



Finanças privadas e provisão de saúde, educação e água

Por várias razões, os governos muitas vezes financiam e fornecem serviços sociais básicos – cuidados básicos de saúde, ensino primário, água e saneamento. Uma razão é que por esses serviços serem bens públicos, os seus preços de mercado apenas não captariam o seu valor intrínseco e as suas vantagens sociais. O ensino básico beneficia não só o indivíduo que adquire o conhecimento, mas também beneficia todos os membros da sociedade, ao melhorar o comportamento sanitário e higiénico e ao aumentar a produtividade do trabalhador.

Uma segunda razão para o financiamento público é garantir que os serviços sociais básicos estejam disponíveis de forma equitativa. As pessoas pobres carecem normalmente desses serviços e se tiverem que os pagar podem não os utilizar – tornando difícil escapar à pobreza.

Além disso, o estado desempenha muitas vezes um papel dominante na prestação desses serviços. A prestação por muitos fornecedores (públicos ou privados) pode resultar em duplicação e custos mais elevados. Por outro lado, o acesso a serviços sociais básicos é um direito humano fundamental – consagrado na Convenção das Nações Unidas sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais – e os governos têm a obrigação de assegurar que esses serviços sejam fornecidos à sua população. Os compromissos governamentais com a Declaração do Milénio das Nações Unidas e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio reflectem essa obrigação.

Mas o fornecimento público de serviços sociais nem sempre é a melhor solução quando as instituições são fracas e a responsabilidade pela utilização de recursos públicos é baixa – é o caso, muitas vezes, dos países em desenvolvimento. (O Capítulo 7 descreve como tornar os governos mais responsáveis na utilização de recursos públicos para serviços sociais.)

Em países ricos, os fornecedores privados dominaram os serviços de saúde, educação e água na primeira metade do século 19. Mas esses serviços eram limitados. Na segunda metade do século, o financiamento e o fornecimento públicos tornaram-se

dominantes. Na verdade, só quando os governos intervieram é que esses serviços se tornaram universais no Canadá, Europa Ocidental e Estados Unidos – no último quartel do século XIX e na primeira metade do século XX.

Nos países pobres, os fornecedores e as escolas privadas de saúde coexistiram com um sector público crescente nas primeiras décadas após a Segunda Guerra Mundial. Mas nos anos de 1980 e especialmente nos anos de 1990, o fornecimento privado começou a aumentar rapidamente. À medida que as empresas estatais deficitárias dos sectores produtivos eram privatizadas – tanto na indústria como nos serviços – a mesma tendência foi encorajada nos serviços sociais.

As experiências dos países ricos sugerem que a sequência para os serviços sociais devia ser o fornecimento global pelo estado, no início, seguido de intervenções mais dirigidas e, depois, de parcerias público-privado para servir diferentes mercados – dependendo da natureza dos serviços em diferentes sectores.

PORQUE É QUE A PROVISÃO PRIVADA AUMENTOU NOS PAÍSES POBRES?

Nos países em desenvolvimento, o papel crescente do sector privado na saúde e na educação e o impulso de privatização da água e dos serviços hospitalares foram orientados por três factores: falta de recursos governamentais, provisão pública de baixa qualidade e pressão para liberalizar a economia.

FALTA DE RECURSOS GOVERNAMENTAIS

Sem dinheiro – seja de recursos internos, seja de ajuda externa –, muitos governos de países pobres não podem prestar serviços sociais eficazmente, nem financiar grandes investimentos em infra-estruturas. A privatização é frequentemente prosseguida com vista à obtenção de receitas, mas os maiores retornos para o governo vêm da eliminação de subsídios às empresas públicas deficitárias.

Só quando os governos intervieram é que esses serviços se tornaram universais no Canadá, Europa Ocidental e Estados Unidos

Nalguns casos, como nos da água e saneamento domésticos (e da água e energia para regas), fundos governamentais insuficientes combinaram-se com estruturas tarifárias distorcidas. Sob propriedade do estado, as tarifas são muitas vezes demasiado baixas para compensar os custos, e a falta de pagamento das tarifas pelos utilizadores é muitas vezes subestimada. Esta abordagem subsidia essencialmente pessoas ricas – enquanto as pessoas pobres sofrem de falta de acesso. Além disso, à medida que a população urbana aumenta, as autoridades locais fiscalmente exauridas não podem expandir os serviços para a abranger. Como resultado, os serviços de água declinam em quantidade e qualidade nos bairros da classe média – e não chegam aos novos bairros pobres.

PROVISÃO PÚBLICA DE BAIXA QUALIDADE

Ligado à falta de recursos está o fraco desempenho do fornecimento público em muitos países. Abundam as histórias de governos que fracassam na provisão aos seus cidadãos, especialmente aos cidadãos pobres, serviços sociais básicos ou serviços de boa qualidade.

Na Índia e Paquistão, as famílias pobres citaram o absentismo dos professores nas escolas públicas como a principal razão para escolherem as privadas.¹ Os médicos mal pagos do sector público, muitas vezes completam os seus rendimentos vendendo medicamentos destinados a distribuição gratuita.²

Como resultado, as pessoas pobres (e as que não são pobres) são obrigadas a usar fornecedores privados – porque esses fornecedores são mais acessíveis e muitas vezes dispensam os medicamentos como parte das suas consultas (ao contrário das instalações governamentais, onde os medicamentos podem não estar disponíveis).

Para aceder a mais água e a água de melhor qualidade, as pessoas pobres têm, muitas vezes, que pagar preços exorbitantes por ela a camiões-cisterna privados explorados por pequenos vendedores. A maioria dos residentes das cidades da Ásia do Sul só recebe água durante algumas horas de cada vez e nem todos os dias.³ Têm electricidade durante mais algumas horas por dia, mas as interrupções aumentam nas alturas mais quentes do Verão – quando as temperaturas podem ascender a 48 graus.

PRESSÃO PARA LIBERALIZAR A ECONOMIA

O terceiro impulso para a provisão privada veio de políticas dos doadores defendendo a liberalização e os mercados livres para fazer progredir o crescimento e o desenvolvimento. Os serviços sociais são questões de fronteira nesta iniciativa para expandir o papel do sector privado. Nos anos de 1990, muitos doadores apoiaram a extensão da provisão e do financiamento privados a serviços sociais, especialmente ao fornecimento urbano de água. O Acordo Geral

CAIXA 5.1

Serviços sociais e o Acordo Geral sobre Comércio nos Serviços

O Acordo Geral sobre Comércio nos Serviços (GATS) estabelece um quadro legal para o comércio internacional nos serviços através de regras gerais de comércio e de compromissos nacionais específicos para aceder a mercados internos. Muitos críticos têm perguntado se o GATS vai suficientemente longe na protecção da capacidade dos países decidirem acerca da melhor maneira de prestar serviços sociais – incluindo a determinação da extensão em que os fornecedores estrangeiros devam envolver-se na sua prestação.

