O CUSTO SOCIAL DO PAGAMENTO DA DÍVIDA NA AMÉRICA LATINA*

Sonia Maria Fleury Teixeira**

1. Endividamento: nova forma de dependência; 2. O legado social do desenvolvimento latino-americano; 3. Custos sociais da crise e das políticas de ajuste.

Análise dos custos sociais do pagamento da dívida externa na América Latina. Natureza da atual crise econômica. O endividamento das economias regionais e atualização da sua dependência em relação às economias centrais. Legado social do desenvolvimento latino-americano, até os anos 70, caracterizou-se pela existência de sistemas de política social altamente desiguais, iníquos e corporativos. Avaliação dos efeitos das políticas atuais quanto a renda, mercado de trabalho, consumo, financiamento e gasto social, indicadores sanitários e seu impacto na administração das políticas sociais.

1. *Endividamento: nova forma de dependência*

Para uma análise dos custos sociais da crise econômica dos anos 80 torna-se necessário buscar compreender a natureza da crise ao nível do sistema capitalista internacional, bem como os efeitos decorrentes da inserção da América Latina na divisão internacional do trabalho. As medidas de ajuste adotadas em cada país e seus impactos em termos da qualidade de vida da população serão resultantes da relação de cada uma das economias nacionais com o sistema econômico internacional e, por outro lado, das condições sócio-políticas consolidadas durante o ciclo expansionista iniciado nos anos 50.

Em primeiro lugar é preciso considerar que a crise originou-se em transformações estruturais no mundo capitalista desenvolvido, aceleradas pela alta internacional do preço do combustível nos meados dos anos 70, implicando em uma severa contração das economias industrializadas. Segundo Castro[1] são apontadas como mudanças estruturais que se constituíram em antecedentes da crise atual:

- o processo crescente de concentração do poder, do capital e da produção nas economias centrais;
- a extraterritorialização desses processos, com o surgimento das empresas transnacionais, cujos conglomerados controlam hoje entre 40 e 50% do comércio mundial e comercializam entre 80 e 90% dos principais produtos básicos exportados pelos países subdesenvolvidos;

* Trabalho elaborado em abr. 1988. A autora agradece ao Prof. Saul Franco, pelo incentivo, e a André Tavares, aluno do Curso de Mestrado da EBAP, pelo trabalho de levantamento bibliográfico e redação inicial do texto sobre o endividamento da América Latina.

** Chefe do Departamento de Pesquisa e Publicações (DPP) da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP), da Fundação Getulio Vargas (FGV). (Endereço da autora: Praia de Botafogo, 190/408/A - 22253 - Rio de Janeiro, RJ).

[1] Castro, Fidel. *La crisis económica y social del mundo*. Informe a VII Cumbre de los Paises Alienados. Quito, La Tierra, 1983, p. 16-9.

- o crescimento do papel do Estado como corolário desse processo de monopolização;
- a ocorrência de uma revolução técnico-científica que aumentou de forma exponencial a capacidade produtiva, e implicou na substituição de certas matérias-primas;
- a redução contínua do papel da agricultura, com o predomínio da indústria e o crescimento dos serviços;
- a criação de uma nova ordem econômica que implicou uma nova divisão internacional do trabalho (ex.: países subdesenvolvidos exportadores de manufaturas) e em um novo fluxo internacional de capital e de comércio, que tendeu a mover-se entre os próprios países desenvolvidos.

Além desses pontos assinalados merece destaque o aumento alarmante do dispêndio com armamentos, que cada vez mais absorve percentagens crescentes do gasto público, competindo com os investimentos em outros setores. Para se ter uma idéia pode-se citar que os gastos militares no mundo, em 1980, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), representaram o equivalente ao Produto Interno Bruto conjunto da América Latina. Por outro lado, os gastos em todo o mundo em saúde pública só alcançaram 6% dos gastos militares.[2] Além disso, na crise ficou demonstrado que as medidas de ajuste visando reduzir o déficit público incidiram profundamente nos setores sociais, enquanto se observou a resistência a cortar gastos com administração e defesa.[3]

Embora não seja objetivo deste trabalho aprofundar a discussão acerca da natureza da crise econômica mundial, pretendeu-se salientar aqui o seu caráter estrutural, já que isso determina não apenas suas conseqüências para as economias nacionais, como também as possibilidades e limites das medidas de ajuste adotadas em cada caso. Estudo recente da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal) sobre os efeitos sociais da crise econômica[4] aponta as conseqüências advindas da avaliação incorreta da crise: "o ajuste do período 82-86 não considerou os efeitos sociais, fundamentalmente porque se entendeu que a crise era um fenômeno passageiro, e, em conseqüência, poder-se-iam aplicar os corretivos de caráter cíclico da economia convencional". Em outras palavras, atribui os custos sociais atualmente existentes não apenas aos efeitos diretos da crise, mas também ao fracasso das medidas de ajuste que tenderam a subestimar a duração e o caráter estrutural do fenômeno.

Relatórios do Banco Mundial[5] têm chamado atenção para a evolução diferencial da crise econômica no mundo, apontando seus momentos de pique e as características do seu desenvolvimento. Assim, em 1974-75 a recessão foi intensa mas breve, afetando principalmente os países industriais, enquanto o segundo pique da crise, em 1980-83, teve um comportamento distinto do primeiro, sendo menos intenso mas mais demorado, afetando severamente os países em desenvolvimento.

Segundo Tolkman,[6] a recessão dos países centrais transmitiu-se aos países latino-americanos pela via do comércio e pela do financiamento. A crise da economia

[2] Id. ibid. p. 219.
[3] Banco Interamericano de Desenvolvimento. *Progresso sócio-econômico na América Latina* - Relatório 1986. p. 57.
[4] Lagos, R. *Efectos sociales de la crisis económica*. Cepal, 1986. mimeogr.
[5] Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*, 1984; ————. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial. 1987.
[6] Tolkman, Victor. Crisis, ajuste económico y costo social. In: *El Trimestre Económico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.

mundial de 1974-75 afetou de forma muito mais significativa os países desenvolvidos, quando se observou uma drástica redução no crescimento do produto mundial e um estancamento no comércio internacional. Já os países latino-americanos apenas desaceleraram seu crescimento, reduzindo suas exportações sem contrair suas importações. Tal fato foi possível devido principalmente à convergência de três situações concretas, que permitiram o prosseguimento da expansão calcada no aumento do endividamento externo, a saber: uma abundante liquidez internacional, decorrente da necessidade de reciclar os excedentes dos países produtores de petróleo; um nível de endividamento externo, que lhes permitia o aumento de crédito, além da própria conjuntura interna de dinamismo com processos inflacionários, que não exigiam ajustes recessivos impostergáveis.[7] Assim, o endividamento foi o principal instrumento utilizado pelas economias latino-americanas para fazer frente à crise dos anos 70. No entanto, esse mesmo mecanismo introduziu uma rigidez que se vai fazer sentir na impossibilidade de enfrentar da mesma forma a crise nos anos 80. A América Latina aumentou seu nível de endividamento na década de 70 em proporções muito elevadas – de US$ 30 bilhões, em 1972, a US$ 368 bilhões, em 1985[8] – além da alteração ocorrida na estrutura do endividamento cuja fonte passou a ser principalmente os bancos privados, responsáveis por 80% da dívida da região.[9] Tal volume e estrutura do endividamento tornaram as economias endividadas altamente sensíveis à alta da taxa de juros imposta pelos novos credores e resultante da política monetária americana aplicada como forma de reduzir os déficits fiscais. Os países latino-americanos, por sua vez, vão se encontrar na crise dos anos 80 em uma situação muito mais desfavorável que na década anterior: alto nível de endividamento, aceleração inflacionária e custos financeiros crescentes. Segundo estudo realizado pelo Unicef,[10] citando levantamento do BID para o período 1976-80, o simples valor para o pagamento dos juros do serviço da dívida externa na América Latina somava 47% das exportações totais da região e, no caso do Brasil, chegava a 97% das exportações do país em 1982.

A esse quadro dramático do endividamento soma-se a contração do financiamento externo, passando de níveis de US$ 30 milhões anuais a cerca de US$ 4 bilhões em 1983.[11] O outro mecanismo de transmissão da crise foi o comércio exterior, com o estancamento dos mercados dos países desenvolvidos e a deterioração dos termos de intercâmbio a partir de 1980 em 18,6%, para a região em seu conjunto, e em 24%, a partir de 1979, para os países que não são exportadores de petróleo.[12]

Em resumo, os países latino-americanos encontram-se, neste segundo momento crítico da crise internacional, em uma situação de enorme dependência do sistema financeiro internacional através do aumento da taxa de juros, dos acordos para renegociação da dívida e pagamento do serviço da dívida, transformando-se em verdadeiros exportadores de capital em um círculo vicioso sem precedentes na história das relações econômicas mundiais. Por outro lado, dependentes das economias desenvolvidas, tanto em termos da política monetária americana, que influencia a alta da taxa de juros, quanto em relação aos demais países, através dos mecanismos de comércio exterior, tais como a introdução de medidas protecionistas e a

[7] Id. ibid.
[8] Lagos, R. op. cit.
[9] Castro, Fidel. op. cit.
[10] Unicef. *Impacto da recessão sobre as crianças*. 1984.
[11] Cepal. *La crisis económica internacional y la capacidad de respuesta de América Latina*. 1983.
[12] Tolkman, Victor. op. cit.

redução das importações, o resultado foi a crescente e profunda deterioração dos termos de intercâmbio. Em outras palavras, a dependência manifesta em relação ao sistema e aos mercados importadores tem agora um nome: endividamento. Os pagamentos dos serviços da dívida, as medidas de contenção das importações e a busca de superávits comerciais com o incremento à produção para exportação, a subordinação às recomendações de medidas recessivas impostas pelo FMI são evidências de que a dinâmica latino-americana, mais uma vez, está sendo capitaneada pelas necessidades decorrentes da acumulação a nível central.

O endividamento, como dependência é, hoje, a atualização da relação histórica que sempre existiu entre os países latino-americanos e os países desenvolvidos:

– devido ao momento e às condições de inserção dessas economias no sistema capitalista internacional, o desenvolvimento das economias nacionais submeteu-se à reprodução internacional do capital, originando um capitalismo que, embora estivesse estruturado até as bases produtivas, estava limitado em sua capacidade de reprodução endógena. Sua dinâmica estava determinada de fora para dentro pela capacidade das economias desenvolvidas absorverem as exportações do complexo agroexportador latino-americano;
– a passagem para uma nova fase do desenvolvimento capitalista "voltado para fora", tendo como força motriz a indústria no comando do processo de desenvolvimento não possibilitou, entretanto, aos países da região, condições para fazer frente à sua forte debilidade externa. O próprio tipo de industrialização levado a cabo, tanto pela importação maciça de capitais sob variadas formas, quanto pela composição da estrutura de exportações, mais uma vez "complementar" às economias desenvolvidas, redundou em manter a América Latina em uma posição subordinada e fortemente dependente da dinâmica econômica dos países desenvolvidos.

Assim, a crise econômica hoje vivida pelos países latino-americanos nada mais é que uma forma de manifestação dessa histórica situação de subordinação no interior do sistema capitalista mundial, sendo o produto da constante rearticulação do processo de reprodução ampliada do capital em escala internacional. A forma atual de dependência, o endividamento, decorreu das próprias características da crise da economia mundial no âmbito produtivo, que já mostrava evidências na segunda parte dos anos 60 e se tornou explícita no início da última década: não só desencadeou a livre flutuação das moedas fortes e acirrou a concorrência entre os próprios países capitalistas, mas também criou um excedente que passou a ser canalizado crescentemente para a órbita financeira, para a valorização desse próprio excedente. A reprodução nesse âmbito, no qual a especulação foi assumindo uma relevância cada vez maior, não só incitou a expansão financeira, mas também aprofundou a própria crise produtiva, realimentando, dessa maneira, a valorização eminentemente financeira.[13]

A interrupção dos fluxos financeiros externos após 1982 – todo o penoso esforço para incrementar as exportações e reduzir as importações, obtendo saldos crescentes na balança comercial – não bastou para compensar o pagamento dos encargos da dívida, sendo que a conta corrente continuou no vermelho e a dívida cresceu,[14] como se observa nos indicadores do fluxo financeiro apresentados na tabela 1.

[13] Baer, Mônica. *A natureza financeira da crise e suas perspectivas*. Rio de Janeiro, Programa Nacional de Pesquisa Econômica, 1985.
[14] Eysaguirre e Valdívia, M. Restricción externa y ajuste. Opciones y políticas en América Latina. *Revista de la Cepal*, Santiago, *32*(165):90, ago. 1987.

