



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junho de 2002

*Tema 4.7 da agenda provisória*

CE130/14 (Port.)

10 maio 2002

ORIGINAL: ESPANHOL

### **AMPLIAÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL EM MATÉRIA DE SAÚDE: INICIATIVA CONJUNTA DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO**

A extensão da proteção social em saúde (EPSS) é uma poderosa ferramenta de política pública destinada principalmente a combater a exclusão em saúde. Embora o conceito de exclusão em saúde seja multicausal e, portanto, difícil de medir, estima-se que na América Latina e no Caribe cerca de 100 milhões de pessoas, 20% do total, não estão cobertas pelos sistemas de saúde existentes e 240 milhões de pessoas não estão protegidas pelos esquemas de seguridade social ou seguros privados de saúde.

A EPSS pode ser definida como a garantia que a sociedade outorga, por intermédio dos poderes públicos, para que um indivíduo ou grupo de indivíduos possa satisfazer suas necessidades e demandas de saúde, mediante o adequado acesso aos serviços do sistema ou de alguns dos subsistemas de saúde existentes no país, sem que a capacidade de pagamento seja um fator restritivo. São três as condições a serem cumpridas para que a EPSS possa funcionar na prática como uma garantia: a) acesso aos serviços, b) segurança financeira do lar e c) dignidade da atenção.

A análise das experiências tidas até agora assinala que as intervenções mais eficazes no combate à exclusão são de natureza múltipla e requerem articulação com critérios de sustentabilidade financeira e seguro solidário e com um modelo coerente de atenção.

Desde 1999, a OPAS e a OIT começaram a trabalhar conjuntamente no tema. Com esta finalidade, assinaram um Memorando de entendimento que deu lugar a uma colaboração para efetuar estudos e definir conceitos e metodologias sobre o tema, assim como à realização de uma conferência regional de consulta a respeito.

A OIT e a OPAS se comprometeram a desenvolver nos próximos anos uma iniciativa regional que promova e estabeleça um processo sistemático de análise, diagnóstico, identificação de soluções e execução das ações pertinentes encaminhada a reduzir a exclusão em saúde nos países da Região e a fortalecer as capacidades institucionais dos países membros para estender a proteção social em saúde.

A proposta inclui um componente regional de desenvolvimento de metodologias e instrumentos de treinamento e de pesquisa, assim como de intercâmbios e recomendações de práticas bem-sucedidas. Nos países, considera-se todo mecanismo de reforço institucional destinado a apoiar a defesa desta causa, o acompanhamento do diálogo social e o apoio ao processo de implementação dos planos nacionais derivados do processo.

Um componente essencial da proposta é a realização de processos nacionais de diálogo para entender a magnitude do problema em cada país, analisar possíveis soluções e implementá-las por intermédio de um programa nacional. As principais características desta iniciativa são apresentadas também neste documento com o propósito duplo de informar o Comitê e de receber seus comentários e sugestões a respeito.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introdução.....	3
2. O conceito de extensão da proteção social em saúde.....	4
3. A exclusão em saúde: sua magnitude e dificuldades para sua medição.....	6
4. A extensão da proteção social em saúde e os sistemas de saúde .....	7
5. Causas da exclusão .....	8
5.1 Primeira dimensão: os problemas de acesso .....	8
5.2 Segunda dimensão: os problemas em matéria de financiamento.....	9
5.3 Terceira dimensão: dignidade na atenção.....	9
6. Estratégias para a extensão da proteção social em saúde.....	9
6.1 Exame de intervenções passadas.....	9
6.2 Estratégias propostas.....	11
6.3 Economia política da EPSS.....	13
7. A resposta conjunta da OIT e a OPAS para apoiar os Estados Membros no campo da EPSS.....	14
7.1 Meta .....	14
7.2 Propósito .....	14
7.3 Resultados esperados .....	15
7.4 Estratégia Proposta.....	15
7.5 Atividades Principais .....	16
7.6 Orçamento.....	17
8. Ação solicitada do Comitê Executivo .....	18

