

**BOLÍVIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES EM
TERMOS DE POLÍTICA SOCIAL**

Ana Luiza D'Avila Viana
Marta T.S. Arretche

Proyecto Regional de Reformas de Política Pública
CEPAL / Gobierno de los Países Bajos



NACIONES UNIDAS
COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1993

LC/L.775
Septiembre de 1993

O trabalho aqui apresentado foi elaborado pelas senhoras Ana Luiza D'Avila Viana e Marta T.S. Arretche, Pesquisadoras do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Consultoras do Projeto Regional sobre Reformas de Política para aumentar a Efetividade do Estado na América Latina e no Caribe (HOL/90/S45), sob a coordenação de Sônia Miriam Draibe, Diretora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas.

Este trabalho não foi submetido a revisão editorial e as opiniões nele vertidas são da exclusiva responsabilidade dos autores, podendo não coincidir com as da Organização.

SUMARIO

	<i>Pág.</i>
PREFÁCIO	5
I. 1. INTRODUÇÃO	7
II. A CRISE E AS MEDIDAS DE AJUSTE	11
1. A necessidade do programa de estabilização	11
2. O programa de estabilização	12
3. A tradição intervencionista do Estado boliviano	14
4. A estrutura econômica boliviana	15
5. O Ajuste e os Novos Pobres	16
III. POLÍTICA SOCIAL: O AJUSTE E AS NOVAS TENDÊNCIAS	19
1. Breve Descrição da Configuração Atual da Área Social na Bolívia	22
2. Uma Modalidade Específica de Ação Social	28
3. O Impacto do Programa de Ajuste e Estabilização	34
4. Novas Tendências da Ação Social do Governo	34
IV. O DIAGNÓSTICO DO SETOR SAÚDE E AS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NA DÉCADA DE 80	39
1. O Diagnóstico do Setor Saúde	39
2. As Políticas de Saúde na Década de 80	45
3. Considerações Finais	53
Notas	57
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXO 1. LISTA DE ENTREVISTADOS	67

PREFÁCIO

O Projeto Regional sobre Reformas de Política para aumentar a Efetividade do Estado na América Latina e no Caribe (HOL/90/S45), que a CEPAL executa com a cooperação do governo dos Países Baixos, tem por objetivo identificar as reformas que habilitem os Estados da região a colocar em prática políticas eficazes para alcançar as metas conjuntas de estabilidade macroeconômica, transformação produtiva orientada ao crescimento sustentado, e equidade social.

Com este objetivo, o Projeto se propôs a analisar os processos efetivos de reforma das políticas públicas, numa visão articulada da reforma do aparato do Estado e suas relações com os grupos de interesses e os atores sociais, no contexto dos desafios que enfrentam os países da região na presente fase de seu desenvolvimento e das modalidades de funcionamento que vão adquirindo suas economias.

Para isto, são executadas análises dos processos de reformas nas diferentes áreas de políticas públicas num conjunto de países da região que têm empreendido tais processos. As áreas selecionadas correspondem a: reformas tributárias, privatização de empresas públicas, reformas comerciais, reformas trabalhistas e reformas nas áreas de políticas sociais. Os países selecionados são: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica e México.

Em seguida, são realizadas análises comparativas —entre países— das reformas em cada área instrumental selecionada com o objetivo de extrair as respectivas lições, derivadas dos diferentes contextos nacionais.

Finalmente, pretende-se integrar as análises dos processos de reforma em cada país numa visão multidimensional do processo de reforma do Estado que está ocorrendo em cada um deles, derivando conclusões sobre as condições e possibilidades das estratégias de reforma do Estado na América Latina e Caribe.

I. INTRODUÇÃO

A década de 80 representou para a Bolívia uma década de escolhas trágicas. Tais decisões não dizem apenas respeito às reformas no campo das políticas sociais. Estas constituem uma das dimensões das reformas em curso nesse país, e possivelmente uma dimensão subordinada. Elemento crucial, enquanto definidor do elenco de possibilidades e limites postos para o desenvolvimento das políticas sociais, as reformas implementadas no âmbito da política econômica a partir de 1985, revelando clara inspiração neo-liberal, tiveram profundas implicações sobre a ação governamental no campo social.

Pressionado pela hiperinflação, pelo estrangulamento externo, por graves desequilíbrios macroeconômicos, o governo Paz Estenssoro adotou um programa de ajuste e estabilização em que o equilíbrio fiscal, a liberalização dos mercados e a diminuição do setor público ocuparam lugar central. Assim, aos esforços de orientação heterodoxa do início da década sucedeu-se um programa ortodoxo, o qual, a despeito de inegáveis custos sociais, reduziu a taxa de inflação. Tais resultados, absorvidos enquanto "patrimônio coletivo" da sociedade boliviana, garantiram até as últimas eleições (1988) significativo apoio à coalizão política identificada com as reformas em curso.

No entanto, ainda que bem sucedido do ponto de vista do controle da taxa de inflação, o programa de ajuste implementado não produziu até o momento os resultados esperados de crescimento econômico, recuperação do nível de emprego e retomada dos investimentos produtivos. Ao contrário, ainda que estável, a economia boliviana revela-se na fase pós-estabilização uma economia de baixo crescimento, baixos índices de investimento e baixo nível de emprego. Com efeito, a existência de um setor privado disposto a investir produtivamente e de um mercado interno em condições de consumir, elementos condicionantes para o desenvolvimento de uma economia de mercado, expressa-se insuficientemente no cenário boliviano. Dito de outro modo, características nacionais da economia boliviana impõem limites às possibilidades de desenvolvimento do projeto neo-liberal.

O crescimento da economia boliviana esteve historicamente dependente das oscilações de seus produtos de origem extrativa no mercado internacional. Deste modo, a economia boliviana entrou em crise a partir do final da década de 70, dada a queda do volume das exportações de minerais comuns, estanho e gás natural. À queda no volume das exportações destes produtos, somar-se-a a queda de seus

índices de preços na década de 80. As crescentes restrições de acesso a crédito no mercado financeiro internacional, bem como as novas condições de negociação da dívida externa imporiam uma segunda ordem de pressões. Estas tornar-se-iam ainda mais restritivas no quadro das tentativas de estabilização de corte heterodoxo implementadas anteriormente ao programa de ajuste de Paz Estenssoro. Neste sentido, diante da dependência estrutural do aporte de recursos externos¹ e do estrangulamento externo imposto, a adoção do receituário de Washington colocou-se como uma necessidade. Com efeito, a queda da inflação, os esforços de controle do déficit público e a liberalização da economia franquearam novas condições de renegociação da dívida externa e a retomada do afluxo de recursos das fontes financiadoras internacionais.

Ora, tal movimento no âmbito da política econômica teve profundas implicações no que se refere à margem de escolhas no âmbito das políticas sociais.

Herdeira de um modelo de desenvolvimento que produziu 6 milhões de pobres numa população de 7 milhões de habitantes, herdeira de um conjunto de ações sociais que dificilmente poderiam ser chamadas de um Sistema de Proteção Social, a década de 80 trouxe para a Bolívia uma dupla dose de dificuldades adicionais: a crise econômica no começo da década e o impacto do ajuste em sua segunda metade.

À enorme massa de pobres somaram-se os "novos pobres", originados nas demissões, nas formas veladas de desemprego e subemprego; aos baixos salários somou-se o arrocho salarial. Tal processo de empobrecimento implicou uma sobreexigência sobre as políticas sociais, uma vez que aumentou sobremaneira o número daqueles que as demandam.

Ora, um aumento da demanda por programas sociais supõe a necessidade de maior volume de recursos ou de uma utilização mais eficiente dos mesmos. A primeira possibilidade não pode ser realizada com recursos nacionais, dados, de um lado, uma das características centrais do programa de ajuste: reduzir gastos para obter equilíbrio fiscal e, de outro lado, uma característica estrutural da Bolívia: o financiamento do próprio setor público com recursos externos. (Damill; Fanelli; Frenkel, 1991) A segunda possibilidade constitui ainda um imenso desafio para o Estado boliviano, dotado de baixa capacidade de regulamentação, coordenação e implementação de políticas no interior do território nacional.

Com uma agenda sistêmica sobrecarregada, de um lado, e com dificuldades para implementar ações sociais com base em recursos próprios, fossem eles de ordem financeira, institucional ou de recursos humanos, optou-se a partir do governo Paz Estenssoro por adotar programas de caráter emergencial, financiados por recursos externos. Tal dinâmica, no entanto, parece dificultar crescentemente as possibilidades de constituição de um Sistema de Proteção Social

integrado nacionalmente e capaz de reduzir os graus de pobreza presentes na Bolívia.

Com efeito, como esperamos demonstrar com este trabalho, as possibilidades postas para o caso boliviano —e certamente este não é o único caso na América Latina e Caribe— parecem desafiar os modelos mais clássicos de Sistemas de Proteção Social, sejam eles o modelo social-democrata (ou institucional-redistributivo) ou o modelo liberal (ou residual).²

Uma análise mais detida das ações empreendidas no campo das políticas de atenção à saúde permitirá examinar mais claramente os dilemas postos para um país com as características da Bolívia. Nesta área, cujos efeitos sobre as possibilidades de crescimento econômico são evidentes, revelam-se mais dramaticamente os impasses para "perseguir metas conjuntas de estabilidade macroeconômica, reestruturação produtiva orientada para o crescimento econômico e equidade social" (Citado em Draibe, 1991: 1).

II. A CRISE E AS MEDIDAS DE AJUSTE

1. A necessidade do programa de estabilização

O programa de ajuste boliviano, implementado a partir de agosto de 1985, é claramente um exemplo de ajuste ortodoxo ditado pelas regras do assim chamado "consenso de Washington". (Williamson, 1990).

O contexto econômico que conduziu à adoção do pacote de medidas de ajuste é consensualmente descrito como extremamente grave. Produto Interno Bruto em queda contínua desde 1981,³ déficit governamental crescente,⁴ evolução acelerada da taxa de inflação, caracterizando uma clara situação hiperinflacionária⁵ são indicadores que permitem avaliar os desequilíbrios macroeconômicos de uma situação de caos que tornava ainda mais impotente um Estado cuja legitimidade e poder regulatório têm sido historicamente questionados.

A situação era particularmente grave, dado que a Bolívia é um país caracterizado por um modelo de crescimento econômico assentado sobre as exportações e o crédito internacional, portanto, fortemente dependente de recursos externos. Assim, tal contexto econômico implicava o descrédito das instituições financeiras internacionais. Ora, se, nas décadas de 60 e 70, foi possível à Bolívia contar com crédito externo para impulsionar seu crescimento, as novas condições impostas pelas instituições financeiras internacionais,⁶ tornavam extremamente delicada as condições de negociação de um país cuja capacidade de poupança interna é razoavelmente limitada.

As medidas adotadas pelo governo Siles-Zuazo, de corte heterodoxo, revelaram-se insuficientes para fazer frente às pressões desestabilizadoras do serviço da dívida externa sobre o Tesouro Nacional e as restrições de parte das instituições de financiamento externo.⁷ Pressionado pela situação econômica e por frágil legitimidade política, Siles-Zuazo antecipa as eleições presidenciais, abrindo espaço para a volta de Paz Estenssoro ao poder.

É na esteira de uma escolha democrática, no contexto de um governo recém-eleito, pelo voto popular e no Congresso, que Paz Estenssoro adota um pacote de medidas destinadas a restabelecer os equilíbrios macroeconômicos necessários, quer à possibilidade de reatamento das negociações da dívida pública com os credores externos, quer à retomada do crescimento econômico do país. Neste sentido, não parece haver dúvidas quanto à necessidade naquela conjuntura,

caracterizada por limitadas margens de escolha, da adoção de um programa de estabilização que permitisse àquele país escapar à difícil situação em que se encontrava.

Por outro lado, os dois principais partidos políticos do país (MNR -Movimiento Nacionalista Boliviano- e ADN -Acción Democrática Nacionalista- ADN) sustentaram politicamente as medidas tomadas, firmando um acordo ("Pacto por la Democracia) em outubro de 1985, no qual se comprometiam a dar o apoio necessário ao programa de estabilização.

Deste modo, ainda que o conteúdo das medidas de política econômica adotadas tenham sido evidentemente formuladas por técnicos das agências de crédito internacional, o apoio político no Congresso garantiu sustentação interna à implementação de um programa cujos custos sociais (recessão, demissões, aumento do desemprego, aumento do subemprego, etc.) desencadearam no país fortes resistências por parte dos movimentos populares e sindicais organizados (greves, protestos, etc.).

2. O programa de estabilização

O programa adotado incluiu alguns dos mais caros preceitos do receituário de Washington: a) saneamento e disciplina fiscais; b) liberalização dos mercados de bens e salários; c) estabelecimento de uma taxa cambial uniforme e flutuante; d) reforma tributária. O programa incluiu também a suspensão dos pagamentos da dívida com os bancos comerciais privados e a manutenção dos pagamentos do serviço da dívida com as organizações bilaterais e multilaterais.

Certamente, o saneamento fiscal e uma política de estrita disciplina fiscal estão no cerne do programa de estabilização adotado. Com o pacote de medidas de agosto de 1985 (pelo Decreto no. 21060) e com as medidas complementares adotadas (1986, 1987, 1990), buscou-se eliminar o déficit fiscal, cortando gastos e incrementando as fontes de receita. Assim, os salários no setor público foram congelados, todos os subsídios foram eliminados⁸ e reduziu-se em cerca de 10% os empregados do Estado e das empresas estatais. Como veremos mais adiante, tais medidas estabeleceram as condições de operação dos programas sociais.

Paralelamente, do lado da receita, elevaram-se os preços dos combustíveis, bem como impôs-se um imposto indireto sobre sua comercialização. Desvalorizou-se a moeda (bolivianos) a um preço considerado realista, bem como elevaram-se as taxas das empresas públicas de acordo com os preços praticados no mercado internacional. Finalmente, as empresas estatais têm sido estimuladas a operar sobre a base do equilíbrio entre receita e despesa, de modo a não apresentarem déficits orçamentários.⁹

Considerada uma medida de ajuste estrutural, a liberalização completa dos mercados de bens, de crédito, de capitais e de trabalho foi concebida pelos formuladores da NPE ("Nueva Política Económica") como um mecanismo de controle indireto de preços e de custos: abertura da economia destinada a impedir aumentos de preços, uma vez que se reduz o poder monopólico dos produtores que os fixam (Morales, 1990: 9).¹⁰ Por meio do estabelecimento de uma taxa única para todos os produtos importados, visou-se eliminar os mecanismos protecionistas que permitiam a existência de uma indústria artificialmente protegida.

Por outro lado, a desregulamentação do mercado de trabalho¹¹ facilitaria a adequação das empresas à recessão decorrente do ajuste (desemprego, subemprego, baixos salários, etc.).

O programa boliviano permitiu também que as taxas de juros passassem a ser estabelecidas livremente no mercado financeiro, qual seja, pressupunha-se que estas passariam a ser regidas pelas forças de mercado. Na verdade, a liberalização do mercado de crédito significou também a abertura quase completa da conta capital da balança de pagamentos e permitiu-se que o sistema bancário nacional oferecesse depósitos a seus clientes na moeda que lhes conviesse. (Morales, 1991: 18).

A reforma fiscal de 1986 viria reforçar as medidas tomadas em 1985, qual seja, aumentar a base de receitas governamentais. Substituiu-se um complicado sistema assentado em cerca de 450 taxas sobre a renda por um modelo baseado em nove taxas, dirigidas substancialmente ao consumo e à riqueza, modelo este considerado mais adequado para uma economia onde o mercado informal é extremamente ativo. Fundamentalmente, uma taxa indireta sobre o consumo de combustíveis constituir-se-ia numa das mais importantes fontes de receita do governo.¹² (Cariaga, 1990: 45-6).

Do ponto de vista da estabilização de preços, o plano foi bem sucedido. A taxa anual de inflação tem se mantido baixa para os padrões latino-americanos (ver tabela 1); o índice geral de preços ao consumidor elevou-se em apenas 11% em 1987, 22% em 1988 e elevou-se a uma taxa anual de 8% nos três primeiros meses de 1989.

Finalmente, a renegociação dos termos do pagamento do serviço da dívida externa diminuíram, ainda que temporariamente, seu peso sobre o Tesouro. Assim, do estrito ponto de vista da recuperação dos equilíbrios macroeconômicos, o choque anti-inflacionário implementado permitiu a recuperação da confiança dos credores internacionais naquele país. Prova disto é a própria possibilidade de renegociação da dívida externa, bem como a retomada do afluxo de recursos externos, fundamentais para a economia boliviana e para o sucesso do próprio plano de estabilização.

TABELA 1
INFLAÇÃO E TAXA DE CRESCIMENTO DO PRODUTO

ANOS	TAXA DE INFLAÇÃO	TAXA DE CRESCIMENTO DO PIB
1980	23.94	- 1.3
1981	25.12	0.9
1982	296.55	- 4.4
1983	328.49	- 6.5
1984	2 177.23	- 0.3
1985	8 170.52	- 0.2
1986	65.96	- 2.9
1987	10.66	2.1
1988	21.50	2.8
1989	16.00	2.5

Fonte: UDAPE

Extraído de: Chávez A., Gonzalo, 1990: 25.

Com efeito, segundo trabalho de Damill, Fanelli e Frenkel,

"(...) Así como la desestabilización estuvo asociada a la transferencia financeira negativa, la estabilidad está asociada con una transferencia financeira positiva." (Damill; Fanelli; Frenkel, 1991: 13).

Mais que isto: salvo análise mais detida, parece haver apoio interno, do ponto de vista político, aos resultados obtidos com a estabilização de preços. Este é encarado como um "patrimônio coletivo" (Chávez, 1990: 41), fato este que se expressa na obtenção de 65.4% nas eleições de 1989 para a coalizão que se assentava sobre a continuidade do programa de estabilização e que conduziu Paz Zamora ao poder. (Cariaga, 1989: 53).