Por outro lado, o acordo dá aos governos uma discricção considerável na decisão de como, quando e se abrir serviços ao comércio internacional. Nenhum país tem que abrir qualquer sector específico à concorrência estrangeira e os países podem estabelecer condições sobre a natureza e o ritmo dessa liberalização. Os governos também podem, com adequada compensação, suspender ou modificar compromis-

so existentes de liberalização. Além disso, o acordo inclui uma exclusão da “autoridade governamental”, que define os serviços abrangidos pelo GATS como “qualquer serviço de qualquer sector, excepto serviços fornecidos no exercício da autoridade governamental”. Finalmente, os países podem invocar excepções gerais para proteger interesses públicos, incluindo segurança nacional e saúde pública.

Por outro lado, o GATS compromete os membros com “sucessivas rondas de negociações... com vista a alcançar progressivamente níveis mais elevados de liberalização” e os países ficarão sob maior pressão para liberalizar novas áreas de prestação de serviço. O mais preocupante é que há cláusulas indefinidas no acordo que poderiam negar as salvaguardas acima.

A exclusão da autoridade governamental só se aplica a serviços fornecidos numa base não comercial, nem concorrencial. Os governos, porém, raramente prestam serviços sociais exclusivamente, mas

através de uma mistura evolutiva de actores público-privado que concorrem para ter clientes. E o âmbito exacto dos serviços que se enquadram nos critérios de exclusão continua a ser ambíguo. Se não estivessem abrangidos pela exclusão, a legislação utilizada pelos governos para garantir a prestação equitativa e eficiente desses serviços poderia entrar em conflito com o GATS. A ajuda estatal, oferecida exclusivamente a organizações não governamentais que exploram escolas e centros de saúde em áreas mal servidas, poderia ser posta em causa se um governo liberalizasse os seus sectores da saúde e da educação e essas condições de mercado não estivessem oficialmente registadas.

O GATS poderia ser reforçado eliminando a exclusão da autoridade governamental, ou rescrevendo o texto para assegurar que os serviços fornecidos no “exercício da autoridade governamental” se entendem em relação à função e não aos meios de prestação.

Fonte: Mehrotra e Delamónica (a publicar); Save the Children 2001; Canadian Centre for Policy Alternatives 2003; UNHCHR 2003; OMC 2003.

sobre Comércio nos Serviços da Organização Mundial de Comércio também encoraja a entrada dos privados nos serviços sociais (caixa 5.1).

SAUDE

Muitos países em desenvolvimento – na América Latina, Ásia do Sul e Ásia Oriental – têm sectores privados prósperos e de grande dimensão. Além disso, uma grande parte da despesa com a saúde é privada em todas as regiões, com mais de metade dos serviços básicos de saúde prestados por fornecedores privados nos países de rendimento baixo.⁵ Na Ásia e na América Latina, uma parte significativa dos hospitais e das instalações de saúde são de propriedade privada, embora as medidas preventivas sejam em grande medida da responsabilidade do sector público.⁶

Mais do que qualquer outra região em desenvolvimento, a América Latina conheceu uma enorme mudança para os cuidados privados desde a abertura da gestão do sector da saúde a empresas internacionais, nos anos de 1990. Várias empresas multinacionais (Aetna, CIGNA, Prudential, American Insurance Group – todas sediadas nos Estados Unidos) estão a fornecer seguros e serviços de saúde na região. E tencionam assumir responsabilidades administrativas em instituições públicas de saúde e garantir o acesso a fundos de segurança social para cuidados médicos. Estas companhias investem:

- Comprando companhias instaladas que vendam seguros ou planos de saúde pré-pagos.
- Associando-se a outras companhias em *joint ventures*.
- Chegando a acordo para gerir a segurança social e as instituições públicas de saúde.⁷

Cerca de 270 milhões de latino-americanos – 60% da população – recebem proveitos em dinheiro e serviços de cuidados de saúde pagos por (e muitas vezes prestados por empregados de) fundos de segurança social. A penetração das empresas multinacionais em fundos de segurança social está mais avançada na Argentina e no Chile, mas está a crescer no Brasil e a começar no Equador.⁸

IMPACTE DOS CUIDADOS GERIDOS

Todos os cidadãos deviam ter acesso a serviços básicos de saúde. E a provisão privada pode ajudar a satisfazer necessidades diferentes. Mas será que a equidade é ignorada pelo processo?

A América Latina dependeu durante muito tempo dos fundos públicos de segurança social para prestar serviços de saúde. Mas nos anos de 1990, a gestão de muitos fundos foi oferecida a firmas estrangeiras de seguros de saúde. Como resultado, é utilizado mais financiamento para cobrir custos administrativos mais elevados e o retorno é para os investidores, reduzindo o acesso de grupos vulneráveis e a despesa com serviços clínicos. No Chile, no fim dos anos de 1990, cerca de um quarto dos pacientes sujeitos a cuidados geridos por privados optaram por cuidados de clínicas públicas, citando como principal razão as elevadas participações exigidas nos cuidados geridos.⁹

Na Argentina, os hospitais públicos que não se converteram aos cuidados geridos enfrentam um afluxo de pacientes cobertos pelos fundos privatizados de segurança social. Esses pacientes tiveram que recorrer a hospitais públicos porque não têm dinheiro para as suas participações, ou porque os profissionais privados se têm recusado a atendê-los (devido à falta de pagamento pelos fundos de segurança social).

Os hospitais públicos da Argentina e do Brasil exigem agora reembolsos aos fundos de segurança social e aos seguros privados, bem como participações. Para receber cuidados gratuitos em instituições públicas, os pacientes pobres têm que passar por prolongados testes – com taxas de rejeição de 30% a 40% nalguns hospitais.¹⁰ E porque as organizações de cuidados geridos atraem pacientes mais saudáveis, os pacientes mais doentes estão a ser remetidos para o sector público. Este sistema de dois níveis prejudica a junção de riscos de saúde e mina os subsídios cruzados entre grupos mais saudáveis e mais vulneráveis.

ADEQUAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAUDE E REGULAMENTAÇÃO

As supostas vantagens de privatizar os serviços sociais são ilusórias, com provas inconclusivas da eficiência e dos padrões de qualidade no sector privado, em relação ao sector público.¹¹ Entretanto, abundam os exemplos de fracassos de mercado na provisão privada.