Tabela 1
América Latina: indicadores de fluxos financeiros externos
1973-85
(US$ milhões)

	1973/1979[a]	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Receitas líquidas de capital	17,6	29,5	37,3	19,8	3,0	10,3	4,7
Dívida externa	102,3	222,5	277,7	318,4	344,0	360,4	368,0
Juros pagos[b]	7,6	17,9	27,1	38,7	34,2	36,1	35,1
Libor[c]	8,8	14,0	16,8	13,6	9,9	11,3	8,6
Balanço da conta corrente	-12,2	-28,1	-40,4	-40,6	-7,4	-1,0	-4,4

Fonte: Cepal.

[a] Médias anuais.

[b] Inclui juros da dívida externa e lucros de investimentos diretos.

[c] Taxa anual para operações em dólares em Londres, a 180 dias.

Em 1982, após mais de 30 anos de crescimento, cai o PIB em toda América Latina e muitos países, incluindo os maiores e mais diversificados, vêem-se em sérias dificuldades para cumprir os compromissos com os encargos da dívida externa. Com a retração do financiamento externo, a maioria dos países da região passa a adotar políticas de ajuste com ênfase nas medidas de contração interna e incentivo a exportações, além de se submeter ao monitoramento do Fundo Monetário Internacional, como condição para renegociação de suas dívidas e obtenção de nova ajuda financeira internacional.

Essas políticas de ajuste, que atenderam aos interesses imediatos dos países desenvolvidos, evitando precipitar uma crise financeira internacional de proporções catastróficas,[15] tiveram nefastos efeitos para as nações a elas submetidas. Em primeiro lugar, debilitaram seriamente suas economias a ponto de originarem (exceto no Brasil) um processo de desindustrialização. Entre 1981-84, o investimento interno bruto por habitante caiu em 58% e a formação bruta de capital fixo em 12%, para o conjunto da América Latina.[16] Em 1978, os custos sociais do ajuste foram imensos, com crescentes taxas de desemprego, queda nos salários reais e uma profunda deterioração das condições de vida da população da região, com um significativo aumento das desigualdades sociais.[17]

À medida que o processo de endividamento se aprofunda, o movimento do capital internacional se amplia, não se limitando mais apenas ao monitoramento do ajuste. A maior vulnerabilidade provocada pelas crescentes dificuldades associadas ao endividamento possibilita ao capital internacional estender sua ação aos diferentes níveis das relações de produção que se mostram adversos a seus interesses. Vê-se com poder para condicionar negociações e renegociações financeiras à suspensão de proteção de mercados estratégicos ou à desnacionalização de setores, o que implica, muitas vezes, reflexos negativos para o desenvolvimento da indústria e da tecnologia local. Condiciona também a liberação de créditos para a importação de bens específicos, comumente bens de capital, muitas vezes já obsoletos ou com produção similar nacional, prejudicando, mais uma vez, o desenvolvimento industrial e tecnológico nacional. Assim, o capital internacional passou a ter mais poder de determinar os limites e os padrões de desenvolvimento das economias subdesenvolvidas. No caso específico da área de saúde, ainda estão por ser avaliados os efeitos do aprofundamento da dependência através dos mecanismos de financiamento. Sendo um campo absorvedor de tecnologia de ponta – como os equipamentos hospitalares, de diagnóstico e pesquisa – o desenvolvimento científico e tecnológico da área em muitos casos foi negociado como parte dos acordos de refinanciamento devido e/ou obtenção de novos créditos no mercado internacional.

Dessa forma, a dívida externa vem reforçar o arsenal do capital internacional para manter/reforçar as relações de dominação/subordinação entre as nações integrantes do sistema capitalista mundial, a partir do momento que lhe possibilita definir o caráter das políticas de estabilização dos países endividados e lhes impor, mais acentuadamente, uma certa divisão internacional do trabalho. O resultado mais importante desse fato tem sido a perda, cada vez maior, da autonomia dos países endividados na definição de suas próprias políticas econômicas, tornando sua inserção no sistema capitalista mundial mais dependente e subordinada.

[15] Lagos, R. op. cit.
[16] Medeiros, S. *Os impactos sociais da crise econômica, políticas sociais e transição*. Cepal, 1986. mimeogr.
[17] Alvarez, A. *México en el marco de la crisis económica latinoamericana*. Ouro Preto, III Seminário Latinoamericano de Medicina Social, 1984. mimeogr.

2. *O legado social do desenvolvimento latino-americano*

O crescimento econômico ocorrido na América Latina a partir da Segunda Guerra Mundial, expresso em taxas anuais de crescimento do PIB, revela que foram mantidas, para a região, taxas médias superiores ao crescimento da população, com um aumento sustentado do ritmo até meados da década de 70.[18]

Esse crescimento traduziu-se em um processo de desenvolvimento econômico "em termos da constituição de sistemas econômicos nacionais, da criação de grandes entidades produtivas, e da maior capitalização e tecnificação em quase todos os campos da atividade econômica".[19] No entanto, o modelo de crescimento econômico adotado na maioria dos países latino-americanos dissociou crescimento de distribuição, ou, em outros termos, acumulação de eqüidade, acarretando um padrão de desenvolvimento perverso e incapaz de constituir em cidadãos a maior parte da sua população.

Têm sido infrutíferas as incontáveis recomendações da Cepal em prol de uma abordagem integrada das políticas de desenvolvimento, na qual os conflitos entre acumulação e eqüidade sejam amenizados através da adoção de estratégias capazes de sustentar uma taxa adequada de crescimento econômico, juntamente com a implementação de políticas redistributivas. Essa compatibilização decorreria de mudanças na estrutura produtiva, de forma a ajustar a oferta interna a padrões de demanda adequados aos níveis de renda do povo, com prioridade para o atendimento das necessidades básicas nas decisões de alocação dos escassos recursos e reorientação das decisões de investimento na direção de setores menos intensivos em capital, compatibilizando taxas moderadas de poupança com o crescimento do nível de emprego e de repartição da renda nacional.[20] Apesar da insistência com que essas medidas foram preconizadas, nenhum progresso tem sido observado nesse sentido. Esta evidência tem levado diversos autores,[21] em estudos elaborados por encomenda da própria Cepal, a buscar uma explicação para a persistência do modelo elitista de desenvolvimento na incapacidade da maioria da população de se fazer representar, em decorrência tanto da fragilidade de suas organizações, quanto em função dos viciados mecanismos de representação prevalentes no processo decisório das políticas públicas.

Essas observações apontam para a necessidade de se tomar em conta, na análise do impacto social da crise dos anos 80, as características do processo de desenvolvimento latino-americano, sob pena de se imputar à recente recessão problemas que muitas vezes persistiram durante décadas, apesar de bem mais agravados no quadro da crise atual. Nesse sentido procuramos resgatar o quadro social que se constituiu durante todos esses anos de crescimento econômico, a partir do qual os efeitos da crise deverão ser avaliados.

2.1 Problemas da seguridade social na América Latina

Entre os técnicos de seguridade social, há muito se estabeleceu um consenso, em grande parte decorrente da influência exercida no meio pela Organização Internacional do Trabalho, em torno da melhor forma de organização do sistema

[18] Cepal. *Transição estructural, movilidad ocupacional y crisis social en America Latina*, 1960-1963. 1980. mimeogr.
[19] Id. ibid. p. 8.
[20] Rezende Silva, F. *A política social e a crise econômica*. Rio de Janeiro, 1988. mimeogr.
[21] Lagos, R. op. cit.

previdenciário, que seria a adoção de três conceitos centrais: universalidade, unificação e uniformidade.

A universalidade refere-se ao objetivo de extensão da cobertura previdenciária a toda a população, sem distinções entre trabalhadores rurais e urbanos, engajados no mercado formal ou informal, ou mesmo entre alguns poucos grupos de trabalhadores urbanos considerados econômica e politicamente estratégicos para o desenvolvimento do país. O princípio da universalidade orientaria a extensão da cobertura em um sentido horizontal, com absorção cada vez maior de novos grupos pelo sistema, e não em um sentido vertical, com mais e melhores benefícios para os grupos já cobertos pelo mesmo.

O conceito de unificação ou centralização tanto pressupõe uma administração mais eficiente e de menor custo, quanto visa aumentar a eqüidade interna do sistema, já que se supõe que a unificação precede a uniformização. Neste sentido, a unificação deveria acabar com a existência de sistemas de seguros distintos por categoria ocupacional de operários, ou de seguros específicos para militares, funcionários públicos, etc.

Finalmente, o princípio da uniformidade reforça a noção de eqüidade, ao pressupor uma única regra a respeito das contribuições e benefícios. A operacionalização deste princípio pode ser feita de várias formas distintas, seja pelo estabelecimento de uma contribuição mínima e de uma renda mínima por beneficiário (caso inglês), seja pelo cálculo do benefício como uma percentagem da contribuição pretérita de cada beneficiário (caso alemão), seja por um sistema misto, com a definição de um mínimo geral ao qual se sobreponha um adicional, calculado em proporções inversamente proporcionais à correspondente renda ativa (método adotado na Costa Rica).[22]

Pela simples enumeração dos três princípios centrais de previdência social moderna podemos imediatamente constatar quão distante está a América Latina do modelo ideal formulado. Eis alguns dos problemas centrais da seguridade social na América Latina apontados pelos estudiosos do tema.[23]

2.1.1 Desigualdade

Na maioria dos países do continente, as pessoas mais necessitadas, que se encontram abaixo da linha de pobreza crítica, não estão cobertas pela seguridade social, seja porque se encontrem desempregadas/subempregadas, seja por serem trabalhadores eventuais, ou que desempenham ocupações não abrangidas pelo sistema. Segundo cálculos da Cepal, em 1976 cerca de 35% da população da América Latina situava-se abaixo da linha de pobreza crítica e estima-se que, nesse mesmo ano, mais de 64% da PEA não estava coberta pelos sistemas previdenciários.

O esforço feito por alguns países no período mais recente, no sentido de estender a cobertura a grupos de trabalhadores anteriormente excluídos do sistema, não alcançou resultados expressivos, na medida que os custos da filiação à previdência

[22] Dieguez, Hector. *La Seguridad Social en América Latina;* reflexiones sobre sus características y problemáticas. Buenos Aires, Centro de Investigaciones Económicas, Instituto Torcuato Di Tella, 1977. mimeogr.

[23] Malloy, J. *Staticraft and insurance policy in Latin America and United States.* Pittsburgh, University of Pittsburgh, 1983. mimeogr.; Mesa-Lago, Carmelo. Seguridad social y pobreza. In; *Se puede superar la pobreza?* Santiago, Cepal/PNUD, 1980; Mesa-Lago, Carmelo & Insuani, E.A. La seguridad social en América Latina; problemas y recomendaciones. In: *Planificación social en América Latina y el Caribe.* Santiago, Ilpes/Unicef, 1981.

são tão altos, relativamente à renda dos trabalhadores inseridos na economia informal, que se torna proibitivo o exercício deste direito.

Por outro lado, a distribuição desigual dos serviços, especialmente no caso da assistência médica, faz com que o segurado das regiões mais carentes custe ao sistema muitas vezes menos que um outro das regiões mais desenvolvidas.

O problema da baixa cobertura previdenciária incide, ademais, sobre a possibilidade dos cidadãos latino-americanos terem acesso a serviços sociais, cujo gozo é responsabilidade do Estado, como no caso da proteção à saúde, já que é um fenômeno bastante generalizado a concentração dos recursos públicos para saúde quase que exclusivamente nos sistemas previdenciários (como demonstra a tabela 2), apesar de que apenas 55,7% da população está coberta por ações de saúde prestadas pela seguridade social (tabela 3).

Tabela 2
América Latina: PEA segurada (1980). Gastos da Previdência Social (1977) e gasto público com saúde (1977)
(%)

Países	PEA Segurada	Gastos da Previdência Social (excluídos os gastos médicos)	Gastos médicos da Previdência Social	Gasto público com saúde	Gasto total
Argentina	58	76	16	8	100
Bolívia	18	43	42	15	100
Brasil	47	78	21,5	0,5	100
Chile	64	87	10	3	100
Colômbia	21	53	22	25	100
Costa Rica	49	29	60	11	100
El Salvador	13	17	22	61	100
Guatemala	34	38	31	31	100
Panamá	46	47	35	18	100
Uruguai	33	87	4	9	100
Venezuela	32	17	14	69	100

Fonte: Baseado na OIT – The cost of social security basic tables. Thenth International Inquiry 1975 – 1977, Genebra, 1981.

2.1.2 Iniqüidade

Como a grande parte dos sistemas previdenciários latino-americanos é composta de múltiplos seguros, diferenciados por categorias ocupacionais, caracteriza-se uma situação de estratificação da seguridade social,[24] que se cristaliza ao nível da participação estatal em cada um dos seguros. Se cada grupo houvesse financiado por si mesmo seu sistema de proteção, a pirâmide da seguridade social ter-se-ia limitado a reproduzir a pirâmide do ingresso. Mas os grupos mais poderosos conseguiram maiores aportes do Estado e dos empregadores, que os grupos de menor

[24] Mesa-Lago, Carmelo. *Social security in Latin America*. Pressure groups, Stratification and inequality. Pittsburgh, University of Pittsburgh, 1978. mimeogr.