3. A tradição intervencionista do Estado boliviano

A presença estatal na economia é um traço distintivo da Bolívia a partir da Revolução de 1952. Esta inauguraria naquele país um período em que o Estado viria a assumir funções produtivas no conjunto das relações econômicas.

Assim, em meados dos anos oitenta, o setor público na Bolívia era responsável por aproximadamente 65% da produção mineral, 80% do produção de hidrocarbonetos, 70% da produção de energia, cerca de metade dos ativos do sistema bancário e mais de 70% do transporte aéreo de passageiros. O Estado possuía fábricas têxteis, de vidro e

de cimento. Algumas atividades do setor agroindustrial eram quase exclusivamente realizadas por empresas estatais: leite, açúcar, arroz, óleos, chá. Em suma, a participação do setor público nas atividades manufatureiras era superior à do setor privado. (Banco Mundial, 1989: 4).

Isto significa que, nos últimos 30 anos, a atividade econômica naquele país esteve fortemente alavancada pelo setor público, o qual estabelecia o horizonte de expectativas das atividades do setor privado, inclusive, suas decisões de investimento. Se a suas funções produtivas, acrescentarmos as funções tradicionais de regulamentação dos mercados (financeiro, de mercadorias, de trabalho, etc.), temos um Estado que claramente assumiu um papel de indutor do desenvolvimento econômico, característica esta própria à quase totalidade dos regimes latino-americanos no período.

Por outro lado, ainda que tenha assumido tais funções no período anterior a 1985, o Estado boliviano também é conhecido por sua baixa capacidade de regulação ou de poder efetivo no interior do território. Em primeiro lugar, considera-se que, de um ponto de vista sociológico, o Estado boliviano foi incapaz de realizar a integração do país como nação, qual seja, foi incapaz de enfrentar os fortes impulsos centrífugos de uma sociedade heterogênea, com débil coesão interna, atravessada por divisões na economia, no idioma, na cultura e nas regiões. (Roca, 1991a: 17-8).

Em segundo lugar, o "inchamento" do Estado, seu caráter de "empregador",¹³ a natureza cumulativa e não-orientada de seu crescimento produziram sérios obstáculos à capacidade de coordenação horizontal (entre distintas instituições) e vertical (na linha de execução) da máquina administrativa. (Roca, 1991a: 26) Fenômeno de origem política, mas com sérias implicações de ordem administrativa, a debilidade do Estado boliviano para produzir informações sobre seu funcionamento, formular políticas, implementá-las, enfim, planejar e alocar recursos é apontada como a contraface de suas pretensões intervencionistas.

4. A estrutura econômica boliviana

O desenvolvimento econômico da Bolívia esteve historicamente voltado para as atividades de exportação de minérios, em estado natural; portanto, atividades essencialmente extrativas. Mais que isto, os ciclos econômicos naquele país estão associados à evolução do preço internacional destas mercadorias. Alumínio, salitre, ferro, cobre, estanho, zinco e suas taxas ascendentes e descendentes de consumo no mercado internacional explicam ciclos de crescimento e crise da economia boliviana.

Deste modo, a estrutura de exportações desse país é fortemente dependente de sua indústria extrativa: 75% do total das exportações,

ao passo que os produtos agropecuários representam 7% e produtos semielaborados, 20%. (Roca, 1991b: 43).

Com base nesta estrutura comercial, a Bolívia experimentou até 1978 altas taxas de crescimento econômico. Entre 1961 e 1978, a economia cresceu a uma taxa média de 5.6% ao ano e o PIB per cápita, a 3.2%. Contudo, tais taxas de crescimento foram obtidas sobretudo devido às condições favoráveis nos mercados de exportação e ao acesso aos créditos internacionais e, em menor medida, como resultado da produtividade interna. (Morales, 1990: 2) A deterioração dos termos de troca ocorrida nos anos 80¹⁴ e as novas condições de acesso ao crédito no mercado financeiro internacional revelaram as debilidades de sua inserção competitiva no mercado internacional e de sua estrutura produtiva interna.

Em resumo, as medidas tomadas a partir 1985 visam garantir os equilíbrios macroeconômicos necessários ao crescimento econômico i) de um país cujo Estado foi, no período recente, indutor do desenvolvimento econômico, porém com débil capacidade de planejar e executar políticas no território nacional,¹⁵ ii) de um país cuja economia é fortemente dependente da capacidade de exportação de sua indústria extrativa, em declínio no mercado internacional —portanto, sua inserção competitiva neste mercado é débil— e, finalmente, iii) um país para o qual o aporte de recursos externos é absolutamente vital, dada sua reduzida capacidade de poupança interna.

5. O Ajuste e os Novos Pobres

Se o programa de ajustamento foi bem sucedido do ponto de vista do controle da taxa de inflação e da recuperação da confiança por parte das fontes internacionais de crédito, o mesmo não pode ser afirmado com relação ao crescimento econômico, à retomada dos investimentos privados e à recuperação do nível de emprego.

Na verdade, os indicadores econômicos mostram com clareza que, ainda que a economia boliviana esteja estável, o equilíbrio alcançado é de baixo crescimento, de baixo nível de emprego e também de baixas taxas de investimento. (Chávez A., 1990: 28).

Com efeito, os índices de crescimento, ainda que positivos a partir de 1987, são baixos (em torno de 2% do PIB), especialmente quando comparados aos níveis alcançados na década de 70 (em torno de 5.5% do PIB). De outro lado, o investimento privado (ver gráfico 1), caiu significativamente no período da crise (1980-85) e, na fase pós-estabilização, manteve-se estável, mas em níveis bastante modestos. Porém, mas significativamente ainda, a partir de 1986 o investimento público é marcadamente superior ao investimento privado.

Estes dados revelam que os capitais privados —personagens centrais de uma economia de mercado— não manifestaram até o momento expressivo interesse em investir produtivamente no mercado boliviano.

Finalmente, os indicadores de emprego urbano revelam aumento dos níveis absolutos de desocupação e do subemprego visível. (Ver tabela 2) A taxa de participação mantém-se absolutamente estável, o que revela que a economia não foi capaz de gerar novos empregos. Na verdade, os dados revelam um aumento significativo da taxa de subemprego visível (de 5.5% da PEA em 1985 para 11.4% em 1988). Somadas, a taxa de subemprego e desemprego aberto representavam 16.9% da população economicamente ativa em 1988.

Se a estes dados acrescentarmos as demissões¹⁶ e o congelamento dos salários no setor público, o qual emprega cerca de metade da população economicamente ocupada, temos uma dimensão das restrições atualmente existentes ao funcionamento do mercado interno na Bolívia.

TABELA 2
PRINCIPAIS INDICADORES DE EMPREGO URBANO — 1985-1988
(em mil unidades)

	1985	1986	1987	1988
População econ. ativa (PEA)	981.8	1 018.2	1 056.0	1 098.2
Ocupados	925.3	947.5	997.7	1 037.8
Assalariados	489.3	513.4	524.5	530.7
Por conta própria	436.0	416.1	468.2	507.1
Desocupados	56.6	70.8	58.3	60.4
Subemprego visível(a)	54.0	61.1	83.4	125.2
Taxa de participação (b)	45.4	45.3	45.3	45.3
Taxa de desemprego aberta	5.8	7.0	5.5	5.5
Taxa de subemprego visível	5.5	6.0	7.9	11.4
Taxa de desemprego aberto e subemprego visível	11.2	13.0	13.6	16.9

Fonte: Morales (1990). Elaborado com Dados Básicos do Instituto Nacional de Estatística.

Notas: (a) Subemprego visível, definido por trabalhadores que trabalham menos de 20 horas; (b) PEA, como porcentagem da população em idade de trabalhar.

Extraído de: Chávez A., 1990: 29.

Ora, a possibilidade de sucesso do projeto de uma economia de livre mercado supõe que se cumpram determinadas condicionalidades, entre elas, a existência de um setor privado disposto a investir e a existência de um mercado consumidor interno.¹⁷ As evidências acima

demonstradas revelam que tais condições não são plenamente realizadas naquele país, situação esta que impõe sérios limites à plena realização do projeto de uma economia de livre mercado.

III. POLÍTICA SOCIAL: O AJUSTE E AS NOVAS TENDÊNCIAS

As decisões no campo da Política Social na Bolívia na década de 80 estiveram influenciadas por duas ordens de motivações:

a) de um lado, motivações de ordem progressista, em que a prestação de serviços sociais por parte do Estado ocupa lugar privilegiado e no qual esta prestação de serviços se daria em moldes universalistas e por meio de transferências sociais;

b) de outro lado, motivações inspiradas em um modelo de política social de tipo residual ou liberal, em que parcela das necessidades sociais são preenchidas via mercado e no qual a ação estatal estaria focalizada nos mais pobres, fórmula esta considerada mais adequada a padrões mais rigorosos de eficiência do gasto público.

Essas motivações se constituem em parâmetros para formulação de políticas sociais, motivações estas que estiveram presentes no universo de decisões dos formuladores de políticas ao longo da década. No caso boliviano, as limitações impostas pela estrutura econômica e o impacto do programa de ajuste compõem um cenário de tomada de decisões em que, do ponto de vista do programa de ação, ocorre um progressivo deslocamento do primeiro referencial para o segundo. E, do ponto de vista de sua implementação concreta, há limites para a consolidação de qualquer dos projetos mencionados.

Na verdade, é necessário considerar, anteriormente ao exame de qualquer tendência em curso, o legado das décadas anteriores em termos de proteção social. Paralelamente à existência de uma enorme massa de pobres, a Bolívia constituiu, na vigência do Estado Desenvolvimentista, um conjunto de ações sociais desarticuladas internamente e implementadas por uma multiplicidade de instituições.

Ainda que perpassada por dificuldades, houve esforços até o começo da década no sentido da constituição de subsistemas sociais destinados a atender a maioria da população por meio da produção ou regulamentação estatal de serviços sociais. Foi o caso, por exemplo, dos esforços empreendidos no campo dos programas de saúde na gestão Siles-Suazo, como será demonstrado mais adiante. É o caso, por exemplo, do modelo de política educacional, o qual, ainda que submetido a sérios constrangimentos de operação, pautou-se por critérios de universalidade da ação pública. Trata-se em qualquer dos casos de pautar a tomada de decisões por um referencial de prestação

de serviços em que conceitos tais como estatal, universal, gratuito definem parâmetros de atuação.

Este modelo, no entanto, revela-se crescentemente incompatível com a natureza da economia e da sociedade bolivianas. Como oferecer serviços estatalmente produzidos quando o Estado está sufocado por déficits fiscais? Como oferecê-los de forma universal, se os pobres e necessitados são a quase totalidade da população? Como oferecê-los de forma gratuita, se os recursos são crescentemente escassos? Como fazê-lo em uma economia estruturalmente dependente de recursos internacionais e submetida ao estrangulamento externo? Dito de outro modo, a crise dos anos 80 revela as debilidades estruturais no que tange à capacidade de financiamento e gestão de programas sociais na Bolívia, desnudando progressivamente os imensos desafios à adoção de um modelo de atuação pautado por princípios de universalidade.

O programa de ajuste viria a solapar mais pesadamente as condições necessárias à adoção de tal modelo, através do corte de recursos do Tesouro para a área social, corte este que se deu em termos mais do que proporcionais aos dos cortes nos demais setores do gasto público. A influência das agências internacionais de financiamento implicou a progressiva hegemonia de um projeto neo-liberal como programa para a reforma do Estado em geral e da orientação para os programas sociais em particular. Progressivamente, impõem-se princípios encarados como mais eficientes: focalização, formas de privatização, o papel regulador do Estado.

No entanto, isto não significa que princípios tais como a universalidade do acesso aos programas sociais tenham sido completamente abandonados. Do ponto de vista do discurso oficial, este ainda é um princípio carregado de significado, mesmo que do ponto de vista da efetividade da ação social, a universalidade nunca tenha sido uma realidade na Bolívia. Com efeito, ainda que 30% da população não esteja coberta por qualquer modalidade de prestação de serviços de saúde e que 32% da população adulta seja analfabeta, os documentos oficiais repetem reiteradamente metas e programas de ação de ambições universalizantes.

É verdade que nos países latino-americanos, nos quais os pobres são a maioria, a questão da focalização coloca-se de um modo particular. Estes não são o resíduo, não atendido via mercado, que será objeto da ação estatal, como é o caso no modelo liberal clássico. Ao contrário, nestes países focalizar a ação social sobre os mais pobres implica ter como população-alvo a quase totalidade da população. Logo, a focalização assume dimensões universais.

Neste sentido, um primeiro exame das metas governamentais e das estratégias de ação adotadas parecem revelar uma contradição entre um programa de ação com metas universais convivendo com a hegemonia do princípio da focalização. Esta aparente contradição é resolvida pelo

reconhecimento do argumento acima demonstrado: focalizar a ação social quando a população pobre não é resíduo, mas maioria, assume dimensões universais.

Com efeito, o fato de que os pobres sejam a maioria —o que é o caso na totalidade dos países latino-americanos— constitui um sério obstáculo ao projeto neo-liberal. No caso boliviano, há um importante limite às possibilidades de privatização das políticas sociais, entendida em seu sentido mais estrito, qual seja, transferir para o setor privado parcela da demanda por serviços sociais, entregando-lhe a totalidade do empreendimento. O fato de que apenas 6% da população seja coberta por serviços privados de saúde, o fato de que exista no país uma única universidade privada (subsidiada pelo Estado) revelam a estreiteza deste mercado potencial. Não é por outra razão que as ONGs atuam nas faixas mais baratas dos serviços de saúde, deixando os hospitais sob responsabilidade do setor público. Em outras palavras, a privatização, via transferência de ativos, encontra no caso boliviano limites relativos à estreiteza de seu mercado consumidor.

A nosso juízo, esta é uma das razões pelas quais o processo de privatização aí assume formas híbridas: mecanismos de auto-financiamento, consolidação do par equipamento público-gestão privada, etc. Trata-se de fórmulas que supõem a escassez de capitais, a estreiteza do mercado consumidor e um papel ainda estratégico ao setor estatal.

Uma segunda ordem de dificuldades para a consolidação do projeto neo-liberal diz respeito à capacidade de autonomia no financiamento dos programas sociais. Crescentemente dependente de fontes externas de financiamento —tendência esta acentuada pelas medidas de ajuste—,¹⁸ as possibilidades de planejamento autônomo e, portanto, de afirmação do Estado Nacional, estão submetidas a alto grau de instabilidade. No mesmo processo, dado que o critério de alocação de recursos está submetido à lógica das agências financiadoras, há também alto grau de heterogeneidade de prestação de serviços no interior do território nacional. Ora, instabilidade de recursos e heterogeneidade de atuação vão na direção oposta àquela da afirmação de um Estado com capacidade de regulação e coordenação de políticas.

Mais que isso, a afirmação de tais tendências revela debilidades do Estado boliviano que são históricas, debilidades estas que são acentuadas pela crise e pelo programa de ajuste. Cabe salientar, contudo, que no governo Paz Zamora há empenhados esforços no sentido da afirmação da capacidade planejadora e reguladora do governo central. Tais esforços, contudo, são fortemente solapados, quer pelos movimentos por autonomia regional, quer pela dependência estrutural do aporte de recursos externos.

Tais dificuldades revelam-se no dilema posto em relação à descentralização. O processo de descentralização deverá acelerar-se a partir de março deste ano (1992), quando o Congresso Nacional

decidir pela aprovação da Lei do Executivo que propõe a descentralização administrativa, através da criação dos Governos Departamentais.

A política de descentralização para as áreas sociais, no atual governo, ficou, de certa forma, em suspenso, tendo em vista os diferentes projetos de descentralização administrativa e política do Estado e da "politização" assumida pelo debate em torno da questão. Atualmente, esta discussão foi subsumida pelo movimento de autonomia regional (já foram formados, inclusive, alguns governos regionais não oficialmente).

O movimento por autonomia regional ganhou forte peso político e mobiliza quase todos os setores organizados da população. A proposta de criação dos governos regionais parece já ter obtido consenso no Poder Legislativo. Na verdade, o único ponto sobre o qual parece ainda haver controvérsias diz respeito à forma de escolha dos governantes locais.

A nosso juízo, o movimento por autonomia regional expressa, por um lado, o debilitamento do governo central, principalmente após a crise e o programa de ajuste; por outro lado, revela o fortalecimento das economias regionais, como a de Santa Cruz, que mantém mais vínculos com o exterior do que com o próprio país. Além disso, as Corporações Regionais e as Alcadias —as quais nos últimos anos receberam recursos diretamente dos organismos internacionais para inversões em infra-estrutura e em serviços sociais (ajuda externa que supõe uma contrapartida local de 50%), e as quais arrecadaram recursos próprios via criação de impostos e taxas locais— puderam realizar importantes investimentos, inclusive na área social. Tal atuação propiciou o reconhecimento das populações locais e aumentou o grau de legitimidade destas instâncias regionais e locais.

Ora, diante dos limites à adoção de um modelo pautado por princípios universalistas ou sequer de um modelo de tipo liberal, há tendências que apontam no sentido do que tem se chamado a "africanização da política social": política dependente de doações externas, desigualmente distribuída no território nacional e marcada pelo estigma da benevolência internacional.

1. Breve Descrição da Configuração Atual da Área Social na Bolívia

A área social na Bolívia compreende atividades e programas desenvolvidos por uma série de instituições públicas e privadas. O orçamento da área social (incluindo a infra-estrutura para a área social) aloca-se em 25 instituições (incluindo as "cabeças" do setor), todas elas voltadas à produção de serviços e benefícios à população carente.

Se somarmos as direções nacionais em cada ministério, assim como as organizações privadas, organismos não-governamentais e universida-

des envolvidas com a temática social, temos mais de uma centena de instituições desenvolvendo programas na área social.

Entretanto, a percentagem do PIB destinada à área social (ao redor de 7% para o ano de 1989) ainda é baixa se considerarmos a média da América Latina (ao redor de 9% do PIB).

