debajo de la línea de pobreza. Se sabe extensamente que definir la línea de pobreza es un tema extremadamente polémico y genera estimaciones muy diversas. Según el Instituto Brasileño de Economía (IBGE) de la Fundación de Getúlio Vargas, al analizar datos del Censo Demográfico 2000 y adoptando el criterio de R\$ 60.00 mensuales *per capita* como definidor de la línea de pobreza, el 35 por ciento de la población brasileña (57.7 millones de personas) estaría viviendo debajo de la línea de pobreza. Según esa institución, las regiones más pobres de Brasil serían el norte y los noreste, donde 13.8 millones de individuos viven en pobreza extrema; el 26 por ciento de los brasileños en esa situación vive en zonas rurales. En la zona rural de la región norte, por ejemplo, los ingresos medios serían de R\$ 19.67, el más bajo del país.

De acuerdo con el Proyecto Hambre Cero —una Propuesta para la Seguridad del Alimento para Brasil—, la población cuyo ingreso está debajo de la línea de pobreza²¹, que debe estar sujeta a atención prioritaria, comprende 44.043 millones de individuos, en 9.32 millones de familias. La pobreza absoluta comprende al 27.8 por ciento de la población total de Brasil; 19.1 por ciento de la población en regiones metropolitanas, 25.5 por ciento en áreas urbanas no-metropolitanas y 46.1 por ciento de la población rural. Referente a las familias, correspondería a 21.9 por ciento de las familias brasileñas.

Sin embargo, en 2005 los datos publicados por la Encuesta Nacional de Hogares 2004 (PNAD) señalaron, de acuerdo al IBRE/FGV, que la porción de brasileños debajo de la línea de la miseria había caído de 27.6 por ciento (2003) a 25.8 por ciento (2004), registrando el valor más bajo desde 1992, cuando se comenzó a realizar la encuesta. Además, cuando el FGV adopta el ingreso mensual *per capita* de R\$ 115.00 como la línea de la miseria, demuestra que caída en el porcentaje de la población indigente es una realidad de 1992 a 2004 (IBRE, 2005) No obstante, el número de individuos en esa situación es enorme.

A pesar de las diferencias existentes en las metodologías ya mencionadas, la pobreza absoluta en Brasil alcanza claramente una parte extremadamente significativa de su población. El tamaño de esa pobreza cambia al uso de la expresión “focalizada” en un problema para las políticas orientadas a esa población. Obviamente, en un sentido estricto, éstas no son políticas universales, pero el tamaño de la población objetivo es “inmensurable”, muy lejos de esa idea de excepción abogada para por los defensores del bienestar y la caridad (*asistencialismo*) limitado al pensamiento neoliberal.

2.5.3 Desigualdad entre regiones²²

Brasil es un país que registra grandes diferencias entre sus regiones. Entre esas diferencias están: densidad demográfica; actividad económica prevaleciente; niveles de educación; esperanza de vida.

²¹ El equipo de gobierno de Lula empleó, en ese cálculo, el criterio del Banco Mundial de la línea de pobreza (US\$ 1.08/día), ajustando por los diferentes niveles regionales del costo de vida y por la existencia o inexistencia del auto consumo.

²² Esta parte de basa en información del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística- IBGE (Síntesis de Indicadores Sociales para 2004 e IBGE Adolescente).

La región Norte ocupa la mayor parte del territorio brasileño (45.27 por ciento) y está casi cubierta por la cuenca del Río Amazonas. Tiene la densidad de población más baja del país (3.31 habitantes por kilómetros cuadrados) y la esperanza de vida de su población es de 67.34 años. La mayoría de la población (69.9 por ciento) vive en zonas urbanas. En 2003, el promedio de años de escolaridad de la población mayor de 10 años es 6.4 años. La actividad económica está basada en la extracción vegetal y mineral y en la explotación mineral a gran escala, principalmente de hierro y manganeso.

La región Noreste comprende 18.26 por ciento del área total de Brasil. Su economía se basa principalmente en la agro-industria del azúcar y cacao. También destacan las exportaciones de frutas cultivadas en el valle del Río São Francisco, exploración de petróleo en la costa y en la plataforma continental, además del desarrollo del turismo. En esta región vive 28.9 por ciento de la población brasileña, y es ahí donde Brasil registra la esperanza de vida más baja (64.22 años). Su densidad demográfica es 28.73 habitantes por kilómetro cuadrado y la mayoría de la población se concentra en la zona urbana (69.1 por ciento- la más baja del país). El promedio de años de escolaridad de la población del noreste, en 2003, fue cinco años.

El Sureste es la región más importante en Brasil, en términos económicos. Comprende sólo el 10.85 por ciento del territorio brasileño, pero concentra el 42.63 por ciento de su población, con una esperanza de vida de 67.53 años. El promedio de años de educación de la población del sureste en 2003, era de 7.1 años. Su densidad demográfica es 72.26 habitantes por kilómetro cuadrado y 90.5 por ciento de su población se concentra en la zona urbana (la tasa más alta de urbanización en el país). Las dos mayores metrópolis nacionales, las ciudades de San Pablo y Río de Janeiro, están en esta región. Su economía concentra más de la mitad de la producción brasileña, y es fuertemente industrial. Sin embargo, también alberga las mayores granjas de ganado y una significativa producción agrícola, incluyendo caña de azúcar, naranjas y café, con buenos estándares técnicos y alta productividad. Además, posee una cantidad razonable de reservas de hierro, manganeso y petróleo.

