

LASA 2009
XXVIII INTERNATIONAL CONGRESS
RIO DE JANEIRO – JUNE 11 – 14

Programas de transferência de renda na América Latina
e direito à saúde

Ana Luiza Viana e Ana Fonseca

Sessão: Políticas de Transferência de Renda e Combate a Pobreza na América
Latina (2ª parte)

Apresentação

Este texto tem como objetivo tratar de direito à saúde nos programas de transferência monetária condicionada na América Latina e Caribe, de modo a identificar as estratégias adotadas pelos países para que os grupos familiares beneficiários possam cumprir com as condicionalidades estabelecidas pelos programas para a área de saúde.

Assim, desde o ponto de partida, a presença de condicionalidades vinculada à saúde remete a duas questões: a primeira que a populações pobres não utilizam os serviços de saúde e daí a condicionalidade para o recebimento do benefício; e a segunda que a saúde é um direito condicionado – não universal.

O texto está dividido em três partes. Na primeira encontram-se algumas reflexões acerca do contexto em que surgiram os programas de transferência monetária condicionada na América Latina e Caribe. Na segunda parte uma breve descrição dos programas e por último, algumas reflexões acerca da possibilidade dos programas resolverem o problema da oferta de serviços públicos de saúde na Região.

Cenário de Surgimento dos Programas na América Latina e Caribe

Os programas de transferência condicionada de renda surgiram na Região na metade dos anos 1990 no bojo de reformas nos sistemas de proteção social (basicamente aposentadorias e pensões) e das políticas de ajuste estrutural.

Na década de 1980 a maioria dos países enfrentou uma crise econômica severa que se manifestou na redução do Produto Interno Bruto, em taxas de inflação e desvalorização sem precedentes com impiedosos impactos nas condições de vida da população. Os países enfrentaram uma agenda de “reformas estruturais” vinculadas ao nível elevado da dívida externa e as exigências dos organismos de financiamento internacional (FMI e Banco Mundial). Neste contexto, foram implementadas medidas de privatização de empresas e serviços públicos, abertura comercial, incremento de impostos com a finalidade de reduzir o déficit fiscal, cortes no emprego público entre outras. Ao mesmo tempo foram realizadas reformas no sistema público de proteção social.

Segundo Mesa-Lago y Müller (2004), na metade dos anos 90 as agências qualificadores de risco incluíam a reforma nos sistemas de aposentadorias e pensões como um ponto favorável em suas medições de risco dos países. Neste marco, parte das estratégias envolveu a “privatização” dos principais programas de seguro social (as pensões por idade, invalidez, as enfermidades e/ou sistemas nacionais de saúde) e, ao mesmo tempo, a implantação de redes mínimas de proteção social -RMPS - (MESA-LAGO, 1999), com os Fundos de Emergência, depois transformados em Fundos de Inversão Social. E já na metade dos anos 1990, os programas de transferência de renda com condicionalidades.

O sistema público de proteção social, de base contributiva, com distintos graus de cobertura e origem no tempo (já na década de 1920, Argentina, Uruguai e Chile que também contavam com maior cobertura) foi modificado radicalmente com a substituição por um sistema privado (Chile, em 1981, Bolívia e México em 1997 e em El Salvador em 1998) dando origem ao modelo **substitutivo**. Em outros países, um componente privado foi adicionado ao sistema público dando origem ao modelo conhecido como **paralelo** (adotado no Peru em 1993 e em Colômbia em 1994) ou criando um sistema privado que compete com o sistema público, denominado **mixto**, como na Argentina em 1994, Uruguai em 1996 e em Costa Rica em 2001.

Os pacotes de reformas estruturais estavam orientados por um paradigma de liberalização econômica que operava com o pressuposto que o papel do Estado era basicamente garantir a ação das forças do mercado (SZÉKELY, 2006). No momento dramático de agudização da crise e início da implementação das reformas vinculadas ao ajuste estrutural na maioria dos países da região havia baixa cobertura e pouca proteção para as situações de desemprego.

Estes aspectos somados ao fato de que a assistência social estava limitada a poucos países e contava com poucos recursos conduziram ao agravamento da pobreza. Neste contexto foi defendida, com nova roupagem, a focalização nos setores mais pobres e vulneráveis à crise e ao ajuste como parte da proposta de reforma das políticas sociais formuladas por alguns governos da região e por organismos com o Banco Mundial (SOJO, 2007).