Tabela 3
Estimativa do percentual da população coberta por ações de saúde da Previdência Social na América Latina, por volta de 1979

Países por grupo sub-regional	Percentagem da população coberta pela Previdência social
América Latina	55,7
Área Andina	15,2
Bolívia	26,2
Colômbia	10,2
Equador	5,0
Peru	11,7
Venezuela	30,2
Cone Sul	71,2
Argentina	80,0
Chile[a]	
Paraguai	13,1
Uruguai	50,0
Brasil	83,0
Istmo Centro-Americano	21,5
Costa Rica	82,0
El Salvador	4,8
Guatemala	13,6
Honduras	6,6
Nicarágua[a]	
Panamá	47,0
México	56,0
Caribe Latino	4,0
Cuba[a]	
Haiti[a]	
Porto Rico[a]	
República Dominicana	4,0

Fonte: Financiamento e extensão da Previdência Social na América Latina. Instituto Mexicano de Seguro Social e Secretaria Geral, Departamento de Assuntos Internacionais. México, 1981.

[a] Não se aplica.

poder. Por exemplo, os militares conseguiram, em alguns países, que o Estado financiasse praticamente todo o sistema; os empregados públicos, que o Estado tomasse a seu cargo os déficits crescentes, e alguns profissionais ou sindicatos poderosos conseguiram que se criasse impostos especiais (sobre a produção ou serviços ligados ou não à sua atividade) que engrossaram seus fundos.[25]

Em 1974, as receitas da seguridade social distribuíram-se assim de forma diferenciada, como se observa na tabela 4: desde o caso de Cuba, onde o Estado contribui com 100%, até o do Brasil, onde a participação estatal é de apenas 5% do total de ingressos.

A iniqüidade para com os que estão excluídos do sistema é aumentada pelo fato de que, indiretamente, todos os cidadãos contribuem para o financiamento do sistema, já que pagam impostos ao Estado e consomem produtos, cujos preços foram

[25] Mesa-Lago, Carmelo & Insuani, E.A. op. cit. 1981.

Tabela 4
América Latina: distribuição percentual das receitas de Previdência Social segundo a origem – 1974

País	Contribuição		Contribuição do Estado[a]	Renda de Investimentos	Outros
	Segurado	Empregador			
Barbados	15,9	18,6	53,7	11,8	0
Bolívia	17,9	42,8	32,2	1,5	5,6
Brasil	36,9	53,9	5,0	0,1	3,6
Costa Rica	25,2	45,2	21,7	6,5	1,4
Cuba	0	0[b]	100[b]	0	0
Chile	15,4	48,7	32,3	1,0	2,6
Equador	30,2	32,2	20,4	16,3	0,9
El Salvador	10,8	39,3	46,9	2,6	0,4
Guatemala	23,4	35,2	39,2	1,3	1,0
Guiana	20,6	27,7	39,4	12,3	0
Jamaica	11,0	20,8	59	9,2	0
México	24,0[c]	50,3[c]	19,7	2,5	3,5
Nicarágua	12,9	31,6	52,4	2,8	0,3
Panamá	21,2	45,2	25,2	6,6	1,8
Trinidad e Tobago	12,3	19,5	54,3	3,9	0
Venezuela	11,1	22,2	65,4	1,2	0,1

Fontes: Oficina Internacional do Trabalho (OIT). *El costo de la seguridad social 1972-1974*. Genebra, 1979. p. 43-7, 79-80; exceto Cuba, de CBTSS, *La seguridad social en Cuba*, p. 57; e Brasil, de Malloy, *The politics of social security in Brazil*, apêndice.

[a] Inclui um pequeno percentual (cerca de 1%) de impostos especiais na Bolívia, Chile e Panamá, e, no caso de Nicarágua, 27,9%.

[b] As empresas (quase todas estatais) pagam 10% da folha de salários e o Estado subvenciona qualquer déficit do sistema.

[c] No original, as cotas aparecem agregadas e foram desagregadas por Mesa-Lago (op. cit., 1981), com base em informação adicional.

majorados devido ao ônus do empregador com a previdência. Internamente ao sistema, a concessão dos benefícios tende a aumentar a iniqüidade, já que, por exemplo, as aposentadorias por tempo de serviço e por velhice só atingem a parcela mais bem aquinhoada dos trabalhadores. Perversamente, o sistema brasileiro tem como seu benefício mais democrático a aposentadoria por invalidez, que atinge amplamente os trabalhadores mais pobres e suscetíveis aos azares de um processo de desenvolvimento de cunho selvagem (tabela 5).

2.1.3 Corporativismo

Os sistemas previdenciários latino-americanos sempre foram instrumentos importantes na legitimação política dos Estados, sendo os benefícios concedidos, portanto, com o objetivo de alcançar apoio político de algumas frações da classe trabalhadora. Os estudiosos do tema identificaram dois fatores fundamentais na origem e evolução dos sistemas previdenciários, atribuindo a estes fatores as características mesmas do sistema: os grupos de pressão e a burocracia do sistema.

Tabela 5
Aposentadorias urbanas (médias 1979-82)
(%)

Tipo de benefício	Participação no total		Taxas de Crescimento	
	Em número	Em valor	Em número	Em valor
Invalidez	50,91	28,82	6,29	11,58
Tempo de serviço	31,17	53,43	9,51	12,47
Velhice	13,09	10,52	14,81	17,67
Especial	4,45	6,96	10,56	14,17
Outras	0,38	0,27	- 9,16	- 7,50
Total	100,00	100,00	8,50	12,81

Fonte: Tabulações Dataprev.
Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, *1*(4): 400-17, out./dez. 1985.

Os que vêem os grupos de pressão como fator predominante na evolução de um sistema de seguridade social estratificado chamam a atenção para o fato de que, quanto mais poderosos os grupos, mais e melhores benefícios obtiveram e menor foi a sua contribuição ao sistema.

Outros autores enfatizam especialmente o papel do Estado em mãos de elites governamentais que, embora respondendo a pressões de grupos sociais, foram responsáveis pelo oferecimento de uma resposta seletiva e altamente política a essas demandas. Assim, os programas de seguros sociais constituíram uma forma de acomodação corporativista de grupos sociais emergentes, particularmente dos trabalhadores nos modernos setores capitalistas da economia.[26]

Em qualquer das vertentes explicativas, o que se quer enfatizar é a ausência de um corpo doutrinário e de mecanismos institucionais eficientes, que reflitam o reconhecimento dos direitos a partir de uma definição social da cidadania universal.

2.2 Condições de saúde nos anos 70

Sem pretender fazer um diagnóstico do setor saúde, o que envolveria não só a análise de alguns indicadores das condições de saúde mas também uma avaliação dos serviços, o que se pretende neste item é apresentar alguns dados que possam dimensionar a problemática da saúde na região. Este esforço é necessário para uma correta avaliação do impacto da crise econômica atual sobre o setor. Assim como na seguridade social, o setor saúde acumulou, durante todos os anos de crescimento econômico, um conjunto de problemas, deficiências e iniqüidades que se constituíram na enorme dívida social latino-americana.

Se bem que o nosso esforço seja no sentido de identificar os efeitos da crise no setor, não há como desconhecer os problemas que a antecederam e que, certamente, contribuíram para delimitar a profundidade do impacto da recessão atual ao nível setorial.

[26] Martegant, Ariel Gianola. *Nuevas estrategias para el estudio de la seguridad social.* Una perspectiva teórica para el enfoque del caso uruguayo. Montevideo, Centro Latinoamericano de Economia Humana, 1983. n. 26.

Uma breve aproximação pode ser feita quando tomamos a década de 70 para avaliar as dimensões da problemática regional, as metas governamentais e os resultados das políticas públicas ao nível das condições de saúde da população, já que entre 1970 e 1980 cresceu consideravelmente a economia regional, globalmente e por habitante (o produto por habitante cresceu um terço), e desenvolveu-se extraordinariamente a agricultura.[27]

Na Terceira Reunião Especial de Ministros de Saúde, realizada em Santiago em 1972, foi elaborado o Plano Decenal de Saúde para as Américas, cujas metas foram incorporadas à política da Organização Pan-Americana de Saúde - Opas, podendo ser tomadas como parâmetros para avaliação da situação do continente.

Em 1980, documentos da Opas constataram que os resultados, em geral, foram muito inferiores ao esperado, apontando como principais conquistas a erradicação da varíola e o aumento da esperança de vida ao nascer, em todos os países.[28] Outro progresso evidenciado nos indicadores de mortalidade: apesar das enormes diferenças entre os países da região "la mortalidad general de la América Latina durante la decada 1970-80 há descendido de un promedio de 9,4 defunciones por 1.000 habitantes en el quinquenio 1970-75 a 8,5 por mil en el quinquenio 1975-80".[29]

Apesar desses progressos, segundo dados fornecidos pela Opas, muitas das metas propostas não foram alcançadas, tais como:

- Apenas 10 países do continente atingiram a meta de aumentar em cinco anos a esperança de vida ao nascer naqueles países onde o nível era menor que 65 anos e em dois anos onde o nível se encontrava entre 65 e 69 anos.
- Febre Amarela - A meta de reduzir ao mínimo a mortalidade causada pela febre amarela selvática não só não foi cumprida como o número de casos havia aumentado, ao terminar o decênio.
- Malária - As cifras indicam um aumento de 35% na Mesoamerica Continental e de 87% na América do Sul Tropical; Equador, México, Panamá, Paraguai e Venezuela lograram reduzir os casos no período, enquanto foram notificados aumentos consideráveis em Belize, Bolívia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Guiana, Nicarágua e Suriname.
- Tuberculose - A meta era reduzir a mortalidade entre 50 e 65%, o que só foi possível na América do Norte e América do Sul Temperada.
- Câncer - Não houve diminuição da letalidade do câncer de colo do útero e de mama.
- Acidentes - Apesar da meta prevista de redução em até 50% das mortes por acidentes de automóveis, as taxas de letalidade por acidentes de automóveis permaneceram invariáveis ou aumentaram.
- Enfermidades previníveis por vacinação - Em 1979, 24% de todas as mortes causadas por enfermidades infecciosas e parasitárias foram devidas a causas evitáveis com a vacinação.
- Enfermidades diarréicas - Houve uma redução da mortalidade por enfermidades diarréicas de 31,7% para o grupo de idade de 1-4 anos e não 50%, como previsto no Plano Decenal.

[27] Chonchol, J. *A Crise e a situação alimentar na América Latina*. In: *Raízes da fome* (vários autores). Petrópolis, Vozes, 1987.
[28] OPS/OMS. *Estratégias*. Salud para todos en el Año 2000. 1980, p. 45.
[29] Id. ibid. p. 45.

• Desnutrição - Um dos principais problemas da região, que pode ser tomado como um indicador da iniqüidade do processo de desenvolvimento, é o altíssimo nível de subnutrição prevalente entre menores de cinco anos. Até 1980, apenas 48% das crianças pesquisadas em países selecionados, nesta faixa etária, podem ser consideradas como normais em relação ao estado nutricional.

Esse quadro, rapidamente delineado, dá mostras das enormes carências existentes antes que a crise dos anos 80 pudesse afetar direta ou indiretamente o setor saúde, através da deterioração das condições de vida e redução do gasto público com as políticas sociais.

Um outro elemento que deveria ser avaliado em uma análise desse tipo é a organização dos serviços de saúde, cuja diferenciação, em cada um dos países da região, requer um estudo mais aprofundado. No entanto, alguns problemas comuns podem ser listados como parte do legado social do desenvolvimento econômico latino-americano:

– quanto à cobertura: baixo nível de cobertura, dificuldade de acesso especialmente para a população rural e periferia urbana das grandes e médias cidades. Na década de 70, 37% da população não estava coberta por qualquer tipo de atenção;

– quanto ao financiamento: apesar da diversidade, encontramos algumas tendências comuns tais como a redução dos recursos fiscais no financiamento do gasto social, ao mesmo tempo em que aumenta proporcionalmente o volume das contribuições compulsórias. "A conseqüência imediata da transformação no padrão de financiamento do gasto social é uma elevada sensibilidade às flutuações cíclicas da atividade econômica,"[30] já que as contribuições, por incidirem sobre a folha de salários, são imediatamente afetadas pelo desemprego e pelo arrocho salarial;

– quanto à coordenação: como a atenção à saúde está distribuída em diferentes instituições sob a responsabilidade de diferentes ministérios, em geral os órgãos de maior peso são o Ministério da Saúde e a Seguridade Social. No entanto, inúmeros outros órgãos interagem com os responsáveis pela atenção à saúde como, por exemplo, aqueles que se responsabilizam pelo saneamento básico, pela importação de insumos, pela formação profissional, etc. O que se observa, regra geral, é a ausência de integração e coordenação entre os diversos órgãos e instituições responsáveis pela política de saúde e seguridade;

– quanto à administração: os processos administrativos relacionados ao planejamento setorial apresentam características comuns tais como a necessidade de racionalização, a ausência de capacidade gerencial, alto grau de centralização, inexistência de uma rede hierarquizada e regionalizada. Ademais, observa-se a subordinação das políticas sociais aos interesses clientelistas, em detrimento da qualidade eficiência/eficácia;

– quanto aos recursos: considerando neste item os recursos físicos, humanos e instrumentais, observa-se uma enorme diversidade entre os diferentes países da região, com carências específicas em cada caso. Ademais, apresenta-se também uma variação muito grande na distribuição dos recursos entre as regiões de um mesmo país, sempre em detrimento daquelas mais carentes.