Como pode ser observado na tabela 3, quase 70% do total do gasto dispendido na área social está distribuído em educação e saúde, sendo o restante alocado pelo Fundo Social de Emergência -FSE¹⁹ e pelas doações internacionais, recursos estes destinados em sua maioria a ações no campo da saúde, do saneamento básico e da nutrição. Por outro lado, a população beneficiada pelos serviços da área social não ultrapassa 3.5 milhões de habitantes. Esta é, portanto, relativamente pequena, dada a magnitude da população pobre (cerca de 6 milhões).

TABELA 3
ESTRUTURA DO GASTO NA ÁREA SOCIAL - 1987-89

SETORES	População Beneficiada (em milhões)	Gasto em % do PIB			% sobre Gasto Total		
		1987	1988	1989	1987	1988	1989
Educação	1.5	3.0	3.0	3.0	29.0	28.0	25.0
Saúde*	3.3	1.3	2.2	-	36.0	29.0	29.0
Habitação e Saneamento	-	0.05	0.05	0.4	0.5	0.4	4.0
Nutrição	-	-	-	-	-	-	-
Previdência**	1.5	1.0	-	-	-	-	-
FSE***	-	2.3	4.0	4.0	-	-	-
Resto****					34.5	42.6	42.0
Total		7.65	9.25	7.4	100.0	100.0	100.0

Fontes: ROCA, Toranzo. Taller de Política Social. Ildis, 1991.

Banco Mundial. Relatório Síntese.

CONAPSO. Estratégia Social Boliviana. 1991.

Elaboração NEPP, 1992.

Notas: (*) Inclui o gasto em saúde das Caixas de Saúde da Previdência; (**) Só inclui o gasto com benefícios; (***) Para efeito de totalização, a participação da área social no PIB inclui gastos do F.S.E. em todas as áreas. (****) Inclui transferências ao setor privado e doações não destinadas à inversão e ao F.S.E.

O organograma institucional da área Social (Quadro 1) indica os órgãos e programas de cada área, onde pode-se ver que mesmos programas são oferecidos por mais de um órgão.

QUADRO 1
ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL DA ÁREA SOCIAL NA BOLÍVIA

SETOR	Órgão responsável	Programas
Educação	Ministerio de Educación y Cultura	Educação formal e não formal Capacitação e Infraestrutura
Saúde	Ministerio de Prevision Social y Salud Publica	Atenção Primária e Secundária Nutrição e Infraestrutura
Habitação e Saneamento	Ministerio de Asuntos Urbanos Instituto de Vivienda Social Fondo Nacional de Vivienda	Habitação Água Esgoto Meio Ambiente Infra-estrutura
Nutrição	Oficina Nacional de Asistencia Alimentar Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición	Nutrição
Previdência	Instituto Boliviano de Seguridad Social	Benefícios, pensões, aposentadoria e serviços de atenção à Saúde

Fontes: ROCA, Toranzo. Taller de Política Social. 1991.
Banco Mundial. Relatório Síntese.
CONAPSO. Estratégia Social Boliviana. 1991.
Elaboração NEPP, 1992.

a) *Previdência Social e Saúde*

O subsistema da previdência é formado por diferentes órgãos gestores. Inicialmente, eram três instituições: Caixa de Seguro Social de Ferroviários, Ramos Anexos e Transportes Aéreos da Bolívia; Caixa de Seguro Social Militar e Caixa Nacional de Seguridade Social. Atualmente, são 29 entidades, administradas pelo "Instituto Boliviano de Seguridad Social" -IBSS-, sob a coordenação do "Ministério de Prevision Social y Salud Pública" -MPSSP. A maior caixa, em termos de segurados, é a Caixa Nacional de Seguridade Social, que atende aos servidores do estado (funcionários públicos).

As caixas eram entidades autônomas, adotando regimes próprios de aportes, funcionando de forma bastante independente. Entretanto, pela Lei 924 ("Ley Financiam" de 1987) e o Decreto Supremo 21.637

foram extintos todos os diferentes regimes adotados pelos diversos órgãos gestores, estabelecendo-se um único sistema de contribuições e benefícios. Também foi estabelecido pelo Decreto acima referido a separação entre os entes gestores, a administração do Fundo de Saúde (curto prazo) e os responsáveis pelas prestações dos Fundos de Pensão (longo prazo).

Pela lei atual, a participação dos empregados é de 5%; dos empregadores de 10% para o Fundo de Saúde e 5% para o Fundo de Pensão, totalizando 15%; o aporte do Estado é de 1% sobre o total da massa salarial contribuinte do IBSS.

A previdência boliviana assegura benefícios para a situações de viuvez, morte, invalidez, riscos profissionais, enfermidades, maternidade, assim como para "assignações" familiares.

Na área de atenção à saúde, a previdência desenvolve ações fundamentalmente de ordem médico/curativa, na área urbanas, sendo poucas as ações na área de promoção e prevenção em saúde. A rede de serviços da Previdência está composta por 37 hospitais e 59 policonsultórios, porém está prevista a compra de serviços através de contratos com o setor privado. O total de leitos da Previdência é de 2 836, numa relação de 2.2 leitos por mil segurados.²⁰ A rede de serviços da previdência e do Ministério (MPSSP) não se integram, formando sistemas distintos, apesar do IBSS estar subordinado ao MPSSP.

Desde a implantação do sistema de previdência, em 1959, houve mudanças e alterações no formato institucional da política, sendo que atualmente o planejamento, a avaliação e a assistência técnica à área estão a cargo do "Instituto Boliviano de Seguridad Social" -IBSS. O IBSS, como já foi dito, subordina-se ao "Ministerio da Prevision Social y Salud Publica" (MPSSP), porém este último não realiza nenhum controle efetivo sobre as ações do IBSS.

O gasto da previdência em saúde representava, em 1984, 80% do gasto público nesta área; em 1988, o gasto da previdência aportou somente 48% do gasto no setor e a participação do Ministério ascendeu para 42%. Em termos reais, o gasto em saúde realizado pela previdência caiu 50% entre 84/88. Cabe salientar que a Caixa Nacional de Saúde (o Fundo de Saúde da Caixa Nacional de Seguridad Social) dispendeu, de 1984/88, em média, 60% do total do gasto em saúde realizado pela previdência.

Os dados para a área de benefícios (Fundos de Pensão) são bastante precários, necessitando de cálculos mais apurados, baseados em informações de balanço e com correções atuariais. O IBSS não forneceu, ainda, segundo relatórios de agências internacionais, as estatísticas para o ano de 1987, refletindo seu baixo grau de controle sob a operação deste subsistema. Estimativas preliminares dão conta

de um rebaixamento de 30%, em termos reais, no gasto com benefícios do sistema previdenciário entre 1982/86, ao passo que estima-se que houve incremento no número de beneficiários.

O cálculo do valor das pensões pagas —sendo em sua grande maioria para viúvas e órfãos— revela diferenciação entre os Fundos de Pensão das diferentes caixas, variando de 74 bolivianos ao mês (para mineiros e servidores da polícia civil) a 270 bolivianos (empregados do setor de hidrocarburetos). O gasto com pensões foi estimado em cerca de 1% do PIB em 1986.

b) *Educação*

O número médio de anos de estudo é de 3.7 anos, índice este que é ainda mais reduzido nas áreas rurais. Um terço da população do país não recebeu educação alguma e somente 55% estudou no ciclo básico, o qual fornece de um a cinco anos de instrução.

A maior parte da matrícula escolar em 1978 foi oferecida pelo sistema educacional público (85.7%). A rede pública está dividida em duas áreas: urbana e rural, com algumas diferenças entre os níveis, ciclos e modalidades e com administrações independentes. Do ponto de vista administrativo, compreende educação fiscal e descentralizada.

Do ponto de vista institucional, é o "Ministério de la Educación y Cultura" —MEC— o responsável pela supervisão do sistema educacional boliviano. Porém, os dois subsistemas —escolas públicas urbanas e escolas públicas rurais— estão separados, não havendo integração entre ambos. Havia ainda o sistema descentralizado: educação oferecida por outros órgãos governamentais (como "Corporación Minera Boliviana" —COMIBOL—, "Companhia de Petróleo Estatal" —YPFB), unidades que apenas recentemente foram transferidas para a administração governamental. O ensino universitário (8 universidades públicas) é financiado, mas não supervisionado pelo Governo. O MEC possui duas agências responsáveis pelo desenvolvimento da infra-estrutura escolar: "Serviço Nacional de Educación Técnica" —SENET— e "Conselho Nacional de Construciones Escolares" —CONES. O primeiro foi desativado nos anos mais recentes.

Os recursos para área de educação são provenientes do MEC. Em 1988 representaram 22.9% dos recursos do Tesouro Nacional e 2.6%, do PIB. (Ver tabela 4).

A Bolívia despende a menor percentagem do PIB em educação, quando comparado com outros pequenos países da América Latina (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá).

Não há estimativa para o gasto realizado em educação pelas ONGs e pelo sistema privado. Porém, é alta a participação do setor privado

nas matrículas: em 1987, o setor privado respondia por 13% das matrículas na pré-escola, 17% no ensino básico e 22% no ensino secundário.

TABELA 4
GASTO PÚBLICO EM EDUCAÇÃO

ANOS	80	88
Total MEC *	5 020	3 011
% Tesouro	21.3	22.9
% PIB	4.1	2.6

FONTE: UDAPE

* Milhões de bolivianos (a preços de 80)

O papel da Igreja Católica e de outros grupos de ONGs é crescente na área educacional, sendo que muitas assumiram a supervisão e o controle de escolas públicas em algumas áreas, realizando, inclusive, convênios com o MEC para esta tarefa. Muitas dessas ONGs suplementam os salários dos professores da rede pública nas escolas que supervisionam.

c) *Habitação*

O problema habitacional é dos mais graves na Bolívia, sendo alto o déficit. Calcula-se que metade das habitações são de piso terra e não oferecem nenhuma das condições de habitabilidade convencionalmente estabelecidas.

Os dados do Instituto Nacional de Estatística de 1988 indicam:

- 65% da população tem casa própria;
- 50% das casas não dispõem de serviços higiênicos;
- 58.6% das casas não dispõem de sistema de eliminação de água -seja sistema de esgoto, fossa, latrina ou poço cego;
- 76.8% não dispõem de ducha ou tina de banho;
- 24.5% não dispõem de cozinha.²¹

d) *Saneamento*

A cobertura de saneamento básico, segundo relatórios de órgãos internacionais, revelam, apesar do aumento da cobertura na década passada, indicadores ainda insatisfatórios: somente 20% das casas estão ligadas à rede de água; na área rural, a cobertura é 7.3%; na área urbana, de 31.8%.

No que se refere ao sistema de esgoto, a carência é ainda maior: 58.6% das casas não possuem nenhum sistema de eliminação de esgoto. Como em todos os serviços há diferenças marcantes da área urbana para a área rural: enquanto na área urbana 30.4% das residências não contam com nenhum tipo de eliminação de esgoto, nas áreas rurais essa porcentagem sobe para 87.1%.

Os investimentos recentes na área foram financiados por organismos internacionais, principalmente pelo Fundo Social de Emergência, sem contar com empréstimos diretos para as municipalidades.

2. Uma Modalidade Específica de Ação Social

No caso boliviano, dificilmente pode-se falar da existência de um Sistema de Proteção Social. Seria, na verdade, mais preciso falar de uma ação social específica a um país cuja capacidade interna de financiamento dos programas sociais e cuja capacidade política de regulamentação e coordenação de tais programas constituem ainda um imenso desafio.

Com efeito, ainda que existam na Bolívia instituições especialmente voltadas à prestação dos serviços sociais internacionalmente consagrados (saúde, educação, habitação, previdência, assistência social e alimentação e nutrição), ainda que os programas sociais tenham um espaço consolidado na agenda governamental, ainda que o gasto social tenha relativa expressão no gasto do governo, sustentamos o argumento de que as condições particulares do desenvolvimento econômico, social e político bolivianos impõem limites ao desenvolvimento de um efetivo Sistema de Proteção Social.

País cuja economia é considerada como de difícil viabilidade (Roca, 1991b), com uma população de 7 milhões de pessoas avaliada como a mais pobre e com o pior perfil de estado de saúde do continente sul-americano (Banco Mundial, 1990: 3), com sérias dificuldades de integração nacional (Roca, 1991a), a Bolívia foi duplamente penalizada na década de 80: pela crise econômica, na primeira metade da década e pelo programa de ajuste, a partir de 1985.

Na verdade, do ponto de vista dos desafios colocados aos sistemas de proteção social da América Latina na década de 90, poder-se-ia dizer que a Bolívia defronta-se com duas ordens de questões:

i) constituir-se em um sistema de proteção social, com autonomia de financiamento, articulação interna das diversas políticas, presença efetiva no território nacional, e capacidade de planejamento e implementação das decisões;

ii) alcançar padrões de equidade, que permitam elevar as condições de vida da população boliviana e superar a aguda situação de pobreza ali existente.

a) *As características da ação social boliviana*

Contando com serviços prestados através de instituições públicas e privadas, o conjunto de atividades no campo social descortina um amplo mosaico de iniciativas em que o Estado, ainda que aí desempenhe um papel central, revela simultaneamente suas debilidades. No entanto, o exame deste conjunto de atividades permite apreender algumas características organizacionais, as quais enumeramos a seguir.

i) dispersão institucional

Os programas sociais, no interior de cada setor, encontram-se dispersos em instituições distintas.

Assim, os programas de saúde são prestados por uma multiplicidade de instituições públicas e privadas. O "Ministerio de Prevision Social y Salud Publica" -MPSSP- estabelecido em 1948, compreende duas Subsecretarias ("Subsecretaria de Salud Publica" -SSP- e "Subsecretaria de Seguridad Social" -SSS), ambas voltadas à prestação de serviços na área de saúde, dirigidas a públicos distintos e com estruturas de financiamento distintas. Estima-se que aproximadamente 300 ONGs atuem no setor saúde no território nacional. (Banco Mundial, 1989: 43) Há prestação de serviços por parte de entidades privadas, as quais atingem 6% da população. As municipalidades e as Corporações de Desenvolvimento Regional também prestam serviços, de acordo com suas possibilidades e vontade política.

Na área educacional, existem dois sistemas públicos distintos: o urbano e o rural; cada um tem seus próprios padrões e exigências de qualificação dos professores (Banco Mundial, 1990: 6). Até recentemente, as duas maiores empresas públicas estatais (COMIBOL e YPFB) também tinham suas próprias escolas.

No campo previdenciário, atuam aproximadamente 20 instituições, concentradas nos trabalhadores do mercado formal urbano; porém, cada instituição tem seu próprio sistema de contribuições e benefícios.

ii) ausência de regulamentação

A essa dispersão institucional acrescenta-se a inexistência de regulamentação para um conjunto de atividades-chave desenvolvidas no interior de cada setor.

No setor educacional, ainda que o Estado subsidie as atividades das 8 universidades públicas e da única universidade privada, não existe supervisão ou controle das atividades por elas desenvolvidas.

No campo da seguridade social, não existia até 1987 qualquer modalidade de regulamentação que unificasse ou estabelecesse normas gerais para a operação das distintas instituições previdenciárias²². Ainda que exista uma entidade com esta finalidade — o "Instituto Boliviano de Seguridad Social" (IBSS) —, cada instituição tem administrações, regimes de contribuição e benefícios e sistemas de contabilidade absolutamente separados, distintos e autônomos.

No setor saúde, ainda que o pagamento de consultas e internações tenha se disseminado como uma prática corrente e constitutiva do modelo de serviços prestados, não existe regulamentação quanto à forma e montante dos pagamentos realizados pelos usuários. Igualmente, não existe regulamentação quanto aos contratos privados firmados entre, de um lado, os hospitais e clínicas e, de outro lado, médicos, cirurgiões, fundos de seguro e empresas. Finalmente, não existe também qualquer definição legislativa quanto à forma de contribuição das Municipalidades e/ou Corporações Regionais de Desenvolvimento à prestação de serviços sociais.

iii) baixa capacidade de coordenação

A dispersão institucional torna-se especialmente problemática, dada a baixa capacidade de coordenação das instituições existentes.

Com efeito, o exemplo da diversidade de formas de operação das instituições de previdência social, ainda que exista uma instituição para esta finalidade, revela claramente este fenômeno.

Contudo, há exemplos deste fato também na área de saúde. A maior parte das instituições acima citadas (item a) atuam no meio urbano, sem que haja formas efetivas de coordenação das suas atividades. Esta ausência de coordenação é particularmente evidente no que tange ao trabalho desenvolvido pelo setor público e pelas ONGs, implicando em superposições na cobertura dos vários subsistemas (setor público, ONGs, etc.).

Na área educacional, o número de professores lotados no Ministério de Finanças (responsável pelo pagamento de salários) tem sido sistematicamente superior ao número de professores lotados no Ministério da Educação (responsável pela distribuição destes professores entre as escolas).²³

Cabe assinalar que estes três elementos acima assinalados — dispersão institucional, ausência de regulamentação e baixa capacidade de coordenação — revelam o debilitamento e os limites da presença estatal no campo dos programas sociais. Com efeito, isto é absolutamente distinto de (e, portanto, não deve ser confundido com) a proposta de descentralização, a qual significa uma forma de presença estatal articuladamente distribuída no território nacional.

iv) dependência de recursos externos

Dada a escassez de recursos internos, o financiamento dos programas sociais é fortemente dependente da injeção de recursos externos. Dada a disponibilidade das instituições internacionais, esta ajuda é particularmente ativa nas áreas de saúde, educação e nutrição.

Na verdade, fala-se inclusive da existência de uma espécie de "loteamento" do território nacional entre as diversas agências internacionais de financiamento. Isto porque as contribuições dessas distintas organizações dirigem-se a programas específicos em cidades e/ou regiões específicas. Assim, regiões e programas contemplados com financiamentos e/ou doações recebem serviços fundamentalmente diferentes daqueles não contemplados. Isto significa, portanto, que a forma pela qual tem se realizado a ajuda externa implica significativa heterogeneidade na prestação dos serviços entre distintas áreas geográficas e distintos programas sociais.