Os serviços clínicos e os medicamentos são essencialmente bens privados, e há muitos exemplos de fracassos nos respectivos mercados. Uma capacidade reguladora limitada agrava o problema. Por exemplo, em muitos países em desenvolvimento o excesso de

As supostas vantagens de privatizar os serviços sociais são ilusórias, com provas inconclusivas da eficiência e dos padrões de qualidade no sector privado, em relação ao sector público

Exigir que as famílias pobres paguem o ensino (privado ou público) não contribui para a realização do ensino primário universal e, por isso, não é provável que ajude a alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

tratamento é um grande problema dos cuidados privados de saúde. No Brasil, as cesarianas são mais vulgares entre pacientes privados, porque pagam mais aos médicos por operações do que por partos normais.¹² Em Bombaim, na Índia, os fornecedores privados envolvem-se em encaminhamentos e testes desnecessários – obtendo os fornecedores que encaminham uma fatia das taxas dos fornecedores para quem encaminharam.¹³ Em contrapartida, ainda que a maioria dos médicos canadianos e dos Estados Unidos e muitos europeus sejam privados, uma regulamentação profissional forte assegura que não haja crise de excesso de tratamento.

Nos países em desenvolvimento, farmacêuticos privados não regulamentados também aplicam excesso de tratamentos a doenças, ou prescrevem medicamentos excessivamente caros. Esse uso inadequado de medicamentos leva a perigosas práticas de tratamento, a custos mais elevados dos cuidados de saúde e a uma crescente resistência aos medicamentos. Estes representam 30% a 50% dos gastos com cuidados de saúde nos países pobres, contra 15% nos países ricos.¹⁴ As pessoas que não têm dinheiro para serviços profissionais têm que ir a farmácias que muitas vezes não seguem os regulamentos de prescrição – especialmente na China, Ásia do Sul e em partes da África. Na Índia, mais de metade dos gastos de saúde e aproximadamente três quartos da despesa com os internados vai para medicamentos e taxas de consulta.¹⁵

CUSTOS

Em muitos países em desenvolvimento, os custos estão a subir e a tecnologia está a acumular-se no sector privado de cuidados de saúde. O sector privado da saúde da Tailândia tem tantas ou mais unidades de alguns equipamentos de alta tecnologia como os sectores privados da maioria dos países europeus, ainda que o rendimento per capita da Tailândia seja muito inferior e o seu fardo de doença seja muito diferente.¹⁶

Na China, uma mudança de enfoque dos serviços preventivos para os serviços curativos aumentou significativamente as vendas de medicamentos, desde que começaram as reformas económicas. Os estrangeiros investiram em cerca de 1.500 empresas produtoras de medicamentos em todo o país.¹⁷ Com limitado acesso a serviços profissionais e uma produção agressiva de medicamentos num mercado desregulado, o resultado é o uso irracional de medica-

mentos – particularmente entre as pessoas pobres. Em 1993, os medicamentos representaram 53% dos gastos da China com a saúde, contra 15% a 40% na maioria dos países em desenvolvimento.¹⁸ Nalgumas áreas rurais da China, os agricultores gastaram duas a cinco vezes o rendimento per capita diário médio numa receita típica. Além de contribuir para custos médicos desnecessariamente elevados, a prescrição excessiva e inadequada de medicamentos em áreas rurais pobres expõe os pacientes ao risco de tratamento ineficaz e de efeitos secundários adversos.¹⁹

Como se assinalou, na América Latina, as organizações de cuidados geridos assumiram a administração de instituições públicas de saúde – desviando fundos de serviços clínicos para cobrir custos administrativos mais elevados. Para atrair pacientes com seguros e planos de segurança social privados, os hospitais públicos de Buenos Aires, Argentina, contrataram firmas de gestão que recebem uma percentagem fixa das contas, aumentando os custos administrativos para 20% da despesa com a saúde.²⁰ No Chile, os custos administrativos e promocionais representam 19% da despesa com os cuidados geridos.²¹

DRENAGEM DE CÉREBROS

Nos países em desenvolvimento, o crescimento dos cuidados privados de saúde retira, muitas vezes, os recursos humanos muito necessários aos frágeis sistemas públicos – como na Tailândia nos anos de 1980 e nos anos de 1990.²² As clínicas públicas ficaram com os cuidados dos grupos mais vulneráveis – os pobres, idosos, inválidos – com menos médicos com boa formação.

EDUCAÇÃO

Na maioria dos países da OCDE, cerca de 10% dos estudantes frequentam escolas primárias privadas (tanto independentes como dependentes do governo). Essa quota tende a ser mais elevada nos países em desenvolvimento. Na América Latina, as escolas privadas representam mais de 14% da escolarização primária, embora na Costa Rica, país de desempenho elevado, a quota seja de apenas 7%.²³ Entre 22 países da África Subsariana com dados, a quota privada em 10 é de 10% a 40% – nos outros 12, é de menos de 10%.²⁴ Na Índia, a quota de escolas privadas é mais elevada nos estados com as mais baixas taxas de escolarização primária (Bihar e Utar

Pradexe), indicando que o sector privado é o escape para um sector público com mau desempenho.²⁵

Em muitos (embora não na maioria) dos países em desenvolvimento, a escolarização privada aumenta com o nível de ensino.²⁶ Todavia, relativamente a um grande número de países de todas as regiões, faltam dados recentes acerca da escolarização privada em todos os níveis – tornando esta numa área que merece atenção dos governos e dos doadores.

Três questões são cruciais no financiamento e na provisão privada de educação. A primeira afecta a procura: custos elevados para a família comprometem o acesso universal ao ensino básico. As outras duas estão relacionadas com a oferta, afectando a equidade e a eficiência. Uma está relacionada com o desempenho comparativo das escolas públicas e privadas, a outra com os subsídios públicos às escolas privadas.

PROPINAS ELEVADAS, ESCOLARIZAÇÃO MAIS BAIXA

Exigir que as famílias pobres paguem o ensino (privado ou público) não contribui para a realização do ensino primário universal e, por isso, não é provável que ajude a alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. No Gana, dois terços das famílias rurais não têm dinheiro para mandar as crianças à escola de forma consistente, e relativamente a três quartos das crianças da rua de Acra (a capital), a incapacidade de pagar as propinas foi a principal razão para o abandono escolar.²⁷ Nos locais de África onde foram eliminadas as propinas, as crianças encheram as escolas.

