

A AMÉRICA LATINA NO CONTEXTO DE
REFORMAS

Ana Luíza d'Ávila Viana

2002

SUMÁRIO

Introdução_____	3
1. As reformas na América Latina: motivações e padrões sistêmicos_____	6
2. As reformas em curso_____	8
3. Modelo de Saúde Segmentado: as reformas no Chile, México e Colômbia_____	9
4. Modelo Privado Atomizado: a reforma argentina_____	13
5. Modelo Contratual Público: as reformas brasileiras dos anos 80 e 90_____	15
6. Quadro-síntese das reformas latino-americanas: (re)institucionalização da relação público/privado e debilidade do Estado regulador_____	18
7. Quadro comparativo das reformas na América Latina nos anos 80 e 90, em países selecionados_____	19
8. Análises e Tendências_____	20
Referências Bibliográficas_____	23

A AMÉRICA LATINA NO CONTEXTO DE REFORMAS

Ana Luiza d'Ávila Viana*

Introdução

As reformas sanitárias em curso nos últimos vinte anos tornaram-se uma tendência duradoura e ultrapassaram as fronteiras nacionais. Este processo de reforma integrou, muitas vezes, os processos de reforma do Estado¹ e dos sistemas de Welfare State (WS).

Em geral, as razões para estas mudanças decorrem do aumento das despesas e dos custos dos sistemas de saúde, provocados pelo envelhecimento da população, níveis elevados de doenças crônicas e de invalidez, disponibilidade de novos tratamentos e de tecnologia e crescente esperança de vida.

No início dos anos 80, diferentes diagnósticos apontavam para graves problemas no funcionamento dos sistemas de saúde: crescimento dos gastos com recursos humanos e medicamentos; limites ao melhoramento das condições de saúde; iniquidades crescentes; inadequada relação custo/eficácia (eficiência alocativa); performance ineficiente do sistema (eficiência técnica); queda na qualidade dos serviços – com simultânea exigência de melhorias por parte da população –, deslocando, para segundo plano, médicos, planejadores e burocracia, e priorizando, por conseguinte, os usuários.

As reformas destinaram-se a buscar soluções para os problemas apontados acima, tendo como diretrizes centrais:

- conter os custos e diminuir os gastos públicos em saúde, através do aumento dos graus de eficiência dos sistemas de saúde;
- introduzir novos modelos de assistência, substituindo a ênfase em atenção médica individual, curativa e hospitalar pelo aprimoramento das atividades de prevenção (saúde pública), ambulatoriais, domiciliares e intersetoriais.

As tendências e o desempenho destas reformas nos países centrais vêm sendo

* Professora adjunta do IMS/UERJ

¹ As reformas do Estado são constituídas por dois pilares, inter-relacionados: uma reforma reguladora, visando a delegar poder a instituições independentes, tanto para o controle das empresas de serviços de utilidade pública, quanto para outras atividades de relevância pública; outra, de caráter patrimonial, visando a transferir empresas públicas para o setor privado. Estas mudanças deveram-se, entre outras razões, à crise fiscal do Estado, ao avanço tecnológico e ao predomínio das idéias neoliberais.

analisadas através de diferentes parâmetros e pontos de partida. Como exemplo dessas análises, o texto apresenta reflexões de dois autores que, apesar de exibirem conclusões convergentes, partem de diferentes referenciais, como se demonstra a seguir.

France (1997) assinala como tendência a transformação de um modelo centrado no Estado (modelo integrado público) para um de tipo contratual.

O autor salienta que, muitos países, ao instituírem um serviço sanitário nacional, oferecendo assistência global e universal, predominantemente gratuita – a Inglaterra, em 1948; a Dinamarca, em 1960; a Suécia, em 1962; a Itália, em 1978; e muitos outros países na década de 80 –, optaram por definir uma estrutura organizativa caracterizada por elevado grau de integração vertical. Estes sistemas, que podem ser denominados como integrados públicos, são responsáveis tanto pelo financiamento, quanto pela produção da assistência médica, utilizando recursos humanos contratados pelo setor público, numa estrutura em que o Estado desempenha os papéis de proprietário e gestor.

Observe-se que o modelo integrado vertical representou o paradigma organizativo dominante na área da saúde até o início dos anos 80. As vantagens deste modelo podem ser extraídas de qualquer compêndio de administração; quem é familiarizado com os livros-texto de economia/administração lembra ainda das vantagens/desvantagens ressaltadas no modelo de integração vertical: as vantagens prometidas por este modelo repousam no fato da internalização da produção possibilitar maior controle (em quantidade e qualidade) ao gestor/financiador. Porém, tornam-se desvantagens, no caso da saúde, quando crescem os níveis de produção e de cobertura do sistema, pois acarretam o aumento dos custos com supervisão e controle, além das demandas corporativas por vantagens e melhores salários. Em resumo, à medida que cresce, o modelo vertical perde ganhos organizativos.

A primeira geração de reformas ocorridas neste grupo de países com sistemas de tipo integrado vertical tem, em comum, as tentativas de mercantilizar os sistemas de saúde, introduzindo mecanismos de mercado na estruturação da provisão de serviços de saúde² e/ou incrementando a participação da despesa privada. O novo modelo contratual de mercantilização e descentralização tem como objetivo básico a busca pela eficiência.

Essas razões impulsionaram, nos anos 90, a adoção de outro modelo que paulatinamente vem se tornando dominante: o contratual público. Atualmente, mais de 40

² Como se sabe, no caso da saúde, foi bastante difundido um modelo de mercantilização (introdução de mecanismos de mercado), denominado “competição administrada”, baseado no mercado trilateral, formado por consumidores, provedores e *sponsors* (responsáveis).

países (OMS, 1996) estão implementando algum tipo de reforma visando a reforçar o lado financiador/regulador do Estado e a desfazer as antigas funções de provisão. Lassey (1997) destaca a tendência de reversão do modelo integrado para o modelo contratual, sobretudo no antigo bloco de países socialistas.