É sabido também que esta ajuda variou significativamente ao longo do tempo. Dadas as políticas heterodoxas do governo Siles-Suazo, por exemplo, e o estrangulamento externo que lhe foi imposto, os recursos externos foram substancialmente reduzidos, como pode ser observado —ainda que a disponibilidade de dados seja escassa— pela importância dos recursos do Tesouro Geral da Nação (TGN) no financiamento das atividades do setor saúde no ano de 1984 (ver tabela 7). Na mesma linha de raciocínio, uma vez implementadas as políticas de ajuste no governo Paz Estenssoro, o financiamento internacional para o MPSSP elevou-se em termos reais de US\$ 660 000 em 1984 para US\$ 13 milhões em 1988. (Banco Mundial, 1989: 41).

Estes dados revelam a fragilidade a que está exposto um país quando seus programas sociais estão subordinados às decisões das agências internacionais. A ausência de autonomia decisória decorrente de tal fato implica em sérios constrangimentos para o planejamento das ações sociais.

v) papel substitutivo das ONGs

As debilidades da ação estatal criaram espaço para a proliferação de uma quantidade significativa de organizações não-governamentais, prestadoras de serviços e com finalidades não-lucrativas, sobretudo na área de saúde. Na prática, elas substituem/superpõem-se às atividades do setor público no setor.

Por outro lado, elas se beneficiam das instalações e financiamento do Estado para operar, pois recebem suporte sob a forma de pessoal pago pelo MPSSP que trabalha em instituições dirigidas por ONGs, bem como a provisão de material médico (vacinas, alimentos, medicamentos, por exemplo). Igualmente, algumas ONGs operam com equipamentos (postos de saúde) de propriedade pública. Finalmente, as

ONGs recebem também subsídios indiretos sob a forma de pagamentos de taxas ou serviços pagos pelas comunidades ou, ainda, pela provisão por parte das comunidades da infra-estrutura necessária à prestação dos serviços de saúde. (Banco Mundial, 1989: 44).²⁴

Este fato constitui-se, na verdade, em um paradoxo, visto que tais organizações fortalecem-se a partir do enfraquecimento do Estado, ao mesmo tempo que se beneficiam dos subsídios por ele gerados. Dito de outro modo, tal como constituída a presença das ONGs na Bolívia²⁵ -substitutiva de um Estado cuja capacidade de regulamentação, coordenação e atuação na área social encontra-se claramente debilitada-, estas podem se constituir, na verdade, em instrumento de oposição²⁶ a uma presença mais eficiente e efetiva deste Estado no setor.

Com efeito, quando da implementação do Fundo Social de Emergência e no contexto das limitações da presença estatal nas ações sociais -baixa capacidade instalada, corte de gastos no setor público-, o Governo Paz Estenssoro optou por contar com a capacidade já instalada e a disponibilidade operacional das ONGs. Assim, expressivo volume dos recursos canalizados para ações no campo social, o foram através destas organizações. Este é o período em que tais entidades crescem e consolidam sua presença como prestadoras de serviços sociais. A tal ponto que é criada a FENASONG -Federação Nacional das Organizações Não-Governamentais. Esta surge e se consolida como um órgão de assessoria -mediante cobrança de comissões- das ONGs na formulação e encaminhamento de projetos ao FSE.

O esforço do governo Paz Zamora para conferir maior capacidade de iniciativa e planejamento aos ministérios implica o debilitamento da FENASONG, que passa a formular estratégias de oposição à política do Governo. Com o debilitamento da FENASONG, as ONGs passam a atuar mais ativamente através das ASSONGs (Associações Regionais das ONGs), as quais, ao lado dos Comitês Cívicos, reivindicam a criação dos Governos Regionais. Do ponto de vista dos programas sociais, elas são contrárias aos grandes projetos externos da gestão Paz Zamora.

No Governo Paz Zamora, portanto, número expressivo de ONGs são contrárias à estratégia governamental de fortalecimento do poder central através dos Ministérios. Nesta perspectiva, elas podem atuar em oposição ao governo, dado que contam com recursos fortes (recursos externos, capacidade instalada, expressiva presença, etc.).

vi) atuação privada dependente do Estado

O Estado, melhor dizendo, uma parte do gasto social do Estado está destinada a financiar atividades sociais de natureza privada.

Como mencionado mais acima, as ONGs operam com subsídios indiretos (sob a forma de pagamento de pessoal, equipamentos, insumos médicos) originados nos recursos do Estado. Igualmente, serviços

médicos privados (operando sob a forma de cobrança de consultas) são realizados em hospitais/clínicas/postos de saúde de propriedade pública. Qual seja, profissionais da área médica recebem um subsídio indireto -do Estado- sob a forma da utilização gratuita de equipamentos públicos.

Na área educacional, a única universidade privada do país recebia até 1985 subsídios da ordem de 1/3 de seus custos de operação. (Banco Mundial, 1989: 56).

Até 1987, muitos dos institutos de previdência social sustentavam-se sobre a base de contribuições especiais. Por exemplo, o instituto dos motoristas recebia uma percentagem sobre as taxas cobradas por seu sindicato. Igualmente, o instituto de previdência das estradas sustentava-se sobre a coleta de taxas cobradas nas estradas de rodagem. Deste modo, uma parcela da população beneficiada recebia benefícios por meio da imposição legal de tributos cobrados ao conjunto da população.

Na verdade, constitui-se um modelo equipamento público/gestão privada, o qual representa uma forma particular de privatização dos serviços sociais. Como veremos, este modelo tenderá a acentuar-se após o programa de ajuste.

vii) expressivo peso do fator salário no gasto social

O exame do destino do gasto social do setor público revela que a maior parte dos recursos do Tesouro para a área social eram até 1985 drenados para pagamento de pessoal envolvido na prestação de serviços. Na área da saúde, o gasto com salário representava 86% do gasto total do MPSSP no ano de 1984 (US\$ 25 313 milhões de US\$ 29 496 milhões de gasto total do Tesouro no setor). Na área educacional, em 1980, 99% dos recursos do Ministério da Educação estavam destinados ao pagamento de salários. (Banco Mundial, 1989: 46)

Esta relação implica, evidentemente, escassos recursos para investimento em equipamentos, insumos, bens e serviços, materiais, etc.

Como veremos, fez parte do ajuste fiscal a redução dos salários dos empregados do setor público, o qual foi, como veremos adiante, especialmente duro com os salários dos professores. Tais medidas visaram reduzir a relação salário/gasto total no orçamento dos Ministérios.

Os baixos índices de efetividade e eficiência da atuação estatal são, ao mesmo tempo, uma característica da Bolívia e um resultado deste conjunto de desafios/limites/ características acima enumerados. Examinemos o impacto do programa de ajuste e estabilização sobre a ação social do governo, bem como as novas tendências presentes no setor.

3. O Impacto do Programa de Ajuste e Estabilização

a) O Comportamento do Gasto

O comportamento do gasto social é, evidentemente, uma variável importante para que se analise o impacto do programa implementado por Paz Estenssoro sobre a ação social do governo.²⁷ A tabela 5 permite analisar o comportamento do gasto oriundo do Tesouro Geral da Nação, excluídos os gastos da previdência e os recursos externos repassados através do Fundo Social de Emergência -FSE.

Há, em primeiro lugar, uma redução dos montantes absolutos dos gastos gerais do governo. Conseqüentemente, ocorre uma redução do volume de gasto em cada setor. Exceção feita ao setor de infra-estrutura (Ministério dos Transportes e Aeronáutica), cujos montantes absolutos de gasto se mantêm razoavelmente estáveis durante toda a década, nos demais setores observamos uma forte tendência de redução do gasto em termos absolutos. Evidentemente, estes dados apenas expressam em termos numéricos um elemento central do programa de ajuste: reduzir o gasto.

No entanto, os montantes relativos de redução do gasto, qual seja o grau de penalização dos distintos setores foi desigual, como pode ser observado pela tabela 6. Na verdade, a estrutura do gasto oriundo do Tesouro permanece relativamente inalterada, com uma importante exceção: no governo Paz Estenssoro, há um crescimento sustentado do gasto com infra-estrutura em detrimento do gasto social. Este volta a crescer em 1988 (ano eleitoral), porém sem retomar o nível de gasto de 1984, governo Siles-Suazo.

Seria precipitado afirmar que este dado signifique que o governo Paz Estenssoro tenha se caracterizado por uma baixa prioridade às políticas sociais. Na verdade, nos gastos do Tesouro não estão computados os recursos oriundos do Fundo Social de Emergência, o qual é parte integrante de seu programa de estabilização. De outro lado, dado que o gasto social do governo é tradicionalmente consumido em salários, esta redução no gasto revela sobretudo o arrocho salarial a que foram submetidos os trabalhadores do setor.²⁸ Contudo, destes dados é possível depreender uma importante tendência da política social boliviana pós-ajuste: os programas sociais passam a ser crescentemente financiados por recursos externos e algumas modalidades de auto-financiamento, ao passo que perdem espaço no gasto de origem fiscal.

4. Novas Tendências da Ação Social do Governo

Herdeiros das características acima mencionadas -dispersão institucional, ausência de regulamentação, baixa capacidade de coordenação, forte dependência de recursos externos, presença substitutiva das ONGs, baixa efetividade e eficácia do gasto-, ao mesmo tempo que obrigados

a administrar os impactos do ajuste, os governos Paz Estenssoro e Paz Zamora revelam novas tendências da ação do Estado no campo social.

TABELA 5
GASTOS DO TGN POR SETOR
(em mil pesos bolivianos de 1980)(1)

Instituições	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Administração	4 948	2 157	2 616	2 395	2 491	2 374	3 078	2 525	2 820
Ñ-transfer.	1 987	1 290	1 345	976	877	1 125	1 048	1 282	1 483
Transfer.	2 961	867	1 271	1 419	1 614	1 249	2 030	1 243	1 337
Infraestrutura	1 546	1 701	1 320	1 103	1 278	1 635	1 805	1 493	1 481
Regional e Local	294	252	137	311	375	113	44	166	30
Social(2)	6 530	4 673	4 405	4 318	3 956	4 041	2 743	3 430	3 482
Defesa	4 808	4 365	2 959	2 467	2 680	3 788	2 903	3 109	3 097
Setorial	970	748	364	501	369	707	290	2 526	541
Total	19 907	13 896	11 801	11 094	11 149	12 567	10 863	13 248	11 451

Fonte: UDAPE

Notas: "Administração" compreende Presidência, Vice-Presidência, Legislativo, Judiciário, e os Ministérios do Planejamento, Finanças (inclusive Taxação), Informação e Assuntos Estrangeiros; "Infra-estrutura" compreende os Ministérios dos Transportes e Aeronáutica; "Social" compreende Ministério da Saúde, Educação, Trabalho e Assuntos Urbanos (não inclui Previdência Social e Fundo Social de Emergência; "Defesa" compreende os Ministérios da Defesa e Assuntos Internos; "Setorial" compreende Ministérios da Agricultura, Mineração, Energia e Comércio e Indústria.

(1) Os gastos do TGN foram deflacionados usando-se taxas mensais de inflação, para reduzir o problema da deflação nos anos de taxas altas de inflação.

(2) Ajustamentos para pensões feitos em 1980, 1987 e 1988.

(3) O salto de crescimento em 1987 é devido a pagamentos de indenização para os mineiros. Extraído de: Banco Mundial, 1989: 24.

TABELA 6
GASTOS DO TGN POR SETOR (em %)

Instituição	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Administração	25.9	15.5	22.1	21.6	22.3	18.7	28.3	19.0	24.6
Ñ-transfer.	10.4	9.3	11.3	8.8	7.8	8.8	9.6	9.6	12.9
Transfer.	15.5	6.2	10.8	12.8	14.5	9.9	18.7	9.4	11.7
Infraestrutura	8.0	12.2	11.1	9.9	11.4	12.9	16.6	11.2	12.9
Regional e Local	1.5	1.8	1.1	2.8	3.3	0.9	0.4	1.2	0.2
Social	34.1	33.6	37.3	38.9	35.4	31.9	25.2	25.9	30.4
Defesa	25.1	31.4	25.0	22.2	24.0	29.9	26.7	23.4	27.0
Setorial	5.0	5.4	3.0	4.5	3.3	5.6	2.6	19.0	4.7
Total	100								

Fonte: UDAPE

Elaboração NEPP, 1992, a partir dos dados da tabela 1.(Banco Mundial, 1989: 24)

Tais tendências são as seguintes:

i) reforço da dependência de recursos externos

Os programas sociais passam a ser crescentemente financiados por recursos oriundos do exterior: organizações internacionais e/ou países

amigos, sob a forma de doações e empréstimos "baratos". Parte integrante da estratégia de ajuste, o Fundo Social de Emergência -FSE-²⁹ foi responsável pela entrada no país de aproximadamente US\$ 200 milhões.³⁰ Seu sucessor, o Fundo de Investimentos Sociais -FIS- nasceu de uma avaliação simultaneamente positiva e crítica ao desempenho do FSE. O FIS pretende ser de caráter mais permanente, o que confirma a tendência de consolidar a ajuda externa como um dos elementos centrais do financiamento dos programas sociais.

Com efeito, o exame da tabela 7, relativa à origem das fontes de financiamento do setor saúde, revela que a ajuda externa saltou de 2.2% do total de recursos do setor em 1984 (governo Siles-Suazo) para 20.6% em 1985 e 27.8% em 1988.

Este financiamento, contudo, é destinado a programas específicos em regiões específicas, o que reforça os resultados, anteriormente mencionados, relativos à heterogeneidade da ação no campo social. Destinado a financiar programas de compensação dos custos sociais do ajuste, o FSE financiou projetos, por meio da avaliação de solicitações financeiras encaminhadas por instituições ("demand drive projects") voltadas à assistência aos mais pobres. Avalia-se que esta modalidade de atuação tenha privilegiado fundamentalmente aquelas comunidades já assistidas por algum tipo de estrutura organizada (ONGs, Ministérios, Municipalidades, etc.) e, que, por esta razão, aquelas camadas mais pobres e desassistidas teriam sido excluídas das ações sociais financiadas pelo FSE. Assim, tal modalidade de operação tenderia a reforçar os resultados relativos à heterogeneidade da ação social.

O FIS, pretende reverter esta tendência, fortalecendo as instituições públicas (Ministérios, municipalidades, etc.), dando-lhes capacidade de iniciativa para programas sociais.

ii) reforço às modalidades de privatização na gestão dos serviços

Há uma tendência à consolidação de modalidades de auto-financiamento como forma de obtenção de recursos. Na área da saúde, esta tendência é particularmente evidente. A cobrança de consultas e serviços médicos ganha espaço crescente como característica da forma de prestação dos serviços. A tabela 7 revela que o item recursos próprios, que representava 5.6% dos recursos totais do setor em 1984 (ano em que a ajuda externa representou apenas 2.2% dos recursos totais do setor), passou a representar 22.1% destes recursos em 1988.

Isto não significa, contudo, elevação do padrão de eficiência dos serviços prestados. Significa, de um lado, a exclusão daqueles que não podem pagar pelos serviços. De outro lado, sabe-se que os recursos obtidos pela cobrança de consultas têm sido preponderantemente destinados à complementação salarial dos profissionais da saúde, cujos

salários foram duramente achatados pelo programa de ajuste. Ora, isto significa que uma das medidas centrais do ajuste (corte de gasto com salários, especialmente na área social) implicou a adoção de uma estratégia de defesa dos padrões salariais da corporação (estratégia esta possível no interior do modelo de prestação de serviços em operação) que penaliza a população a ser atendida.

Na verdade, paralelamente à consolidação do auto-financiamento tende a consolidar-se o modelo equipamento público-gestão privada. Os hospitais e postos de serviços (equipamentos públicos) passam a ser crescentemente um espaço de venda de serviços médicos, cujos preços não são regulamentos ou supervisionados. Qual seja, na rede pública de saúde instala-se uma lógica privada de prestação de serviços, através da qual a corporação dos profissionais da saúde complementam os baixos salários decorrentes do programa de ajuste.

No setor educacional, revela-se tendência semelhante. Em 1988, 70 comunidades solicitaram que uma ONG (Fé e Alegria) assumisse a supervisão de suas escolas públicas. (Banco Mundial, 1990. 60).

Ora, sabe-se que a introdução de modalidades de auto-financiamento, quando endereçadas às populações de baixa renda, implica formas de exclusão social, uma vez que a seleção da clientela se dá por meio da capacidade de pagamento, excluindo, portanto, os mais pobres e necessitados.

iii) focalização

Consolida-se como programa de ação concentrar esforços nas populações mais vulnerabilizadas pelo programa de ajuste. Estas não seriam políticas universais, mas dirigidas aos mais pobres entre os pobres. Ao mesmo tempo, procura-se imprimir critérios de seletividade na seleção das populações-alvo dos programas, de modo a subordinar a política social ao projeto de crescimento econômico.

Deste modo, inicialmente, as linhas de crédito do FSE estavam orientadas a: a) gerar empregos e b) prestar assistência social nas áreas de nutrição, saúde e educação. Tratava-se, portanto, de políticas compensatórias, dirigidas às populações mais penalizadas pelo programa de ajuste.

Na mesma direção, os programas do FIS devem estar concentrados nas áreas de educação e saúde, dirigidos às populações mais pobres, dado que a elevação da efetividade da ação social nestas áreas é considerada pré-condição para a retomada do crescimento econômico.

iv) recuperação da capacidade reguladora do Estado

Tendência recente, associada à gestão Paz Zamora, revela um esforço por parte do Estado de fortalecer sua presença enquanto

formulador, normatizador e gestor das políticas públicas.³¹ Nesta estratégia, os Ministérios passariam a ocupar um papel central na gestão das políticas sociais.

