

El Piso de Protección Social en Brasil

16 de agosto de 2011

Estadísticas

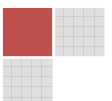
- Población total: 190 732 694 habitantes (Fuente: IBGE/Censo 2010), +1,17 por ciento p.a. (2000/2010).
- Empleo formal: 53,5 por ciento de la población ocupada mayor a 10 años de edad es de contribuyentes a las instituciones de seguridad social (Fuente: encuesta IBGE/PNAD 2009).
- RNB per capita (PPP US\$ 2009:) 10 160 (Fuente: Banco Mundial, WDI)
- Crecimiento del PIB: -0,2 por ciento (2009), +7,5 por ciento (2010) (Fuente: IBGE)
- Índice de desarrollo humano: 0,699 (2010, posición #73 (Fuente: PNUD)
- Tasa de pobreza (línea de pobreza nacional 2009): 21,4 por ciento (Fuente: Banco Mundial WDI)
- Desarrollo reciente de la tasa de pobreza: el índice de recuento cayó del 30,8 por ciento (2005) al 21,4 por ciento (2009) (Fuente: WDI)
- Índice de Gini: La concentración de ingresos está en descenso desde 2001 pasando de 0,591-0,599 (1995-2000) a 0,538 (2009), según la encuesta de hogares IBGE/PNAD, datos procesados por IPEA.
- Gastos públicos totales en por ciento del PIB (2009): 25,6 por ciento (Fuente: Banco Mundial, WDI)
- Desarrollo de gastos públicos totales en por ciento del PIB (Fuente: Banco Mundial, WDI):

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
22,1	22,4	22,2	21,7	22,8	22,8	24,9	22,9	25,6	25	24,2	23,8

- Gastos de salud totales en porcentaje del PIB (2006): 7,5 por ciento (Fuente: OMS, World Health Statistics 2008), del que 3,4 por ciento del PIB representan gasto público (Fuente: OPAS).
- Proporción de los gastos de salud, excluida la parte referente a los pagos de bolsillo por los usuarios (2006): 66,7 por ciento (Fuente: OIT, World Social Security Report 2010/11)
- Gastos de asistencia social en porcentaje del PIB: 1,1 por ciento (2009) (Fuente: TCU)
- Tasa de desempleo: (Dic. 2010): 5,3 por ciento (6 regiones metropolitanas) (Fuente: IBGE/PME).

Indicadores de cobertura de las garantías PPS:

- **Protección de la salud:** (Fuente: Min. Health/RIPSA 2009):
 - Población con al menos una consulta médica durante el año (2008): 67,7 por ciento;
 - Mujeres embarazadas con al menos cuatro consultas prenatales (2008): 89,9 por ciento;
 - Niños que recibieron las cinco vacunas principales: (2008): 96,3-108,4 por ciento;
 - Cobertura de los sistemas de agua, saneamiento y recolección de basura: (2008): 82,8 por ciento, 71,3 por ciento y 86,6 por ciento de la población total, respectivamente.
- **Pensiones:** 67 por ciento de los trabajadores ocupados de 15-59 años (cobertura del seguro social), 81,8 por ciento de las personas mayores a 60 años de edad (77,3 por ciento con prestaciones del seguro social o de la asistencia social, 4,5 por ciento sigue trabajando y cotizando) (Fuente: PNAD 2009, datos procesados por MPS/Brasil).
- **Discapacidad:** cobertura de los regímenes contributivos semejante a la de las pensiones, el derecho a las prestaciones de la asistencia social está subordinado a la verificación de ingresos.
- **Prestaciones familiares:** número total de familias en el país: 60,9 millones (Fuente: PNAD 2009); número de familias cubiertas por Bolsa Família en 2011: 12,9 millones (Fuente: MDS/Brasil), número de familias que recibieron prestaciones familiares por hijo del sistema contributivo en 2009: 4,1 millones (Fuente: MPS/Brasil).
- **Desempleo:** Proporción de trabajadores formales que perdieron su trabajo y recibieron prestaciones de desempleo: 80 por ciento (6,85 millones de trabajadores en 2009; Fuente: TCU).



piso de protección social



1. El piso de protección social nacional

Hasta finales del siglo XIX, la protección social brasileña se enfocó en la acción de caridad, como en el caso de los hospitales religiosos (*Santas Casas*), que atendían a los enfermos pobres, y prestaciones financiadas por el Tesoro a grupos clave del sector público, como a los empleados del servicio público y a miembros de las fuerzas militares. En el momento en que la economía orientada a la exportación de productos agrícolas llevó a un crecimiento de la economía urbana basada en el trabajo asalariado en el siglo XX, como fue el caso en varios otros países pioneros en América Latina, Brasil introdujo regímenes de seguridad social contributivos para los trabajadores urbanos. Su puesta en marcha comenzó con las leyes de seguro de accidentes del trabajo en los primeros dos decenios, seguidas por las pensiones de invalidez, vejez y viudez a partir de 1923 por la Ley Eloy Chaves (que es reconocida oficialmente como la fundación local del seguro social contributivo).

Durante la mayor parte del siglo XX, la política social se basó en el principio contributivo y el impuesto sobre la nómina como la principal fuente de financiamiento para las intervenciones sociales públicas. Una importante excepción a esto fue la introducción en los años setenta de las pensiones rurales financiadas con un impuesto sobre la producción agrícola. Al igual que en otros países de América Latina, el sistema contributivo aumentó su cobertura especialmente dentro del sector formal, sobre todo urbano. El patrón de crecimiento con concentración de ingresos, característico de la industrialización por sustitución de importaciones, bloqueó el acceso de los más pobres al seguro contributivo. El modelo recibió otro golpe tras la crisis de la década de 1980, que frenó al "milagro brasileño" de la década de 1970. La crisis de diez años tuvo un impacto muy negativo en la creación de empleos formales y en los salarios reales, y se deterioraron los pilares de financiamiento de los regímenes de protección social.

La Constitución Federal de 1988, promulgada durante la transición a la democracia¹, ha conformado la base jurídica del sistema de protección social durante los últimos dos decenios. Su elaboración tuvo una importante participación de movimientos sociales, entre ellos los sindicatos. La Constitución contiene un amplio capítulo sobre las políticas y las reglas de seguridad social, e introduce varios principios orientadores: 1) la búsqueda de cobertura universal, 2) la no discriminación de poblaciones rurales con respecto a la protección social, 3) la búsqueda de redistribución de ingreso como resultado, 4) la protección del valor real de las prestaciones, 5) una base de financiamiento mixta que combina contribuciones sobre la nómina con impuestos generales y 6) la coparticipación de la sociedad en la gestión. La "seguridad social" se redefinió como un conjunto de políticas sociales, compuesto por el seguro social contributivo y los regímenes universales de la asistencia social y la salud, organizado por el Estado y financiado por la sociedad.

