

## PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL: PROS Y CONTRAS

### *SOCIAL PROTECTION FLOOR: PROS AND CONS<sup>(\*)</sup>*

*Lena Lavinas<sup>(\*\*)</sup>*

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (Rj), Brasil

*Ana Fonseca<sup>(\*\*\*)</sup>*

Universidade Estadual de Campinas, Campinas (Sp), Brasil

**Resumen:** El presente artículo tiene el objetivo de discutir el tema del piso de protección social preconizado por la OIT y por el sistema de las Naciones Unidas, y su adecuación a Brasil. Por piso de protección social se entiende asegurar “garantías básicas” de seguridad social a los grupos más vulnerables, en particular ingreso monetario para determinadas categorías, como niños, discapacitados o personas de edad. Mientras se reconozca que el piso es una iniciativa muy relevante para países en desarrollo con sistemas de seguridad incompletos y débiles, planteamos que hay las ventajas del sistema de Seguridad Social brasileño respecto del piso.

**Palabras Clave:** Piso de protección social; Planes de lucha contra la pobreza; Universalismo.

**Abstract:** This article aims at discussing the social protection floor proposal, launched by the ILO and the United Nations, and its adequacy to Brazil and other Latin American countries. Social protection floors are defined as sets of “*basic social security guarantees*”, namely monetary benefits, to be provided to the most vulnerable groups, such as children, disabled and elderly poor. In spite of being a very positive initiative for developing countries with no or incomplete social protection systems, the authors argue that the Brazilian Social Security, by all standards, a better and broader scope as compared to the Floor.

**Keywords:** Social protection floor; Anti-poverty schemes; Universalism.

---

(\*) Agradecemos ao Prof. Ricardo Bielschowsky por seus comentários críticos e a Francisca Talledo pela colaboração valiosa.

(\*\*) Doutora, Professora de Economia do Bem-estar do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: <lentalavinas@gmail.com>.

(\*\*\*) Doutora, Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: <anafon@uol.com.br>. Recibido en: 11.11.2014; aceptado en: 29.06.2015.

## 1 INTRODUCCIÓN

La recomendación n. 202 de la Conferencia Internacional del Trabajo del 2012, más conocida como el Piso de Protección Social, preconiza, en su artículo 5, el principio de que es esencial a todos los gobiernos asegurar por lo menos “garantías básicas” de seguridad social a los grupos más vulnerables, justamente los que no logran mantener su reproducción social vía el mercado. Así, esa estrategia de “garantías básicas” contiene dos elementos fundamentales: “i) acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad [...]; ii) seguridad básica del ingreso para los niños (por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios), para las personas en edad activa (que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez), para las personas de edad (por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plan nacional)” y también para las mujeres embarazadas y discapacitados (OIT, 2011, p. 152).

Se constata que las “garantías básicas” o “el conjunto básico y sencillo de garantías” (OTI, 2011, p. 152) se resume a asegurar el ingreso, incluso como “la debida protección financiera contra gastos desorbitados de salud, así como el acceso a los servicios de atención de salud” (OTI, 2011, p. 152). En otras palabras, el núcleo de la seguridad básica fue reformateado y se restringe casi exclusivamente a prestaciones monetarias asociadas a ciertos servicios de salud, cuyo financiamiento y provisión pueden ser privados o públicos. En los documentos de la OIT acerca del piso de protección social, no hay una única referencia a que los servicios básicos de salud, por ejemplo, sean públicos, gratuitos y universales. Lo pueden ser o no, como si las prestaciones monetarias fueran suficientes para garantizar cobertura en sistemas donde la salud se encuentra mercantilizada, ignorando por lo tanto todos los problemas recurrentes de asimetrías de información, de poder (BARR, 2012) de que trata la literatura internacional sobre salud.

El modelo está así centrado en garantizar medios financieros – forzosamente con transferencias monetarias de valor muy pequeño – para acceder a algunos servicios. Todas las demás dimensiones de las contingencias que integraban un sistema complejo e integrado de seguridad social en el modelo de los años 50 – habitación, educación, formación profesional permanente en igualdad de condiciones – fueron descartadas. Al contrario, en el modelo de la OIT de los 50 (ILO, 1950) – los beneficios deberían cubrir un espectro amplio de necesidades en lugar de proveer solamente un básico o una estructura muy elemental de beneficios. Ahora, la destitución es por lo esencial falta de ingreso, lo que se puede resolver con transferencias monetarias. La dimensión desmercantilizada de la protección social, indispensable por disociar acceso al bienestar de ingreso, fue mayoritariamente eliminada.

Además, la nueva propuesta de pisos, que ha recibido una aprobación casi unánime de los miembros de la OIT – trabajadores, empleadores y gobiernos –, espeja un acuerdo donde se confunden, sin obligatoriamente definirlos, mínimos y pisos. Simplificadamente, la norma habla de mínimos, aunque la denominación más general se refiere a pisos. Un mínimo no es necesariamente un piso, todo lo contrario. Mientras

este establece un punto de partida o un *startingpoint* a partir del cual se empieza algo, se evoluciona mejor o si construye algo – es decir, se trata de una fundación estable sobre el cual se va a poder edificar de forma sostenible y durable –, los mínimos representan la más pequeña porción de una cosa, lo que está en el nivel más bajo y por lo tanto no tiene consistencia para sustentar trayectorias más audaces o más amplias ni garantizar que se construyan o se alcancen pisos. Pisos no son mínimos, ni parten de la suma de varios mínimos. Los mínimos pueden también ser límites fijados de forma arbitraria, lo que tampoco les otorga características suficientes para proveer una protección en base ciudadana. Como lo subraya (LEISERING, 2009), “basic social security restonseveral-pillars” y no solamente en un ingreso mínimo situado en el umbral de la indigencia o de la pobreza ni tampoco en servicios básicos de salud.

Igualmente, la idea es que los mínimos sean demarcados por los gobiernos, pero sin referencia a un conjunto de umbrales o de derechos sociales. No hay más un intento de promover la cohesión social o una sociedad de iguales, sino únicamente reducir los grados de exclusión al mercado. Lo que es denominado “un grado de flexibilidad” (OIT, 2011) parece expresar el abandono del compromiso con un patrón de bienestar universal, a ser compartido por todos, en favor de un nuevo “contrato social” basado en garantías de un ingreso mínimo y la prestación de servicios esenciales de salud que serían, como lo preconiza el documento de la OIT, “un derecho reconocido por la ley”.

Creemos que el otorgamiento de garantías de mínimos monetarios a grupos vulnerables tales como niños, adultos mayores, trabajadores en situación precaria o desocupados no implica como consecuencia una ampliación automática del acceso universal e incondicional a servicios públicos desmercantilizados que son indispensables para el bienestar de la población, tales como la educación, salud, capacitación profesional continuada, seguridad y vivienda. De esta manera la seguridad socioeconómica no puede ni debe restringirse meramente a la garantía de un ingreso monetario mínimo, ni a servicios básicos e restrictivos, que establezcan jerarquías en los accesos. Si esto fuera así, la red privada ampliaría su cobertura antela falta de servicios públicos fortaleciendo al mercado, que sigue inaccesible a partir de mínimos. Como consecuencia de lo planteado anteriormente, dicho modelo reproduciría y legitimaría desigualdades de estatus y de acceso, a partir de la probable promoción de un modelo de atención segmentado y dual. Asimismo, el modelo de mínimos no considera ni la lógica y ni las ventajas de los sistemas de Seguridad Social y marca un quiebre respecto del patrón de protección social universal y uniforme que surgió como la piedra de toque de los derechos sociales y de los derechos humanos durante la segunda mitad del siglo XX.

El presente artículo tiene el objetivo de sistematizar los modelos de protección social postulados durante las últimas décadas por las agencias y organismos multilaterales para Latinoamérica y se ponen de manifiesto los sesgos y orientaciones implícitas en los modelos. Una primera parte se concentra en el modelo de ajuste en los años 1980 y 1990, así también como en el modelo de gestión social del riesgo y las Metas de Desarrollo del Milenio. Posteriormente se aborda el tema del piso de protección social preconizado por la OIT y por el sistema de las Naciones Unidas, de conformidad con el Banco Mundial y el FMI.