Este projeto revela-se no FIS -Fundo de Investimentos Sociais. Em substituição ao FSE, considerado excessivamente centrado nas organizações que solicitavam suporte financeiro ("um banco de projetos"), o FIS está orientado a reforçar a capacidade de planejamento e coordenação dos ministérios -notadamente, nas áreas de saúde e educação, áreas de atuação prioritária. O FIS é, portanto, encarado como um programa racional de investimentos na área social, cuja coordenação evitaria a duplicação de esforços. Visaria, sobretudo, conferir maior diretividade e poder de iniciativa à ação estatal.

É preciso ficar claro que não se trata de alterar a importância da ajuda externa como fonte de recursos. Trata-se fundamentalmente de reforçar a iniciativa estatal como instância reguladora das atividades sociais, contando com recursos externos.

Como já observado anteriormente, o governo procura inclusive estabelecer maior capacidade de controle sobre as atividades das ONGs. No campo da saúde, criou um "Comitê de Coordenação Interagências", com a finalidade de coordenar as ações das agências internacionais no setor. Ao mesmo tempo, o governo tem buscado fazer um Cadastro das ONGs, de modo a ter melhor controle sobre sua atuação.

IV. O DIAGNÓSTICO DO SETOR SAÚDE E AS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NA DÉCADA DE 80

A Bolívia, como todos os países latino-americanos, atravessa a década de 80 sob a influência de dois grandes movimentos: do ponto de vista econômico, solapada por uma grave crise, o que motivará a implementação, na segunda metade da década de uma severa política de ajuste econômico; do ponto de vista político, inicia o processo de democratização, elegendo sucessivamente três presidentes da República de diferentes partidos.

As políticas sociais e, em particular, a do setor saúde estiveram influenciadas por esse quadro mais geral -crise com democracia- porém, guardando especificidades próprias ao setor. A maior especificidade da política de saúde refere-se a seu grau de interligação com as linhas ditadas pelas agências internacionais, tipo OMS/OPAS, e com o próprio movimento internacional da área de saúde, os quais estão constantemente avaliando e formulando novos parâmetros de atuação para o setor.

Neste âmbito, as propostas dominantes na década impulsionaram a constituição de sistemas integrados e descentralizados de saúde, com ênfase na atenção primária, organizados sob a égide do setor público, nos quais a saúde é concebida como direito do cidadão e dever do Estado. Deste modo, a agenda internacional para a área de saúde será norteadada por tais princípios; ora, os estados nacionais e os dirigentes do setor, em particular terão como desafio a implementação destes objetivos, tendo em vista a situação particular de cada país.

1. O diagnóstico do setor saúde

As principais características do perfil epidemiológico da população boliviana e de seu sistema de saúde, ressaltada nos sistemáticos documentos de avaliação do setor, realizados ao longo da década pelos organismos internacionais (OPAS/Banco Mundial) revelam um quadro de extrema gravidade.

O quadro epidemiológico é marcado pela presença de baixos indicadores de saúde, onde se destacam elevadas taxas de morbimortalidade infantil e materna, determinadas por causas por causas preveníveis e de desnutrição protéico-energética. A desnutrição protéico-calórica é uma manifestação do quadro sócio-econômico do país, caracte-

rizando-se por sua natureza crônica, incidindo mais no altiplano e nas zonas rurais, com tendência a incrementar-se nas áreas urbanas marginais. Entre outras carências, cabe citar as anemias nutricionais e o bócio endêmico. As enfermidades infecciosas, como as respiratórias agudas, a diarreia neonatal e outras doenças imunopreveníveis seguem sendo as principais patologias na infância. A tuberculose é uma das enfermidades mais frequentes. Esta situação, somada à deterioração do meio ambiente, às precárias condições habitacionais e à falta de serviços sanitários básicos, determinam as altas taxas de morbimortalidade. A esperança de vida na Bolívia é de 53 anos e a taxa de mortalidade geral alcança uma cifra de 15 por 1 000. A taxa de mortalidade infantil do início da década (1980) foi de 151 por mil, com diferenças significativas entre as regiões. A taxa de mortalidade materna se situa em 48 por mil. Os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística mostram uma taxa de mortalidade infantil de 102 por mil, para o ano de 1988, o que significa uma redução de 50 mortes por cada mil habitantes, nos últimos oito anos.

O quadro abaixo resume os principais indicadores de saúde para os anos de 1987 e 1988.

QUADRO 2
INDICADORES VITAIS DE SAÚDE - 1987/88

Esperança de vida	53 anos
- Homens	52 anos
- Mulheres	55 anos
Taxa bruta de natalidade	43 por mil
Taxa bruta de mortalidade	14 por mil
Taxa de mortalidade infantil	102 por mil nascidos vivos (a)
Taxa de mortalidade menor de 5 anos	286 por mil nascidos vivos (b)
Taxa global de fecundidade	5.0 filhos por mulher
Taxa de mortalidade materna	46 por mil
Crianças com peso insuficiente	100 por mil
Consumo diário de calorías per capita	2 171
Número de Médicos	5 por 10 000 hab
Número de paramédicos	4.4 por dez mil hab
Número de leitos hospitalares	11 por dez mil hab
Distribuídas:	60% em áreas urbanas
	40% em áreas rurais
Acesso à água potável	
- Áreas urbanas	65 por cento
- Áreas rurais	12 por cento

FONTE: MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA; Banco Mundial. World Development Report, 1988; R. Morales y F. Rocabado: Los grupos vulnerables en las Economías en Desarrollo.

a) Segundo OPS/OMS; b) Segundo tabulações do "Censo de Población 1976".

A organização administrativa e técnica do setor saúde, sob a tutela do "Ministerio de Previsión Social y Salud Publica" -MPSSP- apresenta sérias distorções, o que ocasiona desigualdades na distribuição dos recursos e agrava, mais ainda, o acesso da população aos serviços, já dificultado pelo quadro econômico, cultural e geográfico. Por outro lado, a gestão é altamente centralizada a nível das decisões e dos recursos, em um modelo de atenção assistencial curativo e centrado nas instituições hospitalares. Também é espantosa a dispersão de recursos e programas entre os diferentes organismos públicos e privados; por último, há pouca e deficiente formação e capacitação dos servidores das instituições públicas.

Esse quadro agravou-se, no último decênio, pois o Ministério sofreu, neste período, dada a crise econômica, forte processo de debilitamento de suas funções gestoras. Tal debilitamento favoreceu a formação de "núcleos de poder" ao redor de suas Direções Nacionais.³² As Direções Nacionais estão autarquizadas; cada uma possui unidades administrativas e financeiras próprias, grande autonomia de gestão, garantida pelos aportes de recursos externos, (recebidos diretamente de organismos internacionais). Grande parte destes recursos suplementam os salários da direção e do corpo técnico dessas unidades centrais. Cabe salientar, como veremos mais adiante, que Paz Zamora tem como meta a contabilidade e o controle destes recursos pela unidade central de administração, num esforço de conferir maior racionalidade à ação estatal.

A debilidade orgânica do Ministério se manifesta nas dificuldades para o estabelecimento de políticas e estratégias únicas e nas atividades de coordenação, planejamento e avaliação. Se as dificuldades de articulação interna são imensas, é óbvio que não há qualquer tipo de iniciativas e/ou ações que integrem as ações de saúde pública com as desenvolvidas pela Seguridade Social, apesar de ambas estarem subordinadas a um único Ministério. Por isso, ou seja, pela presença de um modelo sanitário desarticulado entre os subsistemas público e o da seguridade social, é que é escasso o grau de racionalização dos escassos recursos, e tampouco, é equitativa a atenção prestada.

Além disso, é também limitada e deficiente a relação entre o nível central e as unidades sanitárias, sendo restrita a capacidade de controle e gestão do primeiro, e o grau de descentralização e desconcentração das segundas. As unidades sanitárias administram parcialmente seu orçamento, sem exercer controle sobre os programas nacionais de saúde, os recursos humanos e, nem mesmo, a rede hospitalar em seus territórios.

Os dados sobre a atuação no setor saúde revelam a baixa cobertura das ações do Ministério, o qual atinge somente 38% do total da população do país; a Seguridade Social atende 26% e as organizações privadas, 6%. Assim, calcula-se em 30% a população que não está coberta por nenhum tipo de serviço de saúde.

A capacidade instalada do setor público é pouco expressiva, concentrando-se na área hospitalar (o Ministério detém menos de 10% da capacidade ambulatorial, nas quatro principais cidades do país -La Paz, Santa Cruz, Cochabamba e Alto).

O padrão de financiamento do setor saúde sofreu inflexões importantes sob o impacto da crise e da política de ajuste econômico. Atualmente, os recursos fiscais, provenientes do Tesouro Nacional, não cobrem 50% dos gastos realizados, sendo que o restante está sendo financiado com recursos oferecidos pelas agências internacionais (principalmente na forma de doações) e pela captação de recursos próprios, através da venda de serviços em hospitais públicos. Para o ano de 1988, conforme o quadro abaixo, os recursos de origem fiscal (Tesouro Nacional) financiaram 50% do gasto público em saúde, ao passo que a ajuda externa financiou 27.8% e o item "recursos próprios" representou 22.1% das fontes de financiamento do setor.

TABELA 7
EVOLUÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO

FONTES	1984	1985	1986	1987	1988
Recursos Nacionais (TGN + outros)	92.2%	62.2%	48.8%	60.2%	50.1%
Recursos Próprios	5.6%	17.2%	30.2%	25.4%	22.1%
Ajuda Externa	2.2%	20.6%	21.1%	14.4%	27.8%

FONTE: Viana, A.L. e Borba, V. "Fuentes y uso del Gasto Público en Salud en Bolívia", Bolívia, 1988.

Portanto, os problemas enfrentados pelo setor podem ser elencados em três dimensões:

i) institucional: a estrutura operativa proposta pelo Ministério define sistemas locais, organizados em distritos e áreas, com uma hierarquização administrativa e de serviços, onde a área é a unidade mínima de saúde. Porém, esta estrutura proposta não se encontra suficientemente desenvolvida e, nas zonas urbanas, não há uma divisão espacial nem demográfica claramente definida. Isto implica que o modelo sanitário se caracterize pela oferta de serviços curativos, de forma inequívoca e irracional, com completa autonomia de gestão dos hospitais.

Os hospitais estão desarticulados do sistema de serviços básicos e sustentados por "núcleos de poder" competindo entre si. Os "núcleos

de poder" são conformados pela corporação médica, o corpo de funcionários e as instâncias de direção. A competição ocorre pelo uso dos fundos próprios, captados através da venda de serviços. Atualmente, a divisão estabelecida para o uso dos recursos próprios é a seguinte: 50%, para o funcionamento do hospital; 30%, para o fundo de salários que complementa os salários dos funcionários do hospital; 10%, para a unidade sanitária local e 10%, para a Universidade.

Em suma, a característica do modelo de assistência é essencialmente curativa, sendo que os hospitais de nível secundário e terciário têm maior importância que os serviços de nível primário, inclusive por que manejam recursos próprios.

Em termos de programas, o eixo é a atenção materno-infantil; porém, sua característica fundamental é a verticalidade, sobreposição e duplicidade de ações, e a baixa efetividade, inclusive, pela deficiente capacidade ambulatorial do setor público.

A área de medicamentos é das mais críticas e complexas, não existindo uma política de medicamentos essenciais, nem mesmo uma lista básica para os serviços, sendo constante a ausência de medicamentos na rede e a falta de controle sobre a compra de medicamentos pelas unidades sanitárias e hospitais.

ii) recursos humanos: existe uma falta de competitividade do Ministério no mercado de trabalho para captar novos recursos, ou para manter os que formou, devido à insatisfação dos trabalhadores frente aos baixos níveis salariais;³³ ausência de coordenação entre as entidades formadoras de recursos humanos; dispersão da função educativa nas direções, com conseqüente falta de efetividade, duplicação de esforços, etc.

iii) financeiro: a característica básica do sistema é a tendência para a substituição dos recursos fiscais (para o gasto em saúde) pela captação de recursos próprios, por um lado, baseados na venda de serviços e extraídos via atividades de prestação centradas nos hospitais públicos e, por outro lado, pelo crescimento da ajuda externa (sob a forma de doações), destinada, em grande parte, a Direções específicas no interior do Ministério e canalizada para o gasto em custeio.

Cabe assinalar que os recursos próprios, captados através da venda de serviços, estão, em sua maioria, sendo destinados ao funcionamento dos hospitais e à suplementação salarial do corpo de funcionários, tendo em vista o encolhimento dos recursos orçamentários e os níveis de achatamento salarial dos servidores públicos, principalmente após a política de ajuste. Cabe salientar que, em alguns hospitais, tal tipo de fonte financeira já chega a representar 60% do total dos recursos disponíveis.

Do ponto de vista do destino do gasto, o período 1984/88 foi marcado por crescimento maior dos gastos do nível central frente ao das unidades sanitárias.³⁴ Foi marcado também pelo incremento dos gastos de custeio, principalmente na categoria alimentos e atividades do tipo contratos de serviços, ou seja, em atividades-meio.

Em resumo, as atividades do setor público na área de saúde são realizadas por dois subsistemas desarticulados —o público e o da seguridade social—, sendo que ambos os subsistemas desenvolvem um modelo de atenção voltado para as ações curativas e hospitalares. O financiamento do subsistema público passa crescentemente a estar centrado na captação de recursos próprios e na ajuda externa. O subsistema da seguridade social, por sua vez, opera com base na contribuição dos trabalhadores do mercado formal de trabalho. Assim, há processo acelerado de substituição de recursos fiscais pela venda de serviços, o que agrava as iniquidades do sistema. Por outro lado, a ajuda externa coloca um condicionante importante, pois, atualmente, são recursos destinados ao custeio das ações de saúde; sua paralisia pode comprometer a própria prestação de serviços.

Quanto aos atores, pode-se afirmar que os participantes da política de saúde —o Ministério, as ONGs, os organismos internacionais e as corporações (de médicos e de funcionários)—, apesar da crítica que realizam às distorções do sistema, estão, em grande parte, solidários a essa dinâmica, pois a desobrigação do Estado —na forma de recursos, serviços, atividade reguladora, etc— os favorece. Em primeiro lugar, porque a privatização que substitui recursos fiscais e a própria ajuda externa reverte-se em fundos de salários.³⁵ Em segundo lugar, porque a ausência do Estado significa mercado para as ONGs e o setor privado, sabendo-se que a maior parte das ONGs cobram pelos serviços prestados e utilizam-se de fundos a custo zero, tanto via doações internacionais, quanto via convênios com o setor público, além da utilização dos recursos dos Fundos de Emergência —antigo Fundo Social de Emergência e atual Fundo de Inversão Social. Em terceiro lugar, porque o auxílio direto às Direções Nacionais, realizado pelas agências internacionais, permite o comando, por parte destas agências, sobre "partes do Ministério". Ou seja, a ausência de coordenação, dentro do próprio Ministério, propicia a formação de feudos dirigidos pelas agências externas, o que favorece, inclusive, a competição entre elas pela influência maior ou menor sobre a formulação da política de saúde.

Em suma, a Bolívia é palco hoje de uma política de saúde totalmente dissociada entre o discurso e a realidade. Na verdade, o caso boliviano expressa uma contradição entre, de um lado, a existência de modelos mais institucionais de política social e, de outro lado, a ausência naquele país de uma sólida base econômica e institucional que possa sustentar políticas deste tipo. Ou seja, o baixo grau de industrialização e, portanto, do mercado formal de trabalho; o baixo grau de equidade na distribuição da renda; a alta dependência

de recursos externos são características nacionais que, submetidas à crise dos anos 80, não favoreceram a criação de instituições estatais sobre as quais fosse possível constituir uma política social de tipo universal, gratuita e redistributivista. No entanto, são políticas deste tipo, de cunho progressista, que se constituem em parâmetros para a atuação no setor saúde.

Na verdade, a dúvida reside exatamente em saber qual desenho de política social é possível para países de difícil viabilidade econômica, como é o caso do país em estudo.

2. As Políticas de Saúde na Década de 80

a) *O período das Campanhas Populares (gestão Siles-Suazo)*

A política de saúde do período Siles-Suazo (1982/85) caracterizou-se pela implementação de ações nacionais de saúde, com ampla participação popular, na forma de grandes campanhas, visando a erradicação de algumas epidemias nacionais, como o sarampo, a poliomielite infantil, a febre amarela e o tétano. Além disso, o conceito mesmo de atenção à saúde foi reformulado, incorporando-se nos documentos oficiais a visão de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, ou seja, a política de saúde passou a ser orientada pelo princípio da universalização e do direito à saúde como conquista popular.

O conceito da saúde como conquista popular é característica essencial da política deste período. Vincula-se, segundo um dos principais documentos que retrata o pensamento da época,³⁶ à necessidade das populações dos países subdesenvolvidos identificarem na saúde a expressão máxima da busca pela melhoria da qualidade de vida. Segundo Torres Goitia, Ministro da Saúde do governo Siles-Suazo,

"(...) particularmente los pueblos de los países subdesarrollados como el nuestro, tienen tantas reivindicaciones pendientes, que cuando se logra identificar la salud como la máxima expresión de todos los componentes de la calidad de vida, la lucha por la salud no sólo resulta integradora de todas las conquistas sociales, sino que se convierte además en nexo de unidad nacional y en medio para superar diferencias sectarias y otras que naturalmente existen en toda sociedad (...) empezamos recalando que la salud es un derecho, y como tal no puede venderse ni regalarse, sino que se conquista, junto con todos los derechos sociales, con la movilización popular organizada".³⁷

A garantia do direito universal à saúde teve ainda como consequência o compromisso por parte do Estado de construir um sistema único de saúde, que passa a ser o responsável pelas atividades de assistência à saúde.

A principal estratégia para esta mudança na Gestão Goitía foi incentivar a criação dos "Conselhos Populares de Saúde", na medida em que facilitava a consecução das ações de Saúde, substituía e neutralizava a inoperância do próprio Ministério e expandia as bases políticas de sustentação da mudança pretendida. A participação popular foi peça fundamental no período para implementação da política de saúde: ela não é apenas política, mas também uma forma de gestão (recurso administrativo), pois utilizava-se todo o potencial das organizações populares (inclusive outras organizações fora os Conselhos, tipo Clube de Madres, Junta de Vecinos, etc) para a realização de ações de vacinação, distribuição de alimentos e educação sanitária, entre outras.