Como bem expressou Sojo:

El aseguramiento individual en el mercado, la provisión de servicios para los pobres mediante redes de protección y la focalización contrapuesta a la universalidad, conforman una estrategia de política social que dispone una responsabilidad pública mínima en materia de protección social, deposita el financiamiento y la prestación de los demás servicios en manos privadas y reitera la desestimación del principio de solidaridad del financiamiento. (SOJO, 2003).

As redes mínimas de proteção social (RMPS) foram introduzidas com um duplo objetivo: enfrentar o empobrecimento resultante do ajuste estrutural e melhorar a eficiência da ação dos ministérios e da assistência social. Com estes objetivos, os recursos deveriam ser focalizados na população mais pobre para compensar a perda de rendimentos, criar empregos e melhorar a melhorar a infra-estrutura por meio de algumas obras. As Redes se disseminaram a partir do final da década de 1980 com a criação de inúmeros Fundos, entre eles:

- Bolivia (Fondo de Emergencia Social , FES, 1987), transformado en Fondo de Inversión Social (FIS);
- Nicaragua (FES, 1990);
- Chile (Fondo de Solidariedad e Inversión Social - FOSIS, 1990);
- Honduras (Fondo Hondureño de Inversión Social - FHIS, 1990);
- Venezuela (FIS, 1990);
- Panamá (FES, 1990), transformado en Fondo de Inversión Social (FIS, 1996)
- El Salvador (Fondo de Inversión para el Desarrollo Local - FISDL, 1991);
- Perú (Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, 1991)
- Uruguay (Programa de inversión Social (PRIS, 1991) transformando em FAS (Fortalecimiento del Área Social)
- Colombia (Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social – FIS, 1992);
- Guatemala (FIS, 1993);
- Ecuador (Fondo de Inversión Social de Emergencia – FISE, 1993)

Em resumo, na América Latina e Caribe os Fundos de Emergência Social e os Fundos de Inversão Social como componentes da Rede Mínima de Proteção Social e como parte da institucionalidade no combate à pobreza foram criados nas

décadas de 1980 e 1990. Na metade desta última década, os programas de transferência monetária com condicionalidades, focalizados nos mais pobres começaram a se disseminar na Região.

Os Programas de Transferência Monetária Condicionada

Neste item se passa ao largo da discussão acerca dos programas pioneiros e da influência que porventura algum programa possa ter exercido nos demais programas da Região e também não se tratará das experiências brasileiras de âmbito municipal e estadual (FONSECA, 2001). Registra-se (Quadro I) o ano de criação de cada programa e, na seqüência, uma brevíssima descrição dos mesmos.

Quadro I

Programas de Transferência Condicionada de Renda na América Latina

Países	Ano	Nome
México	1997	Progres-Oportunidades
Brasil	1998	PGRM; Bolsa Escola (2001); Bolsa Alimentação (2001); Auxílio Gás (2002); Cartão Alimentação (2003); Bolsa Família (desde outubro 2003)
Honduras	1998	Programa de Asignación Familiar II (sucesivas revisiones)
Nicarágua	2000	Mi Família (Red de Protección Social)
Colômbia	2001	Familias en Acción
Equador	2001	Bono Solidaridad-Bono de Desarrollo Solidario
Jamaica	2001	Programme of Advancement through Health and Education
Argentina	2002	Jefes y Jefas de Familia; Familias para la Inclusión (2005)
Chile	2002	Puente del Sistema Chile Solidario
El Salvador	2005	Red Solidaria
Uruguai	2005/08	Ingreso Ciudadano
Paraguai	2005	Tekoporã; Ñopytyvo; Abrazo;
R. Dominicana	2005	Solidaridad
Peru	2005	Juntos
Panamá	2006	Red de Oportunidades/Bono Familiar para Alimentos
Costa Rica	2006	Avancemos
Bolívia	2006	Juancito Pinto
Guatemala	2008	Mi Familia Progres