QUESTÕES DE QUALIDADE

Muitos defensores do ensino privado afirmam que as escolas privadas têm melhor desempenho do que as públicas, que são, por inerência, mais responsáveis e que ajudam os estudantes a desenvolver maiores qualificações cognitivas e a ter um maior sentido de propriedade da sua educação.²⁸ Mas há poucas provas que consubstanciem essas afirmações.²⁹ As escolas privadas não têm, sistematicamente, melhor desempenho do que as escolas públicas com resultados comparáveis. No Peru, os estudantes das escolas primárias privadas têm melhor desempenho do que os seus colegas das públicas – mas pagam até 10 vezes mais pela sua educação.³⁰

No Brasil, os resultados em matemática e línguas são favoráveis aos estudantes das escolas privadas do mesmo grau que em vários países da OCDE (Grécia, Irlanda, Espanha).³¹ Mas essa vantagem está

ligada aos estudantes em cada tipo de escola. Em todos os países estudados, os estudantes das escolas secundárias privadas vêm de famílias mais ricas do que os estudantes das escolas públicas.

FINANCIAMENTO PÚBLICO PARA ESCOLAS PRIVADAS – VANTAGENS E DESVANTAGENS POTENCIAIS

A principal razão para o apoio governamental é que a educação privada satisfaz o excesso de procura de educação. Mas, na maioria dos casos, a educação privada baseada no pagamento responde a uma procura diferente e não ao excesso de procura – particularmente nos países de rendimento baixo, onde as famílias pobres têm capacidade limitada para pagar, mesmo as propinas da escola pública. Assim, o apoio governamental à educação privada pode ser injusto se não for dirigido para as famílias pobres. Nos países da OCDE, o apoio directo às escolas primárias e secundárias é, em média, de 10% da despesa governamental de educação. Em contrapartida, na Índia, cerca de um terço da despesa directa de educação apoia instituições privadas – mas no país existe mais de um terço das crianças mundiais em idade escolar do primário que não vão à escola.³² Na Indonésia, a maioria das escolas rurais privadas é tão dependente de subsídios do estado como as escolas públicas.³³

Muitos governos de países em desenvolvimento também pagam os salários de professores de escolas privadas, tornando-os menos responsáveis perante os pais e os directores.³⁴ Esses subsídios criam ainda maior tensão nos sistemas públicos já fracos, que têm de prestar serviços aos grupos mais vulneráveis com menos recursos humanos e financeiros.

Um estudo de 16 países em desenvolvimento verificou que os que têm maior número de matrículas privadas no final do secundário também têm o menor número global de matrículas no final do secundário (Índia, Indonésia, Zimbabué).³⁵ Mas na China, Jamaica, Malásia e Tailândia – que têm números relativamente elevados de matrículas – mais de 90% da despesa pública directa com a educação chega às escolas públicas.

FAZER A PROVISÃO PRIVADA FUNCIONAR PARA AS PESSOAS POBRES

Apesar dos seus potenciais inconvenientes, o financiamento público das escolas privadas pode ajudar em certas circunstâncias – particularmente se os go-

Um estudo de 16 países em desenvolvimento verificou que os que têm maior número de matrículas privadas no final do secundário também têm o menor número global de matrículas no final do secundário (Índia, Indonésia, Zimbabué)

As parcerias público-privado na água e saneamento – que cresceram de quase nenhum no princípio dos anos de 1990 para mais de 2.350 hoje – têm uma história mista de desempenho

vernos tiverem problemas em pagar os custos totais (construção de escolas, pagamento dos salários dos professores) necessários para atingir a escolarização primária universal. Nalguns países, a escassez de escolas públicas tem levado à expansão das escolas privadas. Para garantir que as crianças de famílias pobres, incapazes de pagar as propinas escolares, conseguem frequentar escolas privadas, os governos podiam financiar a sua educação através de senhas.

A Colômbia, por exemplo, introduziu um sistema de senhas em resposta à escassez de escolas secundárias públicas. Esta abordagem do financiamento público da educação privada pode ajudar a expandir a escolarização a um custo inferior para o governo, porque o único custo que o governo suporta é o da senha. Isto é ligeiramente diferente de um sistema de senhas que permita às famílias matricular as crianças na escola da sua escolha, pública ou privada. Para não dar ganhos inesperados à classe média, que habitualmente compra educação privada, as senhas deviam ser restringidas às famílias pobres – como no Bangladesh, Chile, Colômbia, Porto Rico e Reino Unido.³⁶

ÁGUA E SANEAMENTO

Apenas cerca de 5% da população mundial (cerca de 300 milhões de pessoas) recebe a sua água de companhias privadas. A maioria das privatizações de serviços de água e saneamento ocorreu através de parcerias público-privado em áreas urbanas, tendo quase todas ocorrido nos anos de 1990 em países altamente urbanizados (quadro 5.1).

É improvável que as companhias privadas estejam interessadas em fornecer serviços de água em áreas rurais dos países de rendimento baixo – porque as áreas rurais são geralmente consideradas não lucrativas. No saneamento, as parcerias público-privado por vezes também consideram as pessoas pobres como não lucrativas. Reflectindo esses enviesamentos, algumas companhias privadas de água descobriram modos de excluir as pessoas pobres do serviço, mesmo em áreas urbanas. Em Cartagena, Colômbia, um grande bairro de lata não recebia serviços de água porque a companhia o considerava fora da área da cidade.³⁷ Além disso, a extensão das ligações de água é limitada nalguns países. Em Dacar, Senegal, cerca de 80% da população tinha acesso a água potável em 1994. Quatro anos depois do serviço ter sido privatizado, apenas 82% tinham acesso.³⁸

QUADRO 5.1
Projectos de investimentos em água e saneamento envolvendo participação privada, vários países, 1990-94 e 1995-2000 (milhões de dólares EUA)

País	1990-94	1995-2000
Argentina	4.075	4.173
Brasil	3	2.891
Chile	128	3.720
República Checa	16	37
Indonésia	4	883
Malásia	3.977	1.116
Mali	0	697
México	295	277
Filipinas	n.a.	5.820
Roménia	n.a.	1.025
África do Sul	n.a.	209

Fonte: World Bank 2002j.

O envolvimento do sector privado internacional na água e saneamento continua a ser limitado nas áreas urbanas de países de rendimento baixo. Mesmo em países de rendimento médio, onde a maioria das pessoas vive em áreas urbanas, as empresas privadas internacionais podem ser desencorajadas pela dimensão dos investimentos necessários. A provisão sustentada do serviço atinge-se melhor através dos esforços das comunidades e empresas locais (privadas e públicas), e criar essa capacidade é um papel importante para o governo.