O modelo contratual público caracteriza-se por substancial separação das funções de provisão das de financiamento, isto é, das relações entre financiadores/compradores e produtores/fornecedores, através de diferentes formas de contrato. A hipótese que sustenta a crença na superioridade da forma contratual (vis-à-vis à forma integrada) reside no fato de que o custo crescente de transações – que emerge do uso do mercado – é compensado pelo incremento de eficiência organizacional, obtida pela agilidade resultante da desintegração e pelo aumento do controle sobre custos e qualidade, produzidos pela concorrência entre produtores.

Lassey (1997) aponta como tendência das atuais reformas nos países centrais o estabelecimento de um modelo caracterizado pela combinação de privatização da provisão de serviços com responsabilização pública, ou por maior regulação pública do seguro e dos orçamentos e preços praticados pelos mercados da saúde. Segundo ele, esta tendência é a que parece obter melhores desempenhos ou, ainda, impactos mais significativos nos indicadores de saúde.

Ao analisar as tendências das reformas, Lassey parte de um enfoque mais amplo do que aquele apresentado por France. Identifica quatro tipos de sistemas de saúde, definidos pela responsabilidade sobre a política, o financiamento e a provisão de serviços. Dois sistemas são polares: um primeiro, representado pelo modelo centralizado estatal, implementado pela URSS, a partir de 30, e seguido pelo bloco socialista; e outro, representado pelo sistema descentralizado e pluralista dos EUA. Dois outros tipos são intermediários, representados por um mix público/privado, em decorrência da ênfase na responsabilização governamental e na constituição de um sistema nacional de saúde, tendo como exemplos Inglaterra, Suécia e demais países escandinavos, ou na proliferação (universalização) do seguro social, como na Alemanha, nos demais países europeus continentais e no Japão.

Estes sistemas caminharam para a (re)combinação do mix público/privado, inerente às próprias reformulações atuais do papel e das funções do Estado.

Pode-se afirmar que esta foi a grande estratégia para reduzir os custos do sistema sanitário e responder às crescentes exigências dos consumidores. Esta mudança, obviamente, reorientou as funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários,

atribuindo-se, ao primeiro, novas obrigações, principalmente de regulação, controle e avaliação, e, aos demais, maior participação na produção, gasto e financiamento do sistema de saúde.

Outra estratégia, também importante para reduzir os custos, apoiou-se na descentralização dos serviços e funções para níveis subnacionais de governo. Associada ao que se convencionou denominar de novo federalismo³, baseou-se na crença de que a proximidade entre gestores e usuários poderia intensificar os níveis de eficiência do sistema e que deveria ser estimulada a participação dos demais entes governamentais com o financiamento das ações de saúde, diminuindo os aportes federais centralizados.

Apesar dos sistemas nacionais terem logrado, através destas mudanças, reduções significativas no gasto público em saúde, em alguns casos, e manutenção do gasto, em outros, surgiram críticas crescentes à eficiência decorrente da introdução de mecanismos de mercado na organização dos sistemas nacionais. As críticas mais recorrentes referem-se à elevação dos custos administrativos, à perda de responsabilização pública, à fragmentação dos serviços e do controle estratégico sobre o desenvolvimento dos serviços, no âmbito de uma área geográfica (Robertson, 1997)

Estas mesmas críticas, ao lado da emergência de novas doenças e da reincidência de antigas moléstias (como a tuberculose, cólera e dengue), ensejaram um segundo tipo de reforma, mais preocupada com os resultados das ações médicas, priorizando-se a adoção de práticas extra-hospitalares, o atendimento ambulatorial / domiciliar e a atenção primária de saúde.

Este é o cenário internacional das reformas nestas duas últimas décadas, e que exercerá influência nos modelos de reforma adotados no continente latino-americano.

1. As reformas na América Latina: motivações e padrões sistêmicos

O movimento das reformas setoriais de saúde para a América Latina, pautadas pelas agendas internacional e nacionais, tem algumas motivações semelhantes –e, até mesmo, uma série de propostas –, que não divergem muito daquelas aqui comentadas.

³ O novo federalismo, conforme Sharpe (1997), estabelece um objetivo oposto ao velho federalismo, isto é, enquanto o velho propunha integrar o que era diferente, o segundo pretende dividir o que era unitário. As razões para a emergência desse movimento de descentralização/federalização encontram-se tanto em transformações econômicas, impostas por mudanças tecnológicas e pelo processo de globalização, quanto pelo enfraquecimento dos Estados nacionais, diante da crise financeira.

Assinale-se que as ondas de reformas na América Latina são distintas: na década de 80, as reformas chilena e brasileira são emblemáticas; já nos anos 90, destacam-se as reformas colombiana e a segunda geração de reformas no Brasil e no Chile; as reformas na Argentina e no México também são geradas nos anos 90.

Duas questões devem servir de parâmetro às análises de tendências das reformas setoriais em curso nos países latino americanos: o contexto socioeconômico, interpretado através de indicadores das condições de saúde e das próprias agendas da reforma, bem como os modelos de sistemas de saúde historicamente desenvolvidos.

No caso da América Latina, as reformas intensificaram-se nos anos 90; porém, suas motivações encontram-se mais na exacerbação das desigualdades e menos no excesso de gastos dos sistemas locais de saúde. A inclusão do tema da reforma setorial na agenda política do continente latino-americano é fruto, entre outras razões, tanto da constatação de índices alarmantes de pobreza, e conseqüente agravamento da situação de saúde das populações, quanto dos baixos investimentos públicos na área, além de demandas sociais crescentes, devendo-se também atribuir, por sua relevância, à difusão dos modelos setoriais de reforma praticados nos países centrais (Almeida, 1999).

A gravidade das condições de saúde são apontadas por diferentes autores (Frenk, Bobadilla y Lozano, 1996), que constataam que a América Latina continua padecendo de um atraso epidemiológico diante das demandas acumuladas, constituídas por enfermidades infecto-contagiosas, agravos à saúde materno-infantil e desnutrição, somadas às pressões emergentes, provocadas pelo envelhecimento demográfico, acelerado processo de urbanização, degradação ambiental e adoção de estilos de vida pouco saudáveis, levando as enfermidades não-infecciosas e causas externas a terem um peso maior na morbi-mortalidade. O recrudescimento de doenças como a malária, dengue, cólera e tuberculose, aliado ao crescimento da SIDA, agravam ainda mais este quadro.