O documento que oficializa essa estratégia chama-se "Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático y Popular", de junho de 1983. Este documento foi discutido com o Conselho Popular. Nele são definidas as ações imediatas, a composição e o funcionamento do Conselho Popular de Saúde, as metas e prioridades para aquele ano. São definidas como ações imediatas: instalar os Conselhos Populares a nível nacional, regional, de distrito e de área; ratificar o papel estratégico do MPSSP na implementação do sistema de saúde; incrementar o orçamento de saúde; racionalizar, integrar e incrementar a cooperação internacional; implementar, com a universidade boliviana e as organizações populares, um programa de investigação; desenvolver um sistema de planejamento; desenvolver a participação intersectorial no financiamento; organizar e centralizar a aquisição de medicamentos e insumos médicos; dar prioridade à imperiosa necessidade de baixar a elevada taxa de mortalidade infantil atual (200 X 1 000), concentrando as atividades dos Conselhos Populares de Saúde na atenção materno-infantil, dos trabalhadores, nutrição e saneamento ambiental; desenho da estratégia para avançar na ampliação das metas regionais.

Os Comitês Populares de Saúde³⁸ reuniram-se em sete dos nove departamentos do país, em Congressos Departamentais, agrupando mais de seis mil delegados de Comitês Locais, reforçando o trabalho junto aos programas de prevenção. Atuaram, junto ao MPSSP, nas unidades de reidratação oral (URO), campanhas de vacinação massiva, creches e programas de educação popular.

O Programa Central deste período foi o "Plano Integral de Actividades en Areas de Salud" -PIAAS-, desenvolvido a partir de 1984. Objetivava introduzir programas de ação rápida, dirigidas às áreas materno-infantil, trabalhador e meio ambiente, através das áreas de saúde. O desenvolvimento do PIAAS deu grande impulso à ampliação da rede regionalizada, pois, em 1984, 150 áreas de saúde estavam sob as diretrizes do PIAAS; em maio de 1985, já alcançava um total de 350 áreas.

Com relação à atenção hospitalar de segundo nível, o principal programa incrementado foi o de atenção gratuita pré-natal e do parto.

O alcance dessa medida restringiu-se a algumas unidades e hospitais de La Paz, e, segundo dados da OPS,³⁹ foram cobertos 30 mil partos.

Outro ponto central da política de saúde desse período envolveu a questão dos medicamentos. A Bolívia tem uma situação de dependência quase exclusiva da importação de matérias primas e, portanto, são elevados os custos dos medicamentos. Desde a década anterior, os organismos governamentais e o Colégio Médico buscaram adotar uma política de medicamentos que revertesse e atenuasse essa situação. Inclusive a viabilidade da atenção curativa dependem da disponibilidade de insumos médicos e de medicamentos. Para tal, a gestão de Goitia criou o Instituto Nacional de Suministros Médicos (INASME), cujo objetivo fundamental foi racionalizar o uso de medicamentos, elevar a qualidade da atenção médica, através de uma adequada utilização dos produtos farmacêuticos e de insumos médicos disponíveis, com o conseqüente impacto econômico favorável à nação.

Desde o início de suas atividades, o INASME enfrentou a reação das empresas farmacêuticas, através da prática do desabastecimento. Face a este problema, o Ministério tomou as seguintes medidas: importar medicamentos através da OMS e colocá-los à venda em farmácias populares (criaram-se 89 farmácias populares), a um preço inferior aos dos produtos vendidos normalmente. Os problemas enfrentados pelo INASME foram enormes, chegando até a comprometer a credibilidade de suas ações (através do desabastecimento crônico, problemas relativos à qualidade dos medicamentos, distribuição, gerência, etc). Alguns analistas concluíram, entretanto, que apesar dos problemas e da desativação do INASME, o exemplo de sua atuação demonstra que é possível formular um programa de medicamentos efetivo, evitando a dependência externa.

Finalmente, a última parte da política, visou a agilização da máquina do MPSSP, com vistas a adequá-la à nova política. A readequação do Ministério visava quebrar a estrutura verticalizada existente e criar uma outra, com a agrupação por funções ou núcleos de operação. Os núcleos criados foram: Núcleo de Direção; Núcleo de Planejamento e Desenvolvimento; Núcleo Técnico Normativo de Saúde; Núcleo Técnico-Normativo de Seguridade Social; Núcleo de Apoio Administrativo; e Núcleo Operativo (composto pela "Direção Nacional de Saúde" e pelas Unidades Sanitárias). Segundo a OPS, a organização funcional em núcleos representou uma inflexão radical frente à organização tradicional, e permitiu uma integração de esforços e ações para o desenvolvimento eficiente dos programas e atividades.

Quanto à efetividade da política, os dados do próprio Ministério revelam que houve considerável redução na incidência de casos de poliomielite, febre amarela e tétano; extensão de cobertura nas unidades de reidratação oral e de nutrição, nos centros infantis de leite. Parecem ter sido satisfatórios os resultados alcançados pelos programas de prevenção do bócio e da saúde oral, e os obtidos através das mobilizações e das campanhas em zonas endêmicas.

Em suma, a política do período teve três eixos básicos: a saúde preventiva oferecida através da participação popular; a instituição do parto gratuito e o estabelecimento de uma política nacional de medicamentos. São características deste desenho de política a afirmação nacional e a mobilização popular, integrando-se ao próprio perfil político da gestão Siles-Suazo que, em resumo, procurou saídas nacionais para a crise do modelo de desenvolvimento das décadas anteriores.

b) *A política de saúde condicionada pelo ajuste econômico (gestão Paz Estenssoro)*

A política de saúde do período de Paz Estenssoro (1986/89) esteve condicionada pela política de ajuste. Os cortes nos gastos públicos, e em específico da área social, o arrocho salarial, o discurso da privatização acabaram funcionando como limites ao estabelecimento da política social e, em particular, à política de saúde. Por esta razão, é forte no período a formulação de estratégias institucionais, através da elaboração de documentos e planos oficiais, como forma de substituir a efervescência de ações do período anterior.

Na verdade, dado que gestão anterior fora um marco importante na área de saúde, os documentos iniciais do novo Governo mantiveram discurso semelhante, com ênfase na participação, na co-gestão e na atenção primária: criou-se a "Direção Nacional de Mobilização Social", e esta incentivou os programas participativos nos "Centros Infantis de Leite" e nos "Centros Integrais Infantis". Por outro lado, eram oficializados e normatizados os mecanismos de participação dos Comitês Populares e nos conselhos técnicos da Subsecretaria de Saúde Pública.

Segundo Fleury,⁴⁰ esse processo de oficialização da participação popular e de disciplinarização de suas ações teve o efeito de uma desmobilização em termos políticos, pois no documento final do "II Congreso Nacional de Comités Populares de Salud", realizado em fevereiro de 1988, constatou-se que os Planos do período foram elaborados sem a participação dos organismos populares. As razões apontadas para a paralisia das atividades dos Comitês prendem-se à falta de apoio da maioria das unidades sanitárias à política de participação e, também, da própria população, que se encontrava desconfiada e desmobilizada.

Com efeito, uma série de documentos abaixo nos revelam um esforço de formulação de estratégias de ação para o setor saúde. Cabe salientar que nestes documentos é forte ainda um referencial de atuação no setor em que a universalidade da prestação de serviços ocupa um lugar extremamente relevante.

Durante o governo Paz Estenssoro, os programas assistenciais foram explicitados através de dois Planos: o "Plan de Acciones Inmediatas", de 1986 e o "Plan Trienal de Salud", cobrindo o período 1987/89.⁴¹

O "Plan de Acciones Imediatas", de 1986, ressalta como objetivos da política: impulsionar o desenvolvimento institucional, a consolidação dos Comitês Populares de Saúde, a maior participação dos organismos não-governamentais (ONGs) e melhor aproveitamento da solidariedade internacional. Define, ainda, como estratégias operacionais, a atenção primária e a regionalização. Nos diz que o sistema regionalizado se estabelecerá sob duas premissas fundamentais: a da descentralização operativa com centralização normativa. São objetivos da descentralização proposta a desconcentração administrativa e a autonomia das unidades sanitárias para a execução do planejamento e da programação de atividades, delegando autoridade, em forma escalonada, às áreas e distritos. Neste sentido, cada unidade deverá consolidar e fortalecer a rede de serviços, através do desenvolvimento de sistemas administrativos e de coordenação.

No ano seguinte, foi elaborado o "Plan Trienal de Salud (1987-1989)", que tinha como objetivo o fortalecimento da estrutura institucional e da participação popular e o alcance da atenção integral a todos e, especialmente, às maiorias nacionais. As estratégias são as seguintes: fortalecimento e desenvolvimento institucional; participação popular; desenvolvimento dos recursos humanos; definição da política de medicamentos; implementação do "Plan Alimentário Nacional"; proteção e melhoria do meio ambiente; coordenação setorial e intersetorial e desenvolvimento gerencial dos serviços.

Os dois Planos, na verdade, desobrigam-se de definir uma política nacional de saúde e restringem-se a propor mudanças institucionais e administrativas para o subsistema público de saúde.

Cabe salientar, ainda, o último Documento produzido pelo MPSSP, através de convênio com o Banco Mundial, entre 1988 e 1989.⁴² O documento pretende esboçar um projeto para a área de saúde e define, como objetivos gerais: i) melhorar o nível de saúde da população, com base na extensão de cobertura dos serviços básicos de saúde e nutrição e ii) o fortalecimento do MPSSP, em seu papel estratégico e normativo, a nível central, e de executor e coordenador, a nível regional.

Os objetivos específicos são: implementar um modelo de atenção que garanta a equidade, qualidade e universalidade dos serviços; criar subsistemas eficientes de apoio, que garantam a ótima gestão sanitária, priorizando o subsistema de medicamentos e insumos; melhorar a eficiência na utilização de recursos; promover o desenvolvimento dos recursos humanos; garantir, como componentes estratégicos do modelo, a participação popular e a comunicação social; racionalizar a rede hospitalar; desenvolver a rede nacional de laboratórios, com apoio nas ações de saúde.

O documento no que diz respeito ao modelo de atenção à saúde a ser implantado, nos diz que o mesmo deverá basear-se nos princípios de universalização, como um direito constitucional; na integração das

ações de caráter preventivo e de promoção com as de tratamento e reabilitação; na integração dos hospitais à rede de serviços em caráter progressivo; e na participação popular e mobilização social. O projeto prevê investimentos da ordem de 42 milhões de dólares, dos quais quase 50% são oriundos do Banco Mundial.

Em suma, a política de saúde do período apoiou-se mais na formulação de estratégias do que na implantação de programas. A política de ajuste serviu como limite importante. É importante lembrar que no período somente 60% do orçamento previsto era executado, pois os "cortes" de recursos do Ministério da Fazenda eram constantes.

Entretanto, foi durante esta gestão que se iniciaram as discussões com os órgãos internacionais, visando à implementação de grandes projetos integrados (abarcando componentes físico, institucional e de recursos humanos). Como veremos a seguir, a política da atual gestão (Paz Zamora) está bastante voltada para o desenvolvimento deste tipo de projetos, com base em financiamento externo. No entanto, há uma ênfase significativa na ampliação da capacidade física de serviços e no fortalecimento institucional do Ministério.

c) *O período dos grandes projetos externos (gestão Paz Zamora)*

O marco de referência para a atual política de saúde (governo de Jaime Paz Zamora -1989/92) é o fortalecimento do Estado como gestor, normatizador e formulador das políticas públicas, estratégia de governo definida ainda quando da campanha eleitoral de Paz Zamora. Os documentos referentes à ação no setor saúde, além de definirem ações pontuais, dão ênfase excessiva ao fortalecimento institucional do Ministério, justamente como mecanismo de recuperação do poder regulador do Estado.

Do ponto de vista das ações prioritárias, a gestão de Mario Zamora no Ministério de Saúde elencou: os programas de atenção materno-infantil, de forma a diminuir as altas taxas de mortalidade infantil e materna (em 35% a 50%). Tal objetivo seria alcançado através do fortalecimento da Direção Nacional Materno-Infantil, utilizando-se da rede do Ministério juntamente com as de outras instituições da área de saúde, como ONGs, o próprio Exército e seus serviços médicos, coordenadas regionalmente.

Buscar-se-ia privilegiar as ações de melhoria e de implantação de redes de água e esgoto, vacinação regular em escolas, centros de saúde, com apoio da rede de outras instituições, além de programas específicos de ajuda alimentar. Buscar-se-ia também a incorporação da atenção primária à rede de serviços da Seguridade Social, de forma a privilegiar ações preventivas e de caráter educativo; e a atenção médica, intensificada através de um sistema de medicamentos, que liste medicamentos essenciais e de baixo custo.

O fortalecimento institucional do Ministério e a mudança na lógica de atuação do mesmo, através da horizontalização das ações, aparece como meta estratégica. Por outro lado, há estímulos à descentralização, como parte do projeto de reforma administrativa do Estado, através da constituição dos governos departamentais, os quais operacionalizarão as ações dos diferentes setores. Caberia ao Ministério uma ação normativa, sendo que as unidades sanitárias deverão estar integradas com outras instituições, no sentido de maximizar as ações de saúde dentro do espaço regional; por exemplo, com outros setores, tais como Exército, Escolas, Polícia, e as instituições do poder local, como são as Alcadias e as Corporações. Na concepção dos atuais dirigentes de saúde, os espaços regionais devem contemplar a intersectorialidade (está prevista a criação de Unidades de Desenvolvimento Social, a nível regional), através de ações conjuntas de diferentes instituições. No plano específico da saúde, serão incentivados os Distritos Sanitários como mecanismos de horizontalização.

Deste modo, parece prevalecer uma concepção de "descentralização", a qual, na verdade, estaria mais próxima de uma desconcentração administrativa, visto que permaneceriam centralizados no Ministério os recursos financeiros e a formulação da política de saúde, ao passo que caberiam às agências descentralizadas a nível regional as funções de coordenação local de esforços para execução da política.

No âmbito do Ministério, a gestão será desenvolvida por núcleos gestores, tais como: Núcleos de Decisão, Administrativo, Operativo, de Planejamento, Normativo e de Programação. De certa forma, reintroduz-se a estrutura administrativa "paralela" — e não, tradicional — do período de Siles-Suazo, como forma de agilizar a ação burocrática.

Os mecanismos de financiamento estarão, ainda, baseados no aporte de recursos externos.⁴³ Serão utilizados os recursos externos como forma de alavancar o setor, pois o crescimento dos recursos do Tesouro Nacional estão, ainda, na dependência da evolução dos índices de crescimento econômico e do avanço dos índices de produtividade na esfera produtiva.

Os programas prioritários definidos pela atual gestão são: atenção materno-infantil; ações descentralizadas com participação da comunidade, organizada a partir do território e não, classistamente; ações no sentido de converter os recursos humanos alocados no setor saúde em "protetores da saúde da população"; articulação dos sistemas de patologia; política de medicamentos; sistema de manutenção; investigação clínica e epidemiológica regional; geração de padrões de consumo de dietas regionais; nova cultura de saúde e nova estrutura organizacional para o Ministério.⁴⁴

A participação popular é vista de forma diferente das antigas gestões, ao privilegiar o espaço regional e não, associações do tipo

Conselhos Populares de Saúde. Os próprios dirigentes alegam que os Conselhos se partidariaram excessivamente e não refletem a sociedade como um todo.

Entretanto, esta é uma questão importante que diferencia a gestão Siles-Suazo das demais: o componente da participação popular era central na gestão de Suazo, tendo em vista que através da participação pensava-se obter melhores níveis de cobertura para as ações preventivas, como também fortalecer institucionalmente o Ministério, a partir do alargamento das bases de legitimidade de suas próprias ações. Torres Goitia,⁴⁵ em livro recente, defende essa posição, de que o fortalecimento institucional significa, também, o estreitamento das ações públicas com a população, visando justamente dar legitimidade às ações do Estado. O ponto de vista atual gestão é mais técnico: considera-se a participação importante, mas não centrada nas classes populares, substituindo-se o próprio conceito de participação popular por gestão social.

Todos os pontos referentes às ações sociais da gestão Paz Zamora foram oficialmente formulados no documento "Fundamentos de la Política Nacional de Salud", de 1991.⁴⁶ Cabe salientar que o texto propugna a construção de um sistema único que integre os subsistemas público, da seguridade, junto com o setor privado e as ONGs. Como se vê, o discurso pelo sistema único é uma constante nos documentos oficiais desde 1982. Ele está presente até mesmo na própria formulação dos atuais grandes projetos (como o do Banco Mundial), como vimos anteriormente.

Segundo aquele documento, são objetivos específicos do Ministério para área de saúde: priorizar crianças e mulheres em idade fértil; desenvolver um modelo sanitário coerente com a realidade nacional; implementar um modelo de regionalização; articular uma rede de serviços; normatizar modelos de planejamento; fortalecer os mecanismos de administração financeira; viabilizar a oferta de medicamentos; desenvolver mecanismos de informação; melhorar os recursos físicos; apoiar a integração docente-assistencial; fortalecer a investigação científica; favorecer os investimentos estatais; fortalecer a Subsecretaria de Seguridade Social; ampliar a cobertura da seguridade social; promover o melhoramento das condições ambientais; realizar controle de vigilância e implementar programas de assistência alimentar. Ou seja, repetem-se os mesmos objetivos específicos constantes de todos os Planos e Políticas de Saúde desde 1982.

Quanto à política de descentralização, o Decreto 22354 cria os "Comitês Regionais e Distritais de Sobrevivência Infantil, Desenvolvimento Infantil e Saúde Materna", como instrumento facilitador da participação comunitária e de articulação social, participando desses comitês, todas as organizações civis, militares, religiosas e sindicais, as quais seriam presididas pelos "Prefectos".