La región Sur comprende sólo 6.75 por ciento del territorio brasileño, con una densidad demográfica de 40.74 habitantes por kilómetro cuadrado. La esperanza de vida de su población es 68.8 años, la más alta en Brasil y 80.9 por ciento de su población vive en zonas urbanas. En 2003, el promedio de años de escolaridad de su población mayor de 10 años fue de 6.9 años. Esta región cuenta con alto potencial hidroeléctrico, y en esta región se encuentra la planta de Itaipu. Su economía, tradicionalmente basada en la agricultura, desarrolló un importante parque industrial durante las recientes décadas. La producción agrícola emplea modernas técnicas de cultivo donde el trigo, soya, arroz, maíz, frijol y tabaco destacan entre los mayores productos comercializados.

La región Occidente-Medio comprende solo 18.86 por ciento del territorio brasileño, con una densidad demográfica de 6.51 habitantes por kilómetros cuadrados. La esperanza de vida de su población es 67.8 años y la mayoría (87.7 por ciento) se concentra en las zonas urbanas. En 2003, el promedio de años de escolaridad de población mayor de 10 años fue 6.6 años. Su economía está principalmente basada en la explotación de oro y diamante, pero se ha ido reemplazando gradualmente por la ganadería. La transferencia de la capital de Brasil de Río de Janeiro a Brasilia, en 1960, y la construcción de las vías de ferrocarril que facilitaron el acceso al occidente jugaron un papel importante en su ocupación y desarrollo. Esta región tiene las mayores reservas de manganeso en Brasil, pero aun se mantienen poco explotadas.

2.5.4 El IDH de las regiones y estados de Brasil

La información sobre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para las regiones de Brasil resultan de una metodología adoptada por el Programa de Naciones Unidas hasta 1998²³, antes de la corrección por el efecto ingreso sobre el bienestar de la población.

Además, la información empleada refleja la situación de las regiones en 1991 y, para los estados, la del 2000. A pesar de tales limitaciones, los resultados registrados son un elemento descriptivo adicional de la desigualdad brasileña.

Esto es lo que exponen los resultados para los estados brasileños: estados con un alto nivel de desarrollo humano están mejor que aquellos con niveles extremadamente bajos. Los estados que reportaron los mayores niveles son: Distrito Federal, Santa Catarina, San Pablo y Río Grande del Sur, respectivamente localizados en las regiones de Occidente-Medio, Sureste y Sur. Los estados con los peores resultados están todos en la región Noreste (Cuadro 2). Estos resultados son compatibles con los reportados en el IDH de 1991 sobre las regiones brasileñas (Cuadro 1), donde el Noreste de nuevo registra el peor desempeño.

Cuadro 1
Clasificación de las Regiones Brasileñas por IDH* — 1991

Región	IDH
Sur	0.844
Sureste	0.838
Occidente-Medio	0.826
Norte	0.706
Noreste	0.548

Fuente: IPEA (1996)

* La metodología empleada para calcular el IDH es como sigue: La esperanza de vida se utiliza como el indicador de longevidad; la tasa de alfabetización de los adultos combinada con las tasas de inscripción a escuelas de educación básica, media y superior, son empleadas como los indicadores del nivel de educación. Las tasas son posteriormente reunidas en un solo indicador a través de la técnica de promedios ponderados utilizando ponderadores dos y uno. El ingreso *per capita* se computa como un indicador de acceso a recursos.

²³ De acuerdo a la vieja metodología, cuando el ingreso *per capita* de un país era menor que el promedio global (de US\$ 5,990.00 en 1995), un pequeño aumento en el ingreso tendría un alto impacto en el índice, y cuando el ingreso *per capita* fuera más alto que el promedio global, aún un gran incremento en el ingreso tendría un bajo impacto en el índice. La nueva metodología mantiene el principio de acuerdo al cual un incremento en el ingreso representa menores ganancias al bienestar de la población, pero “suavizan” la curva que ahora es logarítmica.

El Cuadro 2 muestra la clasificación de los estados brasileños por IDH en 2000. Se puede observar que la clasificación de acuerdo a ese índice es normalmente diferente de la que se basa sólo en el ingreso *per capita*. De acuerdo a este último indicador, San Pablo, por ejemplo, se clasifica como segundo, pero, de acuerdo al IDH, clasifica tercero.

Cuadro 2
Clasificación de las Regiones Brasileñas por IDH — 2000

Estados	Clasificación				
	IDH	IDH	PIB per capita	Esperanza de vida	Educación
Distrito Federal	0.844	1	1	5	1
Santa Catarina	0.822	2	5	1	2
São Paulo	0.820	3	2	3	5
Rio Grande do Sul	0.814	4	4	2	3
Rio de Janeiro	0.807	5	3	9	4
Paraná	0.787	6	6	7	7
Mato Grosso do Sul	0.778	7	8	6	10
Goiás	0.776	8	10	8	8
Mato Grosso	0.773	9	9	10	11
Minas Gerais	0.773	10	11	4	13
Espírito Santo	0.765	11	7	12	12
Amapá	0.753	12	14	14	6
Roraima	0.746	13	13	19	9
Rondônia	0.735	14	12	20	14
Pará	0.723	15	20	11	16
Amazonas	0.713	16	18	18	17
Tocantins	0.710	17	19	21	15
Rio Grande do Norte	0.705	18	17	16	19
Pernambuco	0.705	19	15	15	22
Ceará	0.700	20	23	13	20
Acre	0.697	21	16	17	23
Bahia	0.688	22	22	22	18
Sergipe	0.682	23	21	24	21
Paraíba	0.661	24	24	26	25
Piauí	0.656	25	26	23	26
Alagoas	0.649	26	25	25	27
Maranhão	0.636	27	27	27	24

Fuente: Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil.