Monteiro (1995), referindo-se às implicações desse quadro heterogêneo de morbi-mortalidade, especificamente para o Brasil, mas generalizável para os demais países latino-americanos, salienta que, independente das razões subjacentes às operadas no seu perfil, elas acarretam alterações no conteúdo das agendas nacionais de Saúde Pública, recomendando novas formas de intervenção no setor, bem como estratégias que permitam ao mesmo tempo liquidar os débitos da antiga agenda e enfrentar os novos desafios.

Quanto à tipologia de sistemas de saúde, a exemplo da apresentada por Lassey (1997) para os países centrais, Londoño (1997), utilizando conceitos de integração populacional (universalidade X segregação) e institucional (integração vertical de funções X separação), identifica quatro modelos de sistema de saúde para a América Latina. Tendo como referência a universalidade (integração horizontal), definem-se dois modelos: o *Público Unificado*, representado por Cuba e Costa Rica, e o *Contratual Público*, cujo exemplo é o Brasil.

Os modelos com segregação são o *Segmentado*, onde o autor insere a maioria dos sistemas latino-americanos, e o *Privado Atomizado*, cujos exemplos são a Argentina e o Paraguai.

2. As reformas em curso

A América Latina, com exceção do Brasil, não chega a instituir modelos de saúde integrados públicos. Os modelos são diversos e segmentados, influenciados principalmente pela formação histórico-social e cultural de cada país, porém, apresentam problemas convergentes, destacando-se: direitos sociais diferenciados, gerando exclusão de parte da população; segmentação do acesso e da utilização dos serviços; estruturas institucionais independentes, responsáveis por partes da população; ou setores da assistência à saúde altamente centralizadas, com baixo nível de recursos para o financiamento, e dependentes de aportes da economia formal (Fleury et al, 2000).

Com base neste quadro de problemas, a partir da década de 80 tem início um longo processo de mudanças e de incorporação de novos tipos de experiências nos sistemas de saúde latino-americanos. Em recente publicação – OPAS/OMS (1996) –, apresenta-se uma contagem preliminar dessas inovações: 23 países têm política de descentralização gerencial; 22, de seguro nacional de saúde; 18, de recuperação de custos; 17, de planos básicos de atenção; 15, de novas formas de contratação de serviços; 14, de descentralização financeira; 11, de focalização do gasto público; 10, de autonomia hospitalar e privatização seletiva; e, finalmente, 6 deles têm política de medicamentos.

Entretanto, neste artigo, limitamo-nos apenas a apresentar as principais reformas de caráter nacional implementadas nos últimos 20 anos, utilizando como referencial a tipologia apresentada por Londoño para caracterizar os sistemas de saúde do continente.

3. Modelo de Saúde Segmentado: as reformas do Chile , México e Colômbia

A reforma chilena foi implementada em duas etapas coincidentes com regimes políticos diversos: a dos anos 80, sob orientação do regime militar, e a dos anos 90, em pleno período democrático.

Como se sabe, os princípios que balizaram as reformas do sistema de saúde chileno, dos anos 80, foram a desconcentração/descentralização do setor público e a privatização do setor de saúde.

Quatro textos legais regem esse processo de reforma: Decreto-Lei n.º 2763, de 1979, relativo à desconcentração da gestão setorial; Lei n.º 1-3063, de 1980, que trata da descentralização da gestão concernente à atenção primária; Decreto n.º 3, de 1981, relativo à privatização do setor de saúde (criação das ISAPRE⁴); e, já no final do regime militar, em 1990, a Lei n.º 18933, que cria a Superintendência das ISAPRE (agência reguladora).

Ao final do período de reformas, os resultados alcançados evidenciaram que a população beneficiária do sistema ISAPRE cresceu em grandes proporções entre 1985 e 1993, estabilizando-se no percentual de 30%, a partir de 1990. Por outro lado, o incentivo ao desenvolvimento de infra-estrutura privada médica no país, uma das metas de criação das ISAPRE, promoveu um crescimento de 35%, entre 1985-96, na sua disponibilidade de leitos, representando, no período, um decréscimo percentual de 5% na oferta pública.

Cabe assinalar que, até 1990, o FONASA (Fundo Nacional de Saúde) foi responsável pela regulação das ISAPRE – mas, em razão de sua própria função, esteve impossibilitado de fiscalizar o comportamento dessas instituições, o que resultou numa série de desvios: práticas de seleção de riscos/usuários por faixa de renda maiores e faixas etárias menores; proliferação de planos de saúde com predomínio de uma lógica individual; e uma concentração de 77% do mercado em apenas cinco instituições.

Além disso, a falta de cobertura frente aos eventos catastróficos de saúde, devido aos baixos níveis de reembolso e, por conseguinte, aos altos percentuais de co-pagamento – a média varia entre 31,25% para gastos até US\$ 1.250 (mil duzentos e cinquenta dólares) e 44,92%, para gastos acima de US\$ 12.500 (doze mil e quinhentos dólares) –, forçou a população de mais baixa renda a recorrer à gratuidade do sistema público, rompendo, assim, a equidade do sistema.

Ao final da década de 80, era consensual o seguinte diagnóstico sobre o funcionamento do sistema de saúde, além dos já apontados em relação às ISAPRE: o MINSAL (Ministério da Saúde) continuou centralizando os recursos financeiros e humanos dos Serviços de Saúde, reforçado a partir das distorções geradas pelo superfaturamento por atenção prestada, tanto dos serviços municipais, quanto dos próprios estabelecimentos centralizados; o FONASA, que deveria concentrar a gestão financeira do Ministério –com mais autonomia – sofreu as intermediações do Ministério da Fazenda, funcionando mais como tesouraria, do que como gestor propriamente dito; além do débil papel regulador e fiscalizador exercido pelo FONASA sobre as ISAPRE.

Iturriaga (2000), comentando esses resultados, resume de forma clara os paradoxos criados pela reforma: “A descentralização ia contra a natureza da administração militar da função pública, burocrática e vertical, de tal modo que a gerência geral do velho sistema nacional de saúde (...) deu continuidade à administração centralizada e discricional dos recursos”.