No **México**, o PROGRESA (Programa de Educação, Saúde e Alimentação), antecessor do programa OPORTUNIDADES, foi concebido de maneira inter-setorial, como meio de acesso a saúde, educação básica e alimentação. Oportunidades, como um programa com co-responsabilidade, estabelece o que segue: apoios monetários (para a alimentação e educação) condicionados à frequência escolar das crianças e adolescentes e dos membros da família aos serviços de saúde. O México, porém, ampliou o público alvo do programa pela incorporação dos idosos (70 ou mais anos) que recebem o valor equivalente a 25 dólares e devem comparecer a oito visitas médicas programadas ao centro de saúde e pelo componente Jovens em Oportunidades. (FONSECA e VIANA, 2007). No quadro que segue (Quadro II) encontra-se um resumo dos componentes do programa e dos apoios garantidos

Quadro II

Componentes e benefícios do programa Oportunidades

Componente	Apoio/Benefício
Alimentação	- US\$ 17 por família para melhorar a renda e a alimentação. - Complemento nutricional as crianças de 6 a 23 e de 2 a 5 anos com baixo peso, - Mulheres grávidas e amamentando
Educação	- US\$ 11,4 – 72 por beneficiário por meio de bolsas a partir do 3º de Educação Primária até o 3º da Educação Média Superior (12º grau).Valores crescentes
Saúde	-PBSS preventiva e oficinas de capacitação em saúde e nutrição.
Componente energético	-US\$ 5 aprox. por domicílio para gastos em insumos energéticos.
Jovens com oportunidades	-US\$ 300 depositados em uma conta poupança para os bolsistas que concluem o nível médio superior.
Idosos	-US\$ 25 aprox. como apoio aos idosos (70 ou mais anos) integrantes das famílias beneficiárias.

Fonte: II Seminario Internacional Transferencias Condicionadas, Caso México, Chile. ¹

¹ Segundo a apresentação: Caso México. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en II Seminario Internacional Transferencias Condicionadas, Erradicación del Hambre y Desnutrición Crónica Infantil. Santiago de Chile. FAO: 3 y 4 de diciembre de 2007

Na experiência brasileira, foram as instâncias subnacionais (Estados e Municípios) que criaram os primeiros programas, ainda em 1995, e o governo federal ingressa depois seja apoiando ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI, 1996), seja com a legislação de 1997 (implementada em 1998) que autorizou a concessão de recursos financeiros aos municípios (com critérios bem definidos) que quisessem implantar programas de renda mínima associada à educação e não dispusessem de recursos. Este programa foi abandonado e a partir da metade do segundo governo do presidente FHC teve lugar uma etapa de criação de programas em ministérios setoriais: Bolsa Escola (MEC), Bolsa Alimentação (MS), Auxílio Gás (MME) e Bolsa Renda para as situações de emergência (secas e inundações) nas áreas rurais, Agente Jovem (MPAS). (FONSECA, 2002).

O governo Lula, por sua vez, instituiu o Cartão Alimentação (MESA) como um acréscimo de renda aos beneficiários dos demais programas e com ênfase na região do semi-árido. O programa era um dos componentes da política denominada Fome Zero. Estes programas, exceto PETI e Agente Jovem, foram unificados em outubro de 2003, dando origem ao programa Bolsa Família, que é um programa de transferência monetária com condicionalidades vinculadas à saúde e educação (FONSECA e ROQUETE, 2005)

Já na **Colômbia**, o Programa Famílias em Ação é um dos componentes da Rede de Apoio Social da Presidência da República que é constituída por mais dois programas: Emprego em Ação e Jovens em Ação. No caso do programa Famílias em Ação, as transferências também são condicionadas ao cumprimento de certos compromissos (Quadro III) por parte das famílias.

Quadro III
Famílias em Ação

Transferência	Condição	Valor	Beneficiários
Subsidio Escolar	Sem faltas injustificadas no bimestre	US\$ 6 por cada criança no primário e US\$ 12 no secundário	Famílias com crianças e adolescentes (entre 7 e 18 anos) estudando entre o 2º do primário e o 11º do secundário.
Subsidio Nutricional	Comparecer aos controles do crescimento e desenvolvimento programados para os menores de 7 anos.	US\$ 20 mensais	Famílias com crianças até 7 anos

Fonte: II Seminário Internacional Transferências Condicionadas, Caso Colômbia. Chile, 2007

Em setembro de 2005, o **Peru** lançou o programa Juntos que como os programas anteriores é um programa de transferência monetária com condicionalidades. O incentivo monetário condicionado é no valor fixo de 100 soles que em dezembro de 2007 era equivalente a 33 dólares estadunidense. Este é o incentivo ao cumprimento dos compromissos nas áreas de saúde (vacinas, peso e altura, acompanhamento pré-natal), nutrição (complemento nutricional), educação (frequência escolar).