2.5.4 Desigualdad en la oferta y asignación de los recursos federales en las acciones y servicios de salud pública

En los primeros años que siguieron a la universalización en la Constitución, los recursos del Ministerio de Salud²⁴ (MS) fueron asignados tomando como base la producción de servicios de cuidados hospitalarios y no hospitalarios. Por lo tanto, se estableció la desigualdad en la oferta que se concentró en las regiones más ricas y las ciudades capitales. A partir de 1997 comenzó un proceso dirigido a lograr un mejor balance en la distribución de recursos para las acciones y servicios de cuidado primario, basado en el mecanismo de remuneración *per capita*, llamado Cuidado Básico Mínimo (PAB)²⁵. Para ese propósito, fueron definidos un valor mínimo (equivalente al gasto nacional promedio) y un valor máximo (para los municipios con un gasto histórico mayor al promedio nacional). La estrategia fue complementada por incentivos financieros dirigidos a desarrollar programas específicos, dentro de los que sobresale el Programa de Salud para la Familia. De acuerdo a Porto *et al.*, tales cambios en el sistema de financiamiento de cuidado primario han resultado en una división de recursos más balanceado, que mejoró la situación de las regiones más necesitadas. No obstante, esa acción no ha sido suficiente para cambiar la situación de la desigualdad en el campo de la atención primaria. Entre otras razones, el criterio adoptado falló en tomar en consideración que las poblaciones presentan diferentes composiciones en diferentes regiones (Porto *et al.*, 2003).

Por el lado de los servicios de producción, un vistazo al número de consultas médicas y hospitalizaciones revela las diferencias persistentes entre las regiones (Cuadros 3 y 4), a pesar del reducido nivel de desigualdad²⁶.

Cuadro 3
Número de Consultas por Habitantes del SUS Brasil y Regiones
(consultas por habitantes)

Región / Brasil	1996	1999	2003
Brasil	2.2	2.2	2.53
Nore	1.4	1.5	1.86
Noreste	2.0	2.0	2.33
Sureste	2.6	2.6	2.86
Sur	2.0	2.0	2.36
Centro-Occidente	2.1	2.0	2.41

Source: MS/SE/Datasus – SUS Out patient Clinic Information System (SIA/SUS).

²⁴ En 1996, los recursos federales solían financiar 53.7 por ciento del gasto en salud pública en Brasil (Piola y Biasotto, 2000).

²⁵ En 1998, el Ministerio de Salud estableció varias Reglas Administrativas que cambiaron profundamente el contenido de 96 Reglas de Operación Básica. Entre ellos, el concepto original del PAB —establecido en 1997— fue cambiado y convertido de una Asistencia Básica Mínima a un Cuidado Básico Mínimo. Véase la Regla Administrativa del Ministerio de Salud 3925, del 11/13/1998, que aprobó el Manual para Organizar el Cuidado Básico en el Sistema de Salud Único.

²⁶ Respecto a las hospitalizaciones, se espera que la fuerte presencia de oferta no-SUS contribuya en la región Sur, que es la más rica del país y que reporta el menor número de hospitalización por cada 100 habitantes.

Cuadro 4
Número de Admisiones Hospitalarias (SUS) por Habitantes
Brasil y Regiones
(admisiones por cada 100 personas)

Región / Brasil	1997	1998	1999	2003
Brasil	7.37	7.24	7.29	6.50
Nore	7.17	7.15	7.61	6.53
Noreste	7.70	7.66	7.74	6.91
Soreste	6.84	6.60	6.55	5.81
Sur	8.30	8.11	8.14	7.16
Centro-Occidente	7.58	7.72	7.84	7.61

Fuente: MS/SE/Datasus – SUS Out patient Clinic Information System (SIA/SUS)

Nota: Admisiones hospitalarias por lugar de residencia.

Los investigadores brasileños, entre los cuales se destaca el equipo encabezado por Porto, han tratado de desarrollar metodologías que permitan una distribución de recursos más balanceada.

La metodología propuesta por Porto toma en consideración ambas, “necesidades en salud” y “oferta”, resultando en una distribución de recursos para cuidados hospitalarios y no-hospitalarios dentro de la red del MS que es muy diferente a la que actualmente se hace. Por ejemplo, en vez de otorgar 47.02 por ciento de los recursos del MS, en 1999, a la región Sur, le serían otorgados solamente 39.31 por ciento y la región Norte aumentaría su participación de 24.89 por ciento a 33.52 por ciento (Porto *et al*, 2003).