A nova agenda das reformas propostas nos anos 90, por sua vez, parte das seguintes motivações: problemas criados pelas ISAPRE; as tensões políticas decorrentes dos fortes e conflitantes interesses de parte dos provedores e consumidores; e a insatisfação crescente em relação ao sistema público de saúde (Musgrove, 1995).

Duas foram as prioridades estabelecidas pelo primeiro governo democrático chileno:

1. recuperação do serviço público de saúde, em especial a infra-estrutura hospitalar, pois o governo entendia ser esta a única alternativa de assistência que dispunha a população mais carente. Ainda quanto ao fortalecimento do setor público de saúde, merecem registro: maior incentivo e extensão do pagamento per capita às municipalidades, através de um valor-base, estipulado de acordo com indicadores de pobreza, ruralidade e condições de difícil desempenho; criação de um sistema de informação que permitisse melhor apurar a adscrição da população aos consultórios municipais, incluindo incentivos para melhorar a assistência aos pacientes; implantação do Pagamento por Diagnóstico (PAD) em todo o SNS (hospitais públicos), em substituição ao Faturamento por Produção (FAP), aliado aos Pagamentos Prospectivos por Prestações (PPP), que permitiam um incentivo para a programação restante dos serviços de saúde, ou seja, daqueles não padronizados pelo PAD.

2. projeto de reforma da lei das ISAPRE – a equipe do MINSAL, em conjunto com a Superintendência, elaborou um texto legal que buscava dar mais transparência e equidade ao

⁴ **Instituições de Saúde Previdenciária**, que operam com venda de planos de saúde em mercados abertos.

Sistema de Instituições de Saúde Previdenciária. Nesta legislação, destacavam-se os seguintes pontos: eliminação de todas as restrições à cobertura de carências (tempo de espera para receber benefícios) e exclusões (prestações não cobertas); definição precisa de enfermidades preexistentes declaradas e não declaradas, e as restrições à sua cobertura, delegando mais poderes de fiscalização à Superintendência das ISAPRE nestas matérias. Além dessas medidas, duas outras, de ordem financeira, foram propostas:

- um Fundo de Reserva para a Saúde na Terceira Idade, financiado com 0,9% da renda destinada às ISAPRE por seus filiados, com o objetivo de evitar que a população, ao alcançar a velhice e não conseguindo arcar com seus custos, retornasse ao FONASA;
- introdução do conceito de excedente de contribuição, medido através da diferença entre o valor pago (com os 7%) e os preços dos planos de saúde, que passaria a ser propriedade do próprio contribuinte para ser usado, por exemplo, como co-pagamento, ou para incentivar o fundo da terceira idade.

No entanto, as pressões corporativas, bem como das ISAPRE, não permitiram sua aprovação no primeiro governo democrático.

O diagnóstico dos problemas de equidade e eficiência pertinentes ao sistema chileno devem-se, em grande parte, à sua atual organização, que mantém duas lógicas distintas no seu financiamento: uma, de caráter progressivo e solidário (setor público, com aportes fiscais e cotizações de segurados de baixa renda, que concentra maiores riscos) e outra (do setor privado, baseado na lógica de riscos individuais), que concentra os segurados mais saudáveis e de maior renda.

As limitações da reforma chilena, seja no primeiro momento ou mesmo após a segunda reforma dos anos 90, vinculam-se às dificuldades do setor privado em oferecer ingresso e assistência fora dos padrões de risco, ao ineficiente sistema de alocação dos recursos públicos e à insuficiente descentralização e mudança das lógicas de funcionamento dos serviços de saúde.

Ainda na década de 80, teve início a reforma mexicana, caracterizada pela proposta de unificação dos dois braços do sistema de saúde (previdência e público) e pela extensão universal de cobertura. Apesar de ter sido amplamente discutida, não obteve consenso político para sua implementação.

O tema da reforma perdurou e, em 1995, propôs-se a reforma setorial da previdência, baseada na descentralização e no estímulo do mercado privado para as classes de alta renda.

Para a população do mercado informal, e sem cobertura previdenciária, foi proposta a criação de um setor público provedor de uma cesta básica de saúde, composta por ações essenciais. Ainda que muito recente, alguns problemas já podem ser detectados: dificuldades para financiar o sistema e a persistência das fontes de ineficiência, como a fragmentação institucional e a estratificação do atendimento.

A reforma colombiana priorizou a seguridade social (1993), através da Lei 100, e a descentralização do sistema público – iniciada em 1987, com a emissão do Decreto 77, posteriormente legislado em 1990 e 1993.

Musgrove considera tímida a reforma chilena ao compará-la à colombiana, cujas medidas são mais radicais e abrangentes. Perez et al (1997) também avalia a reforma colombiana como ambiciosa e integral, devido principalmente ao seu ponto de partida: população segurada inferior a 20% e um sistema público ineficiente, politizado e sem tradição de gerenciamento empresarial. Londoño (1997), por sua vez, cita a Colômbia como um dos países em que a fragmentação institucional induz o desembolso elevado por parte das camadas de menor renda –12% da renda familiar – para o atendimento à saúde.

Em relação aos impactos que mais chamam a atenção, destacam-se: a duplicação do gasto fiscal e parafiscal em saúde, passando de 2,7% do PIB, em 1987, para 5,4%, em 1995; melhoria das condições de acesso aos serviços para 95% da população, cuja metade estaria protegida por afiliação à seguridade social em saúde, nos seus regimes contributivos e subsidiados. O informe OIT de abril de 1998 indicava para o subsistema contributivo 11.589.650 afiliados, e para o subsidiado, 6.440.000, perfazendo 18.029.650, aproximadamente 45% da população.

Os problemas críticos da reforma estão relacionados às funções reguladoras e à contratação e provisão de serviços. A nova organização do sistema previsto na referida lei determina que existam dois tipos de planos: o PAB (Plano de Atenção Básica), expressando os interesses da Saúde Pública, incluindo os serviços de benefício coletivo, e o POS (Plano Obrigatório de Saúde), que atende aos serviços de benefício pessoal.