La introducción gradual de estos principios durante la década de 1990 y las reformas institucionales ulteriores, conformaron los actuales regímenes de protección social del país. La asistencia médica fue trasladada por completo al Ministerio de Salud y las instalaciones en su mayoría fueron descentralizadas a los estados y municipios, dando origen al "*Sistema Único de Saúde*" (SUS). El seguro social fue reestructurado y modernizado administrativamente en distintos momentos de los años 1990 y 2000. Prestaciones

¹ El gobierno militar permaneció de 1964 a 1984.



piso de protección social

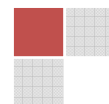


modernas de la asistencia social, tales como la pensión asistencial BPC, se introdujeron a mediados de los años noventa. El contexto de la baja inflación desde el exitoso Plan Real (1994) permitió frenar la erosión continua de las prestaciones y del salario mínimo, cuyo valor ha aumentado fuertemente en términos reales desde 1995. Un nivel mínimo para el financiamiento de la educación pública fue establecido por el Congreso ya en los años 1980. La asistencia médica y la asistencia social, las otras dos políticas universales financiadas con impuestos, que tenían unas estructuras de financiamiento desarrolladas desde los años noventa, se han alejado de la nómina salarial, han gradualmente definido responsabilidades presupuestarias por cada nivel administrativo (federal, estatal y municipal) y hubo la introducción de un impuesto sobre las transacciones financieras (vigente de 1996 a 2007) como suplemento de las fuentes de recursos generales ya previstas en la Constitución. También hubo que construir, tanto en la salud como en la asistencia social, un nivel sofisticado de coordinación de las acciones dentro de la Federación. El principio del diálogo social se introdujo por medio de los consejos participativos adjuntos a cada sector de políticas sociales, así como conferencias sectoriales de políticas y procesos de diálogo social, especialmente en la década de 2000. Otro punto culminante es la ratificación por Brasil en 2009 del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT.

A pesar de la introducción del concepto de “seguridad social” incluyendo muchos detalles organizacionales, la Constitución de 1988 no ha previsto los programas de transferencias condicionadas de ingreso, originados en los años 1990. Estos programas, a diferencia de las “social safety nets” temporarias, que reaccionaban a la crisis de los años 1980, combinaban las transferencias de efectivo, que alivian la pobreza, con condicionalidades de salud y educación a cumplir por sus beneficiarios, que tienen como objetivo desarrollar el capital humano a largo plazo y superar una de las causas estructurales de la pobreza y la desigualdad. El predecesor de las transferencias condicionadas fue iniciado por tres municipios (Brasilia, Campinas, Ribeirão Preto) en 1995, y luego el principio se extendió por casi todo el país. En 2001, el Gobierno Federal expandió el “Programa Bolsa Escola” a escala nacional y en 2003 se fusionó con otros programas de transferencias condicionadas, tras lo cual pasó a llamarse “Programa Bolsa Familia”. Su financiamiento está basado en los impuestos². Desde su creación en 2003, la cobertura de Bolsa Familia se ha elevado a casi 13 millones de familias, una escala por primera vez alcanzada por un programa de asistencia social en Brasil.

La mencionada implementación de políticas públicas ha resultado en un aumento del gasto en la seguridad social. El gasto en la seguridad social y la salud aumentó del 12,6 por ciento del PIB (1990) - año de aprobación de las nuevas leyes de salud y seguro social - al 18,4 por ciento del PIB (2008), según Cepalstat. El gasto en educación y vivienda creció durante el mismo período, del 4,0 por ciento y el 1,1 por ciento del PIB (1990) respectivamente al 4,9 por ciento y al 2,1 por ciento (2008). El gasto total federal, estatal y municipal en materia de seguridad social, salud, educación y vivienda alcanzó el 26,1 por ciento del PIB en 2008 (CepalStat). Esta cifra también incluye los programas de nutrición, las políticas de mercado laboral y la expansión de los servicios de agua y saneamiento. Los últimos datos nacionales (TCU, Informe Anual 2009) muestran que el gasto de “seguridad social” a nivel federal fue de 427,4 miles de millones de reales (R\$) en 2009. La mayoría de este monto fue financiada por las contribuciones sociales sobre la nómina y sobre las empresas (R\$360,7 miles de

² Hasta el 2007 el Programa Bolsa Familia obtuvo una parte de la recaudación de un impuesto a las transacciones financieras vinculada a la financiación del combate a la pobreza.



piso de protección social



millones), mientras que el Tesoro cubrió el resto (R\$66,6 miles de millones) mediante impuestos generales. Otros datos recién publicados por el IPEA dan cuenta de que el gasto social federal ha crecido de forma importante entre 1995 y 2009, evolucionando del 11,24 por ciento al 15,80 por ciento del PIB. Se trata principalmente de los gastos en seguridad social (7,28 por ciento del PIB), prestaciones para funcionarios públicos (2,37 por ciento del PIB), salud (1,85 por ciento del PIB) y asistencia social (1,09% del PIB). El área que más ha crecido en términos absolutos es el gasto en seguridad social (+2,30 puntos porcentuales del PIB), mientras el mayor crecimiento relativo es del gasto en asistencia social (sube del 0,08 por ciento del PIB en 1995 al 1,08 por ciento del PIB en 2009, en gran medida por la expansión de las pensiones no contributivas y del Programa Bolsa Familia).³ Para financiar este desarrollo, la presión fiscal en relación al PIB pasó del 26,4 por ciento (1988) al 36,5 por ciento (2008), según cifras de la OCDE, y se compara con los niveles observados en algunos países de Europa occidental.

La desigualdad de los ingresos disminuyó sistemáticamente en Brasil en la década del 2000, según datos de la encuesta de hogares PNAD/IBGE. El índice de Gini bajó de 0,592 (2001) a 0,538 (2009), debido principalmente a tres factores⁴: 1) las mejoras en el mercado laboral, 2) el aumento del salario mínimo y 3) los programas de transferencias de ingreso. En primer lugar, el período de fuerte crecimiento económico ha creado 15,3 millones de puestos de trabajo formales desde 2003⁵ y elevado el nivel general de salarios reales, inclusive los ingresos de los trabajadores de bajo salario, tanto en la economía formal como en la informal. En segundo lugar, el aumento del salario mínimo ha tenido múltiples repercusiones sobre el mercado de trabajo y también sirve de referencia para el nivel de las pensiones asistenciales (BPC), así como para la garantía de prestación mínima de los beneficios del seguro social. Por lo tanto, como el salario mínimo ha aumentado a una tasa superior a la inflación, las prestaciones mínimas también han crecido a un ritmo mayor que el de los demás beneficios, incrementando así a los ingresos de los grupos de bajos ingresos. En tercer lugar, las transferencias condicionadas, especialmente las de Bolsa Familia, han reducido la desigualdad de ingresos. Su impacto es de magnitud similar al del aumento del salario mínimo.

Durante el mismo período, la pobreza general y la pobreza extrema se redujeron rápidamente, independientemente de la línea de pobreza utilizada.⁶ Si se utiliza una línea de pobreza establecida al nivel de un ingreso de medio salario mínimo por persona⁷, la reducción fue del 36 por ciento entre 2003 y 2009. Si se utilizan las referencias de ingresos de Bolsa Familia, la reducción registrada fue aún mayor: del 50 por ciento (R\$100 per cápita) y el 56 por ciento (R\$50 per cápita - la pobreza extrema). También la brecha de pobreza llegó a caer: mientras que en 2003 correspondió al 10,7 por ciento del total de ingresos de las familias (para una línea de pobreza igual a la mitad de un salario mínimo por persona), la brecha se redujo al 4,7 por ciento en 2009. Esto es una consecuencia del crecimiento sistemáticamente más alto de los ingresos de los pobres durante todo el período. Por lo tanto, la combinación del crecimiento favorable a los pobres con las transferencias de dinero

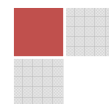
³ Ver IPEA (2011). 15 Anos de Gasto Social Federal. Notas sobre o Período 1995 a 2009. Brasília: 8 de Julio de 2011. Comunicados IPEA N° 98.