DESEMPENHO MISTO, FINANCIAMENTO INCERTO

As parcerias público-privado na água e saneamento – que cresceram de quase nenhum no princípio dos anos de 1990 para mais de 2.350 hoje – têm uma história mista de desempenho. Um dos principais argumentos a favor da privatização é que ela fornece novo capital, permitindo que as parcerias público-privado mobilizem mais recursos para serviços básicos. Mas desde o auge, em 1996, o financiamento privado internacional para água e saneamento declinou. E espera-se que esse declínio continue.³⁹

ENCARGOS DE SERVIÇO

A relutância do sector privado em financiar investimentos menos lucrativos em áreas rurais pobres prejudica os utilizadores. Mas as parcerias público-privado fazem muitas vezes o mesmo, até mais directamente – através de encargos que atingem as pessoas pobres desproporcionadamente mais. Este facto tem que ser pesado contra os preços ainda mais elevados que as pessoas pobres pagavam anteriormente pela água dos pequenos vendedores.

Taxas de utilizador na África do Sul e na Bolívia

A privatização dos serviços de água tem levado, muitas vezes, a aumentos de tarifas em grande medida incompatíveis para as famílias pobres. Sob alguns sistemas públicos, as famílias gozavam de contas de água baixas – muito abaixo do nível necessário para compensar os custos – e o não pagamento das contas era, em grande medida, desprezado. Esta abordagem é indesejável porque as companhias públicas sem dinheiro subsidiam tanto pessoas ricas como pobres. Mas um salto de um dia para o outro de contas de água excepcionalmente baixas para contas excessivamente altas também tem consequências desastrosas para as famílias pobres.

África do Sul

A África do Sul tem feito incríveis progressos na provisão de água à sua população, embora a gestão de estruturas de taxas tenha sido um desafio. No entanto, em Agosto de 2000 declarou-se uma epidemia de cólera na província de KwaZulu Natal – infectando cerca de 14.000 pessoas e ceifando mais de 250 vidas. A epidemia começou após as autoridades locais cortarem o fornecimento de água às pessoas que viviam num povoado informal, que não conseguiam pagar as novas taxas de utilizador. O ministro dos Assuntos da Água e da Floresta admitiu que a política de recuperação de custos

exacerbou a epidemia de cólera, obrigando as famílias a procurar fontes alternativas de água.

Na preparação para a privatização do serviço de água, a África do Sul inverteu a sua política de manutenção das tarifas baixas e de desprezar o não pagamento. Mas essa inversão ocorreu de um dia para o outro – e sem medidas concomitantes para aliviar o fardo financeiro das pessoas pobres.

Bolívia

No princípio de 2000, desencadearam-se protestos em Cochabamba, Bolívia, em grande medida como resposta à triplicação e quadruplicação dos custos da água para as famílias. Esta subida dos preços deu-se apenas algumas semanas depois da Águas del Tunari, uma companhia privada sediada em Londres, ter tomado conta do sistema de água da cidade. Os protestos encerraram eficazmente a cidade durante quatro dias. E à medida que os protestos se estendiam a toda a Bolívia, 50 pessoas foram detidas, dezenas ficaram feridas e 6 morreram devido à violência.

Muitos analistas concordam que o aumento significativo das tarifas da água foi motivado pelo custo de um projecto dispendioso de construção, que as famílias foram obrigadas a pagar à cabeça. O Projecto Misisuni,

um dos mais complexos projectos de engenharia da América do Sul, envolve a construção de uma barragem de 130 milhões de dólares, de uma central hidroeléctrica e de um túnel de 70 milhões de dólares e 20 quilómetros, utilizado para transportar água do Rio Misisuni para Cochabamba.

As taxas de utilizador têm grande potencial para empobrecer os utilizadores e dissuadir as pessoas de utilizar serviços muito necessários. Quando as taxas de utilizador de serviços sociais básicos têm que ser aumentadas, os governos devem assegurar que são à medida dos utilizadores. Primeiro, os governos deviam ser francos com os cidadãos quanto às razões por que são necessários os aumentos. A este respeito, devia haver uma comunicação clara entre fornecedores de serviço e utilizadores. Segundo, os governos deviam fixar as tarifas estrategicamente, de modo que as famílias mais ricas pudessem subsidiar as mais pobres. Também deviam ser procurados outros meios de subsidiar as pessoas pobres. Por exemplo, muitos manifestantes na África do Sul pediram que o governo fornecesse 50 litros de água gratuitos por dia às famílias pobres – o mínimo da Organização Mundial de Saúde para manter a saúde e a higiene. Terceiro, os aumentos da conta da água deviam ser instituídos progressivamente, e não de um dia para o outro.

Fontes: ICIJ 2003c; Lobina 2000; Sidley 2001, pág. 71.

As parcerias público-privado baseiam-se no pressuposto de que os clientes pagam os serviços. A privatização na água e saneamento levou a taxas muito mais elevadas, por vezes de um dia para o outro – e por vezes com consequências desastrosas (caixa 5.2). Mas se o êxito exige tarifas mais elevadas, as companhias estatais da água mostraram que é possível utilizar a receita adicional para melhorar serviços e expandir a cobertura.

POSITIVE PRIVATE PROVISION

Nem todas as privatizações de água e saneamento foram fracassos. Na África Subsariana, por exemplo, as parcerias público-privado melhoraram a qualidade da água.⁴⁰ Em termos mais gerais, o êxito da privatização dos serviços de água depende em grande medida da regulamentação governamental, do interesse do investidor e do estado inicial da empresa.⁴¹ Os países com bons serviços antes da privatização continuam, muitas vezes, a funcionar bem depois.

Onde as pessoas pobres colheram os benefícios dos serviços de água privatizados, isso ficou a dever-se à vontade política. Na Bolívia, as concessões de

água e saneamento em La Paz e El Alto foram ganhas pelo concorrente que prometeu fazer maior número de novas ligações em bairros pobres. O concorrente vencedor foi, então, obrigado a ligar 72.000 famílias à água canalizada e 38.000 ao saneamento, num período de cinco anos.

Além de obrigar contratualmente os fornecedores privados a expandir os serviços, os governos têm utilizado as receitas da privatização para esse fim. Incentivos financeiros, como subsídios de capital, têm sido oferecidos aos fornecedores que servem bairros pobres. Além disso, as elevadas tarifas que tendem a acompanhar a privatização podem ser compensadas por subsídios visando as pessoas pobres. No Chile, os subsídios governamentais garantiram que nenhuma família gastasse mais de 5% do seu rendimento em água.⁴²

ABORDAGENS PROMISSORAS

Os programas governamentais têm registado muitos êxitos na prestação de serviços sociais básicos a todos os cidadãos. Assim, a privatização não tem que ser vista como a única opção para reformar serviços públicos mal dirigidos.

Muitas actividades nos sectores sociais produzem bens públicos ou têm muitas externalidades, exigindo o envolvimento do estado para prover serviços básicos a todos. O recente impulso à privatização de serviços sociais básicos tem ignorado as experiências passadas de países ricos – bem como de muitos países em desenvolvimento, hoje – que confiavam nos sistemas estatais para a prestação de serviços sociais básicos à maioria (se não à totalidade) da população, quando estavam a desenvolver-se. Os actores privados apenas desempenharam um papel limitado.