Respecto a esta metodología, vale la pena mencionar el énfasis colocado en la dificultad del usuario en ganar acceso a los servicios de salud en el país. Es por eso que cuando se definen las “necesidades de salud” esos investigadores usan una serie de indicadores socio-económicos y epidemiológicos, tales como: tasa de analfabetismo; número promedio de individuos que viven en el domicilio; porcentaje de población rural; cociente de muertes infantiles pobremente definidas y aquellas por diarrea/deficiencias, desnutrición; tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, neoplasias y enfermedades infecciosas y transmitidas por parásitos; tasa de mortalidad en la población de 1 a 64 años y en los mayores de 65 años; coeficiente de mortalidad infantil; y, porcentajes de madres adolescentes.

2.6 El SUS frente a presiones económicas

La lucha por los recursos del SUS data de hace largo tiempo, y su primer contenido puede encontrarse en 1993²⁷. Para los propósitos de este artículo, sin embargo, lo que importa son aquellas situaciones donde las presiones económicas, principalmente aquellas que resultan de los

²⁷ Para mayores detalles, véase Medici, Soares y Marques (1994).

esfuerzos dirigidos a alcanzar excedentes primarios, son reflejados en acciones (exitosas o no) que resultan en menor disponibilidad de recursos públicos para la salud. Sin embargo, las situaciones descritas y revisadas aquí se refieren casi siempre a la esfera Federal, aunque muchos eventos son similares a aquellos que ocurren en otras esferas de gobierno²⁸. El objetivo es resaltar que la sociedad brasileña ha experimentado una situación donde el área social, notoriamente la salud, está siendo apremiada por metas económicas y guías, y sufre una apropiación de sus recursos que ponen en riesgo su desarrollo.

a) Ejecución de las provisiones promulgadas en la Enmienda Constitucional (EC) 29/2000 – Las bases para el cómputo de los Recursos Federales.

En 1993, cuando no le fueron otorgados al Ministerio de Salud los recursos previstos en el presupuesto del Gobierno Federal originados por las contribuciones de los empleados y los empleadores, que lo obligaron a hacer un préstamo al FAT, los diputados Eduardo Jorge y Waldir Pires prepararon el Borrador de la Enmienda Constitucional 169 (PEC 169) que, en breve, estableció las condiciones para adjudicar recursos a la salud. Después de esto, muchos otros propósitos vinculados fueron preparados y discutidos en el Congreso Nacional, pero la enmienda constitucional (EC 29) fue promulgada en 2000. Conforme a la EC 29, el Gobierno Federal debería asignar para el primer año al menos 5 por ciento más que el monto concedido el año anterior y para los siguientes años, el monto establecido en el año anterior, ajustado de acuerdo a la variación nominal del PIB²⁹.

Los ministros de Economía y Planeación, a cargo de preparar la propuesta del presupuesto del gobierno Federal y de llevar a cabo las políticas económicas del país, entendieron que el año base sería 1999. Para el Ministerio de Salud sin embargo, y todas las otras organizaciones públicas de salud, el año base sobre el cual el 5 por ciento adicional sería aplicado era el 2000. Las diferencias de interpretación condujeron a una reducción de R\$1.19 billones en el Presupuesto del MS para 2001, cuyo monto pudo haber duplicado los recursos gastados en el Programa de Agentes de Salud de la Comunidad en 2000. Para el equipo económico del gobierno, esta fue otra victoria hacia el logro de superávit primario con el Fondo Monetario Internacional.

b) No-concordancia con conceptos de acciones y servicios de salud en estados y municipios

Para cumplir con las provisiones dispuestas en la EC 29, algunos estados incluyeron excesivamente como gastos en acciones y servicios de salud aquellos derivados de

²⁸ Varios aspectos evidencian las iniciativas y medidas contra el financiamiento de la salud pública que fue empleado por diferentes gobiernos después de la promulgación de la Constitución de 1988. Se destaca entre ellos: el uso de una parte de los recursos de la Seguridad Social para otros fines ajenos a su área de 1989 a 1990; la especialización de la fuente de contribuciones por empleados y empleadores a la Seguridad Social; el establecimiento de mecanismos —Fondo Social de Emergencias (FSE), Fondo de Estabilización Fiscal (FEF) y Separación de los Ingresos del Gobierno Federal (DRU)— que permitieron al Gobierno Federal acceder a los recursos de la Seguridad Social y, por lo tanto, a hacer un mal uso de ellos. Para mayores detalles sobre estas situaciones y aun sobre las descritas aquí, véase Marques y Mendes (2005).

²⁹ Para los estados y municipios, la EC 29 estableció la asignación de, al menos, 7 por ciento de sus ingresos por impuestos, que comprenden transferencias constitucionales para el primer año, y el porcentaje debería incrementarse cada año hasta alcanzar al menos 12 por ciento para los estados y 15 por ciento para los municipios en 2004.

servicios de salud para trabajadores inactivos, empresas de servicios sanitarios, vivienda urbana, recursos de agua, desayunos escolares y hospitales a “clientes cercanos” (como hospitales de funcionarios del Estado civil). Tal uso indebido de recursos ocurrió a pesar de los estándares previos establecidos que definieron cuáles acciones y servicios podrían ser considerados como gastos del SUS. Tales parámetros fueron acordados por el Ministerio de Salud, los estados y sus Cortes de Cuentas³⁰.

Lo mismo ocurrió en algunos municipios, donde los gastos incurridos por trabajadores inactivos fueron considerados como gastos de salud y el 15 por ciento establecido en la EC 29 se ha dado como el mínimo aplicable, cuando fue de hecho el porcentaje exacto a aplicarse aún si las necesidades demandaban gastos más altos.

c) Intentos de reducir el presupuesto del Ministerio de Salud.

La Ley de Directrices Presupuestarias (*Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO*) en el presupuesto de 2004 dispuso que los gastos en seguridad social del Gobierno Federal (EPU), servicio de deuda y recursos asignados al Fondo de Combate y Erradicación de la Pobreza deberían ser contabilizados como gastos del SUS en el Ministerio de Salud. Sin embargo, el Consejo Nacional de Salud y el Frente Parlamentario de Salud reaccionaron fuertemente en contra de eso y pidieron al Poder Ejecutivo enviar un mensaje al Congreso Nacional Brasileño estableciendo que, para los propósitos de las acciones de salud, el EPU y los servicios de deuda deberían ser descontados. En relación al Fondo de Pobreza, el mensaje fue omitido, y esto resultó en una reducción de R\$ 3,571 millones en el presupuesto para el SUS del Ministerio de Salud.

A pesar de los muchos e intensos debates entre las entidades vinculadas al SUS y al Ministerio de Planeación nada cambió. Sólo después de que la Oficina del Ministerio Público Federal (*Ministério Público Federal*)³¹, expidió un reporte contra la decisión Presidencial pidiendo al Presidente Lula suspender el veto a la provisión que precisó que los ingresos del Fondo de Combate y Erradicación de la Pobreza no podían ser contabilizadas como gastos de salud, que de otro modo el presupuesto aprobado podría haber sido considerado inconstitucional, el Gobierno se retractó. Así fue cómo la Ley # 10777 del 25 de Noviembre de 2003 incluyó en su artículo 50, segundo párrafo, una provisión que el EPU, los servicios de la deuda y los gastos del MS junto con el Fondo de Combate y Erradicación de la Pobreza no podían ser considerados como acciones y servicios de salud pública.

d) El vínculo de la EC 29 se convierte en objeto de atención en el campo económico.

A finales de 2003, el Gobierno Federal presentó un documento relativo al nuevo acuerdo en el Fondo Monetario Internacional³², expresando su intención de preparar un estudio

³⁰ Resolución # 322 del Consejo Nacional de Salud, del 8 de Mayo de 2003, decretado por el Ministerio de Salud.

³¹ La decisión del Ministerio Público Federal en la opinión técnica del Ministro Claudio Fontelles fue dada sobre la base de una representación puesta antes por el Diputado Federal Roberto Gouveia (PT-SP), por el ex Diputado Federal Eduardo Jorge (PT-SP) y por la entonces miembro de la Asociación Brasileña de Economía de la Salud, Áquilas Mendes.

³² El documento de refiere a un nuevo acuerdo con el FMI y está dirigida al Director Ejecutivo, Köler (ME, 2003).

sobre las implicaciones producidas por la restricción constitucional de los gastos sociales —salud y educación— a los ingresos presupuestales de los gobiernos Federal, Estatal y Municipal. La justificación fue apoyada por la idea según la cual las asignaciones de recursos públicos realizadas de manera más flexible podrían facilitar el camino hacia el crecimiento del País (ME, 2003, p.3).

Dentro del SUS, el gobierno intentó liberar al MS de su obligación de gastar el mismo monto que el año previo, más la variación nominal del PIB; para los estados el 12 por ciento de sus ingresos por impuestos, incluyendo las transferencias constitucionales; y, para los municipios el 15 por ciento, como se definió en la EC 20.

e) El Presupuesto del Ministerio de Salud 2006 en peligro de extinción.

El borrador preliminar de la Ley de Directrices Presupuestarias (LDO) para el presupuesto de 2006, presentado por el Gobierno Federal a la Casa de Diputados, afirmó que los gastos de cuidado hospitalario para personal militar y su dependiente (sistema cerrado) debería ser considerado cuando se calculen los servicios y acciones de salud. De haberse considerado ese gasto, los recursos asignados al Ministerio de Salud se habrían reducido en aproximadamente R\$ 500 millones. Frente al pronunciamiento público del MS, rechazando esa interpretación, y frente a la movilización de la entidades de salud, el Gobierno Federal fue obligado a retractarse y reformular su propuesta.

2.7 El SUS y mejores condiciones de salud para los brasileños

A pesar de las dificultades inherentes a la situación de restricciones y desbalances impuestos por la economía, la implementación del Sistema Único de Salud fue seguida por una mejora en las condiciones de salud de la población brasileña. Noronha *et al*, cuando analizó la información disponible de la base de datos del Ministerio de Salud (DATASUS), sobresalen varios elementos que indican la mejora. Destacan entre otros:

a) Descenso de la tasa general de mortalidad de 6.26 a 5.6 por cien habitantes, de 1980 a 2002;

b) Descenso de la tasa de mortalidad infantil de 45.3 a 25.1 por mil nacidos vivos, de 1990 a 2002. De acuerdo a los autores, la reducción parece estar relacionada con el aumento de la cobertura de saneamiento básica, oferta de agua, servicios de salud, programas de salud para la madre y el niño, campañas de vacunación y programas de alimentación de pecho y rehidratación oral. Durante el último año, el estado de Alagoas, en la región Noreste, reportó una tasa de 52.6 por mil nacidos vivos, y la región Sur de 16.1/1,000 (MS, 2006);

c) Cambio en la tasa de mortalidad por causas. En 1980, entre las cinco principales causas de muerte definidas, estaban: enfermedades circulatorias, causas externas, enfermedades infecciosas y transmitidas por parásitos, y enfermedades respiratorias. En el año 2000, las enfermedades infecciosas y transmitidas por parásitos directamente relacionadas a la oferta de agua, tratamiento sanitario del alcantarillado y desagüe, dejaron de estar entre las cinco mayores causas de muerte (Noronha *et al*, 2005).

También valdría la pena mencionar el aumento de la cobertura del Programa de Salud para la Familia (PSF) y, en el otro nivel de complejidad, la excelencia internacionalmente reconocida de los programas de SIDA y STD.

El PSF fue establecido en 1994, pero sólo después de 1998 se consolidó como una política prioritaria del Ministerio de Salud. El eje central de este programa es el de fortalecer el cuidado primario, y está compuesto por un equipo de al menos un médico, una enfermera, una asistente de enfermera, y cuatro o seis agentes de salud comunitarios. De 1998 a 2004, la población brasileña cubierta por el PSF saltó del 6.58 por ciento al 40 por ciento³³. El nivel de cobertura varió entre las regiones y municipios. Por lo tanto, en el 2004, mientras que la región Noreste reportó un porcentaje de 54.85 por ciento, la región Norte registró 34.17 por ciento y la Sur 29 por ciento, por ejemplo. Para la región Norte la cobertura es preocupante, ya que su población, en general es de bajo ingreso, registrando el segundo IDH más bajo, como se observó anteriormente.

En relación a los municipios, en 1998 sólo 9.41 por ciento de la población que vivía en municipios con menos de 20 mil habitantes era asistida por el PSF. Sin embargo, la cobertura aumentó en esos años y, en 2004, ya había alcanzado 65.29 por ciento. Esto no ocurrió en los municipios de 20 mil a 80 mil habitantes y con más de 80 mil habitantes. Durante los últimos años, la cobertura ha sido de 27.5 por ciento de la población. Tomando en consideración el promedio de ingreso familiar *per capita*, uno puede observar que en 2004 la población más pobre, con un promedio de ingreso *per capita* menor que el salario mínimo, reportó 58.49 por ciento de cobertura, y para aquellos con un promedio mayor al ingreso promedio, igual o mayor que dos veces el salario mínimo, la cobertura fue de 24.89 por ciento (MS, 2006).

Respecto al impacto del PSF, mencionaremos dos ejemplos de hallazgos descubiertos por el Ministerio de Salud. Respecto a la relación de muertes de niños de menos de dos años, de causas definidas de pobreza, el MS dice: “la variación promedio anual para este indicador muestra que la mayor cobertura del PSF clasifica por grupos de municipios, mientras más fuerte es la caída de la relación de muertes infantiles por causas de pobreza definida” (MS, 2006, p.90). En relación a la tasa de mortalidad infantil en los municipios con bajo IDH, mientras más grande es la cobertura del PSF, más grande es la reducción (MS, 2006, p.171).

3. Observaciones Finales

Específicamente para Brasil, la universalización del derecho a la salud pública se llevó a cabo a través de procesos y ambientes diferentes a los de los países desarrollados. Brasil adoptó únicamente este derecho a través de su Constitución de 1988, y es un caso tardío en ambos términos de tiempo y momento histórico que lo propició.

El sistema de protección social brasileño, se basó en el principio de universalidad y solidaridad entre las áreas que componen la seguridad social, y se estableció en el cenit de una nueva etapa del capitalismo, el de la hegemonía financiera. En ese momento, el Estado de Bienestar en el mundo desarrollado estaba sujeto a críticas consistentes con la nueva lógica de generación de intereses

³³ En 2005, el PSF se basó en 23.9 mil equipos dispersados entre 4.9 mil municipios. La cobertura nacional era ya de 43.4 por ciento.

del capital financiero y comenzó a sufrir reformas más o menos significativas. A su vez, las condiciones del mercado laboral probaron lo opuesto a los “Gloriosos Treinta Años”, por ejemplo, el empleo estructural emergió y, aún más preocupante, el aumento de las precarias relaciones laborales. Esa situación problemática del mercado de trabajo ha afectado también a Brasil, intensificando sus precarias tendencias históricas.

Como surge de este artículo, el debilitamiento del modelo de desarrollo brasileño comenzó en 1980, exactamente cuando el capitalismo contemporáneo comenzó a evidenciar su transformación. Entre otros impactos diferentes de ese nuevo ambiente sobre la sociedad brasileña, uno de los más notables fue la sustitución del Estado evolucionista por un Estado secuestrado por sus deudas internas y externas. Castigado por demandas de acreedores y compromisos hechos durante las negociaciones, muchas veces en los 25 años, particularmente en los últimos gobiernos, el Estado redujo su tamaño y trató de reducir sus gastos, incluyendo los del campo social. Durante la última década, la continuidad de ese proceso ha convertido el superávit primario en el mayor objetivo del equipo económico de Brasil.

Por lo tanto, puede observarse que al mismo tiempo que el SUS fue implementado sobre la base del sistema público y universal, la crisis fiscal y financiera del Estado se intensificó conduciendo a los gobiernos Federal y estatal a limitar la asignación de recursos a la salud. Ese ambiente de poca capacidad del Estado y de falta de crecimiento económico fue completamente diferente al periodo en que tuvo cabida la universalización de la salud en los países desarrollados de Europa.

Finalmente, vale la pena apuntar que la herencia de la problemática estructural de la situación socioeconómica de Brasil ha empeorado en las últimas décadas, exactamente durante la consolidación del derecho universal a la salud. Ambas, la permanencia de pobreza y el alto grado de desigualdad del ingreso y los desequilibrios regionales en Brasil, así como el difícil acceso a los servicios de salud y la insuficiente oferta y asignación de los recursos federales a las acciones y servicios de salud, señalan la especificidad y diferencia de Brasil en comparación a los países que han implementado la salud universal en los años de la posguerra.

Además, la desigualdad en la oferta, que es brevemente mencionada en la parte 2.3.4, es un obstáculo importante para la universalización total. Tal desequilibrio resulta de la forma en que fue construido el sistema de salud público y de cómo las dinámicas de la acumulación industrial han sido colocadas espacialmente en el país. Es ampliamente conocido que el equipamiento disponible para los servicios públicos de salud está compuesto de equipos de su propia red y del sector privado que están disponibles a través de acuerdos, pues desde la creación del sistema público a la red privada existente se le otorgó la condición de auxiliar y/o complementar. Y la localización de sus equipos y unidades, en ese tiempo y en las décadas subsecuentes ha seguido el desarrollo urbano y económico de la nación, que está más presente en las regiones costeras y en el Sureste. La interiorización que tuvo lugar con la creación de Brasilia cambió esta situación. Por el lado de la inversión pública, principalmente la inversión en hospitales, la dinámica fue prácticamente la misma y muchas veces seguida del florecimiento de centros universitarios y principales ciudades capitales brasileñas.

Este aspecto adicional de la desigualdad brasileña es tan difícil de superar como los otros, convirtiéndose en un reto para la continua implementación de la salud pública universal en Brasil. No obstante, como se mencionó previamente, a pesar de las dificultades inherentes a este sentido de desequilibrios y restricciones impuestas por la economía, la implementación del Sistema Único de Salud ha sido seguido los pasos de un mejoramiento en las condiciones de salud de la población

brasileña, mayor acceso, reducción de los desequilibrios y diferencias regionales, y avances relativos en el otorgamiento de recursos. Entre las acciones en el plan de cuidados básicos, el desarrollo del Programa de Salud Familiar adquiere destaque.

Referencias

- Aglieta, M.** *Regulación y Crisis del Capitalismo*. México: Siglo Veintiuno, 1979.
- Broué, P.** *Révolution en Allemagne – 1917 – 1923*. París: Arguments. Les Éditions de Minuit, 1971.
- Castel, R.** *Les Métamorphoses de la Question Sociale - Une Chronique du Salariat*. París: Fayard, 1995.
- Coriat, B.** *L'atelier et le Chronomètre*. París: Christian Bourgois Editeur, 1982.
- Chesnais, F.** “O Capital Portador de Juros: Acumulação, Internacionalização, Efeitos Econômicos e Políticos”. En *A finança Mundializada, Raízes Sociais e Políticas, Configuração, Conseqüências*. Editado por F. Chesnais F. São Paulo: Boitempo, 2005.
- D'intignano, B. M.** *La Protection Sociale*. París: Éditions de Fallois, 1993.
- Draibe, S y L. Aureliano.** “A Especificidade do Welfare State Brasileiro”. 1989. Mimeo.
- Escorel, S., D.R. Nascimento, y F.C. Edler.** “As Origens da Reforma Sanitária do SUS”. En *Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS*. Editado por N.T. Lima, S.Gerschman, F.C. Edler y J.M. Suárez. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- Esping-Andersen, G.** “Policies Against Markets: The Social Democratic Road to Power”. Documento de Trabajo, N.J.: Princeton University Press, 1985a.
- Esping-Andersen, G.** “Power and Distributional Regimes”. *Politics and Society* 14, no. 2 (1985b): 223-56.
- Esping-Andersen, G.** “As Três Economias Políticas do Welfare State”. *Lua Nova* 24, (1991): 85-115.
- Ford, H.** *Minha Vida e Minha Obra*. Porto Alegre: Monteiro Lobato, 1925.
- Gough, I.** *The Political Economy of the Welfare State*. Londres: MacMillan, 1979.
- Heclo, H.** “Modern Social Polities in Britain and Sweden”. Documento de Trabajo. New Haven: Yale University Press, 1974.
- Husson, Michel.** *Les Casseurs de l'État Social - des Retraites à la Sécu: la Grande Démolition*. París: La Découverte, 2003.
- Hobsbawm, E.** “Adeus a Tudo Aquilo”. En *Depois da Queda: O Fracasso do Comunismo e o Futuro da Sociedade*. Editado por Rpbm Blackburn. Río de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- Hobsbawm, E.** *Era dos Extremos: O Breve Século XX - 1914/1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- IBRE.** *Database*. Brasil: Instituto Brasileiro de Economia – FGV. Disponible en línea en: www.ibre.fgv.br (Consultado en Julio 29, 2005).
- IBRE.** *Miséria em Queda*. Brasil: Instituto Brasileiro de Economia – FGV. Disponible en línea en: www.ibre.fgv.br (Consultado en Marzo 28, 2006).
- IBGE.** *Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica 15*. Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponible en línea en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2004> (Consultado en Febrero 26, 2006a).
- IBGE.** *Características da População*. Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponible en línea en: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/demograficas>. (Consultado en Febrero 26, 2006b).
- IPEA.** *Relatório Sobre o Desenvolvimento Humano*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada / Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, IPEA/PNUD, 1996.
- Lenhardt, G. y C. Offe.** “Teoria do Estado e Política Social: Tentativas de Explicação Político - Sociológica Para as Funções e os Processos Inovadores da Política Social”. En *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Editado por C. Offe. Río de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- Lima, N. T., S. Gerschman, F.C. Edler y J.M. Suárez.** Editores. *Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- Mantega, G.** *A Economia Política Brasileira*. Petrópolis: Editora Vozes, 1984.
- Marques, R. M.** *A Proteção Social e o Mundo do Trabalho*. São Paulo: Biental, 1997.
- Marques, R. M y A. Mendes.** “Os Dilemas do Financiamento do SUS no Interior da Seguridade Social”. *Economia e Sociedade* 14, no. 1 (2005): 159-175.

- Marshall, T.** *Política Social*. Río de Janeiro: Zahar, 1967.
- Marshall, T.** *Cidadania, Classe Social e Status*. Río de Janeiro: Zahar, 1967a.
- Mattoso, J. E. L.** “O Novo e Inseguro Mundo do Trabalho nos Países Avançados”. En *O Mundo do Trabalho, Crise e Mudança no Final do Século*. Editado por C.A.B. Oliveira. São Paulo: Editora Página Aberta, 1994.
- Medici, A., L.T. Soares y R.M. Marques.** “Saúde no Contexto da Seguridade: Dilemas de Financiamento”. En *Saúde e Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde* 44, (1994).
- Mesa-Lago, C.** *Desarrollo Social, Reforma del Estado y de la Seguridad Social, al Umbral del Siglo XXI*. Santiago do Chile: ONU/Cepal, 2000.
- M E.** *Carta de Intenção, 2003*. Brasília: Ministerio de Economía. Disponible en línea en: <http://www.fazenda.gov.br> (Consultado en Diciembre, 2004).
- M S.** *Saúde da Família no Brasil: Uma Análise de Indicadores Seleccionados, 1998 – 2004*. Brasília: Ministério de Salud, 2006.
- Noronha, J. C. de, T.R. Pereira y F.Viacava.** “As Condições de Saúde dos Brasileiros: Duas Décadas de Mudanças (1980 – 2000)”. En *Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS*. Editado por N. T. Lima, S. Gerschman, F.C. Edler y J.M. Suárez. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- O'Connor, J.** *The Fiscal Crisis of the State*. New York: St. Martin's Press, 1973.
- Offe, C.** *Capitalismo Desorganizado: Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política*. Segunda edición. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.
- Olivennes, D.** “Le Societé de Transferis”. *Le Debat* 69, (1992): 110-121.
- Orloff, A. Shola.** *The Politics of Pensions: A Comparative Analysis of Britain, Canada and the United States, 1880s-1940*. Madison: University of Wisconsin Press, 1993.
- Plihon, D.** “As Grandes Empresas Fragilizadas Pela Finança”. En *A Finança Mundializada, Razões Sociais e Políticas, Configuração, Consequências*. Editado por F. Chesnais. São Paulo: Boitempo, 2005.
- Piola, S. y G. Biasoto Jr.** “Finanças e Dispêndios: Financiamento do SUS, Gasto Público e Base Tributária”. Brasília: IPEA, 2000. mimeo.
- Pochmann, M., A. Campos, A. y A. Barbosa.** *Atlas da Exclusão Social, Volume 3: Os Ricos no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2004.
- Porto, S., F. Viacava, C. Szwarcwald, M. Martins, C. Travassos, S. Vianna, S. Piola, M.A. Ugá y C.M. Vianna.** “Alocação Eqüitativa de Recursos Financeiro: Uma Alternativa para o Caso Brasileiro”. *Saúde e Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde* 27, no. 65, (2003).
- UNDP.** *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Washington D.C.: United Nations Decelopment Programme. Disponible en línea en: <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php> (Consultado en Mayo26, 2006).
- Przeworski, A.** *Capitalismo e Social-Democracia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- Rosanvallon, P.** *La Crise de l'Etat Providence*. París: Seuil, 1981.
- Skopol, T.** *Protecting Soldiers and Mothers*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992.
- Titmuss, R.** “Income Distribution and Social Change”. En *Allen & Unwin*, 1962.
- Titmuss, R.** “Essays on the Welfare State”. En *Allen & Unwin*, 1976.
- Titmuss, R.** “Social Policy”. En *Taylor & Francis Books Ltd*, 1974.
- Ugá, M. A. y R.M.** “O Financiamento do SUS: Trajetória, Contexto e Constrangimento”. En *Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS*. Editado por N.T. Lima, S. Gerschman, F.C. Edler y J.M. Suárez. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- Weir, M., A.S. Orloff, y T. Skocpol.** *The Politics of Social Policy in the United States*. Princeton: Princeton University Press, 1988.
- Wilensky, H. E., y C. Lebeaux.** *Industrial Society and Social Welfare*. New York: The Free Press, 1965.