## 1. Introdução

Apesar das reformas empreendidas nos sistemas de saúde durante os últimos quinze anos, na atualidade uma porcentagem importante dos habitantes dos países da América Latina e do Caribe se encontram excluídos dos mecanismos de proteção social frente ao risco de adoecer ou às conseqüências da doença. Todavia, a exclusão da proteção social em saúde não costuma encontrar-se na lista de temas prioritários da agenda nacional e internacional da política social. Em geral, a extensão da proteção social em saúde não aparece em forma explícita nas agendas de saúde dos países da Região. As reformas setoriais de saúde não abordaram tampouco este campo, a não ser de maneira indireta e fragmentada.

As estratégias destinadas a eliminar a exclusão em saúde constituem um conjunto de intervenções públicas conhecidas comumente como "extensão da proteção social em saúde" (EPSS). A EPSS não só compreende estratégias para incluir os excluídos, mas também abrange estratégias destinadas a melhorar as condições de acesso à atenção de saúde para aqueles que estão afiliados a algum sistema de proteção social, mas de modo incompleto ou inadequadamente.

A luta contra a exclusão em saúde através da EPSS se enquadra dentro dos mandatos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da OPAS/OMS. A meta principal da OIT é promover oportunidades para que as mulheres e os homens possam obter trabalhos decentes e produtivos, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana. Um dos objetivos estratégicos para obter um trabalho decente é melhorar a cobertura e a eficácia da proteção social para todos, inclusive a proteção social em saúde. Para a OPAS/OMS, a luta contra a exclusão em saúde se relaciona diretamente com seu mandato de reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e seu financiamento. Além disso, esta luta se inscreve dentro das tarefas que a Organização definiu como prioritárias para obter o acesso universal aos serviços que permita alcançar a meta de saúde para todos.

Em resposta à necessidade de estender a proteção social em saúde nas Américas, em 1999 a OIT e a OPAS lançaram uma iniciativa regional para apoiar os esforços dos Estados Membros neste campo. Esse ano foi assinado um Memorando de Entendimento entre ambas as organizações, que estabelece um âmbito de cooperação para formular e executar uma iniciativa conjunta destinada a promover a extensão da proteção social na saúde na América Latina e no Caribe.

Em novembro de 1999, na Cidade do México, a OIT com o apoio da OPAS organizou uma reunião tripartite regional dos governos, trabalhadores e empregadores sobre a *Extensão da proteção social em saúde a grupos excluídos na América Latina e no Caribe*. A reunião, que agrupou os interessados mais importantes, teve como objetivo

estabelecer a necessidade de apoiar os países em seus esforços para estender a seguridade social na atenção de saúde ao setor informal e às populações excluídas.

Com base nas recomendações dessa reunião, a OIT e a OPAS se comprometeram a executar uma iniciativa regional que promova e estabeleça um processo sistemático de análise, diagnóstico, identificação de soluções e execução das ações pertinentes, encaminhado a reduzir a exclusão em saúde nos países da Região e a fortalecer as capacidades institucionais dos países membros para estender a proteção social em saúde.

## **2. O Conceito de Extensão da Proteção Social em Saúde**

As estratégias de proteção social em saúde destinadas a eliminar a exclusão em saúde são intervenções públicas orientadas a garantir o acesso dos cidadãos à atenção à saúde digna e efetiva e a diminuir o impacto negativo, tanto econômico como social, de acontecimentos pessoais adversos (como as doenças ou o desemprego) ou gerais (como os desastres naturais) sobre a população ou sobre os grupos sociais mais vulneráveis. Neste contexto, podemos definir a proteção social em saúde como a garantia que a sociedade outorga, por intermédio dos poderes públicos, para que um indivíduo, ou grupo de indivíduos, possa satisfazer suas necessidades e demandas de saúde, obtendo acesso adequado aos serviços do sistema ou de algum dos subsistemas de saúde existentes no país, sem que a capacidade de pagamento seja um fator restritivo. Aqueles grupos da sociedade que não podem fazer uso desta garantia constituem os excluídos em saúde.