Seria necessário desenvolver estudos comparativos dos sistemas nacionais de saúde, diferenciados por regiões, para que se pudesse avaliar as tendências da distribuição dos recursos e suas repercussões sobre a prestação dos serviços de saúde.

[30] Rezende Silva, F. op. cit. p. 7.

3. *Custos sociais da crise e das políticas de ajuste*

3.1 Indicadores

Quando procuramos avaliar os efeitos sociais da crise devemos, em primeiro lugar, esclarecer que é impossível dissociá-los do impacto causado pelas próprias medidas de ajuste com que os países latino-americanos reagiram à interrupção dos fluxos financeiros nos anos 80. O contexto no qual se definiram as políticas de ajuste caracterizou-se por partir da suposição incorreta de que a crise era um fenômeno passageiro, que poderia ser enfrentado com medidas ortodoxas inspiradas na corrente monetarista.

Depois de mais de cinco anos de aplicação da receita de ajuste recessivo, o que se pode constatar é o total fracasso dessas políticas como forma de enfrentar a crise econômica. Segundo Lagos,[31] a situação atual pode ser considerada muito pior em termos dos indicadores econômicos (tabela 6) do que no início da década, sendo que, por outro lado, já se fazem sentir, de forma dramática, as conseqüências sociais das políticas de ajuste postas em prática nos últimos anos. Nesse sentido, a avaliação dos custos sociais da crise é indissociável da análise dos efeitos sociais das medidas de ajuste.

3.1.1 Renda

O indicador mais tradicional para medir os efeitos da crise é o Produto Interno Bruto *per capita* que, segundo se observa na tabela 7 era, em 1985, 10% inferior ao que existia em 1980 para a região. A queda do PIB *per capita* em cada um dos países da América Latina e Caribe pode ser observada na tabela 7. Segundo Lagos[32] essa queda foi maior em termos de renda por habitante, a qual, em 1985, era 14% inferior à de 1980.

Embora esses indicadores demonstrem a perda média da renda *per capita* da região, eles não dão conta da distribuição desigual dessa perda entre os diferentes grupos populacionais. Estudos realizados em alguns países[33] da região indicam que os custos sociais da crise foram desigualmente distribuídos, acarretando uma maior concentração da renda e/ou um retrocesso na tendência à diminuição da pobreza absoluta.

3.1.2 Mercado de trabalho

Os estudos desenvolvidos por Talkman[34] indicam que a crise afeta o mercado de trabalho urbano em três formas principais: aumentando o desemprego aberto (tabela 8), incrementando os níveis de subemprego (tabela 9) e reduzindo os salários reais (tabela 10) que, em 1983, não alcançaram o nível prevalente em 1970 (excetuando-se apenas três países: Argentina, Colômbia e Guatemala).

[31] Lagos, R. op. cit.
[32] Id. ibid.
[33] Medeiros, S. op. cit.; Altimir, Oscar. Pobreza, distribuição de renda e bem-estar infantil na América Latina: uma comparação de dados anteriores e posteriores à recessão. *Estudos Econômicos*, Rio de Janeiro, Ipea, n. 14, 1984; Vianna, S. et alii. *O impasto da crise econômica nos serviços de saúde:* o caso do Brasil, 1987.
[34] Tolkman, Victor. op. cit.

Tabela 6
América Latina e Caribe (23 países): Principais indicadores econômicos[a]

	1980	1981	1982	1983	1984	1985[b]
PIB a preços de mercado (índice-base de 1980=100)	100	100,4	99	96,5	99,6	102,3
População (milhões de habitantes)	356	364	373	381	390	399
PIB por habitantes (índice-base de 1980= 100)	100	98,1	94,4	89,9	90,7	91,1
			Taxas de crescimento			
PIB	5,3	0,4	-1,5	-2,5	3,2	2,8
PIB/habitante	2,8	-1,9	-3,7	-4,8	0,8	0,5
Preços ao consumidor[c]	56,1	57,6	84,8	131,1	185,2	238,3
Relação de preços do intercâmbio de bens	5,1	-7,6	-8,9	-1,8	4,1	-2,9
Poder de compra das exportações de bens	12,4	0,3	-7,5	5,2	11,6	-4,6
Valor corrente das exportações de bens	32,3	7,6	-8,9	0,1	11,5	-5,7
Valor corrente das importações de bens	34,9	7,8	-19,8	-28,5	5,0	-1,9
			US$ bilhões			
Exportações de bens	89,1	95,9	87,4	87,5	97,5	91,9
Importações de bens	90,5	97,6	78,3	56,0	58,8	57,6
Saldo do comércio de bens	-1,4	-1,7	9,1	31,5	38,7	34,3
Pagamentos líquidos de lucros e juros	17,9	27,1	38,7	34,2	36,1	35,1
Saldo da conta corrente[d]	-28,1	40,1	-40,9	-7,4	-1,0	-4,4
Movimento líquido de capitais[e]	29,5	37,3	19,8	3,0	10,3	4,7
Balanço global[f]	1,4	-2,8	-21,0	-4,4	9,3	0,3
Dívida externa global bruta[g]	222,5	277,7	318,4	344,0	360,4	368,0

Fonte: Cepal. *El problema de la deuda: gestación, desarrollo, crisis y perspectivas*, 6 mar. 1986.

[a] As cifras correspondentes ao Produto Interno Bruto e a preços ao consumidor referem-se a Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela. Os dados do setor externo correspondem aos mesmos países, exceto Barbados, Guiana, Jamaica e Trinidad e Tobago.
[b] Estimativas preliminares.
[c] Variação de dez. a dez.
[d] Inclui transferências unilaterais privadas líquidas.
[e] Inclui capital a longo e a curto prazos, transferências unilaterais oficiais e erros ou omissões.
[f] Corresponde à variação de reservas (com sinal trocado), mais anotações de contrapartida.
[g] As estimativas incluem dívidas de longo, médio e curto prazos.

Tabela 7
Produto interno bruto *per capita* (em US$ de 1982) em países da América Latina e do Caribe 1960-70, 1980-84

País	1960	1970	1980	1981	1982	1983	1984
América Latina							
Área andina							
Bolívia	441	550	655	631	560	504	475
Colômbia	565	764	1.059	1.060	1.052	1.036	1.045
Equador	582	696	1.208	1.217	1.201	1.126	1.124
Peru	814	1.051	1.142	1.147	1.128	970	978
Venezuela	1.972	2.536	2.821	2.727	2.667	2.447	2.340
Cone sul							
Argentina	1.586	2.065	2.240	2.050	1.914	1.921	1.929
Chile	1.413	1.735	1.878	1.954	1.644	1.607	1.674
Paraguai	613	1.024	1.716	1.809	1.737	1.635	1.633
Uruguai	1.710	1.887	2.427	2.462	2.196	2.081	2.024
Brasil	710	1.006	1.924	1.712	1.685	1.592	1.626
Istmo centro-americano							
Belize	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	957	1.313	1.766	1.677	1.518	1.519	1.565
El Salvador	610	793	802	778	728	717	708
Guatemala	841	1.083	1.413	1.383	1.296	1.227	1.194
Honduras	536	640	746	731	694	667	663
Nicarágua	806	1.199	942	954	908	917	874
Panamá	884	1.547	2.089	2.126	2.191	2.148	2.022
México	1.104	1.575	2.285	2.336	2.256	2.075	2.086
Caribe latino							
Cuba	...	...	...	...	...	...	...
Haiti	272	249	332	319	300	299	299
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	597	788	1.203	1.212	1.182	1.203	1.193
Caribe							
Bahamas	...	...	6.904	6.821	6.713	6.644	6.678
Barbados	1.534	2.707	3.011	2.989	2.828	2.809	2.859
Guiana	620	731	905	814	703	647	665
Jamaica	1.386	2.101	1.675	1.791	1.766	1.779	1.769
Suriname	...	...	2.519	2.625	2.601	2.607	2.516
Trinidad e Tobago	1.582	2.103	2.935	3.020	3.049	2.888	1.654
América do Norte							
Canadá	...	...	...	...	...	...	
Estados Unidos	...	...	...	...	...	...	...

Fonte: Banco Interamericano de Desenvolvimento. Quadros de consulta (não publicados) para *Progreso económico y social en América Latina*. Dívida externa: crisis y ajuste. Washington, D.C., 1985.

Tabela 8
América Latina:
Taxas de desemprego aberto urbano

País	1970	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Argentina[a]	4,9	2,8	2,0	2,3	4,5	4,7	4,0
Bolívia[b]	-	4,5	7,6	7,5	9,7	9,4	13,3
Brasil[c]	6,5	6,8	6,4	6,2	7,9	6,3	6,7
Colômbia[d]	10,6	9,0	8,9	9,7	8,2	9,3	11,8
Costa Rica[e]	3,5	5,8	5,3	6,0	9,1	9,9	8,5
Chile[f]	4,1	13,3	13,4	11,7	9,0	20,0	19,0
México[g]	7,0	6,9	5,7	4,5	4,2	4,1	6,9
Panamá[h]	10,3	9,6	11,6	9,8	11,8	10,4	11,2
Paraguai[i]	-	4,1	5,9	4,1	2,2	5,6	8,4
Peru[j]	6,9	8,0	6,5	7,1	6,8	7,0	8,8
Uruguai[l]	7,5	10,1	8,3	7,4	6,7	11,9	15,5
Venezuela[m]	7,8	5,1	5,8	6,6	6,8	7,8	9,8
América Latina[n]	6,5	7,2	7,2	6,9	7,2	8,9	10,4

Fonte: Elaborada pelo Programa de Emprego para América Latina e Caribe – Prealc com base em dados disponíveis de pesquisas domiciliares.

[a] Grande Buenos Aires – Média de abr.-out.
[b] La Paz – 1978 e 1979: segundo semestre; 1980: maio-out.; 1983: abril.
[c] Áreas metropolitanas do Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Salvador e Recife. Média de 12 meses; 1980: média de jun.-dez.
[d] Barranquilla, Bogotá, Cali e Medellin. Média de mar.-jun., set. e dez.; 1978: média de mar., jun. e dez.
[e] Nacional urbano. Média de mar., jul. e nov.
[f] Grande Santiago (INE). Média dos quatro trimestres.
[g] Áreas metropolitanas da Cidade do México, Guadalajara e Monterey. Média dos quatro trimestres. 1983: Média de três trimestres.
[h] Nacional urbano; 1980: adiantamento do censo; 1981 a 1983: região metropolitana urbana.
[i] Assunção, Fernando de La Mora, Lambaré e áreas urbanas de Luque e São Lourenço.
[j] Lima metropolitana, 1970: ago.-set.; 1978: julho-ago.; 1979: ago. -set.; 1980: abr.; 1981: jun.
[l] Montevidéu – Média dos semestres.
[m] Nacional urbano. Média dos semestres. 1983: primeiro semestre.
[n] Só os países que dispõem de informações referentes a todos os anos. Média simples.

Os efeitos dessas alterações no mercado de trabalho sobre os setores saúde e seguridade social são:

1. O aumento relativo e absoluto do mercado informal de trabalho reflete-se no aumento dos trabalhadores empregados sem carteira assinada e dos trabalhadores por conta própria que não contribuem para a seguridade social (ver tabela 11). Ao mesmo tempo, essa alteração na estrutura do mercado de trabalho reduz o acesso aos benefícios e serviços da seguridade social.
2. A redução da massa salarial, decorrente tanto do aumento do desemprego e do subemprego quanto da redução do salário real, acarreta uma imediata queda da receita previdenciária, já que, na maioria dos países da região, a seguridade social é financiada basicamente pelas contribuições de empregados e empregadores incidentes sobre a folha de salários (ver tabela 5).
3. A redução salarial afetou o consumo de serviços privados de saúde, tanto da classe média – o que acarretou um aumento na demanda pelos serviços públicos,

Tabela 9
América Latina: participação do emprego no setor informal
(%)

Países	1979	1982
Argentina	22,4	22,7
Colômbia	28,7	30,8
Costa Rica	16,6	16,8
Chile	33,6	32,6
Peru[a]	41,0	43,0
Venezuela	13,5	14,4

Fonte: Prealc, com base em pesquisas domiciliares.