A subdivisão dos planos obrigatórios de saúde em subsidiado e contributivo –aos quais podem-se acrescentar planos complementares não-obrigatórios, mas que, no conjunto, correspondem a três tipos de produtos e de usuários – gera conflitos entre os planos, ausência de regulamentação clara e definida, disposição do sistema à exclusão de níveis de assistência e desigualdade de acesso, principalmente para o POS subsidiado.

Por outro lado, vem sendo firmada jurisprudência - denominada por alguns de POS

constitucional – cujos limites para cobertura são quase inexistentes – criando dificuldades para as instituições prestadoras de saúde (IPS) e para as empresas promotoras de saúde (EPS). Segundo denúncias das empresas solidárias de saúde (ESS), os hospitais, para recuperar custos, vêm cometendo abusos contra os beneficiários do regime subsidiado, encaminhados pelas administradoras desta modalidade de regime (ARS).

Outro risco provocado pela regulamentação ineficiente é a disposição das empresas promotoras de saúde para converterem-se em proprietárias das instituições prestadoras de serviço, o que romperia o objetivo do sistema de manter o equilíbrio entre usuários, prestadores e operadoras.

Em relação ao sistema de pagamento, as diferentes nomenclaturas e critérios utilizados pelas operadoras têm dificultado a apuração e a competitividade na definição dos preços. A associação dos hospitais recomenda revisar a estrutura de tarifas, com valores diferenciados segundo critérios de qualidade e região com sistema de liberdade vigiada, ao invés de ajustá-los somente pela inflação.

Apesar da injeção de recursos para pôr em execução a reforma, é grande a insatisfação por parte dos hospitais e dos profissionais de saúde, não só quanto aos aspectos econômicos, mas também quanto às questões relativas à autonomia profissional, à educação continuada e à qualidade da assistência.

4. Modelo Privado Atomizado: a reforma argentina

Londoño (1997) define o modelo argentino como modalidade de tipo “corporativo”, caracterizado pela segregação de diferentes grupos ocupacionais em fundos de enfermidade, não-competitivos e representados pelo sistema das “obras sociais”. Esses fundos – ao contrário do que ocorre em quase todos os países latino-americanos – não chegaram a se fundir.

O foco principal da reforma argentina foram as obras sociais (responsáveis pela cobertura de 50% da população), centrada na busca da eficiência e qualidade, tendo como estratégia a competitividade e a ampliação do mercado privado. Um dos objetivos implícitos foi minimizar a participação do Estado na oferta e financiamento do sistema.

Montoya (2000) enumera várias motivações para a reforma: a própria dinâmica do sistema; a disparidade entre os gastos público e privado do setor; a defasagem entre os

indicadores de saúde, o nível de desenvolvimento socioeconômico e o PIB per capita; a pressão internacional; a ineficiência nas prestações de serviços; crescente endividamento do setor sindical; e, sobretudo, as características da organização socioeconômica vigente naquele momento.

Fleury (2000) refere-se à reforma argentina, comparando-a à brasileira e à mexicana, como a que mais sofreu influências das políticas de ajuste em seu modelo de reforma.

A implementação da reforma buscou instituir competitividade entre os fundos de enfermidade, mediante a liberalização dos contratos entre as obras sociais e os prestadores de serviços, com a criação de organizações intermediárias entre as partes. Outra medida adotada pela reforma foi a introdução da livre escolha, que permite aos beneficiários eleger a obra social para se filiar.

No sistema público, os hospitais responsáveis pelo atendimento à população não-segurada foram descentralizados ao nível provincial, modificando seu sistema de gestão e possibilitando-lhes a venda direta de serviços ao mercado.

Segundo Fleury (2000), as medidas adotadas geraram grande impacto na estrutura do sistema, principalmente aquelas relativas ao aumento de competitividade, introduzindo métodos administrativos reguladores e sistemas de pagamento mais eficientes.

Quanto ao financiamento do sistema, visto que não se modificou a fórmula de descontos percentuais sobre o salários formais, registrou-se queda no volume de recursos das obras sociais, com redução do número de beneficiários. Este fato vincula-se à retração do mercado formal e à migração dos maiores salários para os seguros privados.

Os denominados “novos pobres” – classe média empobrecida, os desligados do sistema e os oriundos da economia informal – têm provocado aumento da demanda dos hospitais públicos, que parecem incapazes de atendê-la, pois não existe aumento da oferta nem do financiamento. A possibilidade de venda de serviços não gerou novos orçamentos, registrando-se, ao contrário, aumento da oferta privada. Na década de 70, a relação de leitos públicos e privados era de 73% para 22%; em 1995, a relação era de 54,05% para 43,15%, respectivamente.

E, finalmente, a função reguladora do Estado parece não acompanhar o ritmo das mudanças no setor privado, o que, certamente, como já foi verificado em outros sistemas, tende a aprofundar diferenças sociais e aumentar os custos.

5. O Modelo Contratual Público: as reformas brasileiras dos anos 80 e 90

O Brasil constituiu tardiamente⁵ – em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal –, o modelo integrado público, sem atingir, comparativamente, os graus de integração presentes nos sistemas inglês e da Europa do Norte, por exemplo, em razão da alta participação do setor privado na oferta de serviços hospitalares.

O SUS conforma o novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em nível nacional, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Em sua concepção original, visa a integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária – os ramos da medicina preventiva e curativa – bem como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, em um sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário, sob o comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade com vistas ao controle social.

A implementação do SUS inicia-se nos primeiros anos da década de 90, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como instrumentos de regulamentação do sistema. Entretanto, desde o início da implantação do SUS, surgiram vários problemas para sua operacionalização, tais como: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização de serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas – a transformações substantivas nas práticas assistenciais.

⁵ Tardio em dois sentidos: primeiro, cronologicamente, em relação ao tempo decorrido da implantação do primeiro modelo integrado vertical, o inglês, em 1948; segundo, em razão do momento em que adota esse modelo, caracterizado pela profunda revisão do papel do Estado.

Na segunda metade da década de 90, tem início o processo de reforma incremental do Sistema Público de Saúde – SUS –, (Viana e Dal Poz, 1999), tendo em vista uma conjuntura de crise da saúde.