Como o programa criou uma forte demanda por serviços públicos, sobretudo de saúde e educação, parte de seu orçamento é destinado a ampliar la oferta de serviços para que possam suportar a demanda criada por Juntos.

Na **Argentina**, o programa Jefes y Jefas de Hogar foi lançado em 2002 em um momento de uma grave crise econômica e social que afetou a mais de dois milhões de cidadãos. O governo declarou situação de emergência em matéria social, econômica, administrativa, financeira e cambial e com o apoio da mesa do Diálogo Social foi editado o decreto 565/2002 que tratou do programa Jefes de Hogar. Estava previsto, originalmente, que o programa teria como horizonte o tempo de duração da emergência ocupacional nacional. Ele estava destinado aos chefes e chefas de família com filhos até 18 anos de idade, ou de qualquer idade desde que incapacitados ao trabalho ou mulheres grávidas, todos eles

desempregados. A legislação abria a possibilidade de o programa ser extensivo aos jovens desempregados e aos maiores de 60 anos que não contassem com um benefício.

O programa era dirigido pelo Ministério do Trabalho Emprego e Seguridade Social que desenhava os programas de formação profissional e de capacitação. O benefício era de 150 pesos (50 dólares) e o compromisso ou a condicionalidade era oferecer entre 04 e 6 horas de atividade diária em projetos que promovessem melhorias nas comunidades e funcionassem como capacitação, e para aqueles com crianças em idade escolar o compromisso era com a frequência escolar e os controles de saúde.

Posteriormente, o Programa foi reformulado (fevereiro de 2006) dando origem a três programas: Famílias para a Inclusão Social (Plan Famílias); Seguro Emprego e Capacitação e Seguro Desemprego. Em relação ao Programa anterior, o programa Famílias substitui as atividades de natureza laboral por compromissos vinculados a saúde e educação e não é exclusivo para os chefes de família desempregados.

Na **Nicarágua**, a Rede de Proteção Social (Mi Família) começou a ser montada em 2000. Mais tarde, em 2004, teve início o chamado sistema de atenção a crise que operava por meio de transferências condicionadas. As transferências estavam dirigidas às famílias em situação de extrema pobreza e eram vinculadas a educação e saúde. Para a educação, o conhecido Bônus Escolar (BE) por família, uma mochila escolar (ME) por aluno, bônus (*voucher*) para a oferta (BO) por aluno, incentivo financeiro aos professores e bônus para a formação ocupacional. Já para a saúde havia um benefício para alimentação por família e a contratação de provedores privados para a oferta de serviço de saúde e capacitação. No entanto, no desenho programa foi estabelecido que ele fosse implantado em áreas onde existisse oferta de serviços públicos.

O programa não prosperou no 2º governo do presidente Daniel Ortega. No passado recente, estava vinculado ao Ministério da Família e funcionava por meio de vínculos (convênios) com o Ministério da Saúde (MINSa), Ministério da Educação, Cultura e Desportes (MECD) e com a contratação de provedores privados (em coordenação com o MINSa), capacitação e supervisão de professores

(em coordenação com o MECD) e com a contratação de professores para as áreas beneficiárias.

Em **El Salvador**, começou em 2005, como parte da estratégia social para o período 2004- 2009, um “programa” denominado Red Solidária com três componentes: transferência monetária condicionada; serviços básicos (de água, saneamento, eletrificação rural, etc.) e sustentabilidade (projetos produtivos, capacitação agrícola e micro crédito). O programa se dirige às famílias em situação de extrema pobreza e com crianças e adolescentes (menores de 15 anos) ou com mulheres grávidas no momento do cadastramento. O valor do benefício varia entre 15 e 20 dólares por família e o tempo máximo de permanência é de três anos. As co-responsabilidades são: saúde – exames de pré-natal, controle do crescimento e desenvolvimento, vacinação completa para os menores de cinco anos; educação - matrícula e frequência escolar (crianças entre 05 e 15 anos). O programa está circunscrito à área rural e como é precária a oferta pública de saúde, os serviços são comprados de fornecedores privados.