[a] Pesquisa especial.

Obs.: Devido às restrições das informações disponíveis, não se incluiu o emprego em estabelecimentos com menos de cinco empregados.

Tabela 10
América Latina: evolução dos salários reais
(Taxas anuais de variação)

	1981	1982	1983	1984	1985	1980-85
Salário real:						
Indústria manufatureira	1,0	-2,6	-6,6	1,0	-1,3	- 8,4
Construção	-0,7	-0,6	-6,8	-3,3	-9,4	-19,4
Mínimo	-5,5	-4,2	-4,0	1,0	0,9	-11,4

Fonte: Tokman, V. op. cit. quadro 2.

como ocorreu no Uruguai – como da população de baixa renda, para a qual o consumo de serviços e medicamentos representa uma percentagem excessiva dos rendimentos.

3.1.3 Consumo

Além do aumento do desemprego e da queda do valor real dos salários, os trabalhadores da América Latina defrontaram-se com um processo inflacionário de proporções nunca antes atingidas, que acarretou uma alta de preços ao consumidor em toda a região. Dados da Cepal (tabela 12) indicam, para a região, uma evolução dos preços ao consumidor de 12,2, em 1970, para 84, em 1982.

Tabela 11
Pessoas ocupadas em atividades não-agrícolas
segundo posição na ocupação
(1979-83)
Brasil

Posição na ocupação	Distribuição das pessoas ocupadas		
	1979	1981	1983
Total	100,0	100,0	100,0
Empregados[a]	76,2	75,6	75,1
Com carteira de trabalho assinada pelo empregador	52,9	50,7	45,5
Sem carteira de trabalho assinada pelo empregador	23,3	24,9	29,6
Conta própria	17,9	19,5	19,8
Contribuíram para instituto de previdência	7,3	7,8	6,7
Não contribuíram para instituto de previdência	10,6	11,7	13,1
Empregadores	3,8	3,0	3,1
Não remunerados	2,1	1,9	2,0

Fonte: IBGE, PNAD.
[a] Inclusive sem declaração de carteira de trabalho assinada pelo empregador.

Todos esses fatores foram responsáveis pela queda generalizada do consumo pessoal *per capita*, encontrada no estudo realizado por Altimir (tabela 13). Como se pode observar, a recessão atingiu severamente as condições salariais e o consumo no Chile e na Costa Rica, sendo que mesmo nos países menos atingidos, como a Venezuela e Colômbia, o índice de consumo caiu. Só no caso do Panamá houve uma recuperação do consumo.

Além disso, a cesta básica de alimentos teve seu valor desproporcionalmente elevado, em decorrência das medidas de ajuste recessivo que privilegiaram a produção agrícola voltada para a exportação, em detrimento da produção de alimentos para o mercado interno. No Brasil, a ração essencial individual, estabelecida pela lei do salário mínimo, custava em São Paulo cerca de Cr$40 mil em 1983, quando o salário mínimo era de apenas Cr$57,2 mil.[35] Na Costa Rica, a proporção do salário destinado à compra da cesta básica subiu vertiginosamente de uma média de 55,3%, em 1977, para 114,0%, em 1982. Esta alteração foi ainda mais brusca nos grupos ocupacionais mais baixos, onde subiu de 78%, em 1977, para 150%, em 1982, para os operários e artesãos e de 67%, em 1977, para 125%, em 1982, para os de ocupação ignorada.[36]

A redução do consumo pessoal, embora não tenha exercido um efeito imediato sobre as taxas de mortalidade infantil tem, no entanto, afetado os indicadores de desnutrição infantil. Relatório do Unicef refere-se ao aumento das taxas de nascimento de bebês de baixo peso, no estado de São Paulo, no período de 1979-82.[37]

[35] Vianna, S. op. cit. p. 7.
[36] Ministério de Planificación Nacional y Política Económica. *El deterioro de la condición social de los costarricenses*. Costa Rica, 1983.
[37] Unicef. op. cit. p. 20.

Tabela 12
Evolução dos preços ao consumidor
(variações de dez. a dez.)

País	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
América Latina[a]	12,2	13,5	20,9	36,3	40,0	57,6	61,5	40,4	38,6	53,8	56,0	57,9	84,0
Países com inflação tradicionalmente alta	14,4	15,6	24,1	41,5	44,9	69,3	74,8	48,4	45,9	61,9	66,3	68,3	97,1
Argentina	21,6	39,1	64,2	43,9	40,1	334,9	347,5	150,4	169,8	139,7	87,6	131,2	209,7
Brasil[b]	17,7	18,1	14,0	13,7	33,8	31,2	44,8	43,1	38,1	76,0	95,6	91,5	97,9
Colômbia[c]	3,5	14,1	14,0	25,0	26,9	17,9	25,9	29,3	17,8	29,8	26,5	27,5	24,0
Chile	34,9	22,1	163,4	508,1	375,9	340,7	174,3	63,5	30,3	38,9	31,2	9,5	20,7
México	7,8	-0,8	5,6	21,3	20,6	11,3	27,2	20,7	16,2	20,0	29,8	28,6	98,8
Peru	5,7	7,7	4,3	13,8	19,2	24,0	44,7	32,4	73,7	66,7	59,7	72,7	72,9
Uruguai	19,3	35,6	94,7	77,5	107,2	66,8	39,9	57,3	46,0	83,1	42,8	29,3	20,5
Países com inflação tradicionalmente moderada	2,8	4,6	7,2	15,0	19,8	10,2	7,8	8,3	10,0	22,1	16,0	15,0	33,7
Barbados	9,2	10,1	10,4	26,0	36,6	12,3	3,9	9,9	11,3	16,8	16,1	12,3	6,8
Bolívia	3,8	3,3	23,6	34,8	39,0	6,6	5,5	10,5	13,5	45,5	23,9	25,2	296,6
Costa Rica	4,3	1,9	6,9	15,9	30,6	20,5	4,4	5,3	8,1	13,2	17,8	65,1	81,7
Equador	8,0	6,8	6,9	20,6	21,2	13,2	13,1	9,8	11,8	9,0	14,5	17,9	23,9
El Salvador	1,0	-0,6	5,2	7,9	21,0	15,1	5,2	14,9	14,6	14,8	18,6	11,6	13,4
Guatemala	1,0	0,3	1,1	17,5	27,5	0,8	18,9	7,4	9,1	13,7	9,1	8,7	-2,0
Guiana	2,4	1,4	7,1	15,2	11,6	5,5	9,2	9,0	20,0	19,4	8,5	29,1	14,6[d]
Haiti	-0,7	13,3	7,3	20,8	19,5	-0,1	-1,4	5,5	5,5	15,4	15,3	16,4	-1,7[e]
Honduras	1,4	1,5	6,8	5,1	13,0	7,8	5,6	7,7	5,3	22,5	11,5	9,2	9,4
Jamaica	7,5	5,2	9,3	9,6	20,6	15,7	8,3	14,1	49,4	19,8	28,6	4,8	7,0
Nicarágua	-	-	-	-	-	1,9	6,2	10,2	4,3	70,3	24,8	23,2	22,2
Panamá	2,5	1,0	6,7	9,7	16,7	1,4	4,8	4,8	5,0	10,0	14,4	4,8	2,9
Paraguai	2,3	6,3	9,5	14,1	22,0	8,7	3,4	9,4	16,8	35,7	8,9	15,0	4,2
República Dominicana	-1,3	10,6	8,0	17,2	10,5	16,5	7,0	8,5	1,8	26,2	4,2	7,4	7,7[e]
Trinidad e Tobago	3,3	5,0	8,0	24,4	18,6	13,4	12,0	41,4	8,8	19,5	16,6	11,6	10,8
Venezuela	3,4	3,0	3,5	5,1	11,6	8,1	6,9	8,1	7,1	20,5	19,6	10,8	7,9

Fonte: Fundo Monetário Internacional, *International Financial Statistics*, Apr. 1983; e informação oficial fornecida pelos países à Cepal.
[a] Os totais da América Latina e as cifras parciais dos grupos de países correspondem às variações ponderadas dos países pelas respectivas populações de cada ano.
[b] Até 1979 corresponde à variação do Índice de Preços ao Consumidor do Rio de Janeiro e a partir de 1980 corresponde à variação do total nacional.
[c] Até 1980 corresponde à variação do Índice de Preços ao Consumidor de operários e, a partir de 1981, corresponde à variação do IPC total nacional, que inclui operários e empregados.
[d] Variação entre jun. 1982 e jun. 1981.
[e] Variação entre set. 1982 e set. 1981.

Tabela 13
Indicadores econômicos relevantes dos países escolhidos

Países e períodos	PNB	PNB *per capita*	Consumo pessoal *per capita* (taxas médias a.a. %)	Preços ao consumidor	Salários reais	Desemprego urbano (% da força de trabalho)	Valor de exportações (taxas médias a.a %)	Valor de importações (taxas médias a.a %)	Termos de troca	Balança de transações correntes (% de exportação)	Pagamento de lucro e juros (% de exportação)
Chile											
1970-76	-1,3	-2,9	-4,9	208,7	-5,7	9,1	11,6	9,5	-8,3	-15,1	12,8
1976-80	8,5	6,7	5,4	48,4	10,3	13,7	25,4	37,2	-3,4	-25,7	15,0
81	5,7	3,9	11,3	19,7	11,7	9,0	-7,7	26,3	-13,7	-88,4	25,9
82	14,1	-15,5	-19,1	9,9	-2,9	20,0	-8,7	-39,7	-10,7	-48,6	40,8
Colômbia											
1975-79	5,7	3,4	3,3	22,1	4,0	9,7	20,1	17,9	7,7	7,8	8,4
80	4,1	1,9	2,2	28,0	0,2	9,7	17,4	39,2	9,8	-12,8	5,2
81	2,1	-0,1	-0,2	29,5	-0,2	8,2	-19,3	10,4	-15,2	-46,8	7,9
82	1,2	-1,0	-0,6	15,2	3,9	9,3	5,1	6,9	9,2	-50,8	12,9
Costa Rica											
1975-79	6,4	3,3	3,1	5,7	7,7	5,4	16,5	19,0	4,7	-35,9	10,6
80	0,8	-2,1	-6,0	18,1	-1,5	6,0	9,2	9,1	-6,6	-54,9	18,0
81	-4,6	-7,2	-8,3	37,1	-12,8	9,1	1,8	-20,6	25,7	-30,4	24,6
82	-6,3	-8,8	-5,2	90,1	-23,4	9,9	-11,1	-19,2	-7,4	-38,0	42,3
Panamá											
1975-79	4,2	1,7	3,9	5,2	-2,6*	9,7	7,6	8,4	-5,4	-25,4	6,1
80	5,3	1,1	4,5	13,8	3,9*	9,8	48,4	14,6	-6,2	-24,1	9,7
81	3,8	1,5	-1,0	7,3	-	11,8	4,0	9,6	0,6	-43,2	23,3
82	4,0	1,8	2,1	4,3	-	-	-3,4	1,7	-2,6	-35,7	17,5
Venezuela											
1975-78	6,0	2,4	5,6	7,5	2,3	6,4	1,6	28,7	-3,7	-16,1	-1,1
79	0,9	-2,5	2,4	12,3	3,9	5,8	52,6	-6,4	29,9	2,5	0,0
80	-1,8	-5,1	0,0	23,1	-1,0	6,6	33,5	6,5	25,7	23,8	-1,6
81	0,4	-3,0	-5,0	14,6	-3,8	6,8	3,7	13,0	2,9	19,5	-3,9
82	0,6	-2,7	-1,0	10,0	-1,0	8,2	-16,7	6,4	-0,7	-19,8	11,1

Fonte: Altimir, Oscar. Pobreza, distribuição de renda e bem-estar infantil na América Latina: uma comparação de dados anteriores e posteriores à recessão. *Estudos Econômicos*, Rio de Janeiro, Ipea, n. 14, 1984.

*Corresponde a salários mínimos.

Da mesma forma, entre 1981 e 1982 foi duplicado o número de crianças costarriquenhas internadas no principal centro de recuperação do país por desnutrição grave, ocorrendo também um aumento significativo do mesmo fenômeno no Chile.

Se tomarmos um outro indicador sensível com as taxas de mortalidade por deficiências nutricionais, constata-se, no estudo de municípios selecionados no Brasil, que houve um aumento dessa taxa em quase todas as capitais, especialmente no ano de 1984 (à exceção do Rio de Janeiro, onde a tendência é no sentido de uma desaceleração contínua por todo o período de tempo considerado),[38] como se observa na tabela 14.