Muitos dos actuais países em desenvolvimento de elevado desempenho, conseguiram melhorar os indicadores da saúde no princípio do seu desenvolvimento – provendo cuidados de saúde universais pagos com receitas do governo. Em muitos países (Botswana, Costa Rica, Zimbabué), os cidadãos que viviam melhor optaram por fazer um seguro privado de saúde.⁴³ Ou, se os seguros privados não estivessem disponíveis (Sri Lanka e Kerala, Índia), pagavam directamente aos fornecedores privados.⁴⁴ Mas, em relação à maioria das populações desses países, melhor saúde era o resultado de cuidados universais com preços comportáveis – financiados por receitas do governo e tornados efi-

cazes pela atribuição de recursos aos níveis inferiores do sistema de saúde.⁴⁵

Os países em desenvolvimento de elevado desempenho também começaram a perseguir o ensino primário universal no princípio do seu desenvolvimento, quando os seus rendimentos eram mais baixos. Os países com taxas de alfabetização acima das dos seus vizinhos, em 1980, também tinham menores quotas de estudantes em escolas privadas nos 15 anos anteriores a 1980. Na Ásia do Sul, por exemplo, a taxa de alfabetização do Sri Lanka era extraordinariamente baixa, de 38%.⁴⁶ E a proporção de estudantes nos ensinos primário e secundário privados era baixa nos 15 anos anteriores a 1980.

Na água e saneamento há numerosos exemplos de companhias estatais ineficientes, sobredimensionadas e corruptas. Mas também há sistemas públicos bem sucedidos, ignorados em grande medida pelos defensores da privatização. O Chile, por exemplo, tornou a água potável disponível para 97% da sua população urbana, até 1990, e saneamento, a 80%. E em Bogotá, Colômbia, os serviços municipais de água foram ameaçados de privatização – mas, completamente reformados, expandiram a cobertura (caixa 5.3).

Em Debrecen, Hungria, a companhia de água dirigida pelo estado exigiu investimentos consideráveis em meados dos anos de 1990. Foram feitas

CAIXA 5.3

Sistemas públicos de água bem sucedidos

Esforços do governo chileno na água e saneamento mostram que os sistemas dirigidos pelo estado podem alcançar resultados positivos. Em 1990, 97% da população urbana do Chile tinha acesso a água potável e 80% tinha acesso a saneamento. As pedras angulares do êxito do país:

- Separar a regulação central e a operação regional.
- Aumentar os investimentos financeiros no sector.
- Desenvolver um sistema de fixação objectiva das tarifas.
- Introduzir incentivos à eficiência.

Entre 1988 e 1990, as autoridades chilenas estabeleceram um novo sistema de fixação objectiva das tarifas – essencial para revitalizar a indústria. O regulador estabeleceu uma tarifa máxima baseada num fornecedor eficiente modelo e quaisquer divergências de opinião entre a companhia concessionária e o regulador seriam resolvidas por uma comissão tripartida de especialistas. A reforma permitiu o ajustamento gradual das tarifas para

novos níveis mais elevados. A fixação objectiva de tarifas foi um contributo fundamental para o êxito alcançado na gestão dos serviços de água e saneamento, desde 1990.

O sector privado desempenhou um papel no sector de água e saneamento do Chile, mas esse papel foi limitado e estritamente regulado pelo governo central. Houve um grande aumento da subcontratação de muitas actividades por todas as companhias, incluindo exploração, gestão e investimento de capital de sistemas inteiros, bem como de manutenção de todos os aspectos das redes, das leituras de contadores e da facturação. A subcontratação reduziu o número de trabalhadores por ligação. E em 1995, o nível médio de água não contada foi de 31%, muito menos do que a norma na América Latina, de 40% a 60%.

Na capital da Colômbia, Bogotá, a privatização foi rejeitada no fim dos anos 90. A cidade recusou o dinheiro do Banco Mundial e transformou a sua companhia de serviço público na mais bem sucedida da Colômbia.

Fonte: ICIJ 2003a; Mehrotra e Delamonica (a publicar).

tentativas para contratar o serviço com uma companhia de água internacional, e depois com outra – mas ambas as tentativas falharam. Em 1995, o conselho municipal decidiu que os gestores locais da água tinham competência para fazer o trabalho. Uma nova companhia pública local fez os investimentos necessários a custos muito mais baixos do que as propostas de companhias privadas, em parte abastecendo-se localmente em vez de importar. Como resultado, os preços são 75% mais baixos do que o previsto pelas companhias privadas.

REFORÇAR O ESTADO

A capacidade reguladora nos países em desenvolvimento tem que ser desenvolvida e melhorada, de modo que a provisão pública e privada funcione para todos os serviços e utilizadores. Uma recomendação política fundamental é a reciclagem dos funcionários governamentais. Isto não significa necessariamente que os países ricos forneçam mais ajuda ou cooperação técnica – significa que pagam por transferências de qualificações e trocas de experiência entre países pobres.

Na saúde, a necessidade de regulamentação aplica-se tanto às companhias privatizadas como aos serviços privados existentes, em ambos os casos para proteger os consumidores e conter custos. A maioria dos ministérios da saúde de países em desenvolvimento tem sistemas de informação extremamente fracos, minando a sua capacidade (ou talvez indicando a sua indisponibilidade) de regulamentar os fornecedores privados. Na Ásia do Sul, apesar da provisão privada generalizada e da elevada despesa privada, a regulamentação falhou abissalmente na garantia de cuidados de qualidade para a maioria dos utilizadores de fornecedores privados.⁴⁷

A regulamentação dos serviços clínicos de saúde, por exemplo, exige que se enfrente a proliferação de fornecedores privados – muitas vezes sem formação, sem licença e não regulamentados. Os governos têm que trazer esses actores para o domínio público, o que exigirá licenciamento e formação regular para melhorar os conhecimentos e as qualificações. A formação aumentou a provisão de medicamentos antimaláricos no Quênia e melhorou a gestão de infecções respiratórias agudas e da diarreia no México.⁴⁸ Além disso, a Associação Médica Rural do Bengala Ocidental adoptou a lista de 40 medicamentos essenciais da OMS para uso recomendado pelos seus membros. Conseguir que os profissionais restrinjam o uso desses

CAIXA 5.4

Manila Metropolitana e Buenos Aires: desempenho misto em experiências de privatização da água

Manila

Em 1995, as Filipinas declararam uma crise da água. A companhia de serviço público da água tinha deixado 3,6 milhões de pessoas desligadas do fornecimento de água. E relativamente aos que tinham ligações, o serviço era, muitas vezes, errático. Em 1997, duas companhias privadas de água ganharam a concessão para tomarem conta do sistema de água de Manila, dividindo a área metropolitana em zonas oriental e ocidental. Cinco anos depois, as companhias tinham ligado praticamente mais 2 milhões de pessoas à rede e o serviço tinha melhorado significativamente. Durante esse tempo, triplicaram as novas ligações do serviço, que passaram de 17.040 por ano (antes da privatização) para 53.921 (depois).