A crise da saúde, nos anos 90, deve-se a múltiplos fatores – redução de financiamento do sistema de saúde e iniquidade no acesso ao sistema público, bem como dificuldades em se constituírem sistemas de saúde (estaduais, municipais e intermunicipais) –, agravada pelas mudanças significativas no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, repercutindo fortemente na demanda e oferta de serviços e desencadeando, como já foi assinalado, o processo de reforma incremental da saúde, a partir de 1996.

Define-se este processo de reforma pelo conjunto de modificações no perfil e na operacionalização da política, que podem ocorrer, separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos e nas formas de remuneração das ações de saúde, ou, ainda, no modelo de prestação dos serviços.

São indicativos desse processo de reforma: a formulação, a partir de 1995, de nova norma operacional básica (NOB96) pelo Ministério da Saúde; a implementação acelerada de dois novos programas, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), criados no início da década; e a emergência de novas modalidades de gerência nos hospitais públicos (federais, estaduais e municipais).

Através de vários instrumentos legais (normas, portarias, decretos e leis), a política de saúde e, em específico, o Sistema Único de Saúde, sofreu modificações institucionais importantes no seu modo de funcionamento, merecendo destaque: as novas formas de transferência de recursos interinstâncias de governo, o estímulo à adoção de novos programas assistenciais pelos municípios, além do reforço do papel de novas estruturas gestoras (envolvendo todos os níveis governamentais) para a ação pactual do processo de descentralização (Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite – CIT/CIB).

Destacam-se, ainda, a criação das agências reguladoras (vigilância sanitária e da medicina supletiva) e a adoção de novas formas de gestão nos hospitais públicos, tanto federais quanto estaduais e municipais: adoção de novos modelos de gerência com destaque para o modelo de organizações sociais, criação de entidades de direito privado paralelas aos hospitais, terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas e das atividades assistenciais hospitalares.

A edição, em 1996, e a implementação, em 1998, da Norma Operacional Básica/01-

1996⁶, introduzem mudança importante no financiamento e na gestão do sistema de saúde. A NOB 96 estabelece o Piso de Atenção Básica (PAB), montante de recursos financeiros destinado ao custeio dos procedimentos da atenção básica, de responsabilidade tipicamente municipal.

A parte fixa do PAB é transferida, mensal e diretamente, ao município habilitado em alguma das formas previstas (plena de atenção básica e plena do sistema municipal). O PAB **fixo** é definido pela multiplicação de um valor *per capita* pelo número de habitantes do município, e o **variável** corresponde a um elenco de incentivos destinados às seguintes ações e programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF); Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN); Assistência Farmacêutica Básica; e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. A transferência fundo (nacional) a fundo (municipal) desses incentivos está condicionada ao cumprimento de requisitos específicos.

A introdução dessas modificações remonta ao início dos anos 90, mas a partir de 1995, aceleram-se novas iniciativas, produzindo efeitos sinérgicos, tendo em vista as inter-relações entre a adoção da nova NOB (96), a introdução de novas práticas assistenciais pelos municípios (PACS/PSF) e, finalmente, o novo padrão de ação pactual de interesses, propiciado pela atuação de novas instâncias gestoras: Comissões Interinstitucionais de Saúde – Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Finalmente, a medida mais esperada e recomendada – mudança nos perfis de financiamento do gasto público em saúde – é aprovada no Congresso Nacional, vinculando os orçamentos públicos das três esferas de governo para o gasto em saúde.

Entretanto, apesar do Brasil ter completado e avançado sobre a agenda de reforma construída no decorrer da década, os diagnósticos realizados revelam a persistência de graves problemas.

Fleury (2000) resume os principais limites à implantação de um sistema universal: o difícil acesso aos serviços públicos para a maioria da população; o setor público permanece dependente dos serviços privados, que são contratados e respondem pela maioria das ações de assistência médica, ainda sob baixo grau de controle e pagos por volume de serviços prestados, o que estimula seu uso indiscriminado.

⁶ Durante os anos 90, o Brasil implementa três Normas Operacionais (NOBs 1991/1993 e 1996), todas de corte descentralizante, visando à formação/consolidação de sistemas municipais de saúde com autonomia de gestão.

Cabe ainda acrescentar que a integração do SUS com a assistência supletiva (planos e seguros privados) – criação de novas relações de compartilhamento de riscos entre Estado e mercado, tendo em vista o rol de subsídios governamentais envolvidos com o financiamento dos planos privados de saúde – ainda é matéria pouco explorada pelo alcance da regulação definida pela Agência de Saúde Suplementar (ANS).

6. Quadro-síntese das reformas latino-americanas: (re)institucionalização da relação público/privado e debilidade do Estado regulador

O quadro a seguir identifica os eixos de mudanças propostos nas diferentes reformas dos sistemas de saúde no continente latino-americano.

Pode-se constatar que todos os países, exceto o Brasil, vinculam suas reformas aos sistemas de seguro social (previdência social), com introdução de políticas privatizantes, tanto em relação à provisão, quanto ao financiamento (impondo co-pagamentos), e assegurando ainda a livre escolha de operadoras e serviços pelos usuários. Além disso, as reformas estimulam mudanças nas funções do Estado, diminuindo sua participação no financiamento e na provisão e incentivando as funções de regulação e a transferência de responsabilidades para as instâncias subnacionais de governo.

Apesar da forte pressão dos organismos internacionais em prol da focalização das políticas de saúde pública para algumas faixas de renda e risco, os resultados não são auspiciosos, pois as debilidades institucionais do Estado em quase todos os países do continente impedem uma ação pública mais eficiente, mesmo quando eximido de responsabilização com a provisão de serviços.