⁴ Ver IPEA (2010). PNAD 2009 – Primeiras Análises: Distribuição de Renda entre 1995 e 2009. Brasília: 5 de Octubre 2010. Comunicados IPEA N°. 63, especialmente el gráfico 4.

⁵ Conforme la Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) 2003-2010.

⁶ Ver también IPEA (2010).

⁷ Esta es una de las líneas previstas en la Ley Orgánica de la Asistencia Social de 1993.



piso de protección social



- que forman parte del “Piso de Protección Social” - han ayudado al país a reducir la pobreza extrema a más de la mitad, alcanzando el Objetivo de Desarrollo del Milenio n° 1 con antelación.

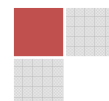
Es importante destacar, finalmente, que las políticas sociales han jugado un papel relevante en la reacción de Brasil a la crisis mundial del 2008/2009.⁸ De forma inédita, en 2009 el gasto social federal se ha desacoplado de la tendencia de crecimiento del PIB. Mientras que en el período 1995-2008 el gasto social federal ha presentado tasas de crecimiento con sentido similar a las del PIB, un número de opciones de políticas anticíclicas han suspendido este paralelismo en 2009: mientras que el PIB cayó un 0,19 por ciento, el gasto social federal tuvo un alza real del 11,67 por ciento. Las decisiones de mantener y anticipar los ajustes reales positivos del salario mínimo (afectando a 2/3 de las prestaciones de la seguridad social, a las pensiones asistenciales y al seguro de desempleo), una expansión del universo cubierto por Bolsa Familia y un aumento del período de pago de prestaciones por desempleo a trabajadores de sectores gravemente impactados están entre los principales factores de explicación. Innovaciones en el financiamiento de la política de vivienda a sectores populares (por el programa “Minha Casa, Minha Vida”) han buscado mantener activo al mercado de trabajo de la construcción habitacional.

2. Iniciativas ya existentes vinculadas con el enfoque PPS

La iniciativa del Piso de Protección Social (PPS) puede ser vista como una herramienta para aumentar la coherencia de políticas, así como un instrumento para extender la protección social a las personas todavía excluidas de las transferencias y del acceso a los servicios básicos, mejorando el nivel general de protección social. En primer lugar, el concepto de PPS se centra en promover una mejor coordinación de los distintos programas sociales, desde los de transferencias de ingresos a los de servicios sociales, que puede ayudar a aumentar la sinergia y la coherencia de las políticas. En segundo lugar, el PPS es un instrumento para ampliar el acceso a los programas y servicios sociales y para armonizarlos con los sistemas de seguridad social. A través del suministro de un conjunto básico de servicios y transferencias a toda la población, se mejora la posición socioeconómica de la población anteriormente excluida. Para importantes segmentos de la población, esta nueva cobertura puede facilitar el acceso futuro a mayores niveles de protección, (re)ingresando en el mercado laboral formal, por ejemplo. Sin embargo, la disponibilidad de ingreso básico y de servicios esenciales incrementa la demanda de la población por productos y servicios que generan relevante volumen de empleo, probablemente con gran proporción de empleo local. Por lo tanto, el PPS es una “barandilla” que conduce a mayores niveles de protección social para todos. Este proceso puede ser visualizado mediante la metáfora de la “escalera de la protección social”.

En otras palabras, la construcción de un PPS requiere una visión de una estrategia de desarrollo y un sistema de protección social articulado en los cuales el piso se inserta. En el caso brasileño, una visión de protección social y servicios de salud universales está claramente presente en la Constitución de 1988. En la práctica, se han introducido los programas que conceptualmente integran el PPS en los años 1990. El enfoque PPS, al

⁸ Ver IPEA (2011).



piso de protección social



proponer avances en coordinación y cierre de brechas de cobertura, puede facilitar el logro de los objetivos de la Constitución.

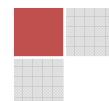
Los mecanismos de coordinación se han desarrollado, por ejemplo, dentro de los sistemas universales de salud y asistencia social, y cada vez más dentro del conjunto de servicios sociales y de empleo ofrecido a las familias beneficiarias de Bolsa Familia. Las políticas dirigidas a las familias con niños se han organizado de forma contributiva (*Salário Família*, las prestaciones de maternidad) y de forma no contributiva (Bolsa Familia) y su cobertura ha aumentado. Las políticas de apoyo a la población socialmente vulnerable en edad de trabajar forman parte de las políticas del mercado de trabajo, e incluyen el seguro de desempleo y los servicios de capacitación y empleo. Por último, se ha logrado cubrir a los adultos mayores y los discapacitados a través del seguro social (*Previdência Social*, para los trabajadores del sector privado y los funcionarios públicos), los programas semi-contributivos (pensiones rurales y planes para los pequeños empresarios urbanos) y las políticas de asistencia social (pensión de asistencia social BPC). En cuanto al acceso a los servicios esenciales, además del sistema de salud SUS universal y financiado mediante impuestos, este documento analiza el programa "Luz para Todos" que busca la universalización del acceso a la electricidad.

2.1.1 La Coordinación de las Políticas Sociales: Ejemplo del SUAS⁹

Las políticas de asistencia social contemporáneas en Brasil son el resultado de un desarrollo institucional progresivo que tiene como marcos la aprobación de la Ley Orgánica de Asistencia Social en 1993, una gradual institucionalización administrativa y presupuestaria, y que derivaron en la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MDS) en 2003. A partir de la "Política Nacional de Asistencia Social", aprobada en 2004 por el Consejo Nacional de Asistencia Social, se ha establecido en 2005 el Sistema Único de Asistencia Social ("*Sistema Único de Assistência Social*", SUAS), con un importante papel de coordinación sistémico. Para la operacionalización del SUAS se ha creado una "Norma Operacional Básica" (NOB) en 2005, que establece, por ejemplo, los mecanismos de coordinación y patrones de servicios. En 2011, por medio de la Ley 12.435, la Ley Orgánica de la Asistencia Social ha sido ampliamente revisada y absorbido el concepto del SUAS, elevando el nivel de protección legal del acceso a los servicios asistenciales. Los estados y los municipios han pasado por un proceso de capacitación para la administración y ejecución de las políticas asistenciales conforme a la NOB. Hasta 2009, el 99 por ciento de los municipios brasileños se habían certificado al menos para el "nivel básico" de manejo de programas de asistencia social en virtud de las normas mínimas de SUAS. El SUAS también cuenta con los consejos de asistencia social nacionales, regionales y locales, que supervisan la implementación de las políticas.

El Gobierno Federal, a la par de la coordinación general de la política nacional de asistencia social por el MDS, juega un papel importante en el financiamiento del SUAS: en 2009 los gastos en la asistencia social ascendieron a R\$32,9 miles de millones, equivalente a 1,1 por ciento del PIB. Este monto incluye Bolsa Familia, las pensiones asistenciales BPC, así como parte de los otros programas de asistencia social y de los servicios sociales, cuya producción

⁹ Ver <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial>. Ver también sobre la historia de las políticas sociales desde la Constitución de 1988: IPEA (2009). Boletim de Políticas Sociais, [N° 17](#), y sobre las evoluciones recientes: IPEA (2010). Boletim de Políticas Sociais, [N° 18](#) y [N° 19](#).



piso de protección social



física es realizada por los estados y los municipios. Además, el Gobierno Federal otorgó exenciones fiscales a las funciones de asistencia social equivalente al 0,1 por ciento del PIB, compuestas sobre todo por exenciones fiscales a las organizaciones sin fines de lucro que proveen asistencia social y las donaciones privadas, así como algunas exenciones fiscales para adultos mayores.