Todavia, seis anos após a privatização, as companhias de água tinham tido desempenhos abaixo dos seus objectivos – e até estão a pedir para se retirarem das concessões. Em 2001, uma companhia tinha fornecido água a 85% da sua população, ligeiramente abaixo da sua projecção de 87%, enquanto a outra companhia ultrapassara o seu objectivo. Mas muita discussão rodeia o cálculo destes números, levando possivelmente à redução das taxas de êxito comunicadas. Embora uma companhia privada de água não tenha visto um declínio do número de canos com fugas e de roubos de água, a outra viu esses números aumentarem. E em Janeiro de 2003 as tarifas da água tinham aumentado duas a cinco vezes as taxas de 1997 em ambas as zonas. Na verdade, um inquérito de 2000 aos residentes em 100 distritos revelou uma percepção mista da priva-

tização, com 33% dos inquiridos a notar um serviço melhor, 55% a não notar nenhuma alteração e 12% a notar deterioração.

Buenos Aires

Em 1993, o governo da Argentina privatizou a companhia de serviço público de água de Buenos Aires, e a qualidade e expansão do serviço aumentou subsequentemente. Números da companhia indicam que ligou aproximadamente 1 milhão de novos utilizadores ao sistema de água. E no primeiro ano a companhia reduziu as taxas da água em 27%. Mas esta queda diminuiu simplesmente as significativas subidas de preços instituídas pela companhia de serviço público antes da privatização. Nos anos seguintes a companhia aumentou repetidamente os preços da água, e em 1996 ocorreram em Buenos Aires protestos contra as elevadas contas da água.

Além disso, uma análise governamental verificou que até 1997 a companhia só tinha construído cerca de um terço das estações elevatórias e das condutas subterrâneas que tinha prometido concluir até então. E os investimentos em redes de esgotos totalizaram apenas 9,4 milhões de dólares – um quinto do nível prometido. Segundo estimativas recentes, o quadro é bastante diferente quando se considera o país como um todo. Na segunda metade dos anos 90, os municípios com serviços de água de gestão privada funcionaram melhor do que os geridos publicamente, em particular nas áreas pobres, contribuindo para reduções mais rápidas da mortalidade infantil.

Fonte: ICI 2003b; Gallani, Gertler e Schargrodsky 2002; ICI 2003d.

medicamentos melhorará a qualidade e o controlo. Outras medidas para regulamentar os fornecedores incluem o desenvolvimento da legislação de protecção do consumidor, a promoção da ética profissional e a provisão de incentivos não financeiros, como maior prestígio.

A acreditação pode ser utilizada para informar os consumidores acerca dos fornecedores médicos privados que estão registados. Um organismo profissional que oferecesse acreditação e formação a fornecedores não registados beneficiaria tanto os fornecedores como o público. Aumentaria o desejo dos fornecedores de reconhecimento e prestígio social. E ajudaria a promover o uso de medicamentos essenciais através de campanhas públicas.

Melhorar o comportamento do consumidor também é importante para a regulamentação dos

cuidados de saúde. Isso pode envolver a melhoria dos conhecimentos do consumidor, ou a atribuição de subsídios para tornar os serviços de qualidade mais acessíveis. Os governos também podem criar instituições que permitam aos consumidores desafiar os fornecedores privados que prestem maus cuidados.

A regulamentação dos serviços de educação e de água é, muitas vezes, igualmente fraca. Nas privatizações da água, as autoridades públicas da água assumem muitas vezes o papel de reguladores. Mas os fornecedores internacionais privados raramente seguem os seus acordos com os governos anfitriões (caixa 5.4).⁴⁹ É necessário muito mais apoio internacional para criar capacidade reguladora nestas e

noutras áreas de infra-estruturas, para que o sector privado faça mais para se atingirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

ENVOLVER ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

A provisão de serviço social por organizações não governamentais (ONG) tem sido visto como o “meio caminho” entre o mercado e a provisão pelo estado. Para alguns analistas, há uma razão para aumentar o papel das organizações da sociedade civil no fornecimento desses serviços. As ONG são, frequentemente, bastante bem sucedidas no preenchimento dos hiatos deixados pelo sistema público (como no caso das escolas primárias instaladas pela Comissão de Avanço Rural do Bangladesh). Também são úteis na articulação de preocupações da comunidade, especialmente em relação às pessoas pobres, para melhorar o desempenho das instituições. Na água e saneamento, as áreas rurais têm sido melhor servidas através de comissões de utilizadores apoiadas por ONG. Mas as ONG deviam ser um complemento e não um substituto das actividades estatais.

As ONG também têm entrado em parcerias entre governos, empresas e organizações da sociedade civil. Quando as firmas privadas ganham concessões de longo prazo dos serviços urbanos de água e saneamento, normalmente os contratos exigem uma cobertura significativamente aumentada. Fazê-lo exige qualificações e recursos que estão para além do campo das firmas privadas, especialmente das estrangeiras. Os parceiros ONG podem melhorar a compreensão que uma empresa tem dos seus clientes pobres (expandindo a base de clientes, melhorando o projecto), reduzindo os custos de capital, de funcionamento e de manutenção, como aconteceu com as concessões de água em La Paz e El Alto, Bolívia. As ONG também podem emprestar credibilidade e alcance a campanhas de educação e sensibilização. A Vivendi, companhia francesa da água, iniciou uma parceria com uma ONG no seu projecto de Kwazulu-Natal para compreender melhor as necessidades das comunidades pobres da África do Sul.⁵⁰

Através das políticas de pressão e envolvimento, as ONG estão a criar novas agendas para as empresas. Um movimento contínuo de protestos e parcerias entre empresas e ONG está a criar uma nova forma de regulamentação para a empresa mundial – a regulamentação civil.⁵¹

CAIXA 5.5

A Iniciativa de Bamako: juntar recursos comunitários para cuidados de saúde

A Iniciativa de Bamako é uma iniciativa que junta recursos comunitários para financiar cuidados de saúde locais. A iniciativa tem sido posta em prática em grau variável em mais de 40 países de rendimento baixo, com metade na África Subsaariana. Não só tem protegido famílias de custos de saúde catastróficos, mas também tem organizado as comunidades para ajudarem a reforçar e sustentar serviços públicos de saúde locais. Estas comunidades contribuem com recursos financeiros para as clínicas de saúde locais e têm uma palavra na gestão desses serviços.