A EPSS abrange um conjunto de mecanismos destinados a fazer com que a população tenha acesso à proteção e ao cuidado de sua saúde mediante a distribuição de recursos de diversas origens e não só pelas medidas que o Estado toma diretamente para assegurar a atenção de saúde por meio da prestação pública de serviços. Deste modo, a proteção social é entendida como a garantia pelo Estado de um direito exigível por parte dos cidadãos, e não como uma função de tipo assistencial, que poderia ser administrada com critérios discricionais.

São três as condições a serem cumpridas para que a EPSS possa funcionar na prática como uma garantia:

- *Acesso aos serviços*: ou melhor, que exista a oferta necessária para o fornecimento de serviços de saúde e que as pessoas possam ter acesso física e economicamente a eles;

- *Segurança financeira do lar*: que o financiamento dos serviços de saúde não constitua uma ameaça para a estabilidade econômica das famílias nem para o desenvolvimento de seus membros; e
- *Dignidade na atenção*: que a atenção de saúde seja provida com qualidade e em condições de respeito às características raciais, culturais e econômicas dos usuários, definidas mediante um processo de diálogo social.

Estas três dimensões são imprescindíveis e a ausência de uma ou mais delas determina alguma forma de exclusão em saúde.

A pobreza é uma das condicionantes mais importantes da exclusão em saúde. Embora não sejam idênticas, se superpõem. Não só a pobreza impede — na ausência de sistemas de proteção social — o acesso às prestações de alto custo, mas também os pobres vivem e trabalham em ambientes que os expõem a maiores riscos de doenças e morte. Entre outras coisas, estes riscos estão diretamente relacionados com uma menor disponibilidade e qualidade dos alimentos, com a ausência de vida adequada, com a aglomeração e com a escassez de espaços apropriados de recreação. As doenças transmissíveis se concentram nos pobres. As doenças e lesões têm custos diretos (em prevenção, cura e tratamento) e custos de oportunidade (perda de dias de trabalho ou escola) que dependem da duração e gravidade da incapacidade e que, com frequência, aprofundam a condição de pobreza.

A pobreza tem efeitos ainda mais devastadores sobre as pessoas: gera dificuldades nas chamadas “capacidades básicas de funcionamento das pessoas”; deteriora a qualidade de vida, diminui a esperança de vida e origina o “círculo perverso da exclusão”: família pobre, educação incompleta, desocupação, pobreza. Este círculo interatua com outros círculos perversos, como o de falta de acesso a serviços básicos, doenças, dificuldades de trabalho e deserção escolar; ou o de delinquência, impossibilidade posterior de encontrar trabalho, reincidência e marginalidade. Tudo isso aprofunda e perpetua a situação de exclusão em saúde.

A EPSS constitui uma arma importante na luta contra a pobreza e no desenvolvimento de um maior grau de coesão social nos países membros. Não só é um eixo de política social de caráter nitidamente incluyente, mas se traduz num salário social que outorga seguridade social em saúde e melhora as condições de vida. A melhora no acesso aos serviços de saúde possibilita que os membros da família tenham um melhor estado de saúde e possam optar pelo desenvolvimento produtivo que lhes permitirá sair da pobreza.

### 3. A Exclusão em Saúde: sua Magnitude e Dificuldades para sua Medição

A medição da exclusão em saúde é complexa, já que se trata de um problema multicausal. Há diversas maneiras de medir a exclusão e nenhuma delas reflete o fenômeno em toda sua dimensão. A exclusão pode ser medida diretamente por meio de pesquisas de população, mas estas tendem a ignorar parte da população excluída (como a população rural, pobre ou que habita em lugares de difícil acesso) ou não averiguam adequadamente as diferentes dimensões do tema. Devido a isso, habitualmente utilizam-se medições indiretas baseadas nas causas de exclusão. O quadro seguinte apresenta alguns indicadores usados para medir a exclusão em saúde.