7. Quadro comparativo das reformas na América Latina nos anos 80 e 90, em países selecionados

CARACTERÍSTICA DAS REFORMAS	ENFOQUE PRINCIPAL	MOTIVAÇÕES	RESULTADOS OBTIDOS	MUDANÇAS NAS FUNÇÕES ESTATAIS	LIMITES E PROBLEMAS
Argentina (reforma nos anos 90)	Reforma das Obras Sociais com introdução de competição entre os fundos	Ineficiência do sistema e política de ajuste	Flexibilização dos contratos entre Obras Sociais e prestadores de serviços	Diminuição do papel do Estado no financiamento e provisão dos serviços	Diminuição de beneficiários e aportes; expulsão das faixas de alta renda para Seguros privados e insuficiente poder regulador do Estado
Brasil (reformas nos anos 80 e 90)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um sistema nacional operado de forma descentralizada com controle social (anos 80) • Diversificação e ampliação das fontes de financiamento e de transferência de recursos; criação de agências reguladoras; reforço da assistência primária e regionalização do sistema (anos 90) 	<p>Crise do sistema previdenciário e democratização (anos 80)</p> <p>Problemas no financiamento e na configuração do sistema de saúde (anos 90)</p>	Maior índice de cobertura e produção dos serviços. Maior responsabilização pública pela saúde da população e melhorias de gestão do sistema.	<p>Maior responsabilização das instâncias subnacionais de governo</p> <p>Maior ênfase nas ações de saúde e na efetividade do sistema</p>	Ausência de definições claras sobre os papéis das instâncias governamentais no sistema de saúde e baixo grau de integração com o sistema supletivo (planos e seguros privados)
Colômbia (reforma nos anos 90)	Reforma do seguro social e descentralização do sistema público de saúde	Ineficiência do sistema e influência das agências internacionais	Aumento da cobertura e do gasto total em saúde	Isenção de responsabilidade com a provisão	Baixo poder regulador do Estado e iniquidades no acesso e no financiamento do sistema

Chile (reforma nos anos 80 e 90)	<ul style="list-style-type: none"> Reforma do sistema de seguro social com parcial privatização da provisão (anos 80) Fortalecimento do setor público e mudança nas formas de remuneração dos serviços e das transferências intergovernamentais 	<p>Predomínio das idéias de mercado em regime autoritário (anos 80)</p> <p>Iniquidades no acesso e no financiamento (anos 90)</p>	Crescimento do gasto público e privado em saúde	Maior responsabilização das instâncias subnacionais de governo	Dificuldades do setor privado em oferecer assistência fora dos padrões de risco e ausência de mudanças gerenciais no nível dos serviços
México (reforma nos anos 90)	Reforma da previdência	Crise do sistema previdenciário	S/informação	Focalização da prestação	Fragmentação institucional e estratificação do atendimento

8. Análises e tendências

Na Conferência de Lubiana⁷, realizada em 1996, onde os países europeus pretenderam fazer um balanço dos processos de reforma dos sistemas de saúde, formulou-se novo consenso sobre valores necessários para modelar uma reforma sanitária, revelando-se que as reformas mais eficientes foram (Vienonen, 1997):

- centradas no lado da oferta - ênfase na reorganização dos serviços; relação profissionais/instituições; modelo de alocação de recursos e de introdução de mecanismos de mercado e de regulamentação, simultaneamente⁸;
- as reformas do tipo incremental são mais produtoras do que aquelas impulsionadoras de mudanças rápidas, pois deve-se avaliar o impacto de cada medida sobre os serviços e as condições de saúde, para buscar evidências empíricas e embasar as decisões em estudos rigorosos;
- o Estado é o ator-chave do processo de reforma. A introdução de mecanismos de mercado não isenta o Estado de responsabilidades, mas aumenta o grau de intervenção estatal. Metaforicamente, o Estado deixa de ser remador no barco da

⁷ A Conferência de Lubiana realizou-se em junho de 96, na cidade de Lubiana, Eslovênia, com o objetivo de discutir as reformas sanitárias europeias. A Carta de Lubiana foi o documento oficial do evento, aprovado pelas delegações presentes.

⁸ Aquelas que introduziram elementos concorrenciais na demanda (moderação do consumo e/ou formas de co-pagamento) foram

assistência sanitária, passando a timoneiro.

A Conferência formulou uma Carta, onde se recomenda que as reformas sanitárias devem ser guiadas por valores fundamentais - priorizando as pessoas e a qualidade - , baseadas em financiamento sólido e orientadas para a assistência primária. A América Latina, por sua vez, através das agência internacionais, tem produzido análises parciais do processo de reforma, mas ainda sem documento conclusivo.

Observa-se, ao longo do texto, que os temas de tipo transversal estão presentes em todos os processos de reforma, mas seu tratamento é determinado por condições nacionais – isto é, os acertos interinstitucionais, intragovernos e interatores, a participação dos grupos de interesse nestes processos, assim como o impacto das medidas e das iniciativas adotadas e seus limites e condicionantes. Em cada um dos países que realizaram experiências recentes de reforma, o desenvolvimento e as culturas institucionais, bem como o comportamento de todos os atores presentes, têm oferecido uma gama variada de soluções para cada um dos problemas presentes nos sistemas nacionais de saúde.

Por isso, em recente estudo sobre os processos de reforma na América Latina, patrocinado pelo BID⁹ e coordenado pelo Cide/Ildes - Chile, recomenda-se a adoção de modelos variados (desenhos de reforma específicos), pois não há modelos rígidos para um determinado contexto, sendo que a economia política da reforma deve confrontar modelos ditos universais. O estudo afirma ainda que as reformas dos anos 90 obtiveram avanços importantes quanto à expansão da cobertura e da eficiência, mas irrelevantes quanto à qualidade e, particularmente, à equidade (financeira e de acesso¹⁰).

Savedoff (1998) analisa nas reformas da América Latina questões relativas à descentralização e à privatização de serviços sociais, indicando que as mesmas têm tropeçado no caminho da melhoria dos sistemas educacionais e de saúde. Em relação à descentralização, o autor comenta que nos sistemas altamente centralizados, mormente quanto às funções de alocação de recursos, provisão de insumos, normativas e de planejamento, deve-se proceder ao estudo cuidadoso da relação custo-benefício de uma política descentralizadora – calculando-se as economias de escala, o alcance e os efeitos sobre a equidade e a manipulação política -, principalmente em sistemas complexos como o da saúde.

contraproducentes do ponto de vista econômico e social.

⁹ Martinic, S. & Aedo, C., & Corvalán, J, Reformas en Educación y Salud en América Latina y el Caribe, Cide/Ildes, Santiago, Chile, 1999.