A estratégia da iniciativa é revitalizar os sistemas públicos de saúde, descentralizando a decisão do nível nacional para o nível distrital, instituindo o financiamento comunitário e a co-gestão de um pacote mínimo de serviços essenciais a nível das unidades básicas de saúde. O objectivo é melhorar os serviços gerando rendimentos suficientes para cobrir alguns custos locais de funcionamento, como o abastecimento de medicamentos essenciais, salários de algum pessoal de apoio e incentivos para os trabalhadores da saúde. Os fundos gerados pelo financiamento comunitário não revertem a favor da tesouraria central, mas permanecem na comunidade e são controlados por ela através de uma comissão de saúde localmente eleita. De meros receptores de cuidados de saúde, os consumidores tornaram-se parceiros activos cuja voz conta.

Após 10 anos de aplicação da iniciativa, a acção comunitária na maioria dos centros de saúde rurais do Benim e da Guiné permitiu que aproximadamente metade da população fosse utilizadora regular dos serviços. Também aumen-

tou e sustentou os níveis de vacinação próximo da saúde para todas as metas para 2000. Cobrar taxas modestas aos utilizadores é considerado, nalguns casos, a opção mais acessível para as pessoas pobres, que de outro modo têm que utilizar alternativas mais dispendiosas – embora seja menos claro se existem mecanismos para proteger os membros indigentes da comunidade.

Grande parte do êxito tem sido na garantia de que medicamentos essenciais a preços comportáveis estão prontamente disponíveis nos centros de saúde, sob controlo das comissões. Outro factor tem sido a melhor atitude dos trabalhadores da saúde – tradicionalmente uma razão para as pessoas, especialmente as mulheres, não utilizarem serviços de saúde.

Esta experiência sugere que na ausência de financiamento governamental adequado dos cuidados de saúde, juntar recursos comunitários, com algum pré-pagamento dos pobres, é um mecanismo justo e eficiente para fornecer serviços de saúde às pessoas pobres. Os sistemas de saúde que exigem que os indivíduos paguem muitos dos custos dos serviços de saúde restringem o acesso àqueles que não podem pagar, e muito provavelmente excluem as pessoas mais pobres. A justiça da protecção do risco financeiro exige assim a mais elevada separação possível entre contribuições e utilização. Há consenso acerca do papel central do financiamento público na saúde pública. Mas no caso dos cuidados pessoais de saúde não é a dicotomia público-privado o mais importante para determinar o desempenho do sistema de saúde – mas a diferença entre pré-pagamento e pagamento na ocasião.

Fonte: Mehrotra e Delamonica (a publicar).

À parte o aumento das receitas fiscais governamentais, há modos de melhorar as tarifas e os encargos do serviço para os tornar mais racionais e equitativos. Na saúde, custos súbitos e exorbitantes podem levar os pacientes à pobreza, ou empobrecê-los ainda mais. Inquéritos em 60 países mostram que entre os grupos pobres há uma percentagem maior de famílias que têm níveis elevados de despesa com a saúde.⁵² Na ausência de financiamento público, esquemas de pré-pagamento – que contêm elevados custos de saúde espalhando os riscos por conjuntos de indivíduos – podem ajudar a lidar com esse problema. Esses esquemas, não só têm ajudado a proteger famílias pobres de custos de saúde catastróficos, mas também têm ajudado a organizar comunidades para sustentar sistemas públicos de saúde locais (caixa 5.5).

Na educação pública, há campo para muito maior recuperação de custos a níveis superiores na maioria dos países em desenvolvimento. Nos anos de 1990, a África e a Índia aumentaram a recuperação de custos nas universidades públicas.⁵³ Todavia, não está de modo nenhum perto do seu potencial: a educação superior traz enormes benefícios privados, e a maioria das pessoas que podem aceder a ela não são pobres. Assim, há campo para muito maior recuperação de custos (conjugada com isenções para pessoas pobres).

Na água e saneamento, a fixação estratégica de tarifas (seja o fornecedor público ou privado) que aumenta as taxas de utilizador nas linhas com maior utilização – juntamente com subsídios dirigidos – é uma boa maneira de fornecer serviços de água a mais pessoas. Uma orientação geográfica (para locais onde as pessoas pobres residem) e não baseada no rendimento, tem mais probabilidades de ser bem sucedida.

ENFRENTAR OS RISCOS DA PRIVATIZAÇÃO

As instituições internacionais que promovem a privatização de serviços sociais precisam de fornecer muito mais apoio adiantado para criar capacidade

reguladora. O Banco Mundial tem algumas iniciativas nesta área, como o Forum Internacional para a Regulamentação dos Serviços Públicos, criado em 1996 como uma estrutura de cobertura das iniciativas de aprendizagem e criação de rede para os reguladores dos serviços públicos. Mas as agências internacionais deviam fazer mais do que dar conselhos. Também deviam possibilitar visitas ao terreno dos reguladores de países em desenvolvimento a outros países mais experientes na regulamentação do sector privado. Também há a necessidade de preparar cláusulas modelo para parcerias público-privado na água. Essas cláusulas poderiam basear-se nas lições discutidas neste capítulo, de modo que futuros contratos possam evitar as armadilhas dos anteriores.

Na água, todas as receitas vêm em moeda local, pelo que o serviço de empréstimos estrangeiros envolve um risco cambial, tanto para os que pedem empréstimos, como para os investidores. Isto tornou-se um problema na Argentina, Indonésia e Filipinas após as desvalorizações, pressionando as subsidiárias da água a aumentarem as tarifas aos utilizadores para poderem satisfazer o serviço dos empréstimos. Assim, os governos centrais deviam encorajar as autoridades locais a financiar-se internamente – junto dos bancos nacionais de desenvolvimento.

É muito frequente presumir-se que o envolvimento do sector privado na água implica o envolvimento de companhias multinacionais estrangeiras. Em muitas cidades de países em desenvolvimento, pequenos fornecedores cobrem secções significativas da população: em Deli, Índia, 6%; em Dacca, Bangladeche, 10%; na Cidade de Ho Chi Minh, Vietname, 19%; e em Jacarta, Indonésia, 44%.⁵⁴

Em todos os sectores, a capacidade reguladora devia ser criada antes da privatização. De outro modo, o sector privado pode responder meramente a uma procura diferente e não ao excesso de procura, seja na educação, na saúde clínica ou na água e saneamento. Com melhor informação sobre o sector privado e uma capacidade reguladora mais forte, o estado pode assegurar que o sector privado desempenha um papel complementar na provisão e financiamento dos serviços sociais básicos.