**Quadro 1. Níveis de exclusão da proteção social em saúde na América Latina e no Caribe**

Indicador	Ano de referência	Estimação de excluídos (%)	População excluída (Milhares)
De cobertura			
População sem seguro de saúde	1995	46,0	217.779
De acesso			
Econômico	1989 – 1994	27,0	121.245
Geográfico	1995	22,0	107.013
De infra-estrutura			
Escassez de camas hospitalares	1996	55,3	267.537
De processos de atenção			
Nascimentos não atendidos por pessoal treinado	1996	17,0	83.558

Fonte: Elaborado com base nos níveis de exclusão da proteção social em saúde na América Latina e no Caribe, OIT/OPAS, México, 1999.

Estas cifras se referem a estimativas globais e são úteis para se ter uma idéia acerca da magnitude da exclusão na Região em termos gerais. Todavia, não põem de destaque as enormes diferenças que existem entre os países e em cada um deles. Os dados não apresentam informação referente à exclusão por razões culturais, de emprego ou por fatores associados à qualidade da atenção, ao sexo ou à idade. Contudo, estimou-se que cerca de 20% a 25% da população total da Região (aproximadamente 100 a 150 milhões de pessoas) se encontra excluída da atenção de saúde, de acordo com alguma destas medições.

#### 4. A Extensão da Proteção Social em Saúde e os Sistemas de Saúde

O âmbito no qual tem lugar a satisfação das demandas de saúde da população é a prestação de serviços. Não obstante, a rede de provisão é apenas a parte mais visível de um conjunto complexo de instituições, normas e valores referentes a gestão, financiamento e seguro, que condicionam consideravelmente o funcionamento da rede de provisão. Ou seja, a organização dos sistemas de saúde não é neutra a respeito da exclusão em saúde, mas constitui um elemento determinante dela.

Em geral, pode-se afirmar que há quatro fatores associados a uma baixa capacidade de resposta dos sistemas:

- (a) **A segmentação** ou coexistência de subsistemas com diversos arranjos de financiamento, afiliação e prestações, geralmente compartimentalizados, que cobrem diversos segmentos da população, em geral determinados por seu nível de renda ou sua capacidade para contribuir. Habitualmente se manifesta em um subsistema público deficiente e mal atendido (freqüentado pelos pobres e indigentes) e um setor privado (com mais recursos e orientado ao cliente) concentrado nos segmentos mais ricos. Entre ambos se situam os sistemas de seguro social que cobrem os trabalhadores formais e seus dependentes. Este tipo de organização gera e aprofunda as desigualdades no acesso e financiamento dos serviços de saúde.
- (b) **A fragmentação** ou existência de muitas entidades não integradas dentro de um mesmo subsistema. Esta situação eleva os custos de transação no sistema em seu conjunto e torna difícil garantir condições equivalentes de atenção para as pessoas atendidas pelos diversos subsistemas. A soma de segmentação e fragmentação conduz com freqüência a duplas e triplas coberturas dentro do mesmo grupo familiar, com a conseqüente ineficiência na distribuição de recursos.
- (c) **O predomínio do pagamento direto** parcial ou total no ponto de atenção ou no gasto em medicamentos, fazendo com que a possibilidade de receber a atenção de saúde requerida dependa parcial ou totalmente da capacidade de pagamento de cada pessoa. Este tipo de financiamento determina um alto grau de iniquidade no sistema e uma alta proporção de gasto em dinheiro, o que revela a falta de proteção.
- (d) **A gestão débil** ou pouco desenvolvida, que impede o estabelecimento de regras do jogo justas na relação entre o usuário e o provedor de serviços e padece de uma formulação explícita insuficiente dos conjuntos básicos de prestações garantidas pelos diferentes esquemas de seguro.