No **Equador**, o governo implantou, em 2001, o programa Bono Solidário. Os benefícios eram entregues às mães que se auto-classificavam como pobres e que tinham pelo menos um filho com idade inferior a 18 anos e renda familiar inferior a um milhão de sucres e ainda que nenhum membro do grupo familiar contasse com um salário fixo. Em 2003 foi instituído o programa Bono de Desarrollo Humano (BDH) e o mecanismo de autofocalização foi substituído por um mecanismo de focalização que trata de identificar a situação de bem estar das famílias por meio de Proxy Means.

O programa paga 15 dólares mensais por família e, do mesmo modo que os demais programas na região é um programa de transferência monetária condicionada: saúde – para as famílias com crianças menores de 05 anos e mulheres grávidas; educação – para as crianças e adolescentes (6 a 15 anos) – com a condição de frequência escolar de 90%. Entretanto, entre 2003 e 2006 não existiu controle do cumprimento das condicionalidades. Em 2007, e de modo progressivo, teve início um sistema de controle das co-responsabilidades em saúde e educação: a partir da assinatura de um convenio de cooperação

interinstitucional do Ministério da Inclusão Econômica y Social (MIES) com os Ministérios de Educação e Saúde Pública.

No **Panamá**, os programas conhecidos como Rede de Oportunidades e Bono Familiar para Alimentos começaram em 2006. A Rede é vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social (MIDES) que é instituição que dirige o Gabinete Social. Já o *Bono Familiar* é dirigido pela Secretaria Nacional para o Plano Alimentário e Nutricional (SENAPAN), órgão vinculado à Presidência da República.

A Rede é constituída por cinco componentes: 1) *Transferência monetária condicionada* – que é entregue a cada dois meses (à mulher) desde que os compromissos assinados no pacto de co-responsabilidade sejam cumpridos; 2) *Oferta institucional de serviços* -- os serviços do Estado não cobrem a população em situação de extrema pobreza e como agravante estão as condições que rodeiam as áreas de moradia dos grupos em situação de pobreza extrema: inacessibilidade e dispersão territorial entre outras; 3) *Acompanhamento familiar*; 4) *desenvolvimento de capacidades para a geração de renda*; 5) *avaliação e monitoramento*.

Os dois programas têm como público alvo as famílias em situação de extrema pobreza residentes em zonas rurais do país. Ambos transferem 35 balboas (US\$ 35) ao mês, mas os pagamentos são realizados a cada dois meses. As principais diferenças entre os programas são: o Bono Familiar para Alimentos é destinado exclusivamente à população indígena e a Rede é dirigida à população rural não indígena; o primeiro opera por meio de um ticket destinado a compra de certos alimentos e fósforo e sabão e o segundo paga em efetivo.

No **Chile**, o projeto piloto Chile Solidário, após um ano e meio de debate, foi convertido em lei em 2004. Em 2002, o então Presidente Ricardo Lagos afirmou que o desafio de seu governo consistia em eliminar a indigência até o final de seu governo (2005). Este desafio conduziu à criação do Sistema Chile Solidário e do programa Puente – mecanismo de trabalho com as famílias – amparado pelo Fundo de Solidariedade e Inversão (FOSIS) como meio de financiamento do sistema.

O programa se dirige às famílias em situação de indigência e conta com quatro componentes: 1) apoio psicossocial 2) apoio econômico mensal de proteção à

família; 3) outros benefícios monetários garantidos – pensões por velhice, invalidez, deficiência; 4) acesso preferencial aos programas de promoção social.

O *Bono de Protección Familiar* consiste em uma transferência por um período máximo de 24 meses e cujo valor decresce semestralmente. Quando é encerrado o prazo de dois anos, a família recebe o *Bono do Egreso* por um período máximo de trinta e seis meses. Assim, o tempo máximo é de 05 anos. Os outros apoios financeiros aos integrantes de Chile Solidário são: *subsídio familiar único* (destinado às pessoas de escassos recursos e que não podem receber o benefício de asiguação familiar por não serem trabalhadores afiliados ao sistema de previdência); *pensão assistencial* – outorgada às pessoas de baixos de recursos (em termos de renda própria ou do grupo familiar) que não têm acesso a uma pensão pela previdência; *subsídio para o pagamento do consumo* de água potável, tratamento de águas servidas; *subsídio* para a obtenção da cédula de identidade.

De modo diferente dos programas anteriores, o programa chileno não é tipicamente um programa de transferência condicionada com ênfase em saúde e educação. Na verdade, por meio do acompanhamento psicossocial cada família define suas prioridades no tempo e seus compromissos.