A gestão Paz Zamora, no que se refere à política de saúde, dado o processo de "definhamento" do nível central, é marcada pela presença de grandes projetos externos. Segundo entrevistas realizadas, a política em curso caracteriza-se pelo "loteamento" das áreas de saúde do país, cada uma sendo administrada por uma agência internacional.

Os dois grandes projetos⁴⁷ que estão em fase de implementação são: "Proyecto Integrado de Salud" (PROISS) (Banco Mundial/MPSSP-Bolívia), voltado para La Paz, El Alto, Cochabamba e Santa Cruz e o "Proyecto de Desarrollo de Serviços Básicos de Salud" (BID-OPS/OMS/MSSP-Bolívia) para as regiões de Chuquisaca, Potosi, Oruro, Tarija, Beni e Pando. Os dois projetos prevêem a construção, a reforma e o reequipamento da rede pública nessas áreas; novas contratações de recursos humanos e aperfeiçoamento institucional; treinamento, reciclagem e formação de recursos humanos. O projeto com o Banco Mundial prevê crédito de 20 milhões de dólares para a construção, remodelação e reequipamento de 161 centros ambulatoriais e a construção de um Hospital Materno-Infantil, na cidade de El Alto. O segundo projeto, com o BID, prevê créditos da ordem de 30 milhões de dólares para a construção e a reforma de 108 estabelecimentos de saúde, tais como Centros Ambulatoriais e Hospitais Distritais, além da compra de equipamento.

Além desses dois grandes projetos, nas áreas dos programas assistenciais, definidos como prioritários, há uma série de Convênios com instituições internacionais, tais como: "Medicamentos Essenciais" (Holanda/MPSSP); "Salud Infantil y Comunitária" (USAID-MPSSP); "Apoyo Técnico en Salud" (OPS-OMS/MPSSP); "Apoyo Intensivo" (França-Holanda-OMS/MPSSP). Os convênios prevêem aporte de recursos para o custeio de atividades programáticas.

Em resumo, a política de saúde deste período, apesar de expressar oficialmente os mesmos princípios constantes da agenda de saúde desde 1982, volta-se no momento para ações mais imediatas, deixando o desenvolvimento institucional, físico e de recursos humanos, de longo prazo, no âmbito dos grandes projetos externos. A descentralização passou a ser vista através da proposta de descentralização política do país e a participação popular ganhou novos enfoques. O sistema único de saúde, a integração rede básica-hospitais, a integração dos subsistemas público e previdenciário parecem no momento ser apenas peças de retórica. Qual seja, há um distanciamento entre a prática real e o discurso oficial, cujas razões podem ser encontradas na estrutura econômica e institucional daquele país.

3. Considerações Finais

O debate sobre saúde na década caracterizou-se, em um primeiro momento, pelo entendimento da saúde como conquista popular, sendo vista como reivindicação máxima, dentro de um rol de demandas por

melhoria na qualidade de vida. A tônica deste período (1982/85) foi a participação popular nas ações de saúde, constituindo um marco no sentido da reversão do quadro epidemiológico do país. Os demais períodos caracterizam-se pela presença dos projetos externos,⁴⁸ os quais se vinculam a uma área ou região do país, concentrando esforços na reestruturação institucional do próprio Ministério e prevendo aumento da oferta de serviços. O fato de que tais projetos dependam de recursos externos expressa o próprio debilitamento do Estado Nacional, no sentido de sua capacidade de prover recursos, formular políticas e regular os agentes ofertantes do sistema.

Entretanto, nas três gestões sob análise, a nível do discurso, foram propostos princípios idênticos, ou seja, os mesmos definidos pela agenda internacional de saúde: constituição de um sistema único, descentralizado, regionalizado e hierarquizado; ênfase na atenção primária; fortalecimento do papel gestor do Ministério; aumento da efetividade, eficiência e equidade do sistema. Porém, o contexto econômico impulsionou a política para a focalização (e não a universalização); para a privatização (e não a gratuidade); para a fragmentação e superposição (e não a regulação); para a dispersão (e não a descentralização), o que implica que há um crescente deslocamento entre os princípios expressos pela política de saúde e as possibilidades e mecanismos reais de sua implementação.

Assim, pode-se afirmar que o que distingue a política de saúde de forma mais marcante no início (1982/85) e no final da década (1985/89 e 1989/92) é o papel da ajuda externa, (irrelevante no primeiro período e relevante no segundo). Ou seja, o elemento de distinção é externo à própria política de saúde, pois vincula-se à ação compensatória implementada pelas agências de financiamento externo, face à política de ajuste.

A política de Siles-Suazo não contou com os aportes e com o auxílio externo, na proporção daqueles absorvidos pelas gestões de Paz Estenssoro e, atualmente, Paz Zamora. Porém, atingiu níveis de efetividade (através da diminuição dos níveis de incidência de patologias imunopreviníveis) razoáveis, utilizando-se basicamente da mobilização popular. Na verdade, o contexto econômico-social dos dois períodos (Siles-Suazo e Paz Estenssoro/Paz Zamora) é radicalmente distinto: o primeiro, vincula-se a uma tentativa de resolver a crise econômica através de uma política econômica própria, de cunho heterodoxo, onde a ênfase no social focalizava a política de saúde, entendida como tarefa de todos; o segundo período é o do ajuste, no qual o social é visto pela ótica compensatória, dadas as conseqüências sociais da própria política econômica.

O resultado da política de ajuste foi impor uma dinâmica para a área de saúde totalmente dissociada do discurso oficial: na verdade, a área de saúde, apesar dos discursos pela implantação de uma real reforma sanitária, segue dinâmica própria, marcada por:

i) privatização: como vimos, é alta a participação da venda de serviços no custeio dos hospitais públicos);

ii) alta dependência da ajuda externa: o recurso externo além de cobrir o próprio gasto de custeio do Ministério está altamente centralizada, pois, em 1988, duas Direções Nacionais -Epidemiologia e Saneamento- absorveram 80% do total do gasto realizado com auxílio externo);

iii) fragmentação e duplicidade de ações, onde é baixo o grau de coordenação do Ministério e proliferam uma infinidade de instituições (tipo ONGs), cada uma desenvolvendo atividades próprias e atuando dentro de mesmas áreas.

Segundo documento da Fenasons, ⁴⁹ quase 60% das ONGs em saúde atuam nas cidades de La Paz, Cochabamba e Santa Cruz. A atuação dessas ONG também conta com auxílio do Estado (ou via Ministério, ou Unidade Sanitária, ou outro tipo de repartição estatal), na forma de pagamento de pessoal, material, medicamentos e alimentos. Segundo o documento citado, 76% das ONG possuem convênio com o setor público. Em suma, há uma constatação nos diferentes documentos, que os serviços estão concentrados, tanto os do setor estatal quanto os do setor privado nas mesmas áreas, e por isto mesmo, não se reverte o quadro das dificuldades de acesso; ou seja, os 30% que não estão cobertos por nenhum tipo de ação, continuam, depois de uma década, na mesma situação.

Atualmente, a política social e, em particular, a da saúde, está definida pela "Estratégia Social Boliviana", ⁵⁰ documento que elenca as diretrizes para a área social. Este expressa que a tônica da política deverá ser a focalização, a identificação de algumas prioridades e o incremento dos níveis de eficiência e eficácia dos sistemas de atenção. A focalização pretende orientar a política social -educação, saúde e saneamento- para os segmentos mais pobres da população e, em especial, para mulheres e crianças. A priorização busca identificar as ações que atendam e revertam as condições de pobreza, tais como as ações preventivas e de assistência básica, na área de saúde, e o ensino básico, na área educacional, principalmente nas áreas rurais. O aumento da eficiência vincula-se à melhor utilização dos recursos da área social, revertendo o uso intensivo em gastos de custeio e em pagamento de salários (como é o caso da educação).

O princípio norteador da estratégia, além da visão da política social como emergencial, é vincular o social aos níveis de produtividade da economia, com o argumento de que através de investimentos em capital humano aumentam-se os níveis de produtividade.

Juntamente com a formulação do documento "Estratégia Social Boliviana", foi publicado o Decreto 22965, o qual esboça os "Lineamentos Básicos de Lucha contra la Pobreza", tendo como referência básica a focalização: o "Decreto contra a Pobreza" define três grupos-alvo,

quais sejam, i) a população vinculada à agricultura tradicional, priorizando aquela cujos indicadores sociais estejam abaixo da média nacional; ii) a população urbana vinculada ao setor informal com renda inferior à média nacional; iii) os grupos vulneráveis, como os povos indígenas, as crianças, os jovens, as mulheres, os velhos e famílias em condições difíceis.

O mesmo decreto define ainda como prioridades nacionais a educação básica para o primeiro grupo-alvo; a saúde materno-infantil e a extensão da cobertura para a área rural, com base na atenção primária; ações de saneamento básico para as áreas marginais das cidades; e o desenvolvimento da capacidade produtiva dos grupos vinculados à agricultura tradicional.

O decreto explicita ainda os mecanismos que serão utilizados para a consecução dessas prioridades, definindo: primeiro, que o orçamento para as áreas de saúde, educação, saneamento básico e infra-estrutura produtiva tenham incremento maior que o incremento global orçamentário da nação durante 10 anos; segundo, que os recursos destinados aos grupos-alvo deverão crescer a um ritmo maior que o do respectivo setor durante o mesmo período; por último, que dentro de cada grupo-alvo, os recursos destinados a investimento, equipamento e insumos deverão crescer também a um ritmo maior que o do orçamento total.

Para a consecução destes objetivos, foi definido ainda, como instância coordenadora, o Conselho Nacional da Política Social - CONAPSO,⁵¹ o qual definirá as estratégias de curto e longo prazo para a concretização dos objetivos já definidos, bem como os recursos e os projetos para a área social. O decreto define, finalmente, que os recursos originados da privatização das empresas públicas destinem-se a fortalecer o orçamento da área social e que o auxílio externo seja canalizado para as ações prioritárias já definidas.

Desta forma, pode-se dizer que há uma inflexão da política neste último ano do Governo de Paz Zamora, no sentido de concentrar esforços em alguns tipos de atividades e para alguns grupos populacionais específicos.

No caso da saúde, continuam em vigor as idéias de descentralização, sistema único, ênfase na atenção primária, porém a curto prazo os esforços estarão concentrados em reduzir a mortalidade infantil a níveis da média encontrada para América Latina; lograr que a infra-estrutura de serviços tenha cobertura a nível nacional e erradicar a desnutrição severa. De certa forma, há um certo abandono, tanto na ênfase pela participação popular, quanto na definição de tão somente princípios para a saúde (como sistema único, descentralização, fortalecimento institucional, etc). Impõem-se metas imediatas e ações emergenciais, de forma a reverter o quadro da pobreza. Segundo alguns intelectuais, a estratégia adotada, agora é a de uma "africanização

da política social", na medida em que esta se distancia dos princípios constituidores de sistemas de atenção social, fortalecendo-se o financiamento das ações sociais via ajuda externa e buscando uma focalização de emergência.

O Decreto analisado esboça o abandono da idéia de que as diferentes áreas sociais formulem projetos próprios e impõe a centralização normativa, na figura do comando ao Conapso. É uma saída "pelo alto", onde se procura resolver, a curto prazo, a situação social do país, buscando focalizar ao máximo a política social. De certa forma, formula-se uma política que, se bem atenda alguns dos preceitos neo-liberais para a área social -como é o caso da focalização e da privatização- não consegue impor-se com autonomia (leia-se com recursos próprios, nacionais), e aí sim, entende-se o sentido da "africanização".

Finalizando, pode-se afirmar que a política social e, em específico, a da saúde, nesta década, não logrou desenvolver aquele tipo de instituição estatal a partir da qual podem emergir o desenho de um sistema único, nacional, integrado, descentralizado, regionalizado, etc. Ou seja, esse tipo de proposta pressupõe sólidas bases estatais -tipo forte Ministério da Saúde ou fortes organismos previdenciários. Ao mesmo tempo, não implantou um modelo alternativo, a não ser no primeiro período da década, onde a debilidade institucional do órgão estatal foi compensada pela participação popular. Por outro lado, não conseguiu seguir o figurino neo-liberal.

O modelo atual é o da focalização, financiado por recursos externos, o que expressa um abandono, por parte do Estado, de suas funções sociais tradicionais.

Talvez por isso, a regionalização do país, através da criação de governos regionais, esteja mobilizando centenas de organizações populares, via os Comitês Cívicos, traduzindo o desencanto da população pelas soluções que dependam do nível central, e talvez até, pelo próprio conceito de Estado Nacional.

Notas

¹ No caso boliviano, o financiamento externo é decisivo não apenas para equilibrar a balança de pagamentos; mesmo as atividades do setor público são extremamente dependentes de recursos externos (Damill; Fanelli; Frenkel, 1991: 5).

² Estamos aqui nos referindo aos modelos de Estados de Bem-Estar, tal como apresentados em Draibe, 1989.

³ Taxas anuais de crescimento do PIB: 1981: 0.9; 1982: -4.3; 1983: -4.5; 1984: -0.5. (Damill; Fanelli; Frenkel, 1991: 39, quadro 20).

⁴ O déficit global do setor público não-financeiro elevou-se de 14.2% do PNB em 1982, para 17.9% em 1983, para 26.5% em 1984. (Morales, 1990: 7).

⁵ Taxas de inflação anual no período considerado: 1982: 296.6%; 1983: 328.5%; 1984: 217.2%; 1985: 817.5%. (Morales, 1990: 5).

⁶ Entre as orientações da "Reagonomics", orientada à manutenção do poder hegemônico do dólar no mercado internacional destaca-se, para o caso latino-americano, a determinação de fazer com que os países periféricos paguem suas dívidas. (Tavares, 1992: 3).

⁷ Ver Damill; Fanelli; Frenkel, 1991.

⁸ Suspenderam-se os subsídios ao pão e aos produtos alimentícios, aos preços e taxas dos serviços públicos, ao preço da gasolina, às tarifas de eletricidade e chamadas telefônicas internacionais; suspenderam-se benefícios, bônus e vantagens concedidas aos empregados das empresas estatais, como gasolina subsidiada, bônus de Natal e refeições subsidiadas.

⁹ Por exemplo, o colapso do preço do zinco e do estanho no mercado internacional (em 1985, seus preços representavam cerca de metade daqueles anteriores à crise) implicaram o fechamento das minas e a demissão de 23 mil mineiros e o virtual fechamento da COMIBOL (Corporación Minera de Bolivia), dadas suas possíveis implicações para o programa de ajuste. (Cariaga, 1990: 43-5; Morales, 1990: 9).

No governo Paz Zamora, nos termos da lei SAFCO, as empresas públicas têm estabelecido "contratos de rendimento" com o governo, comprometendo-se a cumprir determinadas metas de produção e de correção de sua situação financeira; recebem, em contrapartida, um tratamento mais flexível para suas operações correntes e para efetuar seus investimentos. (Morales, 1991: 10).

¹⁰ "Los aranceles uniformes, la inexistencia de restricciones cuantitativas y lo limitado de las exenciones arancelarias dan, en principio, una tasa de protección efectiva bruta (TPE) del 10 por ciento. Bolivia tiene por el momento una de las TPE más bajas de los países en vías de desarrollo." (Morales, 1991: 15-6).

¹¹ Estabeleceu-se o princípio da livre contratação, que permite às empresas ajustar o nível de emprego aos requisitos da produção. Assim, as regras de estabilidade no emprego foram radicalmente flexibilizadas. Há, contudo, custos de indenização definidos por lei, ao passo que os custos de recontração são definidos por cada empresa. Eliminaram-se também todos os mecanismos legais de indexação salarial. (Morales, 1991).

¹² A produção e o consumo interno de petróleo representavam 12.7% da receita tributária do Tesouro Geral em 1984; em 1989 representavam 44.5% deste total. (Damill; Fanelli; Frenkel, 1991: 36, quadro 14).

¹³ 50% da mão-de-obra formal corresponde a empregados do setor público; em 1984, 53% dos gastos do Governo Central eram representados por gastos com pessoal. (Banco Mundial, 1989: 29).

¹⁴ As exportações de minerais comuns para a OECD passaram de cerca de US\$ 170 000 000 em 1978 para US\$ 100 000 000, em 1988. (Roca, 1991b: 87). As exportações de estanho passaram de US\$ 343 000 000 em 1981 para US\$ 127 000 000, em 1989. As exportações de gás natural

passaram de US\$ 337 000 000 em 1981 para US\$ 214 000 000, em 1989. Somente as exportações de zinco se elevaram: de US\$ 40 000 000 em 1981 para US\$ 132 000 000, em 1989; contudo, no período da crise, estas exportações permaneceram ao redor de US\$ 30 000 000, tendo-se elevado apenas em 1988. (Morales, 1991: 51).

¹⁵ Uma forte evidência nesta direção é o peso das ONGs na prestação de serviços sociais.

¹⁶ A demissão de 23 000 mil mineiros no Departamento de Potosi e as escassas oportunidades para novos empregos na região são possivelmente o exemplo mais dramático da chamada "nova classe de pobres". (Banco Mundial, 1990: 30).

¹⁷ Um exemplo emblemático nesta direção diz respeito à oferta interna de alimentos. Dadas as novas condições (eliminação dos subsídios à produção e aumento dos preços dos combustíveis), esta oferta reduziu-se: a produção de cereais representava em 1988, 84% de seu volume no período 1980-85; a produção de tubérculos, 94%; a produção de frutas e vegetais, 92%; a produção de alfafa, 57%. (Banco Mundial, 1990: 33). Por outro lado, segundo Damill; Fanelli; Frenkel (1991), os produtos agropecuários aumentaram a partir de 1987 sua importância na pauta de exportações.

¹⁸ Ver Damill; Fanelli; Frenkel, 1991.

¹⁹ Criado em 1986, tratou-se de um programa que operou de jan/87 a dez/89, com a finalidade de aliviar os custos sociais do ajuste.

²⁰ O total de segurados é 1 256 401.

²¹ Não dispomos de análises sobre a política habitacional, sendo raros os diagnósticos (de órgãos do governo ou de organismos internacionais) sobre as ações realizadas.