2.1.2 Transferencias sociales (a familias con hijos a cargo)

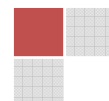
Bolsa Familia, el principal programa de transferencias condicionadas en el país, completa los ingresos de las familias en los estratos de ingresos más bajos.¹⁰ El valor de la transferencia se sitúa entre R\$32 y R\$306 por mes (desde junio de 2011, correspondientes a aproximadamente US\$20-US\$190) dependiendo de las condiciones socioeconómicas de cada familia. El criterio de ingreso es que las familias por cubrir se sitúen por debajo del umbral de ingreso mensual máximo por persona, de R\$140 (US\$88). La transferencia se proporciona preferencialmente a las mujeres. La inyección de efectivo alivia la pobreza de los beneficiarios a corto plazo, y las condicionalidades y los servicios de apoyo mejoran el acceso a la salud y la educación de las familias. Esta combinación tiene como objetivo crear condiciones para reducir la pobreza a más largo plazo. El programa establece tres principales condicionalidades: 1) para los niños de 6-17 años se requiere una prueba de asistencia escolar (al menos del 85 por ciento para niños de 6-15 y 75 por ciento para jóvenes de 16-17), 2) las mujeres de 14-44 años de edad, especialmente las mujeres embarazadas, y niños pequeños necesitan cumplir con un programa de salud (exámenes de salud regulares y prenatales, vacunaciones); 3) que no haya trabajo infantil entre los miembros de la familia, obligándose la participación en servicios sociales educativos (con frecuencia mínima de 85 por ciento). Las familias sin hijos también pueden recibir el beneficio básico (R\$70, correspondientes a US\$44) de Bolsa Familia. Las familias con hijos reciben partes adicionales al beneficio básico, dependiendo del número de hijos.¹¹

Bolsa Familia cubre actualmente a 12,9 millones de familias (marzo de 2011). Su presupuesto en 2009 fue de R\$11,8 miles de millones, equivalente a sólo el 0,4 por ciento del PIB. Las evaluaciones demuestran que el programa ha reducido la pobreza extrema y la desigualdad, con modesto costo administrativo. 4,3 millones de familias salieron de la pobreza extrema y el programa contribuyó en un 21 por ciento a la disminución registrada en la desigualdad de ingresos (datos de 2004-2006). El ingreso familiar promedio de los beneficiarios aumentó en un 48,7 por ciento en 2010 (en el nordeste de Brasil hasta el 60 por ciento). También se destacó que las tasas de asistencia escolar aumentaron y mejoraron los niveles de nutrición de las familias beneficiarias. Además, es interesante notar que la participación de los beneficiarios en el mercado laboral tiende a mejorar después de la cobertura por Bolsa Familia, lo que se puede explicar, pues los beneficiarios pasan a tener un pequeño recurso y acceso a servicios que les permite competir en menor desventaja por oportunidades de empleo.¹²

¹⁰ Ver: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>.

¹¹ En Junio de 2011 se ha ampliado el número de hijos computados por familia para el cálculo del beneficio de tres para cinco, lo que elevó el beneficio máximo de R\$ 242 (US\$ 150) para R\$ 306 (US\$ 190). El valor de las partes adicionales es diferente según se trate de niños o de jóvenes.

¹² Hay muchas evaluaciones del Programa Bolsa Familia disponibles. Las cifras mencionadas han sido proporcionadas por el MDS. Ver también: Soares, Sergei & Sátyro, Natália (2009). O Programa Bolsa Família: Desenho Institucional, Impactos e Possibilidades Futuras. Brasília: IPEA/Texto para Discussão N°1424.



piso de protección social



La operación del programa usa una base de datos única nacional, cuya información puede ser contrastada con información de otros programas sociales. Esto genera un mayor nivel de precisión en la focalización de los beneficiarios. Los municipios proporcionan servicios sociales y tienen un papel importante en la identificación de beneficiarios potenciales. El programa también incluye una interesante regla que crea incentivos financieros para que los municipios mantengan la base de datos al día. Los Consejos Municipales de Asistencia Social supervisan la implementación del programa, y las autoridades locales de los sistemas de salud y educación lograron proporcionar información sobre qué tan bien el 90 por ciento de los niños en edad escolar y el 66 por ciento de las mujeres embarazadas y niños pequeños cumplieron con las condicionalidades.¹³

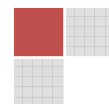
Asimismo, el régimen contributivo de seguridad social, “*Previdência Social*”, provee una asignación familiar por hijo a cargo a los asegurados (“*Salário Família*”). Se dirige a los niños de 0-14 años de los asegurados con un ingreso máximo de R\$862 (2011, correspondiendo a aproximadamente US\$540). La transferencia por niño es de R\$29,41 (aprox. US\$19) o de R\$20,73 (aprox. US\$13), dependiendo del nivel de ingreso de la familia. El beneficio es pagado por el empleador en el caso de los asalariados o el seguro social en todos los otros casos. Los padres están obligados a mostrar anualmente su cumplimiento con un calendario de vacunaciones y la inmatriculación escolar de sus hijos. Según datos oficiales, el gasto en el régimen fue de R\$2 mil millones en 2009. Unos 5,8 millones de personas aseguradas recibieron la asignación familiar, que abarca a 4,1 millones de familias (el 6,7 por ciento de las familias brasileñas). En el caso de 1,7 millones de familias ambos padres tenían el derecho a las prestaciones. Las estimaciones del Ministério de Previdência Social (MPS) muestran que un 85 por ciento de los beneficiarios procedían del 50 por ciento más pobre de la población.¹⁴

2.1.2 Transferencias sociales (vejez y discapacidad)

Las transferencias a los adultos mayores y los discapacitados son un componente importante de un piso de protección social. El sistema SUAS comprende una pensión de asistencia social (“*Benefício de Prestação Continuada*” - BPC) equivalente a un salario mínimo mensual para las personas de 65 años de edad o más y los discapacitados que no pueden trabajar y vivir de forma independiente. Los beneficiarios deben tener un ingreso familiar por persona menor que un cuarto del salario mínimo oficial. La prestación se proporciona siempre y cuando ningún miembro de la familia recibe ninguna otra prestación o transferencia social (por ejemplo: seguro de desempleo o prestación del seguro social). Esta pensión asistencial fue establecida por la Constitución de 1988 y puesta en marcha en 1996 para sustituir a la antigua *Renda Mensal Vitalicia*, que era una prestación que requería de al menos 12 cotizaciones al seguro social para poder recibirla. En 2009, 3,5 millones de personas (1,9 millones de discapacitados y 1,6 millones de adultos mayores) se beneficiaron de la BPC, con un gasto anual de R\$18,7 miles de millones, el 0,6 por ciento del PIB. El

¹³ El no cumplimiento de una condicionalidad, conforme a la orientación del Programa, puede ser debido a una causa ajena de la voluntad de la familia beneficiaria, lo que puede incluir situaciones que han agravado su vulnerabilidad. Un simple corte del beneficio significaría el no logro del objetivo de combate a la pobreza en el largo plazo. Por esto, hay distintas acciones que los gestores de Bolsa Família adoptan antes del corte del beneficio y la primera es el envío de un asistente social para descubrir los motivos del no cumplimiento de la condicionalidad.