¹⁰ A equidade financeira implica a correspondência entre desembolso e situações de risco e a garantia de proteção aos indivíduos das conseqüências financeiras de se enfermar; a equidade no acesso implica tanto a garantia a um cuidado mínimo de saúde, quanto cobertura associada à necessidade e não à renda do indivíduo.

Como exemplos, o autor cita países onde a descentralização, como programa político, ocultou a forte presença da administração centralizada; noutros, a criação de novas instâncias administrativas justificou o emprego de novos quadros burocráticos; e ainda um terceiro, onde a descentralização desequilibrada de funções e recursos para instâncias subnacionais, sem um sistema de apoio, coordenação e regulação de ações, resultou no crescimento de iniquidades.

Em relação à privatização, equívocos semelhantes acontecem, confundindo-se conceitos de público e privado, bem como a aplicação de incentivos e instrumentos que ampliem a iniquidade e a ineficiência.

Londão, ao analisar os processos de reforma, ressalta que um dos principais problemas que se apresentam em todas as variantes é a debilidade do esforço regulador ampliado (modulatório), requerido para que se estabeleçam regras claras nas transferências de responsabilidades. Nas condições existentes em muitas das reformas, as iniciativas de privatização e de descentralização têm se mostrado incompatíveis com os requerimentos de equidade e, paradoxalmente, tampouco tem produzido resultados visíveis em termos de eficiência.

O autor assinala ainda que, apesar das inúmeras iniciativas de reforma terem apresentado limites de implantação – tendo em vista o rol de atores presentes e interesses conflitantes – é perceptível a tendência de estruturação de um novo modelo, onde o papel estatal modula e regulamenta todo o sistema, havendo pluralidade de instituições na articulação e na prestação de serviços de saúde, operadas através de financiamento claramente definido. Esta afirmação apóia-se na visão otimista dos processos de reforma, tendo em vista as experiências inovadoras e os elementos convergentes, nos casos da Colômbia, Argentina e Brasil.

Fleury et al (2000) destaca, ao analisar as reformas, a existência de forte componente diretivo em todas elas, sem que haja tendência homogênea. É possível afirmar que a reforma no sistema de saúde pode aprimorar sua administração, mas não necessariamente no plano das instituições. As estratégias de intervenção não têm considerado o nível dual da administração, nos planos do sistema e das instituições.

Iturriaga (2000), por sua vez, afirma que, na população dos países latino-americanos, especificamente no caso chileno, existe a percepção de que hoje configura-se um sistema de saúde para ricos e outro para pobres, determinado pela capacidade de desembolso pessoal, o

que se considera injusto e inaceitável, no marco dos valores sociais.

Conclui-se, portanto, que a (re)institucionalização da relação público/privado tem experimentado grande dificuldade para subordinar serviços privados à regulação e à orientação de caráter público nas experiências de reforma dos sistemas de saúde latino-americanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, C. Reforma do Estado e Reforma dos Sistemas de Saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. IN *Ciência e Saúde Coletiva*, Abrasco, volume 4: 2, 1999.
2. FLEURY, S. & BELMARTINO, S. & BAUS, E. Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brasil and Mexico. Canadá, International Development Research Center, 2000.
3. FRANCE, G. Introduzione IN *L'Assistenza Sociale – La sanità in trasformazione*, Rivista Sulle Prospettive del Welfare. Roma, EDIESSE, 1997.
4. FRENK, J. & BOBADILLA, J. L. & LOZANO, R. The epidemiologic transition in Latin America. IN TIMAEUS et al editores. *Adult Mortality in Latin America*. USA, Oxford University Press, 1996.
5. ITURRIAGA, M. V. Chile IN *Sistemas de Salud y reformas. Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado*. Buenos Aires, CEDES/FLACSO, 2000.
6. LASSEY M. L. & LASSEY W. R. & JINKS, M. J. *Health care systems around the world. Characteristics, issues, reforms*. USA, Prentice-Hall, Inc., 1997.
7. LONDOÑO, J. L. & FRENK, J. Pluralismo estructurado : Hacia un Modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, Serie Documentos de trabajo, BID, 1997.
8. MONTEIRO, C. A . (org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1995.ORG^a
9. MONTOYA, S. Avances y desafíos pendientes. La reforma de las Obras Sociales en Argentina IN MARTINIC S. & AEDO, C. & CORVALÁN J. *Reformas en educación y salud en América Latina y el Caribe*. Chile, CIDE/ILADES/BID, 1999.

10. MUSGROVE, P. Reformas al setor salud en Chile IN Salud en el siglo XXI. Cambios necesarios. Chile, Centro de Estudios Publicos., 1995.
11. OYARZO C. et all Evaluación del proceso de reforma del sector publico de salud chileno: uma experiencia de 20 años. IN MARTINIC S. & AEDO, C. & CORVALÁN J. Reformas en educación y salud en América Latina y el Caribe. Chile, CIDE/ILADES/BID, 1999.
12. PÉREZ, I. J. & OLAVO, G. & LUGÁN, F.J.Y. LEI 100. Cuatro años de implementación. Colombia, ASSALUD-FESCOL-Fundación Corona. Fundación FES, 1998.
13. ROBERTSON, A . Mercati interni: l'esperienza de Regno Unido e alcune riflessioni sulle possibili implicazione per il Ssn italiano IN L'Assistenza Sociale – La sanità in trasformazione. Rivista Sulle Prospettive del Welfare. Roma, EDIESSE, 1997.
14. SAVEDOFF, W. D. La organización marca la diferencia – Educación y Salud en America Latina. Washington, BID, 1998.
15. VIANA, A . L. D. & DAL POZ, M. Estudio sobre o processo de reforma em saúde no Brasil IN MARTINIC S. & AEDO, C. & CORVALÁN J. Reformas en educación y salud en América Latina y el Caribe. Chile, CIDE/ILADES/BID, 1999.
16. VIENONEM, M., Le riforme sanitarie in Europa IN L'Assistenza Sociale – La sanità in trasformazione. Rivista Sulle Prospettive del Welfare. Roma, EDIESSE, 1997.