Na **República Dominicana**, o Programa Solidariedade, lançado em 2005 e diretamente vinculado ao Gabinete Social da Presidencia da República, opera com cinco componentes:

1. *Comer é Primeiro* – em torno de 17 dólares – funciona com um cartão de débito para a aquisição de alimentos em uma rede credencia e é destinado às famílias em situação de extrema pobreza com ou sem filhos em idade escolar;
2. *Incentivo à Frequência Escolar (ILAE)* – 4,5 dólares por criança e adolescente em idade escolar (entre 06 e 16 anos) de famílias em situação de extrema pobreza e limitado até quatro por família;
3. *Incentivo aos idosos*, lançado em 2007, consiste em uma transferência no valor de 10 dólares às pessoas de 65 ou mais anos das famílias em pobreza extrema;
4. República Dominicana com Nome e Sobrenome—trâmite preferencial e gratuito para a obtenção de documentação civil.
5. "Vamo'arriba" que teve inicio em junho de 2007 e é dirigido às pessoas desempregadas. Este programa consiste em transferência no valor de 3 mil pesos mensais (em torno de 93 dólares) com a condição de que os beneficiários realizem obras de interesse público.

As transferências de Comer é Primeiro equivaliam a 18% da linha de pobreza e 34% da linha de indigência (em 2007) e o programa propiciou o fortalecimento institucional de pequenos negócios (estabelecimentos comerciais credenciados e que vendem os produtos permitidos em Comer é Primeiro). No entanto, há muitas dificuldades com a oferta de serviços públicos, sobretudo na área da saúde.

No **Paraguai**, o programa Tekoporã foi lançado em 2005 e se dirige às famílias residentes em áreas rurais, com crianças e adolescentes (0-15 anos) e em situação de extrema pobreza. A transferência é no valor de 60 mil guaranis para a alimentação e mais 30 mil (por cada filho e até quatro por família) como incentivo ao cumprimento das condicionalidades em saúde e educação. Assim, o valor máximo da transferência é de 180 mil guaranis (36 dólares) e os pagamentos são bimensais.

Os compromissos assumidos pelas famílias como condição para o recebimento do benefício são:

- (a) Matricular e garantir a freqüência escolar das crianças entre 6 e quinze anos incompleto
- (b) Levar as crianças ao centro de saúde para vacinar e realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. As gestantes devem fazer o pré-natal;
- (c) Participar das capacitações indicadas pelos Guias Familiares.

São severas as dificuldades com a oferta de serviços públicos na área da saúde e o cumprimento das condicionalidades não é (2007) acompanhado.

O programa da **Guatemala**, *Mi Familia Progresá* (MFP) é o mais recente programa na Região. Foi instituído em 2008 pelo governo que assumiu neste mesmo ano. O programa é dirigido as famílias em situação de pobreza com a condição que todas as crianças freqüentem as instituições de ensino e que as crianças menores de 6 anos e as mulheres grávidas cumpram com a agenda de saúde.

O valor do benefício é de 150 quetzal (US\$ 20 dólares) por família desde que as crianças estejam com freqüência escolar adequada e mais 150 com a condição que os controles de saúde estejam nas condições estabelecidas. Os benefícios não são excludentes: uma família que tenha filhos menores e maiores de seis anos receberá 300 quetzales. Os benefícios vinculados à educação e saúde são mensais, mas o pagamento é a cada dois meses.

No **Uruguai**, em 2005, o governo lançou o Plano Nacional de Emergência Social (PANES) que deveria durar dois anos e que era formado por três grandes blocos de programa: programas redistributivos (Renda Cidadã, Trabalho por Uruguai e Programa de Assistência Alimentar); programas de desenvolvimento local e “emancipatórios” (Rotas de Saída, Opções Produtivas e Fortalecimento de Iniciativas Locais); os programas de Melhoramento do Habitat, Emergência Sanitária, Educação em Contexto Crítico e Apoio aos sem teto.

De modo diferente dos demais programas da Região, o Programa Ingreso ciudadano se dirigia a todos os cidadãos pobres e prescindia da presença de crianças e adolescentes no grupo familiar. Não era um programa de transferência de renda com condicionalidades.

Já na **Costa Rica**, o programa *Avancemos*, foi lançado em 2006 com uma etapa piloto entre os meses de julho e dezembro. O programa tem como público alvo aos estudantes da educação pública secundária oriundos de famílias de baixa renda. Em termos de faixa etária, o programa incorpora adolescentes entre 12 e 18 anos e jovens até 21 anos de idade, inclusive maiores em situações especiais.

O programa tem, entre outros, os seguintes objetivos: contribuir para a redução das taxas de evasão e repetência escolar na educação secundária; contribuir para a diminuição do trabalho do adolescente; incentivar o desenvolvimento de uma cultura de poupança e inversão entre os jovens beneficiários; proporcionar uma renda adicional às famílias em situação de pobreza que incentive a frequência escolar de seus adolescentes nos diversos sistemas educativos; ampliar a oferta educativa e melhorar a qualidade do ensino de modo a contribuir para a permanência na rede escolar dos jovens em situação de pobreza.

O valor da transferência varia de acordo como o ano escolar e o valor máximo por família é de 80 mil colones ou 155 dólares (CONTRERAS e VARGAS, 2007). Para os jovens no 7º ano, o valor mensal da transferência é de 15.000 colones (US\$ 29), ao 8º ano, o programa paga 20.000 colones (US\$ 38) e no 9º 25.000 colones (US\$ 48). No 10º, 11º e 12º os valores são 35.000 colones (US\$ 67), 45.000 colones (US\$ 87) e 50.000 colones (US\$ 96) respectivamente.

Como é possível observar, o programa da Costa Rica procura resolver outros problemas: garantia da permanência dos jovens das famílias pobres na escola

secundária de modo a manter os bons indicadores de educação do país e reduzir a pressão dos jovens no mercado de trabalho.

A **Bolívia** também tem um programa com características especiais. Trata-se do programa Juancito Pinto instituído por decreto em outubro de 2006 que visa a enfrentar as baixas taxas de frequência escolar e as elevadas taxas de evasão escolar. O público alvo é constituído pelas crianças matriculadas nas unidades educativas pública nos seis primeiros anos do nível primário, mas também inclui os alunos em educação especial e os/as jovens em Educação Juvenil Alternativa. O benefício é de 200 bolívares (cerca de 30 dólares) que são pagos em duas parcelas de 100.

Semelhanças, diferenças e direito à saúde.

A partir da breve exposição de alguns elementos do desenho dos programas é possível destacar três pontos de convergência entre os mesmos:

1. Princípio das condicionalidades, exceto no caso do Uruguai e embora muitos países não garantam a oferta de serviços públicos;
2. Foco exclusivo em famílias pobres com crianças e adolescentes, exceto nos casos de Brasil, Equador, México, República Dominicana e Uruguai;
3. Não pertencimento ao campo dos direitos

O caso dos convênios ou cooperações interministeriais citados nos programas de alguns países (como no Panamá, Equador e Nicarágua) coloca em destaque a complexidade do funcionamento de programas de transferência com condicionalidades quando a oferta de serviços, objeto da condicionalidade, não é responsabilidade do ministério gestor do programa. É complexo por que depende da coordenação entre distintos ministérios e cada ministério (Ministério da Saúde, Ministério da Educação) tem suas próprias regras, suas responsabilidades, atribuições legais, orçamento etc.

A situação de programas vinculados a Gabinetes Sociais (como na República Dominicana), ou em instituições vinculadas a Presidência (como em El Salvador, Colômbia e Peru, por exemplo) não é muito distinta, pois da mesma forma trata-se de realizar negociações uma vez que o gestor do programa não é o mesmo que “garante” a oferta de serviços. Além disso, muitas vezes, os instrumentos requeridos para o acompanhamento das condicionalidades não são factíveis aos ministérios por que não dispõem de meios que permitam o levantamento

automático da frequência escolar e dos controles de saúde. Em El Salvador, por exemplo, são ONG's contratadas que fazem o levantamento.

A pressão sobre a oferta, como resultado dos programas, em alguns casos também é um ponto de tensão entre os atores governamentais. Alguns países decidiram começar pelos territórios onde existia oferta de serviços públicos e isto garantiria que as famílias cumpririam seus compromissos, Esta é uma solução que penaliza as famílias que residem em locais onde é escassa a oferta serviços. Um dos países (Peru) para “solucionar” o problema da oferta transferiu recursos dos programas de modo que os ministérios garantissem a oferta. Outro país (El Salvador) compra os serviços de provedores privados.