## 5. Causas da exclusão

Apesar de que na maioria dos países da Região a legislação vigente ordena o direito de todos os cidadãos a algum tipo de cobertura de saúde, na prática isto não é assim. Na América Latina e no Caribe cerca de 218 milhões de pessoas carecem de proteção contra riscos de doenças, enquanto que ao redor de 107 milhões não têm acesso aos serviços de saúde por razões geográficas.

A exclusão em saúde tem sua origem em três dimensões.

### 5.1 *Primeira Dimensão: os Problemas de Acesso*

Estes problemas podem ser de três tipos:

- (a) Falta de acesso às prestações associadas com o fornecimento de bens públicos (como água potável ou vacinas);
- (b) Falta de acesso aos serviços individuais de atenção de saúde, em geral, ou a alguns em particular;
- (c) Falta de acesso a um sistema de proteção contra os riscos econômicos e sociais de adoecer.

Em todos estes casos, a exclusão costuma relacionar-se com alguma das seguintes causas ou com todas:

- (a) Déficit de infra-estrutura adequada, seja para a provisão de atenção de saúde individual ou coletiva (ou seja, inexistência de estabelecimentos de saúde, falta de cobertura funcional de programas de saúde pública);
- (b) Existência de barreiras que impedem o acesso à atenção de saúde, ainda que haja a infra-estrutura adequada. Estas barreiras podem ser geográficas, (transporte, rodovias), econômicas (incapacidade de financiar a atenção de saúde) e culturais (modelos de atenção inapropriados). Podem estar determinadas pela situação contratual ou de emprego (desemprego, informalidade do emprego), pela estrutura dos sistemas (os sistemas com alto grau de segmentação mostram maiores graus de exclusão) ou pela falta de modelos de atenção baseados num enfoque intercultural.

## **5.2 *Segunda Dimensão: os Problemas em Matéria de Financiamento***

Referem-se particularmente à ausência de mecanismos solidários. Nenhuma família deve contribuir com mais de uma proporção aceitável de sua renda total (que evite o empobrecimento ou a indigência) para ter acesso aos serviços de saúde. Além das considerações éticas que sustentam a solidariedade no financiamento, a necessidade de contar com um financiamento solidário se baseia nas provas de que o custo dos serviços constitui um obstáculo ao acesso (em particular, para os mais pobres), representa um custo de oportunidade elevado para manter ou desenvolver o bem-estar da família (particularmente com respeito a evitar ou superar a condição de pobreza) e é altamente regressivo (ou seja, as famílias mais pobres se vêem obrigadas a custear mais de seu bolso que as menos pobres, na ausência de um sistema adequado de cobertura).

## **5.3 *Terceira Dimensão: a Dignidade na Atenção***

Refere-se a aspectos que não estão relacionados com a utilização nem com o financiamento, mas são elementares para a satisfação das legítimas aspirações dos membros da sociedade. Inclui, entre outras dimensões, o respeito às tradições e culturas dos grupos sociais de características étnicas distintas das da maioria. Este fator conduz também ao fenômeno da autoexclusão; ou seja, pessoas que, tendo direito e acesso a serviços, preferem não utilizá-los por estes motivos. Têm a ver com esta dimensão da exclusão fatores como o idioma, as crenças ou a sensação de um tratamento desumano ou pouco respeitoso dos pacientes.

# **6. *Estratégias para a Extensão da Proteção Social em Saúde***

## **6.1 *Revisão de Intervenções Passadas***

A informação disponível mostra que na América Latina e no Caribe não foram implantadas, na magnitude necessária, estratégias com o objetivo específico de reduzir a exclusão em saúde. A década de setenta e a primeira metade dos anos oitenta viram crescer as políticas e programas de ampliação da cobertura de serviços de saúde, sobretudo as áreas rurais marginais, especialmente a partir da formulação da Estratégia de Atenção Primária em Saúde e da Reunião de Alma Ata em 1978. As políticas empreendidas durante os últimos 15 ou 20 anos na maioria dos países estiveram orientadas a conter custos e diminuir o gasto em saúde, como consequência das restrições financeiras e orçamentárias, produto das crises econômicas. Contudo, os esforços foram mais dirigidos para algumas tarefas de focalização e de incremento da oferta, mas não tanto à definição crescente de esquemas de seguro em saúde garantidos publicamente.

Não obstante, as intervenções implantadas, que de alguma maneira contribuíram para reduzir a exclusão, podem ser agrupadas em várias categorias:

6.1.1 *Experiências de estabelecimento de regimes especiais de seguro social sem esquema contributivo*

Adotados em vários países, estão orientados a satisfazer as demandas de grupos especiais de população (mães, idosos), setores produtivos (cultivadores de cana-de-açúcar e de café) ou a temas específicos que se decidiu priorizar (atenção materno-infantil). Estas experiências têm êxito a curto prazo e efetivamente conseguem incorporar os grupos excluídos aos quais se dirigem. Sua principal dificuldade reside na falta de sustentabilidade, já que geralmente são financiadas por recursos extraordinários (como empréstimos das instituições financeiras internacionais) e não se integram adequadamente com outras atividades setoriais. Uma vez terminada a cooperação financeira, usualmente são abandonados ou se diluem, por não se prever a alocação orçamentária regular para o futuro.

6.1.2 *Esquemas de seguro voluntário com subsídio governamental*

Permitem que alguns grupos excluídos se convertam em beneficiários de um esquema de seguridade social, mas sem cumprir todos os requisitos de afiliação. Neste sentido, rompem com uma das características de exclusão dos sistemas de seguridade social. Esta modalidade resolve a problemática da população excluída na medida em que a autoridade pública esteja disposta a continuar financiando o processo. Se o fornecimento de serviços a este grupo for diferente dos regimes comuns de seguro social, o resultado é uma modalidade que pode ser percebida como não equitativa pelos beneficiários.

6.1.3 *Expansão limitada da oferta*

Neste caso trata-se de prestar serviços específicos a certos grupos populacionais focalizados. Uma ampla gama de experiências no continente indica que esta modalidade contribui para colocar os serviços ao alcance de uma população que estava excluída por diversas razões, e pode ser bem-sucedida a curto prazo. As principais desvantagens deste tipo de estratégia são as possíveis falta de sustentabilidade financeira e a falta de coerência com as outras prestações de serviços. Ao mesmo tempo, estas intervenções costumam ser feitas sem um esforço maior de consulta, motivo pelo qual talvez não correspondam às necessidades reais ou percebidas de atenção da população considerada.

#### 6.1.4 *Sistemas comunitários de proteção social*

Sua principal característica é a gestão direta pelos usuários potenciais. Nas Américas, as experiências geralmente se referem a comunidades em tais níveis de exclusão que não têm outra alternativa, dada a ausência de mecanismos de proteção social em saúde. Para ter êxito, estes sistemas requerem uma adequada integração com os outros sistemas públicos, dos quais costumam comprar serviços. Outro problema é o impacto das doenças de alto custo (por exemplo, a AIDS), que podem esgotar rapidamente as reservas financeiras. Os casos bem sucedidos observados na Região refletem situações em que se conseguiu articular bem estes sistemas com os serviços públicos e combinar diversas fontes de financiamento, ao mesmo tempo em que se respeitou a participação comunitária nos processos decisórios.

#### 6.1.5 *Desenvolvimento gradual de sistemas unificados*

Costumam combinar um subsistema público, ao qual tem acesso com exclusividade a maioria da população, e um subsistema privado complementar (seguros privados de saúde), que simultaneamente pode ter acesso aos serviços do sistema público. Esta modalidade combina diversas fontes de recursos (impostos gerais dos três níveis de governo, impostos especiais e contribuições). As principais limitações estão associadas à carência de recursos e à garantia de acesso aos níveis mais complexos da atenção de saúde, que geram a necessidade de iniciar processos de construção de redes integradas de serviços no âmbito regional e microrregional. Um exemplo desta modalidade é o Sistema Único de Saúde do Brasil.

### **6.2 *Estratégias Propostas***

Uma primeira conclusão das experiências descritas é que a redução da exclusão em saúde implica uma abordagem que permita somar diversas modalidades de intervenção. É necessário trabalhar simultaneamente nos âmbitos da gestão, do financiamento, do seguro e da prestação de serviços de saúde, de modo que as ações desenvolvidas em cada um desses âmbitos sejam congruentes e se reforcem mutuamente.

No âmbito da gestão, o desafio consiste em situar o tema da extensão da proteção social em saúde no centro da agenda política governamental e inserir na luta contra a exclusão em saúde todos os atores relevantes. Neste sentido, a inclusão da extensão da proteção social em saúde dentro da função pública essencial de garantia do acesso aos serviços é determinante. O acompanhamento e a avaliação periódicos do grau em que se desempenha esta função pode contribuir para manter os esforços dirigidos a reduzir a exclusão.

No âmbito do **financiamento**, o desafio consiste em organizar solidariamente as diferentes fontes de financiamento para abordar os requisitos de saúde da população num âmbito de equidade. Em particular, é indispensável garantir o financiamento solidário e sustentável tanto dos serviços de saúde pessoais como dos não pessoais. Embora esta estratégia deve ser elaborada no âmbito das políticas macroeconômicas e sociais de cada país, o mecanismo de fundos unificados com regulamentação pública, controle social e obrigação de prestar contas que arrecadem o financiamento procedente de impostos, quotas e outras fontes, e os distribua com critérios de equidade, parece favorecer a sustentabilidade financeira, a eficiência no manejo e a redução da exclusão social em saúde.

No âmbito do **asseguramento** em saúde, o desafio consiste em encontrar o balanço adequado entre os esquemas de asseguramento obrigatório de financiamento público ou solidário e os de financiamento privado. Em particular, consiste em evitar os custos de transação e os riscos de iniquidade derivados dos esquemas segmentados, muito fragmentados e debilmente regulados que hoje prevalecem em numerosos países da Região.

As provas parecem indicar que a existência de um assegurador público gerenciado com critérios de solidariedade, eficiência, transparência e obrigação de prestar contas, e com uma posição relevante/dominante em seu âmbito de asseguramento, é um fator poderoso para ordenar o mercado do asseguramento e reduzir os riscos de exclusão. Um efeito similar tem a existência de mecanismos unificados de afiliação e incorporação ao sistema e de bons sistemas de informação sobre as características das populações afiliadas ou incorporadas e não incorporadas aos distintos subsistemas.

A utilização de um conjunto de prestações garantido com financiamento público, desenhado de acordo aos padrões epidemiológicos e as prioridades do país e revisado periodicamente, está demonstrando ser um instrumento útil para incrementar a seguridade jurídica, estender a cobertura, e contribuir a uma distribuição mais eficiente dos recursos em diversos países. Seu impacto aumenta quanto mais unificado e integrador seja seu conteúdo, independentemente de se a gestão do seguro se faz por intermédio de seguradoras públicas ou privadas. Em sistemas de seguro misto, os poderes públicos tem que afrontar o desafio de orientar a competência entre seguradoras para a extensão da cobertura com o conjunto garantido a população ainda não cobertas, ou para a oferta de prestações não incluídas nele ("prestações complementarias").

Cabe mencionar especialmente aos seguros comunitários de saúde, organizados por grupos pequenos de pessoas para fazer agregