

Mercosul e Reforma do Estado: o retrocesso da Seguridade Social

Mercosul and the State Reform: the decline of Social Security

R esumo

O presente estudo trata dos fundamentos teóricos que estão na base dos projetos de reforma do Estado nos países do Mercosul: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Busca-se identificar as concepções de Estado, sociedade civil e mercado e os novos papéis atribuídos a esses atores na década de 1990. Trata ainda, da concepção de políticas públicas, do papel dos organismos internacionais e das alterações ocorridas no âmbito da Seguridade Social.

Palavras-chave: Estado, sociedade civil, políticas públicas, Mercosul.

A bstract

The present study deals with theoretical underpinnings that are the basis of State reform in Mercosul countries: Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay. We intend to identify the concepts of State, civil society and market, as well as the new roles conferred to these participants in 1990's. We also discuss the conception of public policies, the role of international institutions and the changes occurring in the scope of Social Security.

Key words: State, civil society, public policies, Mercosul.

Ivete Simionatto

Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

O rumo das reformas

Os programas de ajuste estrutural propostos pelas agências financeiras internacionais para superar os desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e produtivos ocorridos em escala internacional desde os anos 1970, levados a efeito de forma distinta no contexto das diferentes nações, evidenciam, nos anos 1990, seus impactos e conseqüências, principalmente nos chamados países de economia periférica.

Na América Latina, as formas de implementação do ajuste e seus efeitos estão relacionados ao estágio de desenvolvimento do capitalismo em cada país, suas particularidades sócio-históricas e a inserção de suas economias no plano internacional. A trajetória social, econômica e política de cada nação, suas diferentes estruturas produtivas, organizações sócio-institucionais (partidos políticos, sindicatos, organizações empresariais) determinaram, portanto, as modalidades de ajuste e das reformas estruturais implementadas¹. Guardadas essas diferencialidades, verifica-se que, nos países do Mercosul, os governos, a partir da conciliação de interesses entre setores nacionais e internacionais, principalmente no campo econômico (RIZZOTTO, 2000), têm, cada vez mais, incorporado nas agendas dos Estados nacionais as determinações da política supranacional, particularmente nas reformas da chamada primeira geração².

Ainda que o núcleo central das reformas tenha como premissas a (re) introdução de políticas liberalizantes, privatistas e de mercado, pode-se afirmar que as mesmas, para além da ordem econômica, foram acompanhadas de profundas mudanças na estrutura institucional, organizativa e de atuação do Estado atribuindo-se a ele, grande parte da crise do próprio capital.

Inepto, ineficaz, ineficiente, responsável pelo déficit público são alguns dos

adjetivos mais comuns que integram o discurso para designar a crise estrutural do Estado e cimentar a cultura que distorce e destrói a necessidade de sua existência. É no interior desse discurso que vem se fortalecendo a dicotomia entre “público” e “privado”, caracterizando-se por público tudo o que é ineficiente, aberto ao desperdício e à corrupção, e por privado a esfera da eficiência e da qualidade.

Modernizar o Estado, reconstruí-lo, reformá-lo. Estas foram as metas perseguidas pelos diferentes governos a partir das orientações dos organismos internacionais, cujas diretrizes recomendaram que a reforma do Estado fosse orientada para o mercado, exigindo o abandono de instrumentos de controle político e a restrição na alocação de recursos públicos, principalmente na área social. As agências de cooperação internacional, especialmente o Banco Mundial, têm articulado uma “aliança tecnocrática transnacional”, no sentido de racionalizar os investimentos nessa área, diminuindo as funções estatais e fortalecendo as ações de natureza privada.

Estabelecer um ordenamento jurídico básico, manter um conjunto de políticas macroeconômicas, investir em serviços sociais básicos e infraestrutura, proteger os grupos vulneráveis e defender o meio ambiente constituíram-se nas funções precípua do Estado, delineadas nos projetos de reforma sob orientação do Banco Mundial. Mesmo considerando seu papel fundamental para o processo de desenvolvimento econômico e social, ao Estado não compete mais assumir a função de agente direto do crescimento, mas apenas a de “sócio, elemento catalizador e impulsionador desse processo” (Banco Mundial, 1997, p. 1).

No documento sobre o “Desenvolvimento Mundial” (1997), mesmo indicando-se o crescimento e a expansão das funções do Estado, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, através do *Welfare State*, sobretudo no âmbito da Seguridade Social,

os investimentos são entendidos mais como gastos quantitativos, do que qualitativos não atendendo às necessidades dos segmentos populacionais mais pobres. Indica-se, ainda, que essa forma de atuação dos Estados nacionais não condiz com os parâmetros da economia mundial globalizada, pois as mudanças tecnológicas ampliaram as funções dos mercados, obrigando as nações a assumirem competências novas. A centralidade do mercado no âmbito das reformas do Estado, desde a década de 1980, “tornou-se referência cognitiva das comunidades de especialistas e a base de legitimação discursiva das agências internacionais”, viabilizando a construção de um consenso sobre os meios e os fins da economia, principalmente entre os formuladores de políticas públicas e a opinião da sociedade em geral (COSTA, 1998, p. 127). Estado, sociedade e mercado são, portanto, os atores privilegiados no âmbito das reformas e da redefinição do aparato organizacional e administrativo.

Delimitar o tamanho do Estado para que ele se torne “mais barato, mais eficiente, na realização de suas tarefas, para aliviar o seu custo sobre as empresas nacionais que concorrem internacionalmente” (PEREIRA, 1997, p.14), deixar a seu cargo apenas as chamadas funções essenciais, como justiça, segurança interna e relações exteriores, repassando para o setor privado as políticas públicas de saúde, educação, previdência e assistência (INAP, 1989), propiciar “mayor ingerencia e maior libertad a la iniciativa privada e individual” (FREITAS, 1988), foram o mote do novo desenho do Estado nos países do Mercosul. Para tanto, os governos passaram a modificar

la acción del Estado reduciendo su intervención en la economía, actuando como ente regulador y promotor, abasteciendo aquellos servicios que por su naturaleza social y

económica no pueden ser totalmente asumidos por el sector privado y profundizando una mayor descentralización y racionalización de la administración pública, volviéndola más eficiente, austera, honesta, transparente, confiable y previsible (Paraguai, Plano de Gobierno, 1999, p.12).

A sociedade civil, compreendida como um dos mecanismos institucionais de controle das ações governamentais, é articulada em torno de organizações filantrópicas e comunitárias, ONGs e instituições do gênero o que fortalece as estratégias de desmonte dos institutos de representação coletivos, remetendo-se a ela a responsabilidade no encaminhamento de projetos que dêem conta dos complicadores das novas expressões da “questão social”. Ignorada pelo Estado enquanto esfera de interlocução e atravessada pela racionalidade do mercado, a sociedade civil, representa, em última instância, os interesses de instituições privadas que controlam o Estado e negam a existência de projetos de classe diferenciados. Tomada em sentido transclassista, é convocada, em nome da cidadania, a realizar parcerias de toda ordem, sendo exemplares os projetos de refilantropização das formas de assistência, que, em cada país, sob a ótica da descentralização, assume características semelhantes na condução dos programas focalizados de combate à pobreza (SIMIONATTO, 1997).

Ao lado da descentralização, inclui-se a privatização do Estado, onde o mercado é defendido como o *locus* da garantia da eficiência e da eficácia não obtidas no espaço público, e como esfera que propicia um controle “mais geral, mais difuso e automático”. Por isso é compreendido como “o melhor dos mecanismos de controle, já que através da concorrência obtêm-se, em princípio, os melhores

resultados com os menores custos” (PEREIRA, 1997, p.26). Oculta-se, no entanto, que sua superioridade hierárquica é fundamental para desmobilizar o envolvimento da sociedade, a partir da democracia direta, na medida em que as formas de administração gerenciais, por ele desenvolvidas através do individualismo, precisam aparecer como superiores às de natureza coletiva (ANDREWS e KOUZMIN, 1998). Sua racionalidade e suas regras também foram utilizadas para “modernizar a administração pública”, considerada por todos os governos como ineficiente e ineficaz, especialmente na oferta e na gestão das políticas sociais, sendo necessário reorganizá-las sob sua ótica, associada à cultura de focalização difundida pelo Banco Mundial.

Na concepção do Banco Mundial (1997), as políticas públicas são entendidas como forma de assegurar “que o crescimento seja compartilhado por todos e contribua para reduzir a pobreza e a desigualdade”, devendo os governos atribuir prioridade máxima aos “setores sociais fundamentais”. Tal orientação vem fortalecendo o papel compensatório das políticas públicas, retirando o seu caráter universal, assumindo uma perspectiva focalista, na medida em que visa a atender aos segmentos populacionais mais vulneráveis. Essa lógica do Banco Mundial decorre tanto das teses difundidas por seus analistas quanto da cultura criada sobre a ineficácia das políticas sociais e da sua incidência nos estratos de maior renda, cabendo aos governos corrigir tais desequilíbrios, mediante a redução do gasto público e o aumento da privatização, para garantir a eficácia e a equidade do gasto social (COSTA, 1998).

As políticas sociais públicas, situadas como causa primeira do *déficit* público, tornaram-se o alvo preferido dos governos na batalha do ajuste estrutural.

Esse processo foi menos intenso e doloroso nos países onde o Estado de

Bem-estar Social já estava estruturado e as forças organizativas da sociedade civil e parte da própria burocracia estatal conseguiram deter o seu processo de desmantelamento total. No entanto, nos países de capitalismo periférico, onde o Estado de Bem-estar Social não chegou a ser constituído na sua expressão clássica, como é o caso dos países do Mercosul, as políticas sociais universais, como Previdência, Saúde, Assistência e Educação Básica, sofreram perdas irreparáveis, agravando-se de forma crescente as já precárias condições sociais da grande maioria da população.

As principais características das políticas sociais, em termos gerais, a partir da reforma do Estado, compreendem:

- a) Focalização – os gastos e investimentos em serviços públicos devem concentrar-se nos setores de extrema pobreza, cabendo ao Estado participar apenas residualmente da esfera pública, redirecionando o gasto social e concentrando-o em programas destinados aos segmentos pobres e carentes. Eficiência, eficácia e metas quantitativas são os objetivos centrais a serem atingidos;
- b) Descentralização – busca redirecionar as formas de gestão e a transferência das decisões da esfera federal para estados e municípios, buscando combater a burocratização e a ineficiência do gasto social. No nível local inclui, também, a participação das organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e empresas privadas;
- c) Privatização – pressupõe o deslocamento da produção de bens e serviços da esfera pública para o setor privado lucrativo, ou seja, para o mercado.

Tais indicações serviram de base para fundamentar o enfoque das polí-

ticas sociais públicas a partir da metade dos anos 1980 e ao longo dos anos 1990, na delimitação do campo de intervenção estatal. Essa orientação indica, por um lado, o fortalecimento do pensamento “reformador” sobre as modalidades e instrumentos de intervenção do Estado, especialmente na área social, e, por outro, consagra o (re) surgimento de novas (velhas) categorias, que implicam na revisão dos critérios e dispositivos institucionais que regulam as políticas sociais. Trata-se, em particular, das políticas focalizadas de “compensação social”, concebidas a fim de dar conta dos custos sociais do processo de ajuste estrutural, e postas em prática através de diversos programas de gestão descentralizada e de caráter primordialmente assistencial (PEÑALVA, 1996), que, em cada país, vêm sendo efetivados através de um conjunto de compromissos delineados nos projetos de reforma do Estado.

Nesse contexto indica-se a necessidade do redirecionamento das políticas sociais universalizantes como condição fundamental de sustentabilidade sócio-política do ajuste econômico, o que requer uma intervenção estatal eficiente e eficaz nos marcos do Estado-nação, para responder aos interesses do grande capital.

Em todos os países do Mercosul as conseqüências dos planos de estabilização macroeconômica e das reformas do Estado, que predominaram nos anos de 1990, vêm incidindo diretamente sobre as políticas sociais públicas, sendo estas o alvo prioritário das privatizações. As restrições para o seu financiamento, a dinâmica perversa do mercado, a diminuição de recursos humanos para operá-las e a redução da esfera estatal vêm se constituindo nos principais fatores de sua deslegitimação. Delineia-se um modelo seletivo de proteção social nos chamados *target groups*, constituídos pelos segmentos populacionais mais pobres e na passagem de um modelo universalista para programas de com-

penção social, conforme indica a programática das políticas setoriais no âmbito da Seguridade Social.

Os impactos das reformas no âmbito da Seguridade Social

Área da saúde

Um dos grandes articuladores da reforma na área da saúde é o Banco Mundial, que, como forma de agilizar as políticas econômicas ortodoxas, tem buscado subordinar os gastos em saúde ao sucesso do ajuste estrutural, delimitando a ação do Estado à provisão de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública. As orientações para o mercado abrangem, desde o controle orçamentário, até a busca de alternativas ao cuidado hospitalar, desestímulo à demanda por serviços médicos, consumo de medicamentos, exames complementares e restrição da oferta de serviços (COSTA, 1998).

A má alocação de recursos, a iniquidade, a ineficiência, a explosão dos custos, a baixa qualidade dos serviços (COSTA, 1998), são alguns dos indicadores utilizados pelo Banco Mundial para redirecionar a agenda da política setorial de saúde, ficando a cargo do Estado apenas a atenção primária, e ao mercado, a oferta dos serviços de alto custo, àqueles que podem comprá-los³.

O relatório do Banco Mundial (1993) indica três eixos centrais para as políticas de saúde:

- 1 – melhoria da saúde das famílias, com políticas de ajustamento em relação às despesas, custeio, expansão da instrução formal e fortalecimento do papel político e econômico da mulher;
- 2 – reorientação dos gastos com redução da atenção primária de alto custo e sua ampliação através de programas preven-

tivos voltados ao combate de doenças infecciosas e de risco; e, ainda, a melhoria na gestão dos serviços públicos;

- 3 – estímulo à participação da iniciativa privada na oferta de serviços clínicos excluídos das funções básicas do Estado.

No Brasil, o projeto universalista na área da saúde já faz parte do diagnóstico do Banco Mundial, cujo relatório elaborado em 1998 aponta que a grande falha do sistema público de saúde brasileiro é a sua ineficiência no atendimento das camadas mais pobres da população e a concentração de recursos em programas que não atingem as regiões mais pauperizadas. Critica o modelo de assistência centrado no cuidado hospitalar e ambulatorial e exames de alta tecnologia, com pouco investimento em programas de saúde preventiva. Face a esse diagnóstico, sugere que a reforma das políticas sociais, incluindo a saúde, deve aumentar

a focalização do gasto público, incluindo a cobrança dos que podem pagar por certos benefícios e o estímulo à oferta pelo setor privado de certos serviços; descentralizar a execução dos programas sociais para estados e governos locais; eliminar qualquer vínculo de fonte e folha de pagamento e fortalecer o papel do governo federal no controle de qualidade e provisão de informação ao consumidor (COSTA, 1998, p.135).

A agenda da reforma da saúde assenta-se, portanto, na cultura técnica do Banco Mundial, a partir da clivagem entre saúde pública básica e serviços terciários, entre pobres, classes médias e ricos, assumindo-se, assim, o falso pressuposto de que aos pobres é suficiente uma cesta básica de programas preventivos, pois fazem

parte de camadas de classe mais expostas às doenças infecciosas e parasitárias, e os serviços clínicos de maior complexidade, estariam reservados às camadas de classe ricas e médias (COSTA, 1998). Os gastos governamentais com a saúde, nas análises do Banco Mundial, vão desproporcionalmente para os ricos na forma de assistência gratuita ou de baixo custo em hospitais públicos sofisticados⁴, o que justifica a orientação normativa de que os serviços terciários, de alto custo e benefício restrito, devem ser oferecidos pelo mercado através dos seguros privados de saúde.

As recomendações do Banco Mundial para a reforma da política de saúde no Brasil estão assentadas em cinco pontos: consolidação das reformas institucionais, fortalecimento da capacidade de formulação de políticas, análise e contenção de custos, aperfeiçoamento da regulação do mercado e fortalecimento da qualidade na prestação de serviços. Inclui-se aqui a necessidade de encaminhar uma reforma direcionada à idéia de estabelecer um pacote de benefício padrão, além do estabelecimento de prioridades de financiamento para serviços e o desenvolvimento de experiências de co-pagamento, o que rompe claramente com os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade (COSTA, 1998) firmados constitucionalmente.

Embora tais princípios ainda sejam defendidos pelos gestores nacionais (SERRA, 1998), a subordinação das políticas sociais à lógica da contenção de custos das agências internacionais sinalizam para a introdução de medidas restritivas e privatizantes conforme vem ocorrendo nos demais países do Mercosul.

Na Argentina, a crise dos anos 1980 acarretou alterações significativas no âmbito das políticas sociais, pois o retrocesso em termos de financiamento e de regulação do Estado, provocou um verdadeiro desmonte da Seguridade Social e dos avanços ocor-

ridos na década anterior. As reformas iniciadas a partir de 1990, na área da saúde, também seguiram as indicações do Banco Mundial, principalmente no tocante à quebra do princípio da universalidade e a focalização nos grupos pobres e vulneráveis⁵, conforme determina o decreto 1269/92 (1992, p.5), ao indicar que cabe ao Estado a

promoção e proteção de saúde com o menor custo econômico e social dirigido à populações marginalizadas e de pobreza estrutural e de risco.

O perfil da política de saúde, formulado pelo Estado, identificou-se claramente com a proposta neoliberal, verificando-se o

retrocesso del Estado como prestador directo de atención, avance del sector privado, énfasis en las responsabilidades y prerrogativas individuales en el tratamiento de cuestiones que acostunbrá-bamos asociar con derechos inalienables, que debían ser garantizados por la sociedad a cada uno de sus miembros sin distinciones ni exclusiones de ningún tipo. (BELARMINO, 1995, p.115).

A política de desregulamentação do Estado atingiu, também, o sistema das Obras Sociais, que, mesmo considerando-se sua heterogeneidade e fragmentação, desempenhavam um papel significativo no âmbito da Seguridade Social. Criadas em 1944, ligadas aos sindicatos e reguladas pelo Estado, tinham como obrigatoriedade a cobertura universal da população assalariada formal, no que se refere à atenção à saúde e à regulação das condições de emprego. Em 1970, o regime de Obras Sociais compreendia diferentes tipos de entidades e de formato jurídico, como estatais, conveniadas, por adesão, administração mista e empresariais.

Vários fatores, como o aumento do custo na atenção médica, a incorporação de tecnologias de ponta, o crescimento da medicalização e de novas doenças, associados à má administração, clientelismo, corrupção e enriquecimento pessoal, provocaram a crise das Obras Sociais, a partir dos anos de 1980, alterando-se de forma significativa o modelo de atenção à saúde na medida em que reduziu a ação reguladora do Estado e ampliou-se a participação do setor privado. Mesmo considerando-se que os mecanismos de mercado nunca estiveram ausentes da dinâmica das Obras Sociais, no final da década de 1980, passaram a ser hegemônicos e determinantes do modelo de saúde na Argentina (BELARMINO, 1995).

A política de saúde na Argentina, portanto, a partir da reforma do Estado, abandona claramente os princípios universalistas e aprofunda a fragmentação do setor, quer seja através do corporativismo das Obras Sociais, quer seja pela seletividade na rede pública entre os que podem e os que não podem pagar. Conforme indica Belarmino (1995), a presença das empresas de sistemas pré-pagos tem introduzido, de forma crescente, as modalidades de seguro privado com cobertura para determinados riscos, conforme o modelo norte-americano, abandonando o sistema de cobertura integral e incorporando as técnicas atuariais e de gestão empresarial, sendo o mercado, e não mais o Estado, o regulador da política setorial de saúde.

Os diagnósticos na área da saúde, no Paraguai, apontam para um perfil complexo onde convivem enfermidades próprias de países poucos desenvolvidos combinadas com doenças crônicas e degenerativas, acidentes e violência. Os déficits de saúde estão relacionados à situação de extrema pobreza, à falta de educação sanitária e a práticas higiênicas inadequadas dos grupos de maior vulnerabilidade, bem como à baixa cobertura e eficiência dos servi-

ços públicos. Diante dessa realidade, que exigiria uma efetiva atuação do Estado a fim de superar tais desigualdades, o Plano de Governo (1999, p. 29), aponta para a

necesidad de focalizar acciones tendientes a facilitar la integración social y superar las diversas formas de discriminación hacia grupos vulnerables (mujeres, niños, jóvenes, adultos/as mayores, indígenas y personas discapacitadas),

indicando para o período 1999-2003, as seguintes metas:

1 – Implementar una política de atención integral de prevención y rehabilitación de la salud humana y ambiental, promoviendo el bienestar social, priorizando los sectores vulnerables y de alto riesgo (asentamientos rurales, áreas de pobreza, población indígena, adultos mayores, discapacitados, niños y mujeres);

2 – Promover la participación de prestadores privados de servicios de salud, ONGs y organizaciones comunitarias en los programas de mejoramiento de la salud, en áreas específicas de acción según sus respectivas especialidades, a través de un marco regulativo e institucional adecuado al Sistema Nacional de Salud;

3 – Impulsar el proceso de descentralización del sector salud, de acuerdo con la política nacional de reforma, modernización y descentralización del Estado previstos en este Programa de Gobierno (Paraguai, Plano de Gobierno, 1999, p.28).

Tanto no Paraguai quanto no Brasil, a política de atenção à saúde é teoricamente universal, conforme indicam as Cartas Constitucionais, mas, na prática concreta, vem sendo cada vez mais comprometida pela diminuição do papel do Estado segundo as necessidades requeridas pelo ajuste e pelas orientações do Banco Mundial, centradas na descentralização, na focalização e, principalmente, na ampliação do setor privado na área.

No Uruguai, o Ministério de la Salud Pública apresenta como estratégia a focalização da

asistencia médica gratuita hacia los sectores de población indigentes y carentes de recursos, promoviendo la reforma gradual de la gestión de las prestaciones de los Hospitales Públicos, fundado en la descentralización operativa que tienda a un mejor aprovechamiento de las capacidades humanas y hospitalarias (Ministerio de la Salud Publica, 2001, p.1).

Atualmente, o sistema de saúde do Uruguai é formado por um conjunto heterogêneo de instituições, compreendendo um subsetor público, com uma rede de centros assistenciais da previdência social, e um subsistema privado, com um grupo de instituições reguladas pelo Estado, e, ainda, uma parte de serviços no âmbito do mercado, através de seguros médicos voluntários e privados. Dos países do Mercosul, o Uruguai é o que apresenta o maior percentual de investimentos públicos e os melhores indicadores de saúde (MARCHI, 2000)⁶.

O que se observa na área da saúde, portanto, em todos os países analisados, é a clara substituição de um modelo universalista, ainda não consolidado, para um modelo de focalização compensatória, destinado apenas aos segmentos de classe em situação de risco ou de vulnerabilidade social.

No âmbito do Mercosul, a política de atenção à saúde é bastante restritiva, incluindo apenas o trabalhador inserido no mercado formal. A concepção de Seguridade Social nos acordos firmados entre os países do bloco inclui apenas proteção à saúde, reabilitação profissional e aposentadoria dos indivíduos reconhecidos como trabalhadores. À Seguridade Social somente tem acesso, portanto, o trabalhador entendido como “toda a pessoa que, por realizar ou ter realizado uma atividade, está ou esteve sujeita à legislação de um ou mais Estados” (Boletim da CUT, 2000, p.17).

As normatizações na área da saúde vêm sendo discutidas e elaboradas pelo Sub Grupo de Trabalho SGT – 11, criado em 1996 devido ao tratamento pouco expressivo dado ao tema, especialmente no âmbito da saúde pública. Integrado pelos Ministérios de Saúde de cada país, tem como objetivo central articular os parâmetros de qualidade dos bens, serviços e fatores produtivos na área da saúde e os mecanismos de controle sanitário dos Estados-Parte, compatibilizando as legislações na área da saúde identificadas como necessárias ao processo de integração (MARCHI, 2000). Impasses como a definição de políticas e ações nos municípios e regiões de fronteira relativas à cobertura dos gastos com os serviços oferecidos cujo piso é diferente em cada país⁷, fontes de financiamento, princípios que regem a política de saúde (enquanto no Brasil e no Paraguai ainda mantêm-se os princípios da universalidade, nos demais as reformas constitucionais já os aboliram), definições de público e privado, são fatores que têm dificultado o estabelecimento de patamares comuns no formato da política de saúde para o bloco do Mercosul.

Em relação aos investimentos, enquanto nos países da Comunidade Econômica Européia o gasto público é o principal componente dos gastos nacionais com saúde, na região do

Mercosul ocorre uma inversão, na medida em que os maiores investimentos são provenientes do setor privado. Com exceção do Brasil, em muitos países da América Latina os Sistemas de Previdência e Institutos Sociais prestam assistência à saúde através de serviços diretos ou contratados do setor privado como é o caso das Obras Sociais na Argentina e das Instituições de Assistência Médica do Uruguai (IAMC). Esses sistemas, em parte financiados pelo setor público e em parte por contribuições obrigatórias dos trabalhadores da economia formal, não garantem a universalidade, pois atingem, no Uruguai, 63%, na Argentina, 59% e, no Paraguai, 19% da população (MARCHI, 2000).

Em que pese os avanços obtidos na regulação dos direitos sociais e trabalhistas nos países do Mercosul, pode-se observar que a concepção de Seguridade Social tem seu limite nos marcos regulatórios trabalhistas, mesmo considerando-se a preocupação dos governos no sentido de que a integração regional não pode “confinar-se à esfera comercial e econômica”, devendo abranger também a área social e as problemáticas emergidas com o processo de globalização.

A continuidade do projeto de integração dos países do bloco tem contado com a participação ativa do movimento sindical, no sentido de que sejam cumpridos os princípios e direitos já estabelecidos, privilegiando uma política econômica que articule crescimento com distribuição de renda. O papel dos sindicatos, enquanto canais da sociedade civil, jogam um papel fundamental no sentido de que os acordos entre os Estados extrapolem a área econômica e aduaneira e incluam políticas ativas de pleno emprego, educação, saúde, previdência e cultura⁸.

Previdência Social

No âmbito da Seguridade, a Previdência Social, em todos os países do

Mercosul, sempre apareceu como um dos alvos centrais das reformas do Estado uma vez que envolve as principais instituições de serviços de saúde e os fundos de pensão. As reformas já implementadas na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai

movem o esquema básico da seguridade social do financiamento e provisão públicos para a administração privada; de um esquema integral para o seguro separado para contingências específicas; da solidariedade para o individualismo; da redistribuição e dos direitos iguais entre assegurados para a equivalência entre o prêmio e as habilitações (LAUREL, 1998, p. 195).

É importante salientar que, mesmo seguindo estes pressupostos gerais de privatização, a proposta de cada país apresenta algumas variações decorrentes das negociações políticas entre organizações sindicais e governo.

No Brasil, o projeto de reforma da Previdência começou a ser debatido em 1995, sendo promulgado em 1998 através da Emenda Constitucional n.º 20, que alterou de forma significativa o sistema previdenciário brasileiro. A reforma põe fim à aposentadoria por tempo de serviço, conforme estabelecia a Constituição de 1988, e institui o sistema que articula idade e tempo de contribuição previdenciária. Estabelece um mínimo de 60 anos de idade e 35 de contribuição para homens e de 55 anos de idade e 30 de contribuição para mulheres, fixando um pedágio sobre o tempo necessário para requerer o benefício. Em 1999, a Lei 9876 trouxe novas alterações no cálculo do valor dos benefícios, instituindo o fator previdenciário *tábua da vida*, que inclui, para efeito de aposentadoria, a idade, a expectativa de sobrevivência e o tempo de contribuição do segurado. Tais medidas incidem diretamente sobre as aposentadorias por tempo de

serviço, atingindo, principalmente, os segmentos de classe mais pobres.

Na Argentina, a reforma da previdência também ocorreu no início da década de 1990, no governo Menem, alterando-se a concepção de direito constitucional para a mercantilização do seguro social, como estratégia para fomentar o mercado de capitais. O regime previdenciário argentino é misto, mantendo-se, de um lado, o clássico sistema de aposentadoria com contribuições que os trabalhadores fazem ao Estado e, de outro, o regime de capitalização, em que o trabalhador filia-se a uma administradora e, enquanto não ocorrem aposentadorias, o dinheiro é aplicado no mercado financeiro rendendo bons lucros ao capital privado⁹. Estrategicamente, essa lógica não beneficia apenas o governo, mas, principalmente, os grupos econômicos e as corporações transnacionais pois contribui para criar um importante mercado de capitais, financiado pelos trabalhadores (GAMBINA, 2000).

No Uruguai, a reforma da Previdência ou Seguridade Social, como é denominada naquele país, foi aprovada pela Lei 16.713, de 1996. O sistema em vigor é classificado como misto,

ya que las contribuciones y prestaciones para cada persona se realizan combinando un pilar solidario o de reparto, y un pilar de ahorro individual o de capitalización, com porcentajes variables de acuerdo al nivel salarial. A diferencia de otras experiencias latinoamericanas se mantiene en forma obligatoria el pilar solidario para la totalidad de las personas comprendidas en el sistema. En el momento de jubilación, el afiliado recibe una prestación de acuerdo e las reglas del pilar de reparto y, si corresponde, una vitalicia, equivalente al capital acu-

mulado en el pilar ahorro (NOYA, 2000, p. 2).

A avaliação dos efeitos econômicos da reforma previdenciária, no Uruguai, parte do conceito de equidade atuarial, em que calcula “un índice de rendimiento ®, igual al cociente del valor actual esperando de las prestaciones, sobre el valor actual esperado de las contribuciones”. Para os formuladores da proposta, embora a concepção de justiça presente na proposta não seja equitativa, “a forma en que se distribuye el índice ® indica cómo operam las transferencias en términos de mayor o menor acercamiento a una igualdad de ingresos” (NOYA, 2000, p.3).

O índice ® compreende um modelo que engloba as contribuições que um conjunto de indivíduos representativos, definidos em função do gênero, ocupação, idade e nível cultural, realiza e recebe ao longo de sua vida ativa. O universo considerado para a pesquisa abrangeu as categorias ocupacionais cobertas pelo Banco de Previsión Social, com exceção dos trabalhadores rurais e dos docentes. Este modelo distingue os diferentes regimes que cobrem cada segmento profissional com tratamentos diferenciados para os distintos grupos de filiados ativos em 1996, levando em conta os seguintes critérios: idade, nível salarial e opções escolhidas em torno do novo sistema. Para as mulheres, a idade mínima para aposentadoria passou de 55 para 60 anos.

Várias conseqüências desse modelo são indicadas pelos analistas (NOYA, 2000): melhoria do teto das aposentadorias dos trabalhadores que recebem salários mais elevados com base no aumento do piso máximo; 30% das pessoas ocupadas na área urbana de 55 a 60 anos estão inseridas no mercado informal de trabalho e só terão condições de solicitar o benefício por volta dos 70 anos; as medidas incidem mais sobre os estratos populacionais de menor nível educa-

cional, com um piso baixo de contribuição ao longo da vida, que não estavam cobertos pelo sistema anterior e não possuem condições para contribuir com um sistema privado; redução do déficit público com alto custo, pois diminui o índice de rendimento dos indivíduos, e poderá, em futuro próximo, gerar graves situações de pobreza.

Também no Paraguai, as metas apresentadas no Plano de Governo (1999-2003, p.27), prevêm a “participación privada, en igualdad de condiciones con el sector estatal, en la prestación de servicios de seguridad social de corto plazo y en la administración del régimen de largo plazo, en ámbitos autónomos” e a “canalización de los fondos de pensiones a través del mercado de capitales”.

A reforma da Previdência, portanto, está na centralidade da agenda de todos os países, uma vez que os fundos de pensão, que envolvem o controle de um montante significativo de recursos financeiros, substitui o esquema de pagamento continuado, até então administrado publicamente pelos sindicatos, por contas de aposentadoria individual, controladas por empresas privadas. Esse esquema tem facilitado a transferência de fundos públicos para grupos financeiros privados nacionais e transnacionais e o controle de imensos estoques de capital, conferindo a essas instituições um poder econômico e político imensuráveis (Laurel, 1998). A intervenção estatal não se limita, assim, à reforma da legislação, mas, “envolve um longo compromisso para subsidiar a privatização do esquema de pensão com dinheiro de impostos” (LAUREL, 1998, p.196). Essa lógica estabelece um vínculo orgânico dos agentes políticos com o capital, gerando, para o poder, uma base material de sustentação, o que significa trazer para dentro do Estado a lógica privada, deslocando serviços essenciais como saúde, educação, previdência e assistência para o âmbito do mercado.

A política de previdência nos países do Mercosul é assegurada en-

quanto direito aos trabalhadores, de acordo com os níveis e condições previstos nas legislações dos Estados-Parte, compreendendo a “garantia de uma rede mínima de amparo social que proteja seus habitantes frente à contingência de riscos sociais, enfermidades, velhice, invalidez e morte, buscando coordenar as políticas na área social, de forma a suprimir eventuais discriminações derivadas da origem nacional dos beneficiários” (Boletim da CUT, 2000, p. 4).

A ameaça à continuidade do desmonte da Previdência Social prossegue, na medida em que novas reformas poderão ocorrer, principalmente no setor público, como já se discute no Brasil, e já levadas a efeito na Argentina, a partir da crise desencadeada em dezembro de 2000, obrigando o governo a uma drástica alteração no orçamento para atender às exigências do FMI.

Programas de combate à pobreza

Na área da assistência social, os programas de combate à pobreza têm ocupado lugar privilegiado no âmbito das políticas sociais públicas, sendo a focalização a idéia motriz utilizada pelo Estado e patrocinada pelo Banco Mundial, que, nos relatórios sobre o Desenvolvimento Mundial de 1980 e 1990, enfatiza a necessidade de promover melhorias em áreas básicas como saúde e educação, consideradas, essenciais para o aumento da renda da população pobre. No Relatório *Luta contra a pobreza 2000-2001* (2000), a superação da pobreza e a redução das desigualdades é remetida aos Estados nacionais, devendo ser atacada a partir de três frentes: concentrar o gasto público nos pobres, ampliando a oferta de serviços sociais e econômicos básicos e reduzindo as restrições sobre a demanda (por exemplo, mediante bolas de estudo para crianças pobres); assegurar a prestação de serviços de boa qualidade, mediante ações

institucionais que envolvam uma boa administração pública e o uso do mercado e múltiplos agentes; assegurar a participação de comunidades e famílias pobres na escolha e implantação dos serviços e sua monitoração, para que os provedores assumam a sua responsabilidade (Banco Mundial, 2000).

Nos últimos anos da década de 1990, a preocupação do Banco Mundial no desenvolvimento de programas de combate à pobreza acentuou-se, na medida mesma em que a população pobre passou a significar uma ameaça em termos de “fratura social”. Os números evidenciam o crescimento da situação de pobreza no mundo uma vez que 20% da população controla 80% das riquezas mundiais; do total de 6 bilhões de habitantes do planeta, 2,8 bilhões sobrevivem com US\$ 2 por dia; a população mundial passará de 6 bilhões para 8 bilhões nos próximos 25 anos, indicando um crescimento daqueles que detêm a maior parte da riqueza, mantendo-se a tendência de concentração (NOGUEIRA e SIMIONATTO, 2000).

No Brasil, os programas nessa área têm sido pretensamente encampados pelo Programa Comunidade Solidária, tendo como princípio a focalização das ações governamentais nos segmentos populacionais mais pobres. As ações desenvolvidas compreendem diferentes programas em articulação com os ministérios da área social e desenvolvidos em parceria entre as três esferas de governo e a sociedade civil, destacando-se: Redução da Mortalidade Infantil, Alimentação, Desenvolvimento Urbano, Geração de Emprego e Renda, Qualificação Profissional, Alfabetização Solidária e Ensino Fundamental. Tais ações contam com o apoio do Banco Mundial, BID e FMI, através do programa *Country Assistance Strategy – CAS*, que apresenta como metas para o período 2000 – 2002 a redução da pobreza, a continuidade do ajuste fiscal e do crescimento econômico. Ao ressaltar o sucesso do ajuste fiscal realizado no Brasil em um curto

período de tempo, o Banco Mundial tem como exigência a continuidade das reformas, principalmente no âmbito da Seguridade Social, com a ampliação e o fortalecimento do setor privado.

Deslegitimando a política de Assistência Social, reconhecida no Brasil enquanto direito, o programa Comunidade Solidária “se restringe a práticas meramente emergenciais, de cunho assistencialista, voltado, preferencialmente, para uma modalidade de assistência arcaica, uma assistência eventual, clientelista, sobretudo por estar desarticulado de ações mais amplas, que sejam capazes de corrigir as distorções estruturais presentes na nossa sociedade” (CAMPOS, 1995, p.10). Enquanto parte das estratégias neoliberais do governo Fernando Henrique Cardoso substitui o princípio da universalização dos mínimos sociais pela focalização em determinados segmentos das classes pauperizadas, excluindo-as cada vez mais do acesso aos direitos que lhe são conferidos pela Lei Orgânica da Assistência Social.

Na Argentina, conforme observam Vuolo e Barbeito (1994, p.239), “os programas assistenciais proliferam nos estados e municípios e se constituem num instrumento chave para o clientelismo político”. Observam os autores que as políticas estruturais destinadas aos segmentos excluídos nunca mereceram maior atenção. Abandonaram-se progressivamente as propostas de uma política social de habitação e saneamento básico, transferindo-se para o setor privado a execução desses serviços, na sua grande maioria, prestados de forma precária e sem o controle e supervisão do Estado. Cria-se, assim, a imagem de que o governo se ocupa do problema dos mais necessitados diluindo os efeitos perversos do modelo social imposto e reduzido a mera discussão do grau de eficiência e eficácia dos programas e o seu custo benefício.

Na década de 1990, os principais projetos de combate à pobreza leva-

dos a efeito na Argentina, através de Convênios com o Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), foram os seguintes: *Menores en circunstancias difíciles*, entre 1995-97, tendo como foco “os setores da população mais vulneráveis” e que “vivem em circunstâncias especialmente difíceis”; o *Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR)*, tendo como objetivo a erradicação da pobreza, dirigido a crianças e a outros grupos vulneráveis, como a mulher; *Programa de alívio a la Pobreza e iniciativas de desarrollo rural (PROINDER)*, financiado pelo Banco Mundial, destinado à melhoria das condições de vida da população pobre e dos segmentos específicos, como a mulher, os índios e os jovens “que pertençam a grupos familiares com características de elegibilidade” (TUSSIE, MENDIBURU e VÁSQUEZ, 1997, p.87-92).

Tais projetos não são desenvolvidos como políticas públicas, mas através de convênios com ONGs, instituições comunitárias e filantrópicas, o que fortalece a perda de confiança nas instituições públicas, o repasse das funções estatais à sociedade civil e o desenvolvimento da cultura do “humus comunitário”. Possuem como objetivo central, além da “atenção com a pobreza”, a descentralização e a participação dos usuários em todas as etapas de execução. Embora o discurso participacionista esteja presente, não há indicações sobre qualquer participação na elaboração dos programas, mas apenas em sua execução.

Ligados à Reforma do Estado, tais projetos têm como centralidade as orientações das agências multilaterais, principalmente no que tange à focalização nos setores de maior vulnerabilidade, na medida em que a destinação de recursos financeiros teve como prioridade a estabilidade macroeconômica. Um dos resultados dessa política é o fato de que, entre 1994-95, os empréstimos do BID para

a Argentina foram de 750 milhões para a privatização dos bancos estaduais e 20 milhões para a assistência a crianças e menores em situação de risco, e os empréstimos do Banco Mundial foram de 500 milhões para o desenvolvimento do Mercado de Capitais e 152 milhões de dólares para programas de proteção social (TUSSIE, MENDIBURU e VÁQUEZ, 1997).

No documento *Un pueblo pobre en un país rico: informe de la pobreza en la Argentina*, o Banco Mundial (2000, p. iv-vii) indica as diretrizes a serem seguidas pelo governo nos programas de combate à pobreza: maior acesso aos serviços, através do aumento do nível e qualidade da educação secundária e superior, ao alcance dos pobres; subsídios na área da educação às famílias pobres, especialmente no nível secundário; aumento da eficácia no setor saúde, melhorando os serviços destinados aos pobres; fortalecimento do programa de saúde materno-infantil (PROMIN), com

participación familiar y servicios de salud reproductiva para los pobres”;

melhoria dos serviços de infraestrutura e de habitação, pois

los pobres urbanos son particularmente vulnerables a los problemas de drogas y la criminalidad y la violencia, y necesita prestar atención al abuso del alcohol y de drogas y las mejoras en la protección policial y el acceso a la justicia.

Ou seja, o controle típico do americanismo e fordismo do início do século XX, tão bem analisado por Gramsci, segue ultrapassando o “chão da fábrica” e busca controlar, de forma capilar, o modo de vida e a maneira de pensar dos indivíduos, agora não mais classificados como trabalhadores, mas como pobres urbanos que ameaçam a ordem social.

No Paraguai, conforme indica o diagnóstico apresentado no Plano de Governo (1999-2003, p. 9),

el modelo económico prevaleciente no ha podido dar solución a las crecientes demandas sociales, provocando por el contrario un notorio incremento de la pobreza general y extrema, tanto rural como urbana (casi 1,8 millones de habitantes viven actualmente en esa condición), así como una presión cada vez mayor y de efectos nocivos sobre los recursos naturales y el ambiente, una clara primacía de la inequidad social y de género para amplios sectores de la sociedad nacional.

As prioridades estratégicas para o período 1994-97, traçadas pelas agências multilaterais, constaram de investimentos em serviços básicos, fortalecimento institucional e modernização do Estado. Na área social, os empréstimos foram destinados à reforma da educação primária, capacitação de recursos humanos para o setor saúde, atenção prioritária a grupos vulneráveis e alívio à pobreza. Nas palavras de Masi (1997, p.112), este último ponto ganhou prioridade, “en razón del reconocimiento del BID de la afectación social desproporcionada por variaciones coyunturales negativas del ajuste económico”. Mesmo assim, os investimentos da carteira do Banco Mundial em 1993 foram de 37%, tanto para o setor privado quanto para a área social.

Em relação ao Uruguai, embora os indicadores sociais sejam os melhores dentre os países da América Latina, as áreas de pobreza que persistem são atacadas através do programa CAS do Banco Mundial, que inclui ações focalizadas para os segmentos estritamente pobres.

Nos últimos dez anos, em todos os países da América Latina e Caribe,

as agências multilaterais passaram a oferecer subsídios através dos chamados Programas de Compensação, com o objetivo de aliviar as consequências das políticas de ajuste que incidiram sobre os segmentos de classe mais pobres. Conhecidos atualmente como Fundos de Inversão Social, constituem-se em programas que não alteram as causas estruturais da pobreza, mas apenas atenuam as consequências mais visíveis dos processos de globalização, ajuste e modernização das economias. Desenvolvidos através de convênios com ONGS, grupos comunitários e setor privado, os programas do Fundo de Inversão Social acreditavam no impacto que poderiam produzir no crescimento econômico a médio prazo, irradiando benefícios sobre os estratos mais pobres. No entanto, a situação atual indica que isso não ocorreu. Ao contrário, na imensa maioria dos países latino-americanos em que os programas foram desenvolvidos, as linhas de pobreza e extrema pobreza continuaram aumentando. Embora muitos analistas afirmem que as políticas de ajuste terminariam por beneficiar os mais pobres, na realidade, o que se verifica é que as causas estruturais da pobreza não se modificaram com a simples expansão das economias (URIBE, 2001).

Da análise de distribuição de renda nos países do Mercosul, constata-se tristes estatísticas: no Brasil, os 40% mais pobres recebiam, em 1997, apenas 9,2% da renda total, enquanto os 10% mais ricos recebiam 47,5%, o que significa uma renda média 40 vezes maior que a renda média dos 10% mais pobres; no Uruguai, os 10% mais ricos recebem uma renda média sete vezes maior que a renda média dos 10% mais pobres; na Argentina, a diferença é de 17,1 vezes, e no Paraguai 14,7 vezes. Os níveis mais elevados de pobreza urbana são os do Paraguai com 33,5%, e os do Brasil com 24,9%. No tocante à Argentina, na Grande Buenos

Aires ocorreu um significativo aumento da pobreza urbana entre 1991 e 1998, passando de 21,5% para 25,9% (Boletim da CUT, 2000).

Ocupando-se dos efeitos e não das causas da pobreza, as propostas de focalização das políticas sociais públicas ignoram as externalidades sociais positivas produzidas pelas políticas de alcance universal, não discutem as insuficiências nem o alto custo do setor privado, baseando suas avaliações em critérios estáticos, sem considerar os problemas e a dinâmica de distribuição da riqueza ou a própria situação de pobreza (VUOLO e BARBEITO, 1994).

Fica evidente, assim, a concepção de políticas sociais públicas das agências multilaterais, que, afastadas cada vez mais das propostas universalizantes e de afirmação de direitos, subordinam-se à lógica do mercado, à contenção de custos, à redução do papel do Estado, à transferência direta de ações para indivíduos, organizações da sociedade civil e comunidades, e à focalização de programas para os segmentos mais pobres da população, que justificam e fundamentam a retórica da justiça, da igualdade e da democracia mediante a correção das assimetrias sociais.

Enfim, a Reforma do Estado, em todos os países, passa uma idéia artificial de combate à pobreza, de politização e de controle a ser exercido pela sociedade civil,

principalmente das frações de classe subalternizadas que ainda não tiveram a oportunidade de construir uma cultura política que lhes possibilite inten-

sificar as lutas sociais em favor de uma nova hegemonia.

Reforma do Estado ou modernização conservadora?

Seguindo a reflexão de Vuolo e Barbeito (1994, p. 293), sobre as reformas ocorridas na Argentina, pode-se dizer que a agenda das reformas do Estado, em todos os países do Mercosul, que predominaram nos anos 1990, pautou-se pelos mesmos princípios, agrupando-se em duas modalidades:

[...] uma que aparece de forma explícita e implica em mudanças na estrutura normativa das instituições, de suas regras operativas e, em alguns casos, da eliminação das mesmas. Outra, apresenta características residuais que, sem estabelecer uma estrutura normativa nova, altera o padrão de normalidade do funcionamento institucional mediante a modificação de recursos técnicos e simbólicos, fomento da competência em áreas que historicamente eram monopólio público e a segmentação das demandas em serviços que tradicionalmente eram homogêneos. Em muitos casos as reformas residuais abrem caminho para as reformas explícitas.

Nessa mesma linha de raciocínio, Soares (2000) indica dois traços comuns que caracterizam o perfil das políticas sociais na América Latina: o primeiro é de natureza pró-cíclica ou regressiva, tanto em relação ao gasto como ao financiamento do setor social, reduzido a mecanismos compensatórios mínimos; o segundo é o esvaziamento do orçamento dos setores sociais, com cortes em programas destinados aos segmentos de classe

mais subalternizados e com menor poder de pressão, o que impede a expansão dos serviços e produz a sua saturação pelo excesso de demanda.

Essas indicações possuem como denominador comum a contenção do gasto público, principalmente em áreas sociais, o fomento à privatização, o corte dos direitos sociais e a redução do acesso aos serviços e benefícios. As políticas sociais públicas passam a concentrar-se em programas assistenciais, com o objetivo de compensar os efeitos negativos das políticas econômicas restritivas. A focalização nos segmentos pobres não tem levado em conta que, nesses países, o crescimento da pobreza tem atingido taxas alarmantes e representam mais da metade da população sem ocorrer a contrapartida de investimentos financeiros e cobertura dos programas necessários para erradicá-la.

Já são visíveis os impactos do ajuste no conjunto dos países do Mercosul com perdas consideráveis nas formas de proteção social construídas em períodos anteriores e na retração das políticas sociais públicas, tornando mais crítica a situação de pobreza e desigualdade. Os indicadores apontam o crescimento dos segmentos populacionais situados na faixa de extrema pobreza, agravado pela precarização do trabalho, pelo desemprego, pela alteração de fatores demográficos, como o envelhecimento da população e as novas demandas geradas no âmbito da saúde, os índices de natalidade e mortalidade infantil, o número expressivo de jovens sem esperanças futuras e a participação de crianças e mulheres no mercado de trabalho para ajudar na renda doméstica, o que aumenta, significativamente, a demanda sobre a Seguridade Social pública.

Mesmo considerando a diferencialidade dos contextos sócio-políticos, econômicos e institucionais dos países analisados, concordamos com Santos (1996) quando indica que as

políticas de ajuste estrutural e as reformas do Estado conformam tendências comuns no desenho das políticas sociais públicas a saber:

- 1 – Diminuição do gasto social e ênfase nas políticas compensatórias, através dos fundos sociais de emergência e de inversão social;
- 2 – Concentração dos investimentos nas chamadas políticas sociais básicas, como alimentação e atenção primária à saúde, com implicações negativas enquanto estratégia de superação da pobreza;
- 3 – Deterioração e regressão da cidadania social, mediante o desaparecimento dos espaços de sociabilidade e defesa de direitos;
- 4 – Bifurcação crescente entre as esferas nacionais e internacionais, entre os objetivos das políticas macroeconômicas e os objetivos sociais, subordinando estes últimos aos pressupostos das agências multilaterais;
- 5 – Incremento da participação das organizações não-governamentais na execução de programas assistenciais, contratadas pelos Estados e pelas agências de cooperação internacional, não assegurando uma racionalidade mínima no conjunto dos gastos destinados à satisfação de determinadas necessidades sociais.

Outra semelhança entre os países analisados refere-se à transição democrática de caráter conservador trilhada em períodos históricos diferentes e que se repete, de forma semelhante, na contemporaneidade, a partir das reformas do Estado, caracterizando-se como uma modernização conservadora e um retrocesso dos patamares de cobertura que a Seguridade Social atingiu em cada

país. Os investimentos públicos, que garantiam as coberturas universais, são substituídos pelos fundos especiais das agências multilaterais, para manter, apenas, os programas emergenciais e focalizados em grupos vulneráveis. Dessa forma, “o frágil direito de cidadania que vinha sendo construído a duras penas em muitos países latino-americanos foi substituído por ‘atestados de pobreza’ que permitem o acesso a precários e mal financiados serviços públicos” (SOARES, 2000, p.72).

A resolução destas questões é articulada hoje a partir de três estratégias: a privatização total ou parcial dos serviços públicos, tomada como bandeira da busca de eficiência e eficácia, o repasse para a sociedade civil (ONGs, instituições filantrópicas e comunitárias), a responsabilidade na prestação de serviços sociais de competência do Estado e, por último, a oferta de uma cesta básica de serviços por parte do poder público para os segmentos de comprovada situação de carência.

Em todos os países do Mercosul, a focalização do gasto social em programas públicos alvo é a regra geral. A quebra da universalidade e a seletividade dos grupos escolhidos, na Argentina e no Uruguai, já encontram-se definidos na própria Constituição. No Brasil e no Paraguai, as reformas e as emendas constitucionais vêm, como uma “revolução silenciosa”, destruindo as conquistas sociais inscritas nas Cartas Constitucionais, através da luta dos trabalhadores.

Essa concepção de políticas sociais públicas vem sendo fortemente difundida pelos formuladores e executores da agenda da Reforma do Estado alinhada ao conjunto das orientações macroeconômicas, tendo como atores principais: a Presidência da República, o Banco Central, as instituições multilaterais de financiamento, grupos privados, Congresso Nacional, burocracia pública, partidos po-

líticos conservadores, mídia, governos estaduais e municipais.

O lugar das políticas sociais públicas nos países do Mercosul, portanto, passa a situar-se cada vez mais para fora do Estado, reduzindo os direitos de cidadania e ampliando o fosso entre sociedade política, sociedade civil, governantes e governados. Reformado pelo alto, sem qualquer discussão democrática e excluindo a participação popular, as reformas consagram o “Estado hobbesiano”, desqualificando a política e a democracia.

O discurso que subsidia a Reforma do Estado e as políticas sociais utiliza-se de um estilo de linguagem simples e universal/abstrato, e muitos conceitos-chave foram capitaneados da esquerda com os conteúdos essenciais invertidos, numa verdadeira manobra transformista a serviço da utopia neoliberal. Na década de 1960, por exemplo, os analistas de esquerda utilizaram a terminologia “mudança estrutural” para significar a “redistribuição de renda, terra e propriedade”. As tendências neoliberais utilizam hoje o termo “reforma estrutural”, que significa a transferência da propriedade pública para as empresas privadas. A esquerda também utilizou o termo “reforma econômica” para designar as políticas de realocação dos recursos públicos dos setores mais abatidos para a área social. O termo “reforma econômica” é utilizado, contemporaneamente, com o sentido de redução dos investimentos sociais e transferência de subsídios públicos aos setores privados (PETRAS, 1997, p.20).

Esse discurso, soa, portanto, como o mais competente para que as massas joguem seu destino nas mãos dos intelectuais do poder, considerados os mais sábios e capazes para resolver os problemas coletivos sem consultar os cidadãos. As elites administram “por cima”, com o seu programa seletivo de “ingresso à cidadania, em uma democracia política lockeana entregue à razão judiciosa de suas elites ilustradas” (VIANNA, 1998,

p.201), que, através de uma revolução passiva, criam um Estado e uma nação à sua imagem e semelhança. O desenho da nação a partir da Reforma do Estado tem se dado mais como “americanização tardia”, mediante um movimento de rupturas moleculares que não atingem apenas a esfera econômica, mas, também, a ideológica e a política, uma vez que o sistema de valores universais abstratos cria uma “nova fábrica de consensos” ativos e passivos, que, no âmbito da subjetividade, busca o consentimento e a adesão das classes à nova ideologia. Conforme expressa Badaloni (1991, p.109), esse movimento molecular “envolve indivíduos e grupos, modificando-os insensivelmente, no curso do tempo, de modo tal que o quadro do conjunto se modifica sem a aparente participação dos atores sociais”.

O critério analítico da “revolução passiva”, combinado com o “transformismo” ou “modernização conservadora”, utilizado por Gramsci (1977) para descrever o *Risorgimento* italiano, por Coutinho (1989) e Vianna (1997) para interpretar a realidade brasileira, pode ser utilizado nas análises relativas à Reforma do Estado nos países do Mercosul, uma vez que as mesmas vêm se concretizando “na superfície das coisas”, como experiências destituídas de elementos capazes de possibilitar o encaminhamento de transformações e reformas profundas. As mudanças que vêm ocorrendo indicam “uma sucessão de ondas reformistas nas quais a movimentação social se combina com fortes intervenções ‘pelo alto’, via Estado, e acaba por ser, em certo sentido, por elas administrada” (NOGUEIRA, 1998, p. 271).

Romper com essa lógica é uma questão extremamente complexa, se pensarmos na debilidade institucional da América Latina e na ausência de uma cultura política, por parte dos atores sociais, capaz de interpelar o Estado e romper com as ações clientelistas

e corporativas e o mandonismo político que limitam o processo democrático. Temos, por outro lado, uma democracia ainda débil na garantia de igualdade de condições para o pleno exercício da cidadania. O acesso aos bens públicos, aos serviços essenciais e à justiça ainda se apresenta de forma desigual e discriminatória. A incapacidade do poder público na garantia de direitos básicos, a impermeabilidade do poder e a baixa credibilidade no Estado fortalecem os sentimentos de impotência política, o desamparo social e o conformismo, esvaziando as possibilidades de interlocução (DINIZ, 1997). Somente através de um projeto “que busque converter as ações estatais em ações efetivamente públicas e estabelecer, assim, o controle delas pela sociedade, é que o tratamento da questão poderá encontrar novas alternativas” (NOGUEIRA, 1998, p. 179).

Referências bibliográficas

ANDREWS C. W. e KOUZMIN A. O discurso da nova administração pública. In: *Revista Lua Nova*, 45. São Paulo: CEDEC, 1998, p. 97-130.

ARGENTINA. Ministério de la Salud e Bien Estar Social. *Decreto Lei 1269/92*. Buenos Aires, 1992.

BADALONI, N. Gramsci: a filosofia da práxis como previsão. In: HOBSBAWN, E. (Org.). *História do marxismo*, vol. X, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Washington, 1997.

_____. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial*. Washington, 1990.

_____. O Estado num mundo em transformação. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial* Banco Mundial: Washington, 1997.

_____. Luta contra a pobreza. *Relatório sobre o desenvolvimento*

mundial. Banco Mundial: Washington, 2000.

BELARMINO, S. La seguridad social en Argentina: crisis y reformulación de los pactos constitutivos. In: *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BOLETIM MERCOSUL. Florianópolis, Escola Sul da CUT, abril, 2000.

_____. Florianópolis, Escola Sul da CUT, fev. 2001. Edição Especial.

BORÓN, A. A sociedade civil após o dilúvio neoliberal In: SADER E. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BRASIL. Legislação previdenciária. www.mpas.gov.br

CAMPOS, E. A Lei Orgânica da Assistência Social frente ao Programa Comunidade Solidária. In: *Cadernos de textos de Serviço Social da UNAMA*. Belém, 1995.

CEPAL. *Indicadores de desarrollo sócio-econômico de América Latina y el Caribe*. www.cepal.org

COSTA, N.R. *Políticas Públicas, justiça distributiva e inovação*. São Paulo: Hucitec, 1998.

COMUNIDADE SOLIDÁRIA. www.comunidadesolidaria.gov.br

COUTINHO, C. N. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. *Democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. *Marxismo e política*. São Paulo: Cortez, 1999.

DINIZ, Eli. *Crise, Reforma do Estado e Governabilidade*. São Paulo: FGV, 1997.

FOGEL, RAMON. *Pobreza y políticas sociales en el Paraguay*. El lector. Assunción, 1998.

FREITAS, Rubem Correa. *La Reforma del Estado en el Uruguay*.

- Presidencia de la República, Montevideo, 1988.
- GAMBINA, J. Previdência Social, Fundos de Pensão, Emprego Público, Reforma Administrativa e Reforma da Educação. In: *Jornal APUFSC*. Florianópolis, n.7, set/out. 2000.
- GRAMSCI, A *Quaderni del carcere*: edição crítica de Valentino Gerratana. Turin, Einaudi, 1977. 4v.
- GRASSI, E., HINTZE, S. e NEUFELD, M. R. *Políticas sociales*: crisis y ajuste estrutural. Espacio Editorial, Buenos Aires, 1994.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA – INAP. *Reseña del proceso de Reforma del Estado en la Argentina – 1989-1996*. Buenos Aires, 1989.
- LAURELL, A. C. Para um novo Estado de Bem-estar na América Latina. In: *Revista Lua Nova*, 45., São Paulo: CEDEC, 1998, p. 187-204.
- MARE. Organizações Sociais. *Cadernos do Mare* n°2, Brasília, 1998.
- MARCHI, J. C. *O processo de integração dos serviços de saúde no Mercosul*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- MASI, F. Los nuevos mandatos de los Bancos Multilaterales de desarrollo: el caso de Paraguay. In: TUSSIE, D. *El BID, El Banco Mundial y la sociedad civil*: nuevas formas de financiamento internacional. Buenos Aires: Flacso, 1997.
- MERCOSUL. *Acuerdo multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur*. Buenos Aires, 1998.
- NOGUEIRA, M. A. Democracia política, governabilidade e representação. In: VIGEVANI, T. et al. *Liberalismo e socialismo*. São Paulo: UNESP, 1995.
- _____. *As possibilidades da política*: idéias para a reforma democrática do Estado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- NOGUEIRA, V. M. e SIMIONATTO, I. *Pobreza e participação*: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. Florianópolis, 2000.
- NOYA, N. *La reforma de la Seguridad Social en Uruguay*. www.redsocial.org
- PEÑALVA, S. Crisis y mutación del modelo de protección social universalista. In: PEÑALVA, S e ROFMAN A. *Desempleo estructural, pobreza y precariedad*. Buenos Aires: CEUR, 1996.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A Reforma do Estado dos Anos 90. *Cadernos do Mare*, 1, Brasília, 1997.
- PETRAS, James. Os fundamentos do neoliberalismo. In: RAMPINELLI, W. J. e OURIQUES, N. D. (Orgs.). *No fio da navalha*. São Paulo: Xamã, 1997.
- REPÚBLICA DEL PARAGUAY. *Programa de Gobierno 1999-2003*. Asunción, 1999.
- REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. *Presidência de la República. Oficina nacional del servicio civil*. Portugal, 1998.
- _____. *Ministerio de la Salud Publica*. www.msp.gub.uy
- RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90*: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, 2000.
- RUIZ-TAGLE J. El nuevo sistema de pensiones en Chile: una evaluación preliminar. In: *Comércio Exterior*. Chile, 1996.
- SADER, E. Direitos e cidadania na era da globalização. In: BÓGUS, L. e PAULINO, A Y (Orgs.). *Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais*. São Paulo: Educ, 1997.
- SANTOS, M. R. Estratégias de governabilidade en la crise. In: PEÑALVA, S. e ROFMAN A. *Desempleo estructural, pobreza y precariedad*. Buenos Aires: CEUR, 1996.
- SERRA, J. Discurso de posse do senador José Serra, no Ministério da Saúde. In: *Cadernos Mare*, 13, Brasília, 1998.
- SIMIONATTO, I. *Crise, Reforma do Estado e Políticas Públicas*: implicações para a sociedade civil e para a profissão. Florianópolis, 1997.
- _____. Globalitarismo e sociedade civil: a manipulação dos conceitos. In: *Revista Plural*, 10, (7): 28-35, APUFSC, Florianópolis, 1998.
- _____. O social e o político no pensamento de Gramsci. In: AGGIO, A. (Org.). *Gramsci: a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998.
- SOARES, L. S. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000.
- TAVARES, M. C. e FIORI, J. L. *(Des) Ajuste global e modernização conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- TELLES, V. Direitos sociais e direitos dos trabalhadores: por uma ética da cidadania. In: BÓGUS, L. e PAULINO, A Y (Orgs.), op. cit., 1997.
- TUSSIE, D.; MENDIBURU, M.; VÁSQUEZ, P. Los nuevos mandatos de los Bancos Multilaterales de desarrollo: su aplicación en el caso de Argentina. In: TUSSIE, D. *El BID, el Banco Mundial y la sociedad civil*: nuevas formas de financiamento internacional. Buenos Aires: Flacso, 1997.
- URIBE, E. D. *Los fondos de Inversión Social y su papel en la reducción de la pobreza*. www.redsocial.org
- VIANNA, L. W. *De um plano Collor a outro*. Rio de Janeiro: Revam, 1991.

_____. Caminhos e descaminhos da revolução passiva à brasileira. In: AGGIO, A. (Org.). *Gramsci: a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998.

VUOLO, R. M. e BARBEITO, A. C. Lo. *La nueva oscuridad de la política social*. Ciepp, Buenos Aires, 1994.

WORLD BANK. *Brasil Water Supply and Sewerage Sector Project*. 1993.

_____. *Brazil, Public Spending on Social Programs: Issues and Options*, 1988.

_____. *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil*, 1993.

_____. *Un pueblo pobre en un país rico: informe de la pobreza en la Argentina, 2000*. www.worldbank.com

_____. *Country Assistance Strategies*. www.worldbank.com

_____. www.worldbank.org/html/extdr/newprojects/ 2000. Acessado em 11 de dezembro de 2000.

Notas:

1 Sobre as diferentes trajetórias das reformas na América Latina ver Tavares, M. C. e Fiori, J. L. (1993) e Soares (2000).

2 As reformas do Estado são designadas de primeira e segunda gerações. A primeira compreende políticas ortodoxas de ajuste fiscal, estabilização da moeda, controle da inflação, liberalização dos mercados, privatização, combate à pobreza. As de segunda geração incluem: continuidade do ajuste macroeconômico, crescimento, diminuição do déficit público, pagamento da dívida externa, fortalecimento do mercado e das instituições administrativas e legais do Estado, capacitação de recursos humanos, combate à pobreza (MASI, 1997).

3 Conforme indica Costa (1998, p. 131), “é assumida a idéia que a transição epidemiológica, ampliando a importância das doenças crônicas, afetaria perversamente os gastos em saúde dos governos porque os grupos sociais afetados por estas doenças seriam os mais afluentes e de maior poder sobre as decisões, públicas. As escolhas dos governos teriam que assegurar que as doenças infecciosas, que afetam predominantemente as crianças e os pobres não seriam negligenciadas e teriam prioridade sobre outras demandas”.

4 Para o Banco Mundial (1998), as doenças relativas ao envelhecimento e os acidentes dominam o quadro da saúde no Brasil. Câncer, doenças circulatórias, doenças mentais e acidentes são responsáveis por cerca de 55% das mortes; 42% de aposentadorias precoces e 75% do gasto público é destinado à hospitalização.

5 O decreto 1269/1992 define o modelo de descentralização administrativa do sistema de saúde argentino, repassando para estados e municípios grande parte da responsabilidade dos programas de atenção à saúde. Esse mesmo decreto cria a figura dos “Hospitais Públicos de Autogestão” e o decreto 578/1993 estabelece os mecanismos de funcionamento dos mesmos. Os requisitos para acesso aos hospitais públicos incluem seleção sócioeconômica a fim de determinar se a pessoa é ou não indigente para receber atenção gratuita.

6 O gasto nacional em saúde nos países do Mercosul, em 1997, em relação ao PIB, foram: Argentina 4%; Brasil 3%; Paraguai 1,3% e Uruguai 3,7% (Cepal, 2000).

7 Tem-se como exemplo os pacientes brasileiros que residem próximos à fronteira com o Uruguai e que necessitam de duas a

três sessões de hemodiálise por semana. Enquanto o SUS paga, em média, R\$ 83,00 por sessão em serviço conveniado, os serviços contratados no Uruguai recebem em torno de U\$140.

8 Juntamente com o Encontro dos Presidentes do Mercosul, realizado em Florianópolis em dezembro de 2000, realizou-se a Cúpula Sindical do Mercosul (Cumbre Sindical 2000) que contou com a participação de 700 dirigentes sindicais do Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Chile, ocasião em que foi entregue um documento ao embaixador especial para o Mercosul, solicitando a abertura de diálogo com os governos para a adoção de medidas visando à promoção do emprego, elevação dos salários e promoção social (Boletim da CUT, 2001).

9 Na Argentina o trabalhador contribui com 11% do seu salário para o fundo de Aposentadoria e Pensão, mas 3,4% são destinados aos gastos com administração sendo que a contribuição real é de 7,6% (GAMBINA, 2000).

Endereço – Autora

Departamento de Serviço Social
Centro Sócio Econômico – UFSC
Campus Universitário – Trindade
Florianópolis – SC
Cx Postal 476 – CEP: 88040-900
Tf. 0XX48-3319540
e-mail: isimion@mbox1.ufsc.br