Tabela 14
Taxas de mortalidade (por 100.000 habitantes) provocadas por deficiências nutricionais segundo municípios de capitais selecionadas. Brasil, 1977-84
(Em %)

Município	Ano de óbito							
	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Belém	1,8	3,8	2,9	5,0	5,4	8,9	7,5	13,4
Fortaleza	5,2	5,2	4,1	4,8	1,4	1,0	0,9	2,1
Recife	14,4	13,3	15,0	19,6	23,0	23,6	14,8	36,2
Salvador	23,7	24,7	16,0	14,8	13,2	7,6	14,1	18,7
Belo Horizonte	16,9	15,9	40,2	29,0	22,2	23,7	16,8	18,3
Rio de Janeiro	13,3	11,7	10,4	10,7	9,1	9,7	9,0	7,8
São Paulo	10,6	10,4	9,8	8,0	7,8	7,9	7,9	11,1
Curitiba	12,2	15,8	16,3	13,5	13,7	6,1	7,9	6,0
Porto Alegre	8,9	9,8	9,1	6,0	5,5	5,2	3,2	7,8

Fonte: Vianna, S. et. alii. *O impacto da crise econômica nos serviços de saúde:* O caso do Brasil, 1987.

3.2 Considerações metodológicas

Até esse momento estivemos trabalhando com os indicadores mais tradicionais de análise da crise econômica – renda, mercado de trabalho e consumo – buscando identificar os efeitos imediatos nos setores de saúde e previdência social. No entanto, algumas considerações de caráter metodológico precisam ser feitas para que se possa aprofundar a análise sobre os custos sociais da crise e das medidas de ajuste. Em primeiro lugar, considerando as diferenças entre os países da região, poder-se-ia afirmar que "a extensão em que a crise afeta a saúde do povo é determinada em grande medida pela forma em que o Governo responde à crise, tratando de proteger a saúde especialmente daqueles grupos mais vulneráveis cuja capacidade de proteger-se do impacto recessivo é quase nula".[39]

Essa primeira consideração sobre as diferenças regionais poder ser deduzida de estudo elaborado pela Opas,[40] no qual se afirma os efeitos diferenciais da crise: "– a crise golpeia a alguns países mais fortemente que a outros, devido a uma di-

[38] Vianna, S. op. cit.
[39] Klinger, I. *El impacto de la crisis económica en el campo de la salud;* problemas y alternativas en la región de las Américas. OPS/OMS, 1986.
[40] O referido estudo da Opas foi citado em Klinger, I. op. cit.

vida externa mais alta, maior endividamento a curto prazo e taxas de juros variáveis, ou termos de intercâmbio muito desfavoráveis para as principais exportações;
– o ajuste macroeconômico foi mais bem-sucedido em alguns países que em outros, para preservar os estandares de vida nacionais e evitar a deterioração na distribuição da renda e do bem-estar;
– os gastos totais em saúde foram reduzidos mais drasticamente em uns países que em outros, devido a maiores reduções gerais no gasto público e/ou diferenças na distribuição da redução entre saúde e outros setores;
– a composição dos gastos de saúde foi provavelmente mais adequada em uns países que em outros, permitindo que os resultados dos serviços reais se reduzissem unicamente na medida que se reduzirem os gastos, inclusive menos em alguns casos, enquanto que em outros foram registrados desequilíbrios nas subvenções e reduções nos serviços reais maiores que as proporcionais;
– alguns países já têm em operação programas distributivos e preventivos para controlar a desnutrição, a mortalidade infantil e outros possíveis efeitos da crise, enquanto que em outros países não se tem; e, ainda:
– alguns países claramente deram prioridade a tais medidas preventivas, dentro dos recursos totais reduzidos da atenção à saúde, enquanto que outros cortaram tais programas na mesma proporção que os demais, ou inclusive os discriminaram na realocação dos recursos."

Além das considerações a respeito das diferenças regionais básicas que devem ser levadas em conta na análise dos efeitos da crise econômica no setor saúde, outras distinções precisam ser consideradas: a primeira entre os efeitos de curto prazo e os de longo prazo e a segunda entre os efeitos diretos e os indiretos.

No primeiro caso, embora existam inúmeras evidências da relação positiva entre aumento da riqueza e melhoria da saúde, a longo prazo, um decréscimo da renda, depois de um longo período de ascensão, não necessariamente se refletirá, a curto prazo, nos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil e a expectativa de vida. Segundo Musgrove[41] "isto ocorre porque a maioria das conexões entre renda e saúde não depende dos fluxos econômicos mas do estoque de capital – incluindo capital médico (hospitais, equipamentos, etc.) bem como suprimento de água e saneamento – acumulado a partir das rendas passadas". A menos que a renda decline e permaneça baixa por um período tão longo que o capital se deteriore, uma recessão econômica não significa retornar a um padrão que o país tinha antes do crescimento.

Mesmo se não há esforço deliberado para compensar a queda da renda, o estoque existente de conhecimentos, pessoal médico, e facilidades continua a ser usado.

Com relação à segunda distinção, entre os efeitos diretos e indiretos, o autor relaciona a crise econômica com a deterioração das condições de saúde diretamente, por meio do aumento das doenças, e indiretamente, através das dificuldades no acesso ao cuidado médico. Todas essas considerações de caráter metodológico tornaram-se necessárias para explicar o fenômeno recente de permanência da tendência declinante da taxa de mortalidade infantil em termos gerais na América Latina e, especificamente, em alguns países onde a recessão foi muito intensa. Em

[41] Musgrove, P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International journal of health services, 17*(3), 1987.

outras palavras, as recentes análises da crise econômica tiveram que se defrontar com uma questão mais metodológica acerca das relações entre saúde e desenvolvimento, tradicionalmente medida por meio de alguns indicadores como a mortalidade infantil, criando condições para o avanço em termos de conhecimento científico. Até esse momento, considerava-se de forma linear a relação entre desenvolvimento econômico e saúde, como se pode observar nesta citação de relatório da Opas: "Existe o consenso geral de que a saúde é produto e por sua vez determinante de um processo global de desenvolvimento cujo fim é o bem-estar comum. Reconhece-se cada vez mais a estreita relação que os indicadores de saúde tradicionais guardam com os fatores do contexto sócio-econômico, até chegar a considerá-los como índices de desenvolvimento social. Isto sucede ainda em maior grau com as taxas de mortalidade infantil e a do pré-escolar pelas ressonâncias emotivas que geram".[42]

No mesmo relatório são apresentados dados sobre a evolução da mortalidade infantil na região, que levaram ao questionamento da relação anteriormente estabelecida (tabela 15), onde se observa um descenso geral da mortalidade ainda que se apresente uma escala muito ampla de flutuação entre os países da região.

A contínua queda da taxa de mortalidade infantil em países duramente afetados pela recessão, como o Chile e Costa Rica, exigiu uma análise mais profunda dos efeitos da crise no setor saúde. Estudo especial do Unicef sobre a crise aborda a polêmica sobre a sensibilidade desse indicador, afirmando: "Seja lá o que for que possa ser dito sobre esta taxa como um importante indicador social, esta medida do bem-estar infantil não é, de modo aparente, especialmente sensível aos tipos de dificuldades econômicas que os países da América Latina têm enfrentado nos últimos anos".[43]

Todas as análises, então, encaminham-se para concordar com as propostas de Musgrove, relativizando o uso desse indicador em termos dos efeitos, a curto prazo, da crise nas condições de existência de um elevado estoque de capital social que a antecede. No entanto, o que resta avaliar é a sensibilidade deste indicador aos efeitos da crise a longo prazo, isto é, com a deterioração do capital social preexistente e a ausência de novos investimentos no setor. Não há como negar, no entanto, que a curto prazo foi possível preservar a tendência declinante da taxa da mortalidade geral e infantil em economias severamente afetadas pela crise, para o que concorreram os seguintes fatores: existência de uma extensa rede de serviços, compreendendo desde a atenção primária aos cuidados terciários; manutenção de programas preventivos de vacinação e cuidados primários; programas especiais para os grupos mais vulneráveis como vacinação, reidratação oral e distribuição de alimentos da cesta básica.

De qualquer forma, os dados sobre o quadro de morbi-mortalidade indicam que "mesmo com a queda dos índices de mortalidade infantil e óbitos de crianças, elas continuam a morrer em decorrência de problemas que poderiam ser controlados pelo poder público".[44]

Situação semelhante ocorre com o indicador esperança de vida ao nascer que, em termos médios, tem aumentado constantemente na América Latina, sem refletir

[42] OPS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984, *Publicaciones Científicas*, n. 500, p. 38.
[43] Unicef. op. cit. p. 19.
[44] Macedo, Roberto. A crise e as crianças brasileiras: o caso do estado de São Paulo. *Estudo Econômico*, Rio de Janeiro, Ipea, *14*(número espec.): 457, 1984.

Tabela 15
Estimativas e projeções das taxas de mortalidade infantil por país, 1960 - 65 a 1995 - 2000, variação média das Nações Unidas

País	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95	1995-2000
Argentina	60,0	56,0	49,0	41,0	36,0	32,0	29,0	26,0
Barbados	61,0	46,0	33,0	27,0	14,0	11,0	10,0	9,0
Bolívia	164,0	157,0	151,0	138,0	124,0	110,0	93,0	74,0
Brasil	109,0	100,0	91,0	79,0	71,0	63,0	57,0	51,0
Canadá	26,0	21,0	16,0	12,0	9,0	8,0	7,0	7,0
Colômbia	84,0	74,0	65,0	55,0	50,0	46,0	42,0	39,0
Costa Rica	81,0	66,0	51,0	30,0	20,0	18,0	17,0	16,0
Cuba	56,0	49,0	36,0	23,0	17,0	15,0	13,0	11,0
Chile	111,0	95,0	70,0	46,0	23,0	20,0	19,0	18,0
Equador	119,0	107,0	95,0	82,0	70,0	63,0	57,0	52,0
El Salvador	131,0	112,0	97,0	82,0	70,0	59,0	48,0	40,0
Estados Unidos	25,0	22,0	18,0	14,0	11,0	10,0	8,0	7,0
Guadalupe	45,0	50,0	42,0	25,0	14,0	12,0	11,0	9,0
Guatemala	119,0	108,0	95,0	82,0	70,0	59,0	48,0	40,0
Guiana	61,0	56,0	56,0	49,0	36,0	30,0	26,0	22,0
Haiti	118,0	172,0	155,0	139,0	128,0	117,0	106,0	95,0
Honduras	136,0	123,0	110,0	95,0	82,0	69,0	57,0	46,0
Jamaica	54,0	45,0	36,0	25,0	21,0	18,0	16,0	14,0
Martinica	48,0	42,0	35,0	22,0	14,0	13,0	11,0	10,0
México	86,0	79,0	69,0	60,0	53,0	47,0	41,0	37,0
Nicarágua	131,0	115,0	100,0	93,0	76,0	62,0	50,0	41,0
Panamá	63,0	52,0	43,0	32,0	26,0	23,0	21,0	19,0
Paraguai	81,0	67,0	53,0	49,0	45,0	42,0	39,0	36,0
Peru	136,0	126,0	110,0	105,0	99,0	88,0	76,0	66,0
Porto Rico	45,0	33,0	25,0	20,0	17,0	15,0	13,0	11,0
República Dominicana	117,0	105,0	94,0	84,0	75,0	65,0	57,0	49,0
Suriname	63,0	55,0	49,0	44,0	36,0	30,0	26,0	22,0
Trinidad e Tobago	44,0	41,0	30,0	26,0	24,0	20,0	18,0	15,0
Uruguai	48,0	48,0	47,0	44,0	30,0	27,0	25,0	23,0
Venezuela	73,0	60,0	49,0	43,0	39,0	36,0	33,0	31,0
Ilhas de Barlovento[a]	80,0	55,0	43,0	33,0	30,0	27,0	23,0	20,0
Outras áreas do Caribe[b]	50,0	41,0	32,0	29,0	26,0	23,0	20,0	17,0

Fonte: United Nations. *World population prospects:* estimates and projections as assessed in 1984. SI/ESA/SER.A/98. New York, 1986.

[a]Inclui Dominica, Granada, Santa Luzia e São Vicente e as Granadinas.
[b]Inclui Anguillea, Antigua, Antilhas Holandesas, Bahamas, Ilhas Caimã, Ilhas Virgens (EUA), Ilhas Virgens (RU), Montesserrat, São Cristóbal – Nieves e Ilhas Turcas e Caicos.

os agravos nas condições de vida da população no período recente da crise (tabela 16). No entanto, duas observações devem ser feitas em relação ao uso desse indicador. Em primeiro lugar, assim como os dados sobre mortalidade e consumo, trata-se de médias nacionais que não dão informações a respeito das diferenças entre os subgrupos da população em um mesmo país; em segundo lugar, a melhoria constante no comportamento desse indicador não pode obscurecer a situação de deficiência ainda existente. No caso da esperança de vida ao nascer, espera-se que os países da América Latina e Caribe alcancem, no período 2000-25, o nível de esperança de vida que existia nos países da América do Norte no período 1950-55.