No campo da saúde, os programas, conforme descrição no item anterior, estão fortemente voltados à atenção básica e restrita ao grupo materno-infantil e sem compromisso com a atenção integral a todos os problemas e necessidades de saúde e menos ainda com a noção de direito a saúde.

O grande problema é a deficiência estrutural no que concerne ao investimento em serviços públicos de educação e saúde. A América Latina desde a crise dos anos 70 parou de crescer e investiu muito pouco na ampliação de escolas, equipamentos de saúde e no incentivo à expansão dos atendimentos de atenção básica integrados aos sistemas públicos de saúde.

Como as políticas de expansão da atenção básica nesses países estiveram restritas, principalmente pela ênfase dada às reformas estruturais voltadas para introdução de novos modelos de gestão, enxugamento dos custos, participação dos usuários no financiamento das ações, há imensas dificuldades no cumprimento com os requisitos de oferecer atenção básica, mesmo que restrita a apenas dois grupos populacionais – mães e crianças. Por isso, os países esboçaram diferentes estratégias para poder cumprir com as metas desenhadas em relação à saúde. Essas estratégias podem ser agrupadas em três diferentes saídas:

1. Transferir recursos para o orçamento da saúde (MS), de forma que o setor possa investir e custear o aumento da demanda criada pelo programa, caso do Peru;
2. Implementar o programa somente nas áreas onde haja suficiente oferta, como ocorreu na Nicarágua;

3. Expandir a oferta pela compra de serviços privados de algumas ONGs, como se deu em El Salvador.

Estas estratégias não enfrentam o problema que os programas cruamente revelam e não existe a possibilidade que um programa de transferência de renda encaminhe uma solução mais duradoura de uma área como a saúde. O incentivo à expansão de cobertura de algumas ações de saúde introduzido pelos programas pode se concretizar de maneira restrita e não conduz a uma melhoria na oferta permanente de atenção básica. Desde logo, não podem promover a integração de programas de atenção básica com os demais componentes do sistema de saúde.

Os programas tratam de viabilizar o cumprimento das metas estabelecidas, que podem aliviar em curto prazo algumas situações insatisfatórias, mas que dificilmente serão capazes de criar uma virtualidade intersetorial onde políticas e programas são capazes de fomentar o desenvolvimento de outras políticas e o efeito sinérgico de ambas alterarem as condições de pobreza. Para isso, seria necessário que os sistemas de saúde iniciassem reformas de peso no sentido de privilegiar a atenção básica, expandir a oferta de serviços públicos, promover a integração entres os diferentes níveis de assistência de forma a gerar a formação de sistemas integrados, tendo a idéia de saúde como direito, isto é, responsabilidade coletiva.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- CONTRERAS RAMIREZ, Vilma y VARGAS CALVO, Olga S (2007). Avancemos. Presentación el Foro-Taller Internacional: experiencias y lecciones aprendidas de programas de transferencia en países latinoamericanos. El Salvador
- FONSECA, A. (2001) Família e Política de Renda Mínima. São Paulo: Cortez
- FONSECA, A. (2002) Relatório ao Governo de Transição.
- FONSECA, A. e VIANA A. (2007) Direito à saúde, atenção básica e transferencias condicionadas de renda na América Latina. IN: Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, nº 6. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- FONSECA, A. e ROQUETE, C. (2005). Proteção Social e programas de transferência de renda: o caso do Programa Bolsa-Família. IN: VIANA, Ana L. , ELIAS, Paulo E. M. E IBAÑEZ, Nelson (orgs). Proteção Social: dilemas e perspectivas. São Paulo: Editora Hucitec
- MESA-LAGO, C e MULLER (2004). La reforma de pensiones en América Latina. Modelos y características, mitos y desempeños, y lecciones. IN: HUJO, Katia, MESA-LAGO, C. y NITSCH, Manfred (eds). ¿Públicos o privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas. Caracas: Nueva Sociedad
- MESA-LAGO, C. (1999) Desarrollo social, reforma del Estado y la seguridad social, al umbral del siglo XXI. IV Congreso Internacional sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. México.
- SZÉKELY, M. (2006) Midiendo el nivel de institucionalidad de la política social en América Latina. Documento preparado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- SOJO, Ana (2003) Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. Revista de la CEPAL nº 80
- SOJO, Ana (2007). La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales Revista de la CEPAL