En la **última** parte del estudio se retoma la propuesta de un piso de protección social y se apunta hacia los aspectos diferenciales del mismo y hacia las ventajas del sistema de Seguridad Social brasileño respecto del piso. En las conclusiones se plantean las razones por las cuales la adopción de dicho modelo redundaría en un retroceso para Brasil, dado que limitaría una serie de derechos constituidos y en vigor. Por otro lado, dicha adopción comprometería a la sólida y legítima institucionalidad adquirida, a partir de la desconstitucionalización de uno de los hitos concluyentes del proceso de redemocratización del país.

Sin embargo, argumentamos que Brasil ya dispone de un sistema de seguridad social, fuertemente institucionalizado, aunque no plenamente constituido, pero que su desafío reside en hacer realidad lo que establecen, sobre todo, los artículos 3º (de los objetivos de la República Federativa de Brasil) y 6º (de los derechos sociales) de la Constitución Federal de 1988, y no un piso mínimo de protección social.

## 2 LOS ANTECEDENTES DEL PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL

En esta sección, haremos un breve resumen de las propuestas que precedieran la propuesta de un Piso de Protección Social, especialmente la estrategia del Banco Mundial de gestión social del riesgo, o sea de las reformas en la protección social en el marco del llamado ajuste estructural y de los Objetivos del Milenio, lanzado por la ONU. En el caso del Piso, el espacio de su construcción parece intentar algunas respuestas a la pregunta sobre cómo tratar con las metas (ODM) no alcanzadas y considerando los cambios en los países en la última década, en particular después de la crisis de 2008, cuyos impactos y las políticas para su enfrentamiento revelaran la importancia de extender la base social del mercado, para fortalecer estrategias de recuperación económica y retomar el crecimiento.

En el ámbito de la Región la propuesta del Piso es cualitativamente distinta de las propuestas presentadas por el Banco Mundial en los años 1980 y 1990 y en plan más amplio es distinta de aquellas diseminadas en el año de 2000, cuando el Banco Mundial defiende la estrategia de manejo social del riesgo y, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, los representantes nacionales acuerdan ocho objetivos que la comunidad internacional debería financiar y promover su efectivo cumplimiento para el año 2015, o sea, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La crisis de la década de 1980, profundizada en la primera mitad de los años 1990 (BERTOLA; OCAMPO, 2012), afectó a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Esos países enfrentaron una agenda de “reformas estructurales” vinculadas al nivel elevado de la deuda externa y a las exigencias de los organismos de financiamiento internacional (FMI, Banco Mundial). La deuda externa empujó a los gobiernos a un compromiso general con reformas de mercado por medio de la privatización de los sistemas públicos de pensiones, de empresas y servicios públicos, apertura comercial, incremento de impuestos con la finalidad de reducir el déficit fiscal y lograr superávit, recortes en el empleo público, entre otras.

Cómo afirmó (THORP,1998), la desregulación de los diferentes mercados y nuevos acuerdos de liberalización económica y la integración comercial planteada, como el

ALCA, llevaron a un aumento significativo en los precios de alimentos y de los servicios públicos, lo que afectó negativamente en el grado de bienestar de la población. En Ecuador, con el fin de los subsidios al gas licuado (utilizado para cocinar, pero también para la calefacción y como combustible para vehículos), a la gasolina y a las medicinas, se deteriora de inmediato la calidad de vida de la mayoría de la población. El entonces presidente, Jamil Mahua, intentó finalizar el subsidio indiscriminado al gas licuado, a cambio de algunas medidas y entre esas el que se llamó Bono Solidaridad, una transferencia en efectivo a las personas más pobres de Ecuador. Con la caída del presidente, Ecuador volvió a convalidar el subsidio, más el Bono (LUCIO, 2004).

En México, la inseguridad alimentaria en los años 80 y 90 estaba empeorando (THORP, 1998), debido a la interrupción de la producción familiar de subsistencia. El abasto de alimentos cae y es compensado por las importaciones de costos mucho más altos, lo que genera privaciones y hambre. En este marco, en México en finales de los años 1980, como parte de la reforma social, fue lanzado el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL – 1989-1990), un antecesor del Progreso (1997-2002) y del Programa Oportunidades, a partir de 2002, ambos programas de transferencia de ingresos con condicionalidades (COTTA, 2009; FONSECA, 2009; ONTIVEROS, 2005).

En Bolivia, a lo largo de las décadas de los 80 y 90, la incidencia de la pobreza se ha mantenido por encima del 60% y según el Informe de la CEPAL el índice de pobreza en Bolivia ha bajado del 62,4 al 54% entre 2002 y 2009, lo cual representa una caída de 8,4 puntos porcentuales. En el caso de la indigencia se registra un descenso del 37,1% al 31,2% (CEPAL, 2010).

Los paquetes de reformas estructurales estaban orientados por el paradigma de liberalización económica que operaba bajo el supuesto de que el papel del Estado era básicamente garantizar la acción de las fuerzas del mercado y la “receta” para la región favoreció la agudización de la pobreza.

Al comparar las cifras de personas pobres e indigentes en América Latina, se observa que en 1990 hubo un gran incremento de las dos categorías en relación a 1980. En este año la incidencia de la pobreza fue de 40,5% y la de la indigencia de 18,6%. En 1990 fue de 48,3% y 22,5% respectivamente. En el 1990, el número de personas viviendo bajo la línea de pobreza fue de 204 millones contra 136 millones diez años antes (CEPAL, 2012).

Estos nefastos resultados no sorprenden, considerando que la privatización de las políticas sociales resquebrajaba la solidaridad del financiamiento. América Latina se convirtió en el locus por excelencia de los experimentos dirigidos para la privatización radical de los sistemas públicos de jubilaciones y pensiones (PAYG) como fue el caso pionero de Chile (1981) en donde un sistema de capitalización privado y obligatorio sustituyó el sistema público contributivo y que (MESA, 2007) denominó de modelo sustitutivo.

Además, en el marco de su implementación tuvo lugar la defensa del desmantelamiento de los servicios sociales de alcance universal (ya insuficientes) y la concentración del gasto público en los grupos más vulnerables por medio de los programas llamados

“focalizados” (SOJO, 2007). Así, en América Latina, el gasto social per cápita cayó 10% a lo largo de la década de 80, la distribución de la renta empeoró todavía más, el desempleo y la informalidad alcanzaron niveles muy elevados (THORP, 1998, p. 220-221).

Para enfrentar ese contexto de fuerte deterioro de las condiciones de vida de la población, con graves consecuencias en las economías regionales y nacional, surgen las Redes Mínimas de Protección Social (RMPS) introducidas, según los argumentos de sus defensores, con el objetivo de enfrentar el empobrecimiento resultante del ajuste estructural y para mejorar la eficiencia de la acción de los ministerios y de la asistencia social. Con este objetivo, los recursos debían ser focalizados hacia la población más pobre para compensar la pérdida de ingresos, crear empleos y mejorar la infraestructura por medio de algunas obras. Las Redes se diseminaron en la Región desde finales de la década de 1980 con la creación, entre otros, de los Fondos de Emergencia Social (FES), Fondos de Inversión Social (FIS) o Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS). (MESA, 2007). Cabe destacar que Chile fue precursor en ese proceso, adoptando ya en 1981, el Subsidio Unitario Familiar, una transferencia de ingreso equivalente a US\$ 6 mensuales destinada a los grupos familiares en situación de indigencia con mujeres embarazadas, niños en edad escolar y discapacitados.

Los Fondos fueron mayoritariamente concebidos e implementados como organismos independientes de los ministerios sectoriales. En otras palabras, operaban de forma externa a las estructuras de los ministerios, y solían estar vinculados a las presidencias nacionales. En la práctica, esa estructura provocó relaciones competitivas con los ministerios, incrementó la fragmentación administrativa y causó la duplicidad en las acciones. Los Fondos disponían de recursos financieros externos: entre 43% y 85% del montante era originario del Banco Mundial, del BID y de la cooperación internacional como parte de un paquete del ajuste estructural (HOLZMANN; JORGENSEN, 2000).

Fueron necesarias dos décadas de acentuado declino de la cobertura del número de jubilados y pensionistas, de reducción del valor medio de los beneficios y aumento de la pobreza también entre los adultos mayores – sin mencionar el grado de concentración de las AFP's, responsables por la gestión de los sistemas privados y de sus costos y generando ineficiencias – y de la degradación del acceso a los tratamientos médicos y hospitalarios (ALVIM, 2012) para que fuese desenmascarada la promesa de “todo por el mercado”.

Mientras la privatización de los sistemas contributivos y de la salud avanzaba sin control sobre sus impactos y sin monitoreo, los efectos de las políticas de ajuste se hacían sentir en la mayoría de la población vulnerable, cuya magnitud crecía y requería algún tipo de intervención compensatoria rápida de modo a detener las externalidades negativas crecientes. En ese marco se multiplican los mecanismos pro-mercado por medio de la diseminación de programa de garantía de ingresos, focalizados en los más pobres, o sea, los llamados programas de transferencia condicionada de ingresos (PTC).

Instituciones de la importancia del Banco Mundial y el FMI eran radicalmente contrarias a las transferencias monetarias de ingresos hasta 1995 alegando que el consumo de los pobres es invariablemente ineficiente bajo toda circunstancia. El consumo debía fomentarse mediante planes en especie y puntuales. La adopción de mínimos sociales se

concretiza a partir de la formulación de un nuevo marco conceptual denominado *social riskmanagement* (HOLZMANN; JORGENSEN, 2000), que básicamente preconiza una forma de ampliar mercados por medio del monitoreo de los grupos que viven en situación de subsistencia (áreas rurales, indígenas, países menos desarrollados, etc.) o son extremadamente pobres. En otras palabras, se trata de reforzar y profundizar vínculos con las fuerzas del mercado, que en la situación anterior eran débiles, inestables y poco arraigadas.

De acuerdo con los enunciados de los autores, la protección social *consists of public interventions (i) to assist individuals, households, and communities better manage risk, and (ii) to provide support to the critically poor* (HOLZMANN, JORGENSEN, 2000, p. 9). La idea central del nuevo *framework* es que no se trata de brindar protección por medio de la prestación de bienes, servicios y un ingreso relativamente seguro, ajeno a la dinámica económica, sino brindar apoyo a las familias, personas y comunidades en situación de agudo riesgo para que a través de buenas prácticas puedan enfrentar mejor los riesgos inherentes a la globalización y el consecuente aumento de incertidumbres. Al mismo tiempo, este abordaje garantiza un ingreso monetario, sin restricciones etarias exclusivo para las personas en situación de destitución más grave. El objetivo es literalmente la incorporación de un contingente numéricamente importante de la población más vulnerable al mercado para disminuir sus fallas dado que las mismas impiden que se cumpla la dinámica de la globalización y del nuevo patrón de acumulación.

### 3 LAS METAS DEL DESARROLLO DEL MILENIO

Es con las Metas de Desarrollo del Milenio (ODM) que es forjado un amplio consenso sobre esa nueva estrategia de proveer protección mínima solamente a los comprobadamente pobres y extremadamente pobres. A los demás, información y medios técnicos para enfrentar los inevitables riesgos y las crecientes incertidumbres. De inicio el FMI y BM logran implementar, como referencia, su líneas de pobreza e indigencia que son extremadamente bajas y no deberían ser aplicadas de modo igual en países de renta media alta y en países pobres. *One sizedoesnotfitall!*

En septiembre de 2000, en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los representantes nacionales acordaron ocho objetivos que la comunidad internacional debería financiar y promover su efectivo cumplimiento para el año 2015, que quedaron conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En términos sucintos los ODM establecidos fueron: 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2) Lograr la enseñanza primaria universal; 3) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; 4) Reducir las tasas morbilidad materna e infantil; 5) Mejorar la salud materna; 6) Combatir el HIV/SIDA, paludismo y otras enfermedades; 7) Garantizar el sustento del medio ambiente; 8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Casi trece años después es posible afirmar que ni todos los objetivos, aunque modestos, serán alcanzados en 2015. Según el Informe presentado por el secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, en julio de 2012, tres importantes metas – la reducción de la

pobreza, las condiciones de vida en los tugurios, y el acceso a agua potable –, han sido alcanzadas tres años antes de la fecha límite.

Según el Informe ODM 2012, las estimaciones preliminares indican que en 2010 el porcentaje de personas viviendo con menos de 1,25 dólares al día se redujo a más de la mitad en relación a los niveles de 1990. Al respecto de los tugurios o villas miserias en áreas urbanas, se ha reducido de un 39% en 2000, a un 33% en 2012. Además, en relación a agua, el Informe destaca que en 2010 fue alcanzada la meta de reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso a fuentes de agua potable mejorada (abastecimientos canalizados y pozos protegidos), pues el porcentaje pasó del 76%, en 1990, al 89 % en 2010.

Los principales logros deben ser tomados con reserva al respecto de sus significados. La línea oficial de pobreza, por ejemplo, es baja e inviable para garantizar la comida todos los días en muchos países. Además es una línea arbitraria que revela una concepción restricta de la pobreza, o sea no incorpora la escasez de bienestar como señal de pobreza. Mismo con reducción de la pobreza por ingresos, el hambre, conforme el Informe Anual de FAO (de octubre de 2010), no disminuyó de modo significativo, pues todavía 925 millones de personas sufrían hambre crónica en el mundo. Uno de los países donde más creció la inseguridad alimentaria en Latinoamérica es México, en que pese la existencia de largos programas de transferencia condicionada de ingreso desde medios de los 90 (Progresá, Oportunidades), considerados como ejemplares y presentados como exitosos. En México, aún se registra un 24% de la población total con carencia alimentaria y un 14% de desnutrición en niños menores de 5 años, conforme enfatizó la Representante de la FAO en México en el Foro de Seguridad Alimentaria y Nutricional en 16.10.2013.

En junio de 2013, en el Informe *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2012*, la FAO anunció que 38 países habían logrado cumplir las metas establecidas para 2015. Según el director general de FAO, el hambre disminuyó en todo mundo en la última década, pero todavía existen 870 millones de personas desnutridas y muchos millones sufriendo las consecuencias de los déficits de vitaminas y minerales. La inseguridad alimentaria y nutricional está relacionada con los precios de los alimentos, acceso a recursos monetarios, y no monetarios – tierra, semillas, agua – y servicios necesarios para que las familias puedan producir – asistencia técnica para aumentar la productividad, acceso a los mercados, entre otros. Sin estas dimensiones que son el reconocimiento que el hambre es un problema estructural, resulta imposible de la erradicación del hambre de modo sustentable.

Con los ODM, estaba en el debate el tema del financiamiento – cooperación internacional de los países más ricos – y el llamado Consenso de Monterrey – resultado de la Conferencia Internacional sobre Financiamiento y Desarrollo, promovida por la ONU en 2002 – convocaba a los países desarrollados que ofreciesen apoyo incrementando los flujos de ayuda oficial y realizando inversiones directas y al mismo tiempo que aliviase la deuda externa de los países y abriesen sus mercados para que estos lograsen mejorar sus propias políticas.

El último Informe sobre los ODM's, cuyo plazo de validez es 2015, indica reiterada ausencia de compromiso da parte de los países desarrollados – salvo pocas excepciones,

los países nórdicos, as usual – que no cumplen con la contribución del 0,7% de su PIB para el fondo de apoyo permanente de combate a la pobreza.

La 30ª Conferencia Regional de la FAO, realizada en Brasil en abril de 2008, trató de revisar las acciones en los países de América Latina y el Caribe y una vez más fue subrayada la necesidad de inversiones para erradicar el hambre y la pobreza. Además, desde el punto de vista de las autoridades gubernamentales de Brasil se trataba de un proceso de desarrollo integrado visando a lograr un sistema multilateral de comercio justo y equilibrado, aumento en flujo de inversiones, formulación de proyectos adecuados de sostenibilidad y reducción de la deuda externa de los países en desarrollo. En 2004, Brasil ya había propuesto a las autoridades internacionales la creación de un fondo internacional – movilización de recursos adicionales – con la finalidad de combatir el hambre y la pobreza.

No es razonable comparar la injerencia de las agencias financieras internacionales en América Latina y el Caribe con la iniciativa de la ONU en relación a las Metas del Milenio. En los años 80 y 90 hubo dañosas recomendaciones sostenidas en la idea que el rol del Estado era exclusivamente garantizar la acción de las fuerzas del mercado. En esta perspectiva no hay protección social, solamente unas pocas acciones destinadas a los pobres y la promoción de sociedades altamente segmentadas y con la mercantilización de bienes y servicios. En las dos hay algo en común: ausencia de responsabilidad del Estado en garantizar la protección social más allá de los mínimos de supervivencia.

En el escenario de modestas metas alcanzadas en los ODM y metas que no serán alcanzadas en los próximos dos años que viene a público el *Piso de Protección Social para una Globalización Equitativa e Inclusiva* (2011) en el contexto de la crisis financiera internacional de 2007-2008.

Dentro del ámbito del *framework* del *Social Risk Management* (también creado para enfrentar una crisis, aunque más leve en su momento) vale destacar que los programas de transferencia de ingresos focalizados se consideraban planes *ad hoc* cuyo objetivo es establecer relaciones monetarias para propiciar la expansión de mercados mediante un mínimo de supervivencia reconocido por el pensamiento conservador como necesario dado que la promoción de dichos mínimos de supervivencia es una tarea bastante barata con retornos importantes para la dinámica del mercado (la pobreza genera externalidades negativas como las fallas del mercado). En función de esto, se verifica que no son necesarias reformas fiscales, medidas para aumentar impuestos o tasas sobre los más privilegiados dado que el costo es muy bajo y esas iniciativas cuentan con gran visibilidad (LAVINAS, 2013).

Este tipo de programa se diseminó en casi todos los países de Latinoamérica, salvo rarísimas excepciones y el gasto no supera el 0,6% del PIB nacional. De este modo, el Estado se desentiende de obligaciones que serían mucho más dispendiosas para las arcas públicas y realmente podrían ocupar el lugar del mercado por medio de magras transferencias monetarias a personas y familias.

En el medio de la crisis de 2007-2008 con impacto dramático en los presupuestos públicos de las economías desarrolladas que inmediatamente amenazan los sistemas

de protección social en vigor al reducir los niveles de efectividad para contrarrestar la pérdida de bienestar a tan gran escala, se vislumbra una “ventana de oportunidad” para una nueva ola de reformas.

#### 4 MÍNIMOS PARA EL MERCADO

Así, es forjado un consenso general sobre la garantía de mínimos sociales y parámetros mínimos considerados básicos (sigue la no definición de lo que se considera básico – rige el criterio de cada país) ya que sale barato, soluciona fallas de mercado, no “compromete” la capacidad fiscal del Estado y menos todavía la lógica de internacionalización de los mercados y de *comodificación* (FRASER, 2012) de todos los aspectos de la vida, salvo para el caso de los económicamente y socialmente incapaces. Es suficiente verificar como actualmente las grandes empresas de seguros internacionales peinan el planeta para vender seguros médicos y otros a la medida de todos los bolsillos (pero no contra todos los riesgos, al contrario en realidad) sin un aumento simultáneo de los mecanismos de regulación y control. El sector de la salud se internacionaliza rápidamente en el mundo en desarrollo.

De este modo, el nuevo *framework* adecuado ahora no sólo a los pobres del mundo en desarrollo, sino a todas las personas en todos los países, se denomina *Social Protection Floor* – Piso de Protección Social.

En resumidas cuentas, el objetivo del nuevo modelo de protección social que se define universal (para todos un mínimo y para quien puede, lo necesario) es establecer un piso de protección dentro del ámbito de los sistemas existentes y a partir de un conjunto de prestaciones, prevenir o reducir la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social (ILO, 2012). Los mecanismos disponibles para dicho acometido son conocidos, aunque ahora forman parte de un sistema estructurado y delimitado de mínimos bien definidos y focalizados. Pero ya no se trata de un plan *ad hoc*. La idea por tras de lo expuesto es luchar contra la pobreza al garantizar transferencias monetarias mediante una instancia pública a niños pobres, familias pobres, adultos mayores desempleados, portadores de discapacidades y ahora también a trabajadores pobres en actividad que no pueden vivir exclusivamente de los ingresos de su trabajo (resultado de la precarización de los mercados de trabajo).

Desde este punto de vista, la política social juega ahora un papel secundario y opera en las márgenes, conjuntamente con los “marginales”. La precarización del trabajo y de las condiciones de trabajo le robó al trabajador el derecho de ganarse la vida con el propio esfuerzo aunque trabaje 40 horas o más por semana. ¿De qué tipo de política social estamos hablando y de qué forma se articula con la política económica dentro del nuevo régimen de acumulación?

A continuación se enumeran tres aspectos que postulan la reconfiguración de la política social:

- a) Generalización de las *condicionalidades* como clave del acceso a un beneficio. El derecho derivado de contingencia son necesidades es ilegítimo;

- b) Establecimiento de *estatus diferenciados*. Cuestionamiento del principio de ciudadanía;
- c) Vuelta al *patrón del mínimo o básico*. Deja sin efecto a valores universales consagrados en la prestación de calidad igual en igual cantidad para todos, sin una definición *a priori* de los límites de dicha prestación, costos o cobertura.

La siguiente explicación profundiza los puntos anteriores:

- a) La multiplicación de condicionalidades es simplemente una forma de imponer las nuevas reglas de precarización y de comodificación del mundo laboral. Esta práctica se disemina incluso en países desarrollados, tales como el Reino Unido, Holanda, EEUU y varios otros. Un adulto en edad económicamente activa debe comprobar un número mínimo de horas de trabajo remunerado por semana para gozar del derecho a la asistencia pública en muchos de los países. La finalidad de las condicionalidades no es ni civilizatoria ni de conservación de valores morales del trabajo como pretende justificar el pensamiento conservador. Es una violencia que hace que se acepte de forma obligatoria a todo tipo de ocupación, por más indigno, mal remunerado y precario que sea, que se acepte, por lo tanto, un nuevo modelo laboral desfavorable para los trabajadores a cambio del derecho a la supervivencia. El Estado ahora subsidia de forma indirecta los efectos trágicos de la desreglamentación del mercado laboral en la vida de la clase trabajadora y favorece la acumulación, al baratear el proceso. Ese modelo ya está consolidado por el mainstream conservador a nivel internacional, la revista inglesa (THE ECONOMIST, 2013) considera ser hasta mejor – más eficiente por ser más barato – prescindir de las condicionalidades de modo de garantizar un ingreso monetario para el buen funcionamiento de los mercados globales. Según la revista, la preferencia por las condicionalidades en lugar de las incondicionalidades es apenas una forma de asegurar “*middle-clas stax payer that the poor are not getting something for nothing*”. Es decir, el argumento de fondo en favor de las condicionalidades es más el ejercicio de mecanismos de control sobre los grupos vulnerables y carentes que de su eficacia.
- b) El acceso a lo básico es la prerrogativa del pobre, vulnerable, excluido, o de cualquier otra categorización que se adopte. Se desprende que de esta forma se crea un modelo dual dentro del cual lo público tiene la obligación de brindar cobertura a los que no llegan al mercado. En vez de cohesión social, se promueve la discriminación en nombre de los derechos humanos. El piso es para los que no tienen estatus de ciudadano, tienen estatus de asistido. La ciudadanía se rige a partir de la capacidad autónoma de consumo y no por una lógica basada en derechos.
- c) Con el establecimiento de un básico o un mínimo indefinido, se está en riña con el principio de la universalidad, dado que cada *estatus* va de la mano de un conjunto específico de beneficios. Se retrocedió al patrón de atención estratificado de acuerdo con el *estatus*. Se volvió al pasado. En vez de una inserción laboral que separa a los mercedores de los no mercedores, la selección ahora es más dramática aún:

tener o no tener ingresos. Ahora los valores de mercado y no la institucionalidad de las relaciones de producción regulan directamente a la ciudadanía.

Los puntos anteriores apuntan a la negación de un siglo de construcción de un sistema universal de protección social para volver al Estado cuidador de los pobres, una ley de los pobres reformateada de acuerdo con los designios de los mercados. Un valor mínimo de jubilación se destina a los no contribuyentes, o a los que no pudieron realizar los aportes de forma regular, no se prepararon para contar con una jubilación de un valor adecuado en la vejez. En el caso de la jubilación básica, el piso de ingreso se distanció de su función esencial y corresponde actualmente a un promedio del 15% – 17% del salario promedio del mercado laboral y condena, por ejemplo en el Reino Unido, a un número significativo de adultos mayores a la pobreza. Esta situación es la puerta abierta para la privatización, implícita en la prestación de todo lo que supera a lo básico. Este tipo de modelo altera la relación entre mercado y sociedad, dándole prevalencia a la persona que goza de la cobertura de un gran número de aspectos vinculados a la reproducción de la vida y de los seres humanos, en total oposición a los Estados del bienestar instituidos y comprobados con éxito en el intento de desmercantilizar o no mercantilizar bienes y servicios. La garantía de lo básico no propicia un proceso emancipador ¿Cuál es el camino que se debe elegir en el medio de una crisis como la del 2008? ¿Se mantiene el básico pre crisis o se lo relativiza en función de la coyuntura? La situación actual en España, Grecia, Portugal y demás sitios sugiere que se debe elegir de acuerdo con la coyuntura específica.

## 5 EL CASO DE BRASIL<sup>(1)</sup>

Atendiendo las tres dimensiones que integran la Seguridad Social brasilera – jubilación, asistencia social y salud, cabe mencionar si sus características incorporan la universalidad, uniformidad, el reconocimiento de las necesidades, y si los servicios públicos han sido valorados y consolidados o si, por el contrario, la normatividad los ha disminuido, debilitado u omitido por la acción del Estado, en la adecuación constante de los parámetros de protección en la dirección de los pisos mínimos, amenazando inclusive su constitucionalidad (FAGNANI, 2010) ¿El caso brasilero tiende a reforzar un modelo de pisos mínimos o por el contrario, enfatiza ventajas derivadas de un diseño institucional comprometido con el paradigma de universalizar, aunque recurrentemente amenazado por el desvío de recursos del presupuesto propio de la seguridad social?

### 5.1 LA ASISTENCIA SOCIAL (PREVIDENCIA): EL DIFERENCIAL POSITIVO DEL SEGURO SOCIAL EN BRASIL

A pesar de las distorsiones remanentes, Brasil logró establecer un grado de cobertura para la población mayor que tiende a la universalización en el rango etario de 65 años a más, sin que para eso se restrinja el alcance de su sistema de asistencia social (previ-

---

(1) Essa seção retoma parte do artigo de Lena Lavinas publicado na coletânea *Políticas Sociais, Cidadania e Desenvolvimento*, coordenada por Ana Fonseca e Eduardo Fagnani, publicada pela Fundação Perseu Abramo, em 2013. O artigo da autora é intitulado “Notas sobre o Desafio da Redistribuição no Brasil”.

denciario). Sabemos que las jubilaciones y pensiones rurales están desvinculadas de una contribución previa, el piso de asistencia universal vinculado a un salario mínimo y la existencia de un techo para contribuciones y beneficios contribuirían significativamente para hacer que el Gini entre los mayores (65 años o más) sea inferior a aquel observado para la población como en general (ingreso familiar per cápita) y entre los ocupados (ingreso del trabajo). De la misma manera, y por las mismas razones – el diseño del sistema y sus normas –, jubilación y pensiones tuvieron a lo largo de la década del 2000, impactos de magnitudes mayores en la reducción de los índices de pobreza que los de las transferencias de ingreso compensatorias (LAVINAS, 2013). En efecto, en el 2011, la descomposición de las fuentes de ingreso captadas por PNAD indica que en cuanto a los beneficios por jubilación sacan a 21 millones de personas de la pobreza y 19 millones de la pobreza extrema (miseria), los beneficios asistenciales reducen el número de pobres en 7 millones y el de indigentes en 4 millones. En el 2011 el porcentaje de brasileños de 65 años a más en pobreza fue inferior al 2% (PNAD, 2011) y la tasa de cobertura de jubilación o asistencial contempló a más del 85% de la población mayor.

Tenemos entonces un resultado extremadamente positivo, que en términos de cobertura para América Latina sólo no sobrepasa el desempeño de Bolivia desde la creación de la Renta Dignidad en 2007. (ARZA, 2013) señala como diseños alternativos de jubilación y pensiones modificaron profundamente los sistemas de seguridad social en países como Argentina, Bolivia, Brasil y Chile, que consiguieron instituir una alta cobertura de protección para la población mayor fuera de los marcos de la lógica exclusivamente contributiva. (ROFMAN; OLIVIERI, 2012) estiman que en esos países, como en Uruguay, la tasa de cobertura que garantice la seguridad socio económica para los adultos mayores es actualmente superior al 80%. Una rápida comparación con el perfil del pasado seguro social en esos países muestra un avance extraordinario en términos de cobertura.

Brasil, entretanto, muestra una diferencia mayor, pues siguió un camino diferente. Brasil y Bolivia al contrario de Argentina y Chile, adoptaron principios universalistas que llevaron a una reconfiguración del derecho a un ingreso de sustitución por fuerza de inactividad, sea para pobres, sea para trabajadores con un historial contributivo insuficiente. Sin embargo, el modelo boliviano abraza la tesis de una jubilación mínima universal (*flat-rate*), tal como fue propugnado por (HUBER; STEPHENS, 2012), con resultados sin duda favorables en materia de promoción de ciudadanía en aquel país, la diferencia con Brasil reside en la igualdad del monto del beneficio para contribuyentes y no contribuyentes, monto vinculado al salario mínimo.

En lugar de constituirse en un porcentaje de un determinado nivel de remuneración (idea de un ingreso mínimo de subsistencia), el modelo brasileiro iguala el derecho a la seguridad socioeconómica en inactividad entre beneficiarios de estatus distintos (sea en términos de ingreso o trayectoria socio-ocupacional). De esta forma supera viejas divisiones (régimen altamente estratificado) y se escapa de la trampa de la seguridad social (cuyo acceso se limita solo a los contribuyentes). Así, en lugar de apoyar la idea de los mínimos monetarios, sujetos a comprobación de déficit de ingreso o en la óptica del piso básico, Brasil sobresale por romper con la lógica bismarkiana *stritu sensu* y de los *safety nets* de lucha contra la pobreza.

Paralelamente, la flexibilización del porcentaje de la contribución al seguro social para micro emprendedores individuales (MEI) indica una ampliación o fortalecimiento

de una vía original que consolida valores de solidaridad (no individualizados) y redistribución (menor tasa de contribución, pero beneficio semejante), constituyentes de los sistemas de PAYG (BARR, 2012). Además, da cuerpo al sistema de pensiones por elevar la carga contributiva, incluyendo nuevos grupos de trabajadores antes desprotegidos. Este incentivo aumenta la eficiencia del sistema y, al mismo tiempo redistribuye.

Aún en las pensiones, hay equiparación en el otorgamiento de beneficios en el caso del salario por maternidad, concedido por cuatro meses, las asalariadas, independientes, micro emprendedoras y hasta las desempleadas que hayan contribuido anteriormente. La regla fue superar divisiones a partir de la inserción laboral, uniformizando derechos y procedimientos. Lo mismo ocurrió con el seguro de salud. Ambos son ejemplos que presuponen contribución en porcentajes diferenciados, y solamente en el caso de la trabajadora o trabajador rural, la contribución no es obligatoria. En el caso del seguro de desempleo temporal, la desocupación estacional involuntaria fue reconocida y autorizada en ciertas categorías, como pescadores artesanales, por ejemplo, solicitar el seguro de desempleo durante los meses de temporada baja (FONSECA; LAVINAS, 2014).

Así por el lado de los beneficios de asistencia y del seguro social (RGPS) se camina para una cobertura creciente, amplia y que a partir del estatus y condiciones y contribuciones diferenciadas aseguran un conjunto de derechos equivalentes y uniformes. La asistencia pública que cubre a los asegurados del sector privado en Brasil avanza en la dirección de mayor inclusión, progresividad y redistribución al combinar contribuciones y beneficios. Por eso, su diseño es una alternativa coherente y sólida que se contrapone con éxito a la adopción de un pilar básico de protección socioeconómica, especialmente tratándose de adultos mayores y pobres activos incapaces de vivir de su trabajo. Más allá de eso, establece un piso muy por encima del nivel de pobreza, lo que no suele suceder en el enfoque de garantía de ingreso mínimo de la propuesta de mínimos. Estos son marcados por las líneas de pobreza de bajo valor *per capita*.

Las normas y convenciones que vienen siendo adoptadas paulatinamente para expandir la cobertura del sistema han conducido a un aumento del número de contribuyentes y de la densidad contributiva, estimuladas por incentivos apropiados. El sistema gana en eficiencia y equidad<sup>(2)</sup>.

## 5.2 ASISTENCIA Y SALUD: NORMA DESVIADA QUE QUIEBRA LA INSTITUCIONALIDAD

Dos grandes innovaciones institucionales de gran impacto social tuvieron lugar por ocasión de la promulgación de la Constitución del 88. De un lado, la salud pública

---

(2) A ese efecto virtuoso que fortalece la Seguridad por la adhesión masiva de a población trabajadora y de otros segmentos sociales, se contrapone, no obstante, la acción colidante del gobierno que coloca en jaque las ganancias de la coordinación que se obtienen por el lado de la demanda por seguro social. Priorizando el crecimiento en detrimento de la equidad, el gobierno ha multiplicado sus mecanismos de desordenación tributaria para empleadores de sectores que perdieron competitividad y/o enfrentan pérdidas en razón al cambio apreciado. La moneda de ajuste ha sido la seguridad. Estudios preliminares realizados por la ANFIP, tomando por base la arrecadación de contribuciones sobre el facturamiento y sobre la hoja de pagos de las empresas en 2011, indican que el costo de esas renuncias ultrapasa los R\$ 6 billones en 2012. Luego, a pesar de una trayectoria de consolidación y sustentabilidad, la previdencia corre el riesgo de tornarse deficitaria, además de ahorrar capital penalizando el trabajo.

es instituida como un derecho universal, independientemente del vínculo contributivo al seguro social. De otro, es finalmente introducido el derecho a la asistencia para los grupos carentes y desprovistos de medios, cabiendo al estado asegurar los mínimos monetarios y provisión de servicios para reducir la vulnerabilidad de las familias pobres.

La asistencia es claramente un área donde la regulación de los programas y planes de combate a la pobreza y la miseria forjó una nueva institucionalidad, fuertemente abordada en la lógica de los mínimos de subsistencia, en conformidad con el marco regulatorio de la seguridad. Dos grandes programas con amplia cobertura atienden a la población objetivo. El Beneficio de Prestación Continuada (BPC) contempla ancianos con más de 65 años y portadores de deficiencia, viviendo con familias de ingreso per cápita inferior a  $\frac{1}{4}$  del salario mínimo, Equivalente a R\$ 181,00 mensuales o USD 79. Actualmente cerca de 4 millones de beneficiarios reciben mensualmente una transferencia de ingreso por valor de un salario mínimo. El Programa Bolsa Familia atiende prácticamente a 14 millones de familias (o 45 millones de personas) garantizando un beneficio promedio de R\$ 170,00 reales y a los que se encuentran bajo la línea de pobreza de R\$ 140,00 mensuales. Se estima así, que cerca de 50 millones de brasileños son alcanzados por la política de asistencia en lo que refiere a la garantía de un ingreso mínimo de sobrevivencia. Por tanto la lógica de los pisos monetarios de protección social en poco contribuiría para modificar un cuadro ya bastante favorable de garantía de incorporación al mercado vía mínimos de subsistencia.

El desafío de la Asistencia Social en Brasil consiste justamente en elevar los mínimos a pisos adecuados al grado de desarrollo del país, estandarización no sólo el valor de los beneficios sino también las líneas de pobreza e indigencia, para evitar inequidades entre beneficiarios de los programas de combate a la pobreza. Un país de ingreso medio alto como Brasil, no puede adoptar parámetros de medición de la pobreza disociados de un padrón de bienestar medio y predominante.

Otro aspecto que merece atención son las diferencias de elegibilidad entre programas, cuyo objetivo es reducir el grado de exclusión de los menos afortunados. El BPC es un derecho que exonera condicionalidades. No hace falta recordar que se instituirían controles y condicionalidades para los beneficiarios del Programa Bolsa Familia, aunque tales preceptos no estén contemplados constitucionalmente. Es la lógica de la gestión de las políticas públicas que consagra la focalización y se convierte en la “norma”. Al proceder así debilita el derecho a la asistencia, ahora menos derecho que los derechos plenos, pues es condicional a la responsabilidad del beneficiario.

Rebelándonos contra las normas que rigen la integración de todos los beneficios asistenciales y del BPC, así como de los salarios (inclusive el salario mínimo), Bolsa Familia es la excepción pues la periodicidad de la actualización de los beneficios y las líneas de pobreza e indigencia obedece a la política macroeconómica en lugar de ser regida por criterios de equidad. Con eso, el padrón de vida de los pobres se distancia en automático del padrón medio, que se ha incrementado en virtud del crecimiento económico y la apreciación del salario mínimo. La “excepción a la norma” en la indexación de los beneficios y líneas de corte de Bolsa Familia reproduce diferencias que justifican un nivel de sobrevivencia desarticulado del grado de bienestar prevaleciente en la sociedad brasileira.

Esa norma, por tanto, reduce los nexos de reciprocidad, reduce el grado de cohesión social y refuerza asimetrías de estatus. Así, no obstante Bolsa Familia sea aprobado por la mayoría de la población brasileña<sup>(3)</sup>, el estigma contra el pobre (no contra la pobreza) no cede, como reveló la encuesta nacional aplicada a la población mayor de 16 años<sup>(4)</sup>.

Aunque Bolsa Familia sea consenso como política pública de combate a la pobreza, se pregunta por qué no fue hasta hoy instituido como un derecho, o al menos para asegurar una cobertura integral a la población objetivo. Una vez más, es probable que la respuesta esté del lado de los ajustes de la gestión macroeconómica que demanda flexibilidad, o que una institucionalidad legal dificulta, pues implica definición de normas para su reglamentación. Pero es sobre todo una opción, que va en la dirección de reforzar a los mínimos *means-tested*, al precio de una Seguridad Social viciada en sus principios y valores estructurales.

Aunque no está consagrado en nuestros marcos legales, la fuerza de la norma de la focalización ganó legitimidad en los últimos años, y viene justificando nuevos mecanismos de excesiva focalización, cuestionando la lógica de la ciudadanía que preside la creación de la Seguridad. Tal norma es contraria con la seguridad universal y pública, tal como se ha consagrado en nuestra Carta Magna.

En el caso de la salud, la tendencia a la privatización de la oferta de servicios de salud, señala la paradoja entre lo estipulado en la Constitución y la realidad de un sector asfixiado por la financiación insuficiente, a pesar de ser el presupuesto de la Seguridad Social superavitario. El gasto privado en salud hoy en día en Brasil, superan el gasto público: según IBGE (2012), el gasto privado de las familias en servicios de salud y medicamentos corresponde al 5% del PIB, el gasto público en el Sistema Único de Salud (SUS) representa 3.8%, una contradicción que se agudiza y que hoy constituye una preocupación manifiesta del conjunto de la población.

El sistema público de salud evoluciona en la dirección de una “universalización excluyente” (BAHIA, 2013; APUDFAVARET; OLIVEIRA, 1990) que puede transformar el SUS en un servicio destinado exclusivamente a la población pobres – discurso hoy dominante, según (BAHIA, 2013, p. 69). La institucionalidad del SUS en cuanto servicio público universal se disputa por la fuerza de un bajo consumo derivado de la falta de financiamiento del sector, lo que en la salud tiene consecuencias graves. Uno de los argumentos que justifica el financiamiento público de salud por el lado de la oferta es evitar ineficiencias por el bajo consumo (sobre consumo). Por el lado de la demanda, una justificación para la provisión pública de salud es garantizar una cobertura gratuita y próxima a lo ideal. Una restricción en la especificación impide una búsqueda del ideal y va probablemente a condicionar los tipos de atenciones en lugar de asegurar la equidad

---

(3) Ver a este respeito (LAVINAS, L., 2014).

(4) Indagados acerca das razões da pobreza, a população brasileira mostrou não haver consenso: “23% concordaram totalmente que as pessoas permanecem na pobreza principalmente por falta de oportunidades, 24,4% mostraram-se neutras (escala “3”) e 27,2% estavam em total desacordo (logo, viam a permanência da pobreza mais por uma perspectiva de falta de interesse ou esforço individual de cada um em “correr atrás de trabalho”)” (LAVINAS, L., 2014, p. 14). Ademais, confrontados à pergunta se a Bolsa Família contribuiria para elevar a fecundidade entre as mulheres pobres, mais de 50% concordaram com tal assertiva, e somente 32,7% discordaram. O percentual de indiferentes foi de 15,7%.

en el consumo, con base en la utilización o uso, es decir “todos con las mismas necesidades deben tener acceso a las mismas cantidades” (LE GRAND, 1982). Difícilmente una estrategia que focaliza la demanda restringiendo la oferta en salud puede garantizar la universalidad del acceso.

Las contradicciones que hoy permean el Sistema Único de Salud pueden ser expresadas de manera sintética en dos dinámicas interrelacionadas. De un lado, una aún modesta cobertura de atención básica, destinada a todas las clases de renta, atiende apenas al 50% de la población (WAGNER, 2013). Si fuese expandida del 80% al 90% de la población, 80% de los problemas de salud mediante la atención personalizada con enfoque clínico preventivo (WAGNER, 2013), tendrían solución, fortaleciendo la provisión pública y restaurando principios constitucionales, erosionada por el mercado de la salud (medicina). De otro lado, el sector privado compuesto por prestadores privados y filántropos, actúan básicamente en la oferta de servicios curativos (hospitales y laboratorios para diagnósticos) y cuyos ingresos se derivan de la venta de esos servicios al gobierno, a los seguros privados de salud y en menor medida a los usuarios.

Por consiguiente, si la opción por un piso mínimo predomina en el ámbito del SUS, a raíz de una lógica que restringe el servicio a lo estrictamente indispensable para quienes estén fuera del mercado de la salud, se estará sin duda fomentando la expansión de los planes y seguros de salud privados, cuya cobertura será invariablemente inadecuada y deficiente.

Los planes de salud privados están apoyados en una legislación fiscal practicada en las últimas décadas, que multiplican incentivos para su adhesión, por la fuerza de las fallas del gobierno. Esa paradoja – la expansión del mercado de la salud privada dándose en un ritmo más acelerado que el SUS – sugiere que una oferta de provisión pública restringida a lo esencial refuerza el mercado perjudicando el principio de universalidad – garantía de acceso a las acciones y servicios de salud a quien lo requiera – y de la integralidad que atribuye al SUS y el apoyo ante cualquier daño o afección en todos los niveles de complejidad. Incorporar la estrategia de pisos básicos en la salud brasileña colocaría que jaque a la propia existencia del SUS, desfigurándolo por completo.

Si la opción en el ámbito del SUS es seguir al amparo de una lógica que restringe la atención a lo estrictamente esencial para aquellos que están fuera del mercado de la salud, se está sin duda fomentando la expansión de los planes y seguros de vida privados, cuya cobertura será invariablemente insuficiente y deficiente.

La mercantilización de la salud a pasos agigantados se asienta en un proceso continuo de estratificación de la oferta de seguro, que restringe la cobertura en función del ingreso (pago de prima). En lugar de adquirir “certeza” (BARR, 2012), lógica inherente a la adquisición de seguros privados, una gran parte de la población que pasa a adquirir planes de salud, desconocen que comprar y el grado de protección adquirido. Se estima que 45 millones de brasileños sean poseedores de un plan de salud privado, aproximadamente  $\frac{1}{4}$  de la población (IBGE, 2013), porcentaje que se incrementa conjuntamente con el incremento del ingreso medio que caracteriza a la última fase de la recuperación del crecimiento económico pos 2003.

Este desplazamiento de la oferta pública por la provisión privada no es gratuita, ni refleja una opción deliberada de la población en virtud del incremento de ingreso familiar y, por consiguiente, de mayor exigencia en la cobertura médica. En el sector previdencial, por ejemplo ese desplazamiento no ocurre. A pesar de un techo de contribución bajo que drena recursos del RGPS para la previdencia complementaria privada, no fue posible la financiación y privatización por completo del seguro social. En salud, en tanto la dinámica va en la dirección de fortalecer el capital financiero y mercantil de la salud por completo.

En ese camino, es probable que la defensa de un SUS sólo para los pobres, con una cobertura de atención limitada, básica, volcado para mínimos y conforme a la visión del piso de protección social o de universalismo básico gane adhesión, hasta por que el camino ya está trazado. El efecto endógeno va a funcionar, bloqueando la redistribución. La forma como se hace el “marco” de la política pública de salud, en contra de la equidad, impide que se cree lazos de reciprocidad fuerte en aquello en lo que ha sido lo más común, la mayoría de las personas han compartido: su bienestar cuando se trata de la salud. No hay que olvidar: 1/3 de los brasileños ahora “se da cuenta” el SUS como la provisión pública restringida deservicios para los pobres.

## 6 UN INTENTO DE CONCLUSIÓN

Vale mencionar que la propuesta del Piso de Protección Social no es una unanimidad en absoluto, dado que no satisface las necesidades, expectativas e instituciones de los países con un marco de derechos universales de amplia cobertura que interpretan que la política social y los sistemas de protección social son indispensables para que las sociedades de mercado funcionen bien. De esta manera, el Piso de Protección Social entra en contradicción con los regímenes de protección social de amplia cobertura que se extienden a todo tipo de contingencia, riesgo e incertidumbre sin límite previo a partir del establecimiento de mínimos monetarios al nivel de la línea de indigencia y de la defensa de una atención médica indefinida cuando es de conocimiento público que cuanto mayor el desarrollo económico de un país, mayor es el peso del gasto público en salud (salvo en algunas excepciones, como los EEUU).

La propuesta, como las Metas de Desarrollo del Milenio, se diseñó aparentemente para países de bajos ingresos o los denominados *países menos desarrollados*, sin sistemas de protección social o sistemas incipientes. Asimismo, el gasto social en dichos países es básicamente privado. Dentro de este contexto, la ayuda internacional (ODA o *Official Development Assistance*) instrumentalizada por medio de la financiación de medidas coordinadas por los organismos de las Naciones Unidas desempeña un papel preponderante. El compromiso por parte de los países industrializados avanzados de asignar el 0,7% del PIB a acciones de desarrollo y de lucha contra la pobreza en los países más pobres nunca se tornó realidad.

(CICHONY; HEGEMEYER, 2007) defendieron la adopción de un paquete básico de protección social para contener los efectos perversos de la globalización en los países menos desarrollados a mediados de los años 2000. Ellos calcularon que la ayuda ODA

debería aumentar de 70 mil millones de dólares por año a aproximadamente 380 mil millones de dólares para garantizar el acceso de la población de África y Asia a un mínimo indispensable de servicios básicos de salud y a un monto de ingreso monetario. En este sentido, de acuerdo con las recomendaciones de la OIT en 2004, los autores estimaron que dicho paquete debería por lo menos contar con financiación parcial proveniente de impuestos y aportes nacionales, o sea aproximadamente el 1 a 2% del PIB de los países de Asia y África, países destinatarios originales de la propuesta del piso.

Siguiendo esta línea de argumentación, en el caso de Brasil, objeto de análisis del presente estudio, los gastos provenientes de las transferencias monetarias de asistencia social (Programa Bolsa Familia y el Beneficio de Prestación Continua) equivalen al 1,1% del PIB en 2013. Si 2/3 de las jubilaciones públicas son prestaciones del monto mínimo equivalentes a un salario mínimo, se puede suponer que las mismas representan un gasto de aproximadamente el 7% del PIB durante el mismo período. A pesar de que la salud pública y universal sufre de falta de financiación debido al uso indebido de recursos pertenecientes al presupuesto de Seguridad, esta representa aproximadamente el 3,8% del PIB (el gasto privado con salud equivale a 5% del PIB). De esta forma, los beneficios monetarios (contributivos y no-contributivos) y la salud pública corresponden a aproximadamente el 12% del PIB en Brasil. Si se suman gastos y se agrega la licencia por maternidad, salario familiar y demás prestaciones monetarias garantizadas a los trabajadores que realizan aportes regulares al sistema de Seguridad Social, el porcentaje llega al 14% (ANFIP, 2013).

La magnitud de los gastos en permanente aumento y la fuerte institucionalidad de la Seguridad Social con sus normas, planes y presupuesto específico y superavitario, garantiza una amplia cobertura en términos de ingreso monetario para niños, adultos mayores, portadores de discapacidades y adultos en situación de riesgo por falta de ingresos. Actualmente, la cantidad de adultos mayores sin cobertura de prestaciones previsionales es bastante baja en Brasil (aproximadamente el 15% de la población de más de 65 años de edad) de los cuales la gran mayoría es de personas no consideradas pobres. Asimismo, la cantidad de pobres e indigentes sin cobertura de la red asistencial representa a algunos millones de personas, con valores estimados entre 2 y 6 millones, o sea, menos que el 3% de la población.

Al mismo tiempo, los grupos más vulnerables cuentan con cierta cobertura en Brasil, si se considera la garantía que brinda un valor mínimo de ingresos. No obstante, este valor no es suficiente, dado que la línea de indigencia y de pobreza son muy bajas a R\$ 70,00 o USD 30 y R\$ 140,00 o USD 60 respectivamente. De acuerdo con datos de la encuesta PNAD, la incidencia de la pobreza, medida únicamente como brecha de ingresos, registró una baja de 35,8% a 11% del 2001 al 2011. En el caso de la indigencia, la disminución fue del 15,9% al 4,4% respectivamente (LAVINAS, 2013).

De lo expuesto se deduce que el 15,4% de la población brasileña continúa enfrentando graves obstáculos y miseria. Pero esto no quiere decir que no cuenten con las prestaciones como beneficiarios de los programas de transferencia condicionada de ingresos, sino que necesitan una prestación más elevada para superar el severo grado de carencia en que se encuentran. Si Brasil quisiera eliminar a la pobreza extrema, podría hacerlo

dado que cuenta con recursos financieros y fiscales para dicho fin. El pueblo brasileño no sólo tiene consciencia de esto (es lo que opinan el 73,1%) sino que la mayoría está a favor de la continuidad del programa Bolsa Familia (73,4%) y del aumento del monto mínimo de la prestación básica. El gobierno tiene la responsabilidad de reducirla desigualdad entre ricos y pobres así como de erradicar la pobreza de acuerdo con el 79,1% de los brasileños (LAVINAS *et al.*, 2012).

(OCAMPO, 2012) enfatiza que la propuesta del Piso de Protección Social es el primer paso hacia la construcción de niveles de protección más efectivos y plenos, comprometidos con los principios universales de cobertura y acceso. El autor considera que el proceso es gradual y debe ir de la mano de la implementación de un sistema fiscal e tributario apropiado para el aumento del nivel de redistribución necesario hasta que se llegue a lo que la literatura denomina sistema de Seguridad Social, integrado y reflexivo para lograr el pleno desarrollo. De acuerdo con este razonamiento, no queda la menor duda de que Brasil superó esta etapa con la promulgación de la Constitución en 1988 a partir de la ampliación de los derechos consagrados con la creación de la Seguridad Social.

La creación de un presupuesto propio con fuentes de ingresos específicas en una estructura que centraliza al seguro social, a la asistencia social y a los derechos universales representa una instancia de protección social al nivel del modelo existente hoy en día en las democracias occidentales con un Estado de bienestar a pesar de la crisis. Para evitar retrocesos se debe mejorar el modelo y fortalecer la Seguridad Social.

Las manifestaciones de masa que invadieron las calles en todas las capitales brasileñas en junio de 2013 expresaron con claridad y furor cuál es el camino por delante. Millones de manifestantes se dieron cita en defensa de sistemas de salud y educación públicas, universales, gratuitas y de calidad. La reivindicación de servicios públicos, un reclamo que parecía irrelevante en un país con crecimiento de ingresos y empleo y donde aumenta la clase media, surge como una demanda urgente de toda la sociedad brasileira. El eco de las calles dio a conocer que los mínimos existentes no satisfacen a la población ahora determinada en alcanzarlo indispensable para el progreso social y el bienestar colectivo. El clamor al unísono reivindica más transporte público subsidiado, más salud y educación pública de calidad e amplio alcance en lugar de más ingresos y mejores salarios. Los acontecimientos muestran que, aparentemente, la etapa de los mínimos es cosa del pasado para los brasileños.

## 7 BIBLIOGRAFIA

ALVIM, Renata. *Seguridade Social na América Latina: Trajetórias Recentes de Reforma e Contrarreforma*. Dissertação de Mestrado em Economia, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, 2012.

ANFIP. *Análise da Seguridade Social 2012*. Brasília, DF, 2013.

ARZA, Camila. *Basic Pensions in Latin America: toward a rights-based policy?* In: Lo Vuolo R. (Ed.) *Citizen's Income and Welfare Regimes in Latin America*. From cash transfers to rights. New York: Palgrave Macmillan, pp. 87-112, 2013.

- BAHIA, Ligia. Financeirização e restrição de coberturas: estratégias recentes de expansão das empresas e seguros de saúde no Brasil. In: COHN, Amélia (org.) *Saúde, Cidadania e Desenvolvimento* (Coleção Pensamento Crítico). Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado, pp. 65-90, 2013.
- BARR, Nicholas. *Economics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University, 2012.
- BERTOLA Luis; OCAMPO, José. *The Economic Development of Latin America Since Independence*. New York & Oxford: Oxford University Press, 2012.
- THE ECONOMIST, *Cash to the Poor*. Pennies from Heaven, London, 26 October 2013.
- CEPAL. *Social Panorama of Latin America*. Santiago de Chile, 2010.
- CICHON, Michael; HAGEMEJER, Krzysztof. Changing the Development Policy Paradigm: investing in a social security floor for all. *International Social Security Review*, v. 60, pp. 169-176, 2007.
- COTTA, Tereza. *Visões da Proteção Social e Transferências de Renda Condicionada no Brasil e no México*. Tese de Doutorado em Sociologia: Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- FAGNANI, Eduardo. Previdência Social e Constituição Federal. Qual é a Visão dos Juristas? *Tributação em Revista*, Sindifisco Nacional, Brasília, setembro de 2010.
- FAO. *El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo*. Roma, 2012.
- FONSECA, Ana. *O SUAS e a Erradicação da Extrema Pobreza no Brasil*. Caderno de Texto. VII Conferência Nacional da Assistência Social, pp. 85-100, 2011.
- FONSECA, Ana. *Transferências Condicionadas: erradicación del hambre y la desnutrición crónica*. Santiago de Chile: FAO/ALCH, pp. 54-56, 2009.
- FONSECA, Ana; FAGNANI, E (Org.). *Políticas Sociais, Cidadania e Desenvolvimento: Economia, Distribuição de Renda e Mercado de Trabalho*. Tomos 1 e 2, São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.
- FONSECA, Ana; LAVINAS, Lena. *Protección social y mínimos sociales en Brasil*. Coordinación Institucional y Pisos de Protección Social. Experiências de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay). Helmut Schwarzer; Lou Tessier; Oficina Internacional del Trabajo – Genebra: OIT, 2014. ESS paper, n. 40, pp. 51-78.
- FRASER, Nancy. Can society be commodities all the way down? Polanyian reflections on capitalist crisis. *Working Papers Series*, n. 18. Paris: Fondation Maison des Sciences de l'Homme & Collège d'Études Mondiales, August 2012.
- HOLZMANN, Robert; JORGENSEN, Steen. *Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*. Documento de Trabajo n. 006. Washington: Banco Mundial, 2000.
- HUBER, Evelyn; STEPHENS, John. *Democracy and the Left. Social policy and inequality in Latin America*. Chicago: The University of Chicago Press, 2011.
- IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais*, Rio de Janeiro, 2013.
- IBGEPNAD, *séries temporais*, 2001-2011, Rio de Janeiro.
- ILO. *Social Protection Floor for a Fair and Inclusive Globalization*. Geneva, 2011.
- ILO. *The Quest for Universality*, Geneva, 1950.
- LAVINAS, Lena. The 21<sup>st</sup> Century Welfare. *New Left Review*, n. 84, pp. 05-40, nov.-dec. 2013.
- LAVINAS, Lena. Latin America: anti-poverty schemes instead of social protection. *Working Paper Series* n. 51, Berlin: desigualdades.net. Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America, FU, 80 p, 2013.
- LAVINAS, Lena (cord.) et al. *Percepções sobre Desigualdade e Pobreza. O que pensam os brasileiros da política social?* Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado para Políticas de Desenvolvimento & Folio Digital, 2014.

- LE GRAND, Julien. *The Strategy of Equality*. London: George Allen and Unwin, 1982.
- LEISERING, Lutz. *Are Social Cash Transfers to the Poor an Appropriate Way of Fighting Poverty in Developing Countries?* Global Social Policy, London: Sage, pp. 246-272. 2009.
- LUCIO, Ruth. *Ecuador: Bono de Desarrollo Humano*. Tercer Encuentro de la Red de Política Social, Ecuador, 2004.
- MESA-LAGO, Carmelo. *As Reformas de Previdência na América Latina e seus Impactos nos Princípios da Seguridade Social*. Coleção “Previdência Social”, Brasília: Ministério da Previdência Social, 2007.
- OCAMPO, José. Book Review on the Report of the Social Protection Floor Advisory Board. *International Social Security Review*, v. 65, pp. 107-111, 2012.
- ONTIVEROS, Guillermo. *El Programa Nacional de Solidaridad*. La política social en México 1988-1994. 2005. Disponible en: <<http://www.eumed.net/libros/2005/gor/index.htm>>.
- ROFMAN, Rafael; OLIVIERI, Maria. *Pension Coverage in Latin America. Trends and Determinants*. Discussion Paper n. 1217. World Bank. Social Protection and Labor, 2012.
- SOJO, Ana. *La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales*. Revista CEPAL, n. 91, pp. 112-115, 2007.
- THORP, Rosemary. *Progress, Poverty and Exclusion*. Washington D.C.: IDB Publications Sector, 1998.