Tabela 16
Esperança de vida ao nascer, no período de 1980-85, por país e sexo, e aumento do percentual a partir do período 1950-55, em países selecionados das Américas

País	Esperança de vida ao nascer (anos) 1980 – 85			Aumento percentual desde 1950 – 55		
	Ambos os sexos	Homens	Mulheres	Ambos os sexos	Homens	Mulheres
Argentina	69,8	66,4	73,1	11,1	9,9	12,3
Barbados	72,8	70,0	75,4	27,1	27,3	26,7
Bolívia	50,8	48,6	53,0	25,5	26,2	24,7
Brasil	63,5	60,9	66,0	24,4	23,6	25,1
Canadá	75,8	72,3	79,3	9,6	8,2	10,8
Chile	69,8	66,7	72,9	29,8	28,5	30,9
Colômbia	63,7	61,4	66,0	25,6	25,8	25,5
Costa Rica	73,1	70,5	75,7	27,5	25,9	28,2
Cuba	73,5	71,8	75,2	24,8	26,6	23,3
Equador	64,4	62,3	66,4	33,0	32,3	33,9
El Salvador	64,9	62,6	67,1	43,3	42,0	44,5
Estados Unidos	74,4	70,6	78,1	7,7	6,6	8,5
Guatemala	59,1	56,8	61,3	40,1	35,6	44,6
Guiana	68,3	65,8	70,8	23,6	23,0	24,2
Haiti	52,8	51,2	54,4	40,1	41,0	39,8
Honduras	60,0	58,2	61,7	42,1	42,3	41,8
Jamaica	73,0	70,3	75,7	27,6	26,2	29,0
México	65,8	63,5	68,1	29,6	29,1	30,0
Nicarágua	59,9	58,7	61,0	41,5	43,5	39,6
Panamá	71,1	69,2	72,9	28,4	27,2	29,7
Paraguai	65,2	62,8	67,5	25,4	25,6	25,1
Peru	58,7	56,8	60,5	33,5	32,5	34,5
Rep. Dominicana	62,7	60,7	64,6	38,8	39,2	38,3
Suriname	68,1	65,6	70,6	21,4	20,6	22,4
Trinidad e Tobago	68,8	66,2	71,3	18,7	17,4	20,0
Uruguai	70,4	67,1	73,7	6,2	6,1	6,3
Venezuela	69,1	66,0	72,1	25,0	22,7	27,4

Fonte: United Nations. *World population prospects:* estimates and projections as assessed in 1984. ST/ESA/SEP.A/98. New York, 1986.

O comportamento dos indicadores do estado nutricional nos menores de cinco anos demonstra a prevalência de um quadro alarmante (tabela 17). No entanto, estudos comparativos entre alguns países da região em um período de 15 anos[45] não encontraram evidências capazes de estabelecer, na base da informação disponível, uma relação entre a deterioração da situação sócio-econômica na região nos últimos anos e o estado nutricional da população infantil.

[45] OPS. op. cit.

Tabela 17
Estimativa da predominância (em %) de desnutrição global (peso/idade) em menores de cinco anos, adaptada segundo proposta da OMS.

País	Ano	Percentual da predominância adaptada	População menor de cinco anos[a]	
			Total (em milhares)	Desnutridos (em milhares)
Barbados	1978	23,6	45	11
Belize	1984	12,3	30	4
Brasil	1980	35,6	17.500	6.230
Colômbia	1977-80	35,8	3.800	1.360
Costa Rica	1978	29,9	300	90
Rep. Dominicana	1978	34,6	15	5
El Salvador	1978	46,1	900	415
Granada	1978	23,8	15	4
Guatemala	1979-80	56,7	1.300	737
Guiana	1984	28,6	100	29
Haiti	1978	57,3	1.100	630
Jamaica	1984	9,0	300	27
Panamá	1980	34,1	300	102
Santa Luzia	1980	7,2	15	1
São Vicente	1983	22,2	15	3
Trinidad e Tobago	1978	33,4	160	33

Fonte: OPS.
[a]Estimativa para 1983.

Um outro indicador importante na avaliação das condições nutricionais da mãe e da criança é o peso da criança ao nascer. Conforme já mencionamos, existem evidências de que o número de crianças nascidas com baixo peso (menos de 2,5 Kg) tem aumentado nos anos recentes em alguns países. No entanto, não é possível avaliar o impacto da recessão através do comportamento desse indicador em outros países, porque não há registro fidedigno e atualizado em todos eles.

Como se pode observar na tabela 18, a percentagem de crianças nascidas com baixo peso na região oscilou entre 17% no Haiti, e 3,4%, na Colômbia. De acordo com as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o estado nutricional dos recém-nascidos é satisfatório quando pelo menos 90% deles têm um peso mínimo, ao nascer, de 2,5 Kg. Cifras menores que esta proporção se observaram na Bolívia, Guatemala, Nicarágua e México, assim como na República Dominicana, São Vicente e Suriname, no Caribe.

Todos esses indicadores das condições de saúde da população são utilizados, nem sempre com sucesso, para espelhar o impacto direto das alterações nas condições econômicas da população, refletidas nas condições de emprego, salário e consumo, em termos do quadro de morbi-mortalidade de cada país. Como vimos, nem sempre há evidências capazes de sustentar uma relação causal imediata entre as condições econômicas e esses indicadores de saúde. Isto se deve tanto à precariedade do sistema de registro e à ausência de estudos sobre o período recente,

Tabela 18
Percentual de crianças nascidas com peso baixo (2,5 kg) na América Latina e no Caribe

	Ano	(%)
Área: Andina		
Bolívia	1981	10,0
Colômbia	1977-81	3,4
Chile	1983	6,8
Peru	1982	9,0
Venezuela	1983	9,1
Área: Atlântica		
Paraguai	1981	6,5
Uruguai	1977	8,3
Área: América Central		
Costa Rica	1983	9,6
El Salvador	1982	8,7
Guatemala	1980	10,0
Honduras	1981	9,2
Nicarágua	1984	15,0
Panamá	1982	8,2
Área: México e Caribe		
Cuba	1983	8,5
Haiti	1983	17,0
México	1978	15,0
Área: Caribe (outros países e territórios)		
Antigua	1982	8,2
República Dominicana	1983	10,5
São Vicente	1982	10,0
Santa Luzia	1984	9,7
Suriname	1980	13,0

Fonte: OPS/OMS. *Informe anual del director*. 1984-85.

quanto à baixa sensibilidade desses indicadores, a curto prazo, em uma situação de atenuação dos efeitos da crise através da utilização de medidas preventivas em uma ampla rede de serviços previamente existente.

Os efeitos indiretos sobre as condições de saúde, que certamente deverão ser avaliados a curto mas também a longo prazo, dizem respeito ao financiamento do setor e às alterações na organização dos serviços.

As observações acerca da sensibilidade e fidedignidade dos indicadores de saúde para se avaliar o impacto da crise sobre as condições de vida levaram à proposição de modelos e esquemas capazes de contemplar diferentes facetas dessa relação complexa.

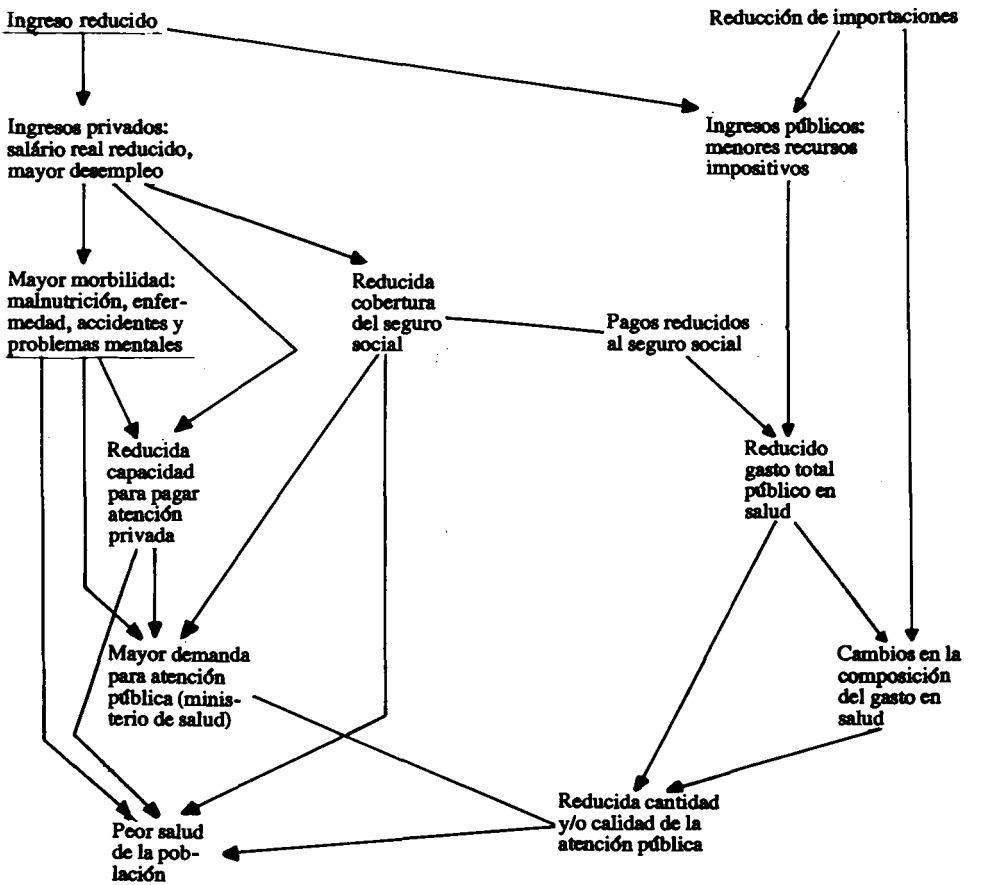
O mais completo é aquele formulado por Musgrove (figura 1), tendo em vista a necessidade de desenvolvimento de estudos mais aprofundados nessa direção.

3.3 Financiamento e gasto social

A principal receita ortodoxa de ajuste econômico em uma situação de crise tem sido a redução do gasto público, a fim de diminuir o déficit público e a inflação.

Figura 1

Visión esquemática de los efectos directos e indirectos de la crisis económica sobre la salud



Fuente: Philip Musgrove. Musgrove, Philip. *La Crisis Económica y su Impacto en la Salud y la Atención de Salud en América Latina y el Caribe*. OPS, dic. 1985. p. 17.

Como já dissemos em outro momento, essa medida demonstrou ser ineficaz para fazer frente à situação inicial, já que o quadro atual apresenta sensível deterioração em relação aos problemas colocados no início dos anos 80. Ademais, a redução do gasto público em setores sociais como saúde, saneamento, educação e seguridade acrescentou ao quadro inicial algumas características e conseqüências peculiares. Analisemos as tendências gerais do comportamento do financiamento e gasto público nos setores de saúde e previdência nos últimos oito anos.

Se nos detivermos na análise da estrutura de recursos canalizados para a área social, encontraremos, em sua composição, a participação de recursos fiscais ao

lado dos recursos não-orçamentários, oriundos de contribuições sociais instituídas com a criação de fundos vinculados a setores específicos.

Originariamente, as contribuições para seguridade social eram o principal exemplo de recursos parafiscais aplicados à área social. Nos últimos anos, observa-se em alguns países (especialmente no Brasil) o surgimento de um conjunto variado de contribuições sociais, passando a representar um universo quase igual ao constituído pelas receitas tributárias da União, conforme observamos na tabela 19.[46]

Tabela 19
Receita tributária e contribuições sociais
Arrecadação total
(em CZ$ 1.000)

Itens / Anos	Receita tributária da União[a]		Contribuições sociais		(B) / (A)
	CZ$ de 1986[a](A)	Δ % a.a.	CZ$ de 1986[b](B)	Δ % a.a.	(%)
1980	257.803.341[c]	—	247.731.979	—	96,1
1981	283.757.264[c]	10,1	241.246.641	-2,6	85,0
1982	297.961.179[c]	5,0	296.243.514	22,8	99,4
1983	271.843.426	-8,8	246.854.855	-16,7	90,8
1984	270.813.530	-0,4	221.742.295	-10,2	81,9
1985	309.532.579	14,3	253.832.920	14,5	82,0
1986	341.169.204	10,2	300.675.430	18,5	88,1

Fonte: Balanço geral da União, MPAS, BNH, CEF e BNDES.
[a] Dados da administração centralizada (arrecadação bruta).
[b] Utilizado como deflator o IGP-DI.
[c] Foi retirado o valor correspondente à Cota Previdência, por ser esta, no período, classificada como receita tributária da União.

Segundo os estudiosos do assunto, as contribuições sociais assemelham-se aos tributos pelo caráter compulsório do seu pagamento e pela forma indireta de incidência, mas não estão submetidas às mesmas regras que ordenam o sistema tributário.[47]

Essa dupla estrutura de recursos sociais reagiu também de maneiras distintas ao impacto da crise econômica dos últimos anos.