¹⁴ Ver: Guimarães, Leonardo R. (2011). Análise do Alcance e da Implementação do Programa Salário-Família. Informe de Previdência Social. MPS: Janeiro 2011.



piso de protección social



programa es operado por el Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que realiza las evaluaciones médicas de discapacidad y paga los beneficios mensuales a través de su sistema de pago, compuesto en su mayoría de bancos.

Una interesante vinculación entre distintas políticas es el “Programa BPC na Escola”, que existe desde 2007 y tiene por objetivo llegar a los 435 mil beneficiarios del BPC con edad de hasta 18 años. Mediante una cooperación entre distintos programas (Salud, Educación, Asistencia Social, Derechos Humanos en los niveles federal, estatal y municipal), se ha elevado la proporción de beneficiarios jóvenes del BPC, discapacitados y que frecuentan la escuela, del 29,5 por ciento (2007) al 52,6 por ciento (2010).¹⁵

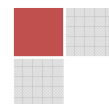
Los regímenes de seguro social del país brindan cobertura y prestaciones a los trabajadores del sector privado, los funcionarios públicos y los militares. Según datos de la encuesta PNAD 2009, el seguro social cubría al 67 por ciento de la población ocupada. Desde 2001, la cobertura aumentó en más del 5 por ciento, gracias a la generación de empleos formales y cambios introducidos en las políticas de cobertura para los trabajadores independientes y de pequeñas y medianas empresas. El fortalecimiento de los sistemas de fiscalización laboral, tributaria y del seguro social también ayudó a aumentar la cobertura de los regímenes. Otra explicación de la tasa de cobertura es que aproximadamente el 8 por ciento de la población ocupada son trabajadores rurales, que están cubiertos por el sistema de la *Previdência Rural*. Del grupo de personas de 60 años o más, el 81,7 por ciento fueron cubiertos por los sistemas de seguro social o recibieron prestaciones de asistencia social. Mientras mayor sea la cobertura de los regímenes contributivos, menor será la demanda de programas de carácter no contributivo.

El Régimen General del Seguro Social, administrado por el INSS, tuvo un gasto total de R\$254.9 mil millones en 2010 (6,9 por ciento del PIB). Se proporcionaron 23,5 millones de beneficios, sobre todo pensiones de vejez, de viudez y de invalidez, prestaciones en caso de enfermedad, de maternidad y de accidentes laborales. En 2010, el gasto de los regímenes de los servidores públicos federales y las fuerzas armadas fue de R\$73,3 mil millones (2 por ciento del PIB), con un pago de 949 mil pensiones.

El régimen rural semi-contributivo se centra en la pequeña agricultura por cuenta propia y la pesca artesanal. Se trata de una innovación del sistema de pensiones brasileño, que se introdujo en su primera forma en la década de 1970, durante el gobierno militar. El régimen se expandió en los años 1990 con la Constitución de 1988. La innovación reside en el hecho de que las contribuciones no se cobran sobre la nómina, que no existe en la economía familiar rural, sino sobre el valor de la producción. El comprador de la producción rural tiene que pagar entre el 2,1 y el 2,5 por ciento del valor de la compra como contribución al seguro social. Sin embargo, este monto es demasiado bajo para financiar las prestaciones rurales. Puesto que no hay contribución individual, los beneficios son de monto fijo con el valor de un salario mínimo. Casi 8 millones de beneficios se pagaron mensualmente al sector rural en 2010, en su mayoría pensiones de vejez y viudez. En ese año, el régimen requirió de una aportación del Tesoro del 1,4 por ciento del PIB.

El impacto en la pobreza de estas transferencias es muy significativo. Según datos de la encuesta PNAD 2009, analizados por el Ministerio da Previdência Social (MPS), 23 millones

¹⁵ Fuente: Ministerio de Salud/Secretaría de Asistencia a la Salud, correspondencia del 24 de junio 2011.



piso de protección social



de personas hubieran caído por debajo de la línea de pobreza (equivalente a la mitad de un salario mínimo oficial por persona) sin las prestaciones de seguridad social y el BPC, lo que representa un 12,5 por ciento de la población brasileña.¹⁶

2.2 Acceso a los servicios esenciales: salud

El Sistema Único de Salud ("*Sistema Único de Saúde*" - SUS), creado en 1990, brinda un acceso universal a sus servicios, sin necesidad de cotizaciones previas. Está financiado por los impuestos asignados a la seguridad social por la Constitución de 1988 y los ingresos fiscales generales de los niveles federal, estatal y municipal. Su introducción transformó el sistema de salud de un sistema contributivo¹⁷ en uno universal. Su gestión requiere una estrecha coordinación entre las administraciones federal, estatal y municipal. A parte del sistema público, existen distintas modalidades de atención médica privada optativas, que cubren a cerca de 40 millones de personas, en general pertenecientes a la clase media y alta, y que son reguladas por la *Agência Nacional de Saúde Suplementária*.

El gasto público en salud en Brasil fue del 4,9 por ciento del PIB, con las autoridades federales como principal fuente de financiamiento. Los estados y municipios también contribuyen a los costos y organizan la prestación de los servicios de salud. En 2009, las autoridades federales gastaron R\$69,1 miles de millones o el 2,2 por ciento del PIB en salud.¹⁸ El 0,3 por ciento de estos 2,2 por ciento provenía de una desgravación fiscal al gasto privado, la asistencia social y acción caritativa en salud, y al precio de los productos farmacéuticos. El 1,9 por ciento restante del gasto federal se distribuyó entre los estados (27 por ciento), los municipios (45 por ciento) o fue gastado directamente por el Gobierno Federal (28 por ciento) en un conjunto de políticas de salud federales e instituciones federales. En Brasil, el gasto en salud se suele concentrar en la atención médica de complejidad media y alta (86 por ciento), lo que representa uno de los principales problemas que enfrenta el sistema. Aún así, el SUS realiza anualmente 2.300 millones de consultas normales y ambulatorias, 11.000 trasplantes, 215.000 cirugías, 9 millones de sesiones de quimioterapia y radioterapia, y 11,3 millones de hospitalizaciones. Los datos de la PNAD 2008¹⁹ muestran que el 67,7 por ciento de la población había tenido al menos una consulta médica en los 12 meses anteriores, y que 15,1 millones (56,6 por ciento) de un total de 26,7 millones de procesos de atención médica habían sido llevados a cabo por el SUS.²⁰

Merecen ser destacados varios programas de salud innovadores, tales como el Programa de Salud Familiar ("*Programa de Saúde da Família*", PSF), el Programa Nacional de Inmunización, el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y del VIH/SIDA ("*DST/AIDS*"), el Programa de Atención de Emergencias de la Salud ("*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*" - SAMU) y el Programa de Salud Bucal ("*Programa de Saúde Bucal*"). El Programa de Salud de la Familia se introdujo en la década de 1990 y opera

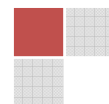
¹⁶ Ver: MPS (2010). *Evolução Recente da Proteção Previdenciária e seus Impactos sobre o Nível de Pobreza*. Informe de Previdência Social, Octubre de 2010.

¹⁷ La administración del sistema de salud anterior estaba a cargo del Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuyas instalaciones se han transferido al Ministerio de Salud y a estados y municipios.

¹⁸ TCU (2010). *Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo da República 2009*. Ver en el sitio: www.tcu.gov.br.

¹⁹ La Encuesta de Hogares PNAD/IBGE 2008 posee un suplemento con preguntas específicas sobre atención médica.

²⁰ Ver el suplemento PNAD/2008 en el sitio web de IBGE : www.ibge.gov.br.



piso de protección social



con equipos multidisciplinares y agentes locales comunitarios de salud. Cada equipo es responsable de cubrir un área geográfica con alrededor de 1000 familias. El programa tiene como objetivo la prevención, diagnóstico, tratamiento y monitoreo de los problemas de la salud y, por su enfoque pro-activo, tiene el impacto de reducir la demanda de hospitalizaciones y otros servicios de salud. El programa ha ido ampliándose. Al principio, en 1994, tenía a su disposición 328 equipos en un 1,1 por ciento de los municipios brasileños. En la actualidad, cuenta con 31.981 equipos en un 93,8 por ciento de los municipios. Según la PNAD 2008, 27,5 millones de hogares (47,7 por ciento de los hogares) con 96,5 millones de miembros (50,9 por ciento de la población) estaban cubiertos por el PSF. El Programa de Salud Bucal, por otro lado, cubre 4.857 municipios con 20.640 equipos de dentistas y llega a cubrir al 44 por ciento de la población. DST/SIDA, un programa de renombre internacional, ha mejorado el acceso al tratamiento retroviral. También redujo la propagación y la letalidad del SIDA entre los brasileños. Las políticas para facilitar el acceso a los medicamentos (los medicamentos genéricos, las "Farmacias Populares", la producción pública de medicamentos y vacunas) aumentaron la proporción de la población con acceso efectivo a los medicamentos prescritos.²¹

Los indicadores muestran que se han logrado relevantes avances en la salud de los brasileños. El número de consultas de salud por habitante creció de 1,9 (1995) a 2,7 (2007), la mortalidad infantil cayó a más de la mitad en los últimos dos decenios (47,5/1.000 en 1990 a 22,5 en 2009), y la esperanza de vida al nacer aumentó de 68,5 años (1995) a 73,9 (2009). Los programas de vacunación se han expandido considerablemente y se ha logrado erradicar cierto número de enfermedades. Sin embargo, a parte del gran foco en los niveles de mayor complejidad, con elevado gasto, también el rediseño del financiamiento del sistema es un reto que se avecina. Asimismo el sistema de salud tendrá que prepararse para la transición demográfica en curso y persisten todavía varias enfermedades tropicales, tales como el dengue y la malaria.²²

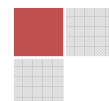
2.3 Acceso a servicios esenciales: alimentos/nutrición

Brasil cuenta con una Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, coordinada por el Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome²³, que tiene como objetivo mejorar el acceso de la población a los alimentos. El programa "Fome Zero" ("Hambre Cero"), iniciado en 2003, mejora la oferta de los alimentos y el acceso a ellos a través de un número de programas, tales como la alimentación escolar, los restaurantes populares y los bancos de alimentos. Se ha buscado mejorar también el suministro de alimentos a través de políticas de desarrollo agrícola. Un importante conjunto de políticas dirigidas a la agricultura familiar, en su mayoría pequeños agricultores, responsables de dos tercios de la producción de alimentos en el país, ha sido instaurado por los Ministerios de Agricultura, Desarrollo Agrícola y los bancos oficiales. Esta política ha aumentado considerablemente la oferta de crédito a los pequeños agricultores a través del "Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar" (PRONAF). El total de los préstamos concedidos aumentó de R\$1,1 miles de millones (1998/1999) a R\$10,8 miles de millones (2008/2009). Además, en una ley

²¹ Ver IPEA(2010 y 2011). Boletim de Política Social. N° 17-19. Los números de equipos del PSF y Programa de Salud Bucal han sido suministrados por el Ministerio de Salud (SIAB, posición abril/2011).

²² Ver también IPEADATA en el sitio web: www.ipeadata.gov.br.

²³ Ver <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar>.



piso de protección social



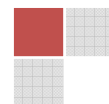
de 2009 se estipula que al menos el 30 por ciento de las transferencias federales a los municipios destinadas a la alimentación escolar se asignará a la compra de productos locales de los agricultores familiares. De este modo se multiplica el impacto del gasto público en la generación de empleos e ingresos locales. En 2009, las compras públicas federales de alimentos procedentes de los pequeños agricultores llegaron a R\$624 millones. Entre los programas administrados por el Ministério do Desenvolvimento Social hay también iniciativas que buscan universalizar el acceso al agua potable, ferias de alimentos, cooperaciones con el sector privado bajo el concepto de Responsabilidad Social Corporativa y programas de educación alimentaria. Cabe señalar que Bolsa Familia también forma parte de la estrategia de nutrición, ya que el programa beneficia a los más pobres, reduciendo así el riesgo de que padezcan hambre. La política de seguridad alimentaria está basada en la Ley Orgánica de Seguridad Alimentaria y Nutricional y cuenta con el respaldo de un importante proceso de diálogo social, del que son ejemplos la realización de Conferencias Nacionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONSEA).

2.4 Acceso a servicios esenciales: educación

Brasil tiene un sistema de educación con una escolarización obligatoria de 9 años, que pasará a 14 años de aquí al 2016, cuando sea obligatoria entre los 4 y los 17 años de edad.²⁴ Por otra parte, la Constitución establece que la educación pública se ofrece de forma gratuita desde el nivel preescolar (4 años) hasta la finalización de la escuela secundaria. Cada nivel de la Federación tiene un papel específico en el manejo del sistema educativo, según lo estipulado en la Constitución y la legislación. La escuela preprimaria, así como la primaria y la secundaria son administradas por los estados y los municipios, a excepción de las escuelas secundarias de formación profesional que están a cargo de la administración federal. El Gobierno Federal establece los programas de estudios mínimos y las normas aplicables en todo el país, financia los libros y la alimentación escolar, y transfiere recursos a los estados y los municipios para cofinanciar las actividades educativas locales. También administra un conjunto de universidades públicas. El Gobierno Federal ejecuta además el Programa Prouni, creado en 2004, que otorga becas para estudiantes de bajos ingresos (ingreso familiar máximo de tres salarios mínimos mensuales). Los becarios son seleccionados en base a un examen nacional, dando preferencia a los estudiantes afrodescendientes, indígenas y discapacitados. El objetivo del programa es revertir los patrones tradicionales de exclusión. Desde su creación, 750.000 estudiantes han logrado tener acceso a estudios universitarios gracias a las becas.

El Plan Nacional de Educación (2001-2010) estableció el objetivo de aumentar el gasto público en educación al 7 por ciento del PIB. En 2008, el gasto público alcanzó el 5,6 por ciento del PIB según Cepalstat. A nivel federal, el financiamiento proviene del Ministerio de Educación (R\$36,7 miles de millones, el 1,2 por ciento del PIB, conformado en gran parte por transferencias a estados y municipios), las desgravaciones fiscales (R\$3,5 miles de millones, el 0,1 por ciento del PIB) y los fondos (Fondo de Educación Básica, FUNDEB). FUNDEB fue creado por una enmienda constitucional en 2006 y reemplazó un fondo anterior. Está financiado por impuestos destinados a ello y por el Tesoro, y sus fondos eran de R\$72,2 miles de millones, un 2,3 por ciento del PIB, en 2009. Uno de los propósitos principales de FUNDEB es garantizar una remuneración mínima para todos los profesores de Brasil, así

²⁴ Conforme al Plan Nacional de Educación y a la Enmienda Constitucional N° 59/2009.



piso de protección social



como su calificación, y garantizar la universalización de la cobertura de la educación básica y media en todo el país. Su existencia ha sido prevista por la enmienda constitucional hasta 2021. También otros fondos menores y otros recursos de los estados y municipios se utilizan para financiar las actividades educativas.

Grandes avances se han logrado en la universalización del acceso a la educación en Brasil en los últimos decenios. La tasa de matriculación en 2007 fue del 97,6 por ciento para los niños de 6 a 14 años, según la PNAD. Esta cifra es bastante homogénea en las diferentes regiones del país. Incluso, en las zonas rurales, la tasa fue del 96,6 por ciento; 97,2 por ciento entre los niños no blancos; y 96,1 por ciento en la región norte, 97,8 por ciento para niñas. Además, el 82,1 por ciento de los jóvenes de 15 a 17 años de edad estaba estudiando. Y en el nivel preescolar, de 4 a 5 años de edad, la tasa de matriculación fue del 77,6 por ciento.²⁵

2.5 Acceso a servicios esenciales: electricidad

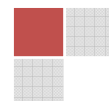
También en el área del acceso a la energía, no es sorprendente que las mayores tasas de exclusión se encontrasen en la zona rural, entre las familias de bajos ingresos y en las regiones con los indicadores de desarrollo más bajos. Según la encuesta de hogares PNAD 2009, Brasil tiene 58,6 millones de hogares. El organismo de supervisión sectorial ANEEL registró en octubre de 2010 que el país tenía 58,3 millones de unidades residenciales que consumen energía eléctrica. Por lo tanto, el país parece estar cerca de universalizar el acceso a la electricidad. Este es un logro notable, ya que la electricidad es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas.²⁶ También es necesaria para participar en otros programas sociales y económicos y aumentar la productividad y los ingresos. Las principales políticas para ampliar el acceso a la energía son *Luz para Todos* (LPT) y *Tarifa Social de Baixa Renda* (precios sociales de energía para la población de bajos ingresos).

El programa Luz para Todos inició en noviembre de 2003. Su objetivo fue conectar a 10 millones de habitantes sobre todo rurales a la red de energía eléctrica. El primer plazo se había fijado para 2008, pero el programa se extendió a 2011, debido a cambios en su ámbito de aplicación. Del gasto total de R\$20 mil millones durante todo el periodo (aproximadamente US\$ 11 mil millones), el 70 por ciento fue financiado por el Gobierno Federal con fondos de desarrollo eléctrico²⁷, y el 30 por ciento provenían de los estados y las empresas de energía eléctrica. Una importante estructura de coordinación regional y subregional ha sido creada bajo la gestión del Ministerio de Minas y Energía, la empresa federal Eletrobrás y compañías energéticas regionales. Entre 2003 y 2010 el LPT ha extendido el acceso a la electricidad a 13 millones de personas, especialmente en los estados de Bahia, Minas Gerais y Pará. La Empresa de Pesquisas Energéticas sugiere que la rápida expansión de la cobertura en el Nordeste (considerada la región más pobre del país) entre 2005 y 2008 se debió a tres factores: los aumentos de los salarios reales, los programas de transferencias en efectivo (en particular, Bolsa Familia) y el programa Luz para Todos.

²⁵ Ver IPEA (2010). Boletim de Políticas Sociais. N° 17. Anexo Estadístico.

²⁶ De acuerdo a la PNAD 2009, el 93,4 por ciento de los hogares poseía un frigorífico y el 95,7 por ciento tenían un televisor.

²⁷ Se trata del fondo de la Reserva Geral de Reversão, creado en 1957 para financiar la construcción y compra de plantas productoras de energía, y que se financia con el 2,7% del valor de las facturas de electricidad. El 35% de la recaudación ha sido aplicado en Luz para Todos.



piso de protección social



La legislación energética brasileña establece que todos los hogares con un consumo de energía de menos de 80 kWh/mes, o con un consumo entre 80 y 220 kWh/mes si está aceptado por el Registro Unificado de Programas Sociales (que sirve de base a Bolsa Família), deben beneficiarse de un precio de la energía eléctrica subsidiado. Según la ANEEL, Agencia de Supervisión, la reducción de precio en comparación con los precios estándar de la energía residencial es del 65 por ciento para los primeros 30 kWh/mes, del 40 por ciento para los siguientes 70 kWh/mes, y, finalmente, del 10 por ciento para los kWh/mes restantes. Los hogares con un beneficiario de pensión asistencial BPC pueden recibir subsidio completo a la tarifa de energía para un consumo de hasta 50 kWh/mes. La subvención está diseñada como un subsidio cruzado, es decir, los consumidores de mayores ingresos cubren los gastos de los consumidores de bajos ingresos.²⁸

2.6 Acceso a servicios esenciales: políticas para el mercado laboral

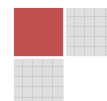
En el campo de las políticas para los trabajadores desempleados y de bajos ingresos, un importante régimen de seguro de desempleo cubre aproximadamente el 80 por ciento de los trabajadores formales que pierden su empleo, pero por sus reglas de acceso no cubre a los trabajadores del sector informal. Programas de capacitación profesional, políticas de microcrédito, apoyo a la economía social y servicios de empleo han sido extendidos de forma importante. Trabajadores formales de bajos ingresos reciben un “14° salario” (el “Abono Salarial”) del mismo fondo que financia el seguro de desempleo (Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT). Además, los trabajadores de ambos sectores, formal e informal, se han beneficiado con la política de ajustes anuales positivos del salario mínimo. El gasto con políticas relativas al mercado de trabajo fue del 0,8 por ciento del PIB (2010). Cada vez más se refuerza la articulación entre las políticas encaminadas al mercado laboral y las transferencias de ingresos del Programa Bolsa Família, lo cual encaja en el espíritu del concepto del Piso de Protección Social. Es un reto importante profundizar los vínculos entre las transferencias y estos servicios.

2.7 Combate concertado de la pobreza extrema: el Plan “Brasil sem Miséria” (2011-2014)

En el mes de junio de 2011 Brasil presentó oficialmente el Plan “Brasil sem Miséria”, que reconoce que, a pesar de los progresos en la implementación de los programas de protección social mencionados en esta nota, conforme a los datos preliminares del Censo Demográfico de 2010, aún existen 16,2 millones de personas que viven con un ingreso familiar por debajo de la línea de extrema pobreza de R\$70 por miembro de familia por mes.²⁹ Además se ha establecido políticamente que el objetivo es la erradicación de la pobreza extrema, lo que los medios disponibles permiten en un país de ingresos mediano-elevados, y que para llegar a la población más vulnerables, el Estado tendrá que buscarla activamente, pues, si estos segmentos de la población no han sido cubiertos por los programas existentes, significa que sufren a causa de las barreras a la inclusión más persistentes, y que no pueden superarlas por sí mismos.

²⁸ Ver estadísticas e informes sobre el programa en www.mme.gov.br y en www.epe.gov.br.

²⁹ Ver el sitio web del programa : <http://www.brasilsemmiseria.gov.br/>.



piso de protección social



Uno de los principios del “Brasil sem Miséria” es ubicar geográficamente a la población en situación de pobreza extrema y extender, con formas apropiadas a las realidades locales, los programas y servicios existentes. Una comparación del “mapa de la pobreza” con un “mapa de servicios y oportunidades” puede revelar los esfuerzos geográficos e institucionales que el Estado tendrá que hacer para llevar las transferencias y los servicios a las personas extremadamente pobres. En el área rural, los esfuerzos consistirán además en incrementar las oportunidades de producción y la garantía de compra de alimentos por el Estado para programas de seguridad alimentaria. El acceso al agua potable aún no se ha universalizado y los programas existentes de construcción de cisternas van a ser ampliados. En las ciudades, se pondrá énfasis en la capacitación profesional pública, la intermediación laboral, el apoyo a micro negocios y actividades específicas para personas ocupadas en recoger y reciclar desechos.

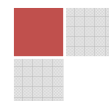
Adicionalmente se ha reconocido que, a pesar del impacto favorable del Programa Bolsa Família, las familias numerosas aún son muy vulnerables, por lo que Bolsa Família pasa, a partir de junio de 2011, a incluir a un máximo de 5 niños por familia en lugar de 3, aumentando en consecuencia el valor de la prestación. Las familias que podrían recibir la prestación pero no la solicitan serán buscadas por asistentes sociales para informarlas sobre sus derechos y apoyarlas en los trámites de admisión en el programa. El mismo procedimiento se aplicará para los adultos mayores que no reciben pensión y que podrían tener acceso al BPC pero no lo solicitan. En conclusión, el esfuerzo de erradicación de la pobreza requiere un enfoque diferente del Estado, que tendrá que buscar activamente a los excluidos para superar las barreras sociales, económicas, culturales y geográficas que les impiden utilizar plenamente las transferencias y los servicios de protección social esenciales.

3. Desafíos y perspectivas para el futuro

El sistema brasileño de protección social ha evolucionado considerablemente desde la Constitución de 1988 y la ampliación de la cobertura de las transferencias y servicios ha tenido un impacto positivo en varios indicadores sociales y económicos.

La cobertura de seguridad social se ha ampliado gracias a varios programas sociales, como el programa de pensiones rurales, y al crecimiento económico de los últimos años favorable a los pobres, lo cual ha generado empleos formales y por consiguiente elevado la cobertura de seguridad social en más de 5 puntos porcentuales desde 2002. La ampliación de la cobertura también se debe a los cambios de las reglas de afiliación de los trabajadores independientes y los empleados de las pequeñas y medianas empresas. Asimismo, un interesante programa de educación sobre la seguridad social ha estado en vigor desde finales de la década de 1990, e informa a la gente sobre sus derechos y obligaciones en cuanto a la seguridad social.

En el campo de la Asistencia Social, el Estado ha buscado superar el modelo caritativo e implementado gradualmente un modelo de transferencias y servicios producidos profesionalmente y basado en derechos previstos en la ley. Así, los principales programas sociales se han mantenido estables a lo largo de los últimos años, desarrollándose a pesar del cambio de gobiernos. Se ha introducido una pensión asistencial moderna, el BPC, focalizada en los adultos mayores y discapacitados pobres, por un total de 3,5 millones de prestaciones mensuales pagadas con puntualidad. La administración de la asistencia social se ha beneficiado de las experiencias adquiridas en distintos programas sociales a lo largo de



piso de protección social



las últimas dos décadas, incluida la administración de la seguridad social contributiva. También ha incorporado progresivamente nuevas tecnologías de información, comunicación y gestión, y por lo tanto, la eficiencia de los programas ha aumentado.

Una evolución muy relevante en el campo de la Asistencia Social es el desarrollo desde mediados de los años 1990 de un programa de combate masivo a la pobreza, incluyendo condicionalidades de educación y salud que buscan romper el ciclo intergeneracional de transmisión de la pobreza. Este programa aplica un mecanismo de focalización sofisticado y eficiente, y requiere una compleja coordinación con estados y municipios. Este programa, Bolsa Familia, ha logrado convertirse en un caso exitoso e internacionalmente reconocido de extensión de la protección social y de los derechos a las personas que estaban excluidas de los sistemas de seguro social tradicionales.

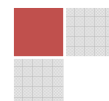
Se han logrado progresos importantes en la extensión de cobertura del sistema de salud por medio de la creación del SUS. El Programa Saúde da Família es uno de los principales elementos que explican una expansión rentable de la cobertura, así como un número de programas de naturaleza colectiva, con énfasis en la prevención y la salud pública. Con todo, quedan ciertos desafíos por afrontar relacionados con costos crecientes en la atención médica, un mayor peso de los niveles secundario y terciario de atención en el gasto público. También los temas de la calidad y la accesibilidad, así como algunas enfermedades tropicales siguen siendo retos que requieren más atención.

El desafío de la coordinación entre políticas y diferentes niveles de administración federales es considerable. Avances importantes han sido logrados con la introducción de instrumentos de coordinación en los sistemas de salud mediante el SUS; y de asistencia social mediante el SUAS, así como con la consolidación del principio del diálogo social en los distintos rubros de políticas sociales. Con todo, hay potenciales de más sinergia entre los diferentes sectores. Precisamente en este punto, el plan “Brasil sem Miséria”, con el objetivo de erradicar a la pobreza extrema hacia 2014, requerirá un nivel más alto de coordinación de políticas, transferencias y servicios, tanto conceptual como geográficamente, en la búsqueda de la universalización horizontal de la cobertura.

La financiación de largo plazo de los regímenes de salud y seguridad social constituye también un reto importante que necesitará atención en el futuro. Brasil ha registrado un acelerado proceso de cambios demográficos y sociales, que ponen nuevos desafíos en la agenda de todas políticas sociales. Por ello, el éxito actual en la implementación de un número importante de políticas vinculadas al Piso de Protección Social requerirá esfuerzos continuados en el futuro para asegurar que la cobertura lograda sea mantenida y ampliada, con un impacto mayor en la reducción de la pobreza.

Brasil también ha ratificado el Convenio sobre la seguridad social (normas mínimas) (núm. 102) de la OIT, lo cual muestra su esfuerzo por mantener un sólido sistema de beneficios y servicios sociales. Asimismo, esto es ejemplo de que un país puede desarrollar un Piso de Protección Social, expandiendo la cobertura horizontal, y ratificar a la vez el Convenio núm. 102, apuntando por los objetivos de cobertura de la dimensión vertical.

Los niveles más altos de protección social han llevado a un gradual crecimiento del gasto social (26 por ciento del PIB en 2008, de acuerdo a CepalStat; 15,8 por ciento de gasto social federal conforme el IPEA). Sin embargo, gran parte de este gasto puede ser vista como una



piso de protección social



inversión que le da a Brasil una ventaja competitiva, como lo ha documentado el impacto amortiguado de la crisis financiera internacional sobre el país. La existencia de un sistema de transferencias sociales y una reacción anti-cíclica que concertó instrumentos económico-financieros con ampliación de transferencias y servicios han evitado un mayor impacto en la pobreza, así como daños al mercado de trabajo y al consumo. La existencia de políticas que son conceptualmente componentes del Piso de Protección Social ha contribuido, por lo tanto, a proteger los notables progresos socio-económicos y los mayores niveles de bienestar conquistados en los últimos veinte años.