²² O Decreto no. 21637, de 1987, que procura unificar os regimes dos distintos institutos, significou um passo importante em direção à unificação dos distintos regimes. Contudo, a realidade é ainda caótica, dado que o governo tem encontrado grandes dificuldades para que institutos se submetam efetivamente às regras vigentes. (Banco Mundial, 1989: 65).

²³ Por exemplo, em 1985, o número de professores locados no Ministério da Educação era de 55 848, ao passo que para o Ministério de Finanças eles eram 70 587. No ano de 1988, eles eram 62 135 no Ministério da Educação e 76 706, no Ministério das Finanças. (Banco Mundial, 1989: 60).

²⁴ Deste modo, torna-se bastante discutível a conclusão corrente acerca de uma suposta superioridade destas organizações na prestação de serviços de saúde, superioridade esta medida pelo gasto per cápita. Estimativa feita pelo Banco Mundial (1989: 44), sobre os gastos com saúde por tipo de organização em 1988, conclui que o gasto per cápita do MPSSP seria de US\$3.24; da Previdência Social, de US\$3.35; do FSE, de US\$0.44 e das ONGs, de US\$2.72. Tais dados levariam à conclusão de que estas últimas seriam mais eficientes, dado seu mais baixo custo de operação. Ocorre, contudo, que em seu custo de operação não estão computados os subsídios indiretos acima mencionados.

²⁵ Esta ressalva é importante, visto que não estamos afirmando que em quaisquer condições a presença das ONGs pode se tornar um fator

de debilitamento da ação pública, mas que nas condições particulares de sua presença na Bolívia, estas podem vir crescentemente -e já existem indícios nesta direção- a desenvolver relações competitivas com o setor público.

²⁶ Estamos aqui nos referindo ao conceito de oposição, tal como apresentado em Draibe, 1990: 18), para designar um tipo de interação possível entre atores governamentais e não-governamentais, no qual os atores não-governamentais dispõem de fortes recursos ao mesmo tempo que expressam valores contrários à política em questão.

²⁷ Uma outra variável importante é, sem dúvida, o aumento dos níveis de pobreza, portanto, a natureza e dimensões do problema-objeto da ação social do governo, questão esta abordada quando da análise do ajuste apresentada mais acima. (ver seção 5 do capítulo II).

²⁸ O gasto com salários representava 85% do orçamento do MPSSP em 1984; em 1988, o gasto com salários passou a representar 33% deste total. (Elaboração NEPP a partir de dados do Banco Mundial, 1989: 46). Os salários dos professores (incluídos os benefícios passaram a US\$ 71 em 1985, a US\$ 64 em 1986 e a US\$ 85 em 1987 e 1988. A média salarial de todos os empregados do setor público federal era de US\$ 130 em 1987 e US\$ em 1988. A média salarial no setor privado era de US\$ 100 em 1988. (Banco Mundial, 1989: 57).

²⁹ Considerava-se, à época, que a reativação econômica, resultado esperado do programa implementado, reduziria a pobreza. Daí, o caráter provisório do FSE.

³⁰ Os dados quanto ao volume de recursos operado pelo FSE são absolutamente desiguais. Num mesmo trabalho de avaliação dos resultados do programa, realizado pela Presidência da República, Fondo Social de Emergencia. Seminario de Avaliação, os montantes apresentados variam entre US\$ 102 milhões (p. 114) e US\$ 197 milhões (p. 15).

³¹ Este é um traço mais geral do governo Paz Zamora (1989-92), o qual também pôs em operação o "Programa de Investimentos do Setor Público", que tem como objetivo melhorar a capacidade de planejamento, monitoramento, implementação e avaliação dos investimentos públicos, sob a coordenação do Ministério do Planejamento.

³² O "Ministerio da Previsión Social y Salud Pública" -MPSSP- está organizado em duas subsecretarias (de Saúde Pública e Seguridade Social), sendo que a Direção Geral de Saúde, subordinada à Subsecretaria de Saúde Pública, comanda nove Direções Nacionais e onze Unidades Sanitárias.

³³ A queda salarial dos servidores de saúde foi calculada em 40% em termos reais entre 1984-8.

³⁴ O gasto realizado pelo nível central cresceu 300% no período 1984/88, enquanto o das unidades sanitárias cresceu apenas 17%.

³⁵ Atualmente há, ainda, a prática privada em hospitais públicos -o chamado "pensionado"-, cujos recursos distribuem-se em 85% para os médicos e 15% para os hospitais.

³⁶ TORRES GOITIA, J. Salud y Democracia. La experiencia de Bolívia (1982-1985). Chile, ILPES/UNICEF, 1987.

³⁷ TORRES GOITIA, J. Salud y Democracia. La experiencia de Bolívia (1982-1985). Chile, ILPES/UNICEF, 1987, pp.59 e 58.

³⁸ O Conselho Popular de Saúde foi organizado com a seguinte composição: Central Obrera Boliviana; Confederación Unica de Trabajadores Campesinos; Confederación de Trabajadores de Salud; Colegio Médico de Bolívia; Universidad Mayor de San Andrés; Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana; Confederación Universitaria Boliviana; Federación de Estudiantes de Secundaria; Asociación Boliviana de Facultades de Medicina; Federación de Juntas Vecinales; Federación de Clubes de Madres; Secretaria de Deportes y Juventudes; Confederación de Estudiantes Normalistas Urbanos y Rurales; y Federación Nacional de Mujeres Campesinas de Bolívia.

³⁹ OPS/Bolivia. Situación de Salud y sus Tendencias na Bolivia, 1988.

⁴⁰ Fleury, Sonia, Perspectivas da descentralização do Sistema de Saúde na Bolívia, Revista de Administração Pública, vol. 25, out/dez, 1991.

⁴¹ MPSSP. Plan de Acciones Imediatas. Bolívia, 1986. MPSSP, Plan Trienal de Salud. Bolívia, 1987.

⁴² MPSSP. Proyecto Nacional de Salud. Julio de 1989.

⁴³ Conforme entrevistas realizadas, o orçamento elaborado, ainda na gestão anterior, prevê aporte de recursos externos, para o período 89/92, em torno de 60 milhões de dólares.

⁴⁴ Entrevistas realizadas junto a dirigentes do Ministério revelaram que suas preocupações vão no sentido de implantar medidas de impacto imediato, que revertam as atuais taxas de mortalidade infantil e materna. Para isso deverá ser utilizado todo potencial existente no país (capacidade do Ministério, das ONGs, do Exército, Polícia e Escolas), através de ações de prevenção, recuperação e reabilitação.

⁴⁵ GOITIA, Torres. Dialéctica Social de la Política de Salud. La Paz, UNICEF, 1992.

⁴⁶ O documento em questão compreende: o Decreto Supremo 22354, de 1989, que regulamenta o "Plan Nacional de Supervivência, Desarrollo Infantil y Salud Materna", o qual desdobra-se nos seguintes programas: Atenção Infantil à Criança Menor de 5 anos, ao Escolar e ao Adolescente; Atenção à Mulher em Idade Fértil; Atenção ao Meio Ambiente, Vigilância e Controle Epidemiológico; e Fortalecimento Institucional. Outro instrumento citado é o Decreto 22407, de 1990, que estabelece as linhas políticas, econômicas e sociais do governo. No que diz respeito à saúde, o Decreto fortalece as linhas e programas do "Plan Nacional". Neste mesmo Decreto, é criado o "Fundo de Inversión Social" -FIS. Por último, é citado o Decreto 22583, que dispõe sobre a participação dos diretores das Unidades Sanitárias nos Diretórios das Corporações de Desenvolvimento Regional.

Faz parte ainda do arcabouço jurídico definidor das estratégias de ação do Ministério a Resolução Ministerial nº 024, de 1990, criando o "Comité de Coordinación Interagencias", no qual participam todas as agências de cooperação e as ONG (s) e que objetiva coordenar as ações das agências internacionais na área de saúde.

⁴⁷ Cabe salientar que ambos os projetos foram formulados ainda no governo anterior.

⁴⁸ O Projeto PROISS tem início ainda no governo de Paz Estenssoro.

⁴⁹ FENASONGS. Las ONGs y la Salud en Bolivia. La Paz, Fenasong, 1990.

⁵⁰ Estrategia Social Boliviana. La Paz, Conapso, 1991.

⁵¹ Integram o Conapso o Presidente da República, O Ministro do Planejamento, Ministros das Áreas Sociais, Ministro das Finanças e os diretores de Fundos de Investimento.

BIBLIOGRAFIA

- AURELIANO, Liana & DRAIBE, Sônia Miriam. "A Especificidade do 'Welfare State' Brasileiro", in: MPAS/CEPAL. Projeto: A Política Social em Tempos de Crise: Articulação Institucional e Descentralização. MPAS/CEPAL, Brasília, 1989.
- BANCO MUNDIAL. Bolivia. "Public Sector Expenditure Review with a Special Emphasis on the Social Sectors". Report no. 7746-BO, setembro, 1989.
- BANCO MUNDIAL. Bolivia. "Poverty Report". Report no. 8643-BO, outubro, 1990.
- BANCO MUNDIAL. Bolivia. "Social Investment Fund Project". Relatório no. 8428-BO, março, 1990.
- CARIAGA, Juan L. "Bolivia", in: MORALES, Juan Antonio, 1990. El Ajuste Macroeconômico Boliviano. 1985-1990. Documento de Trabajo, no. 09/90. Instituto de Investigaciones Socio Economicas. Julho, 1990.
- CHAVEZ A., Gonzalo. "De la Estabilidad Impuesta al Crecimiento Negociado. Conflicto Social, Inflación y Perspectivas de Crecimiento en Bolivia". Documento de Trabajo no 06/90. Instituto de Investigaciones Socioeconomicas. Maio, 1990.
- CONAPSO. "Estratégia Social Boliviana". La Paz, Conapso, 1991.
- DAMILL, Mario; FANELLI, José Maria; FRENKEL, Roberto. "Shock Externo y Desequilibrio Fiscal. La Macroeconomía de América Latina en los Ochenta. Bolivia". Trabalho realizado para o projeto CEPAL "Reformas de Políticas para Aumentar a Efetividade do Estado na América Latina". Dezembro, 1991.
- DRAIBE, Sônia Miriam; VIANA, Ana Luiza; SILVA, Pedro L. B. "Desarrollo de las Políticas de Salud en los años 80. El Caso Boliviano". Relatório Acuerdo Técnico NEPP/UNICAMP/OPS.
- DRAIBE, Sônia Miriam. "Há tendências e Tendências: Com que Estado de Bem Estar Social haveremos de conviver neste fim de século?" Caderno de Pesquisa NEPP, nº 10, 1989.

- DRAIBE, Sônia Miriam. *"Metodologia de Análise Comparativa de Programas Sociais"*. Trabalho apresentado no Seminário-Taller sobre Métodos de Analisis Comparativo de Reformas de Política Pública. Santiago, Chile, 6-8 de maio de 1991.
- FENASONG. *"Las ONG's y la Salud en Bolivia"*. La Paz, Fenasong, 1990.
- FLEURY, Sonia. *"Perspectivas da descentralização do Sistema de Saúde na Bolívia"*, Revista de Administração Pública, Vol. 25, out/dez, 1991.
- FRANCO, Rolando & RUFÍAN, Dolores Maria (org.). *"Anais do Seminário Internacional sobre Fondos de Desarrollo Social"*. Santiago do Chile, 7-9 de novembro de 1990.
- GOITIA, Javier. *"Salud y Democracia. La Experiencia de Bolivia (1982-1985)"*. Santiago, UNICEF, 1987.
- GOITIA, Javier. *"Dialéctica Social de la Política de Salud"*. La Paz, UNICEF, 1991.
- MORALES, Juan Antonio. *"El Ajuste Macroeconómico Boliviano. 1985-1990"*. Documento de Trabajo, no. 09/90. Instituto de Investigaciones Socio Economicas. Julho, 1990.
- MORALES, Juan Antonio. *"Reformas Estructurales y Crecimiento Economico en Bolivia"*. Documento de Trabajo, no. 04/91. Instituto de Investigaciones Socio Economicas. Abril, 1991.
- Ministerio de Planeamiento y Coordinacion. *"Estrategía de Desarrollo Económico y Social. 1989-2000"*. La Paz, Ministerio de Planeamiento y Coordinación, 1989.
- Ministerio de Prevision Social y Salud Publica. *"Plan de Acciones Inmediatas"*. La Paz, MPSSP, 1986.
- Ministerio de Prevision Social y Salud Publica. *"Plan Trienal de Salud"*. La Paz, MPSSP, 1987.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública/Banco Mundial. *"Proyecto Nacional de Salud"*. La Paz, MPSSP/Banco Mundial, 1989.
- Ministerio de Prevision Social y Salud Publica. *"Logros. 1989-90"*. La Paz, MPSSP, 1991.
- Ministerio de Prevision Social y Salud Publica. *"Fundamentos de la política Nacional de Salud"*. La Paz, MPSSP, 1991.
- OPAS/OMS. *"Situación de Salud y sus Tendencias na Bolívia"*. La Paz, OPS/OMS, 1988.

- OPAS/OMS. "Bases de Organizaci6n y Desarrollo de los Distritos de Salud". La Paz, MPSSP, 1991.
- Presidencia de la Republica. "Fondo Social de Emergencia". Seminario de Evaluacion. La Paz, PNUD/Banco Mundial, 1989.
- ROCA, Toranzo. "Ajuste Estructural y Polítca Social". La Paz, ILDIS, 1991.
- ROCA, Carlos F. Toranzo (org.). "Aspectos Básicos de la Reforma del Estado". La Paz, ILDIS, 1991a.
- ROCA, Carlos F. Toranzo (org.). "Transformaci6n Productiva com Equidad" (En Economias de Viabilidad Difícil). La Paz, ILDIS/ILPES, 1991b.
- ROMERO, Fernando. "Fondo Social de Emergencia. Bolivia". Trabalho apresentado no Seminário de Alto Nivel: Como Recuperar el Progreso Social en America Latina. Santiago, Chile, 20-24 de junho de 1988.
- SALINAS, Helga. "Apuntes sobre el Caso de Bolivia". In: Seminario Regional de Polítca Fiscal , Estabilizaci6n y Ajuste. Programas de Reestructuraci6n del Gasto Público.
- TAVARES, Maria Conceiç6o. "Limits and Implications of Structural Adjustments Policies". First draft, mimeo, janeiro, 1992.
- URQUIZU, Carlos Otálora. "Reforma Tributaria. Caso Boliviano". Janeiro, 1992, mimeo.
- VIANA, Ana Luiza D'Avila. "Bolívica: O Sistema de Proteç6o Social". Relatório Parcial de Pesquisa, 1992, mimeo.
- VIANA, Ana Luiza D'Avila; BORBA, Vera. "Fuentes y uso del Gasto Público en Salud en Bolívica", Bolívica, 1988.
- WILLIAMSON, John (org.). "Latin American Adjustment. How much has happened?". Washington, Institute for International Economics, 1990.

ANEXO 1

LISTA DE ENTREVISTADOS

- 1) Dr. Eduardo Bracamonte - Presidente Fenasong
- 2) Dr. Juan Antonio Morales - Univ. Católica
- 3) Dr. Eduardo Mc Lean - Su-Director Ejecutivo Fondo Inversión Social
- 4) Dr. Alvaro Carranza - Director Ejecutivo IBSS
- 5) Dr. Mario Requena - Subsecretario General de Planeamiento
- 6) Dra. Carlota Ramirez - Ministerio de Planeamiento y Coordinación
- 7) Dr. Daniel Gutierrez - OPAS/Bolivia
- 8) Manuel E. Contreras - UDAPSO/Grupo Social/Ministerio de Planeamiento y Coordinación
- 9) Fernando Romero - PROCOSI
- 10) Dr. Javier Torres Goitia
- 11) Fernando Lavandes - Chefe de Gabinete do Ministro de Previsión Social y Salud Publica
- 12) Luiz Ramiro Beltran - Coordinator Grupo Educación do Ministerio de Planeamiento
- 13) Drª Nila Heredia - Vice-Rector de la Universidad Mayor de San Andres, La Paz *
- 14) Dr. Guilherme Cuentas - SubSecretaria de Salud do MPSSP *
- 15) Dr. Jack Antello - Diretor Geral de Salud do MPSSP *
- 16) Lic. Maria Luiza Urdai - Unidad de Pre-inversión do Ministério de Planificación *
- 17) Dr. Rolando Morales - Intelectual *

- 18) Drª Maria Teresa Paz - Diputada Nacional *
- 19) Dr. Humberto Molina - Presidente do Colégio Médico *
- 20) Dr. Francisco de Urioste - Diretor Maestria Salud Publica *
- 21) Julio Cesar Mallón - Pres. Nac. Consejo Popular de Salud *
- 22) Dr. Freddy Calderón - Diretor Médico IBSS *
- 23) Ramiro Cuentas - Secretaria COB *
- 24) Jaime Evia - Deptº S. P. da Fac. de Medicina de La Paz *
- 25) Drª Maria del Carmen O. de Daroca - Proyecto Banco Mundial *
- 26) Dr. Juan M. Sotelo - ex-representante OPS - Bolívia *
- 27) Ramon Granados - Técnico OPS/Bolívia *
- 28) Lic. Mary Llrena - Dir. R.H. do MPSSP *
- 29) Dr. Antonio Sarabia - IBSS *
- 30) Paul Hartenberger - USAID *
- 31) Pedro Medina - Conf. de Trab. en Salud *
- 32) Ana Quiroga - Ex-dir. Partic. Pop. do MPSSPD *
- 33) Lic. Antonio Bustios - Ex-consultor do MPSSP *
- 34) Arq. Ronald Lagrava - Ex-dir. Planificación do MPSSP *

* Entrevistados em 1988 para a realização do trabalho "Desarrollo de las Políticas de Salud en los años 80. El Caso Boliviano". Acordo Técnico NEPP/UNICAMP/OPS