Com relação aos recursos fiscais, observa-se que a política de restrição do gasto público incidiu preferencialmente sobre os setores sociais, cuja capacidade de pressão e barganha política é muito menor que os setores econômicos e de defesa. Em outros termos, o corte não é aleatório, mas sim político, afetando, de forma diferencial, aqueles setores cuja maior flexibilidade na contração dos gastos é também expressão de sua baixa capacidade de influenciar a definição da agenda das políticas públicas.

[46] Silva, B.A. *Um estudo sobre as constituições sociais.* Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, UFRJ, 1987. P. 4.
[47] Id. ibid.

Os dados do Banco Mundial sobre os gastos do Governo central em serviços sociais de 1980 a 1985 (tabela 20) revelam que a maioria dos países não foi capaz de retomar os níveis de gasto do ano de 1980.

Tabela 20
Principais setores da economia
Governo central: gastos em serviços sociais[a] por países, 1980-85
(percentagem dos gastos totais)

País	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Argentina	34,0	31,0	26,6	25,9	33,4	n.d.
Bahamas	41,6	35,6	37,0	39,2	44,5	n.d.
Barbados	52,8	50,8	46,2	47,4	49,4	n.d.
Bolívia	41,4	35,0	16,8	n.d.	17,8	31,6
Brasil	43,6	46,1	48,3	n.d.	n.d.	n.d
Chile	49,3	54,2	58,3	61,5	54,8	49,4
Colômbia	46,7	45,1	41,8	n.d.	n .d.	n.d
Costa Rica	47,1	47,4	45,7	43,9	39,9	46,1
El Salvador	49,1	43,8	39,4	38,3	30,2	30,2
Equador	43,1	40,2	38,5	38,2	37,0	34,3
Guatemala	42,1	34,4	40,1	24,2	26,0	25,6
Guiana	16,7	17,9	12,0	14,6	15,2	20,5
Haiti	33,2	39,4	45,5	44,0	n.d	n.d.
Honduras	30,4	29,7	32,7	29,8	27,6	n.d.
Jamaica	33,8	33,4	34,2	30,0	29,9	n.d.
México	20,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nicarágua	32,8	33,9	26,7	19,8	20,8	23,8
Panamá	29,6	28,5	28,0	32,2	31,6	n.d.
Paraguai	38,7	37,6	41,5	46,0	46,0	37,4
Peru	15,4	17,9	n.d.	26,0	26,4	n.d.
Rep. Dominicana	33,0	36,7	24,5	22,0	25,8	20,9
Suriname	25,6	40,5	41,9	30,0	n.d.	n.d.
Trinidad e Tobago	54,0	52,8	51,4	53,1	50,1	n.d.
Uruguai	51,2	49,8	54,4	50,3	44,3	47,9
Venezuela	33,2	30,3	32,2	35,4	n.d.	n.d.

Fonte: BID, com base em cifras oficiais.
[a] Educação, saúde, previdência social, habitação e outros serviços sociais.
n.d.: Não disponível.

A mesma tendência declinante apresenta-se na tabela 21, com dados sobre o gasto dos Governos centrais em serviços sociais nos últimos anos. Segundo Musgrove[48] as relações apresentadas entre essas variáveis dizem algo acerca dos ajustes no orçamento doméstico e da prioridade do setor saúde, comparativamente aos outros setores, mas o autor afirma que, para analisarmos os efeitos no estado de saúde, o indicador mais preciso é o nível de gasto real *per capita* em saúde. A alegação que justifica essa afirmativa baseia-se na compreensão de que a estimativa de gastos é incapaz de indicar as mudanças no setor saúde, especialmente em função de duas circunstâncias: a) mudanças nos preços relativos dos *inputs*, tais

[48] Musgrove, P. op. cit. p. 429.

como um declínio nos salários reais para o pessoal médico ou um aumento nos preços de drogas; b) mudanças no peso dos *inputs*, alterando a proporção entre eles em decorrência do aumento dos preços e do aumento conseqüente da eficiência.

Tabela 21
Governo central: gastos em serviços sociais[a] por países, 1980-85
(percentagem dos gastos totais)

País	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Argentina	34,0	31,0	26,6	25,9	33,4	n.d.
Bahamas	41,6	35,6	37,0	39,2	44,5	n.d.
Barbados	52,8	50,8	46,2	47,4	49,4	n.d.
Bolívia	41,4	35,0	16,8	n.d.	17,8	31,6
Brasil	43,6	46,1	48,3	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	49,3	54,2	58,3	61,5	54,8	49,4
Colômbia	46,7	45,1	41,8	n.d.	n.d.	n.d.
Costa Rica	47,1	47,4	45,7	43,9	39,9	46,1
El Salvador	49,1	43,8	39,4	38,3	30,2	30,2
Equador	43,1	40,2	38,5	38,2	37,0	34,3
Guatemala	42,1	34,4	40,1	24,2	26,0	25,6
Guiana	16,7	17,9	12,0	14,6	15,2	20,5
Haiti	33,2	39,4	45,5	44,0	n.d.	n.d.
Honduras	30,4	29,7	32,7	29,8	27,6	n.d.
Jamaica	33,8	33,4	34,2	30,0	29,9	n.d.
México	20,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nicarágua	32,8	33,9	26,7	19,8	20,8	23,8
Panamá	29,6	28,5	28,0	32,2	31,6	n.d.
Paraguai	38,7	37,6	41,5	46,0	46,0	37,4
Peru	15,4	17,9	n.d.	26,0	26,4	n.d.
Rep. Dominicana	33,0	36,7	24,5	22,0	25,8	20,9
Suriname	25,6	40,5	41,9	30,0	n.d.	n.d.
Trinidad e Tobago	54,0	52,8	51,4	53,1	50,1	n.d.
Uruguai	51,2	49,8	54,4	50,3	44,3	47,9
Venezuela	33,2	30,3	32,2	35,4	n.d.	n.d.

Fonte: BID, com base em cifras oficiais.
[a] Educação, saúde, previdência social, habitação e outros serviços sociais.
n.d.: não disponível.

Com a redução do gasto público, acentua-se a tendência à inversão relativa na composição da receita social, com o aumento da participação dos fundos sociais em relação aos recursos fiscais. Segundo Silva[49] "os resultados desse padrão de financiamento moldado nos últimos 20 anos (referindo-se ao caso brasileiro) – baixa participação de recursos fiscais e predominância de fundos específicos – são a impossibilidade de sustentação do nível de gasto, a acentuação do caráter restritivo da maior parte dos programas e o esforço do padrão centralizador do gasto público."

[49] Silva, B.A. op. cit. p. 10.

A sensibilidade das receitas, que impede a manutenção de um patamar mínimo de despesa, é decorrente tanto dos cortes nos recursos fiscais quanto da incidência da maioria dos fundos sobre a folha de salários, o que os torna extremamente vulneráveis às oscilações do ciclo econômico, de sorte que, no momento em que há maior demanda social, em decorrência da própria crise econômica, o Estado está impossibilitado de ampliar ou mesmo manter a sua base financeira para aplicação nos setores sociais.

Por outro lado, a generalizada prática de criação de fundos específicos amplia alguns dos principais problemas das políticas sociais, quais sejam a regressividade das contribuições e a iniqüidade, ao beneficiarem apenas uma parcela da população trabalhadora. Em muitos casos esse problema se torna mais grave pelo fato de que a aplicação dos recursos desses fundos não ocorre a fundo perdido, utilizando uma lógica privativista na alocação dos recursos públicos, o que, regra geral, compromete a eqüidade social.

O outro ponto levantado por Silva é o aumento da centralização do processo decisório e da gestão financeira a partir da utilização generalizada de fundos sociais, enfraquecendo as unidades federativas que passam a ter que barganhar politicamente para obtenção de parcelas desses fundos.

Apesar de todos os problemas demonstrados como conseqüências da alteração do padrão de financiamento das políticas sociais, estudos realizados no Brasil, nos últimos anos,[50] demonstram a importância exercida pelos fundos de destinação específica, na preservação de um patamar de recursos destinados aos setores sociais, atenuando o impacto da crise econômica sobre alguns componentes importantes do gasto social. Esses resultados levaram Silva[51] a adotar uma nova perspectiva em relação à questão da vinculação das receitas: "A despeito das recomendações técnicas contrárias à vinculação setorial de recursos, as evidências do passado recente sugerem que a introdução de garantias quanto à destinação de recursos públicos à área social pode desempenhar um papel relevante nos momentos de crise, assim como nos períodos de recuperação. Enquanto a vinculação específica a determinado programa introduz excessiva rigidez na distribuição do orçamento, a vinculação global ao setor permite rever periodicamente a política orçamentária no sentido de um melhor ajustamento do gasto público às prioridades do momento."

Essas conclusões tomaram por base os estudos sobre o caso brasileiro e provavelmente poderão ser aplicáveis aos demais países do continente. No entanto, nada se pode afirmar com segurança, em função da ausência de estudos independentes realizados em outros países, como constata Musgrove.[52]

Utilizando, então, os estudos sobre o caso brasileiro,[53] observamos que as medidas de ajuste adotadas no campo da receita e da despesa acarretaram a implementação de um conjunto de políticas racionalizadoras, que alteraram parcialmente algumas tendências centrais do modelo de prestação de serviços prevalente durante os anos que antecederam a crise.

Observou-se, assim, uma mudança profunda na alocação dos recursos da seguridade social para compra dos serviços médicos e nas suas conseqüências para o sistema de saúde:

[50] Rezende Silva, F. op. cit. p. 25.
[51] Id. ibid.
[52] Musgrove, P. op. cit. p. 428
[53] Vianna et alii. op. cit.

– redução da participação percentual dos serviços privados, no total de gastos previdenciários;
– maior controle sobre as contas hospitalares apresentadas pelos serviços privados, reduzindo as fraudes;
– alteração na forma de pagamento ao setor privado – de *fee for service* para pagamento por procedimentos – aumentando a possibilidade de planejamento e reduzindo a tendência para realização de atos desnecessários;
– alocação preferencial dos recursos a convênios com instituições públicas e compra de serviços à rede filantrópica;
– conseqüentemente, ampliação da rede de atenção primária, reduzindo a sofisticação e o custo do atendimento, aumentando a eqüidade do sistema, equiparando previdenciários com o restante da população em relação à atenção primária, além de equiparação dos benefícios de segurados rurais e urbanos;
– descentralização dos recursos e contribuição de sistemas estaduais de saúde;
– ampliação do controle social sobre os serviços;
– incentivo à planificação e orçamentação, realizados de forma conjunta e descentralizada;
– crescimento da capacidade instalada, embora em ritmo menor que o crescimento populacional, preferencialmente nas regiões mais carentes, além de crescer mais a rede de serviços ambulatoriais;
– aumento das consultas médicas e redução das internações hospitalares (*per capita*). A redução das internações pode ser conseqüência da redução das internações desnecessárias a partir do maior controle exercido sobre o setor privado prestador de serviços.

Essas tendências em curso, no caso brasileiro, não devem ser tomadas como estanques nem mesmo como conseqüências de um mero processo administrativo de racionalização. Na verdade, a crise econômica e as medidas de ajuste coincidiram com a perda de legitimidade do governo militar e início do processo de transição democrática.

O início da redemocratização encontrou no setor saúde um processo de luta política muito particular, com a mobilização de amplos contingentes de intelectuais, lideranças profissionais, sindicais e populares, organizados em torno da proposta de uma Reforma Sanitária. O cruzamento desses dois processos – a necessidade de racionalização e a premência da democratização – bem como sua trajetória contraditória são responsáveis pelas profundas mudanças que observamos no sistema de saúde brasileiro, e também pela instabilidade na consolidação/retrocesso deste processo.

Estudos comparativos sobre a atuação conjunta de fatores econômicos e políticos na definição de políticas de ajuste seriam, mais que desejáveis, imprescindíveis na compreensão da realidade regional.

Summary

The purpose of this article is to present an analysis of the social costs attached to the payment of Latin America's foreign debt. To do that, it starts by trying to understand the nature of the present economic crisis, reaching the conclusion that the indebtedness of the regional economies is in itself a modern manifestation of their dependence in relation to necessities of accumulation of central economies.

The writer sees the social legacy of Latin American development, experienced up to the '70s, characterized by the prevalence of social policy systems extremely unequal, unjust and corporativistic and, taking the health sector as a sample, she stresses the enormous social debt continentally accumulated during the aforementioned period.

Thus, the payment of the foreign debt will have consequences affecting differently – directly/indirectly; mediate/immediately – a social panorama already pregnant with numerous wants. The effects of present policies are assessed in terms of income, labour market, consumption, financing and social cost, sanitary indicators and, finally, of their impact upon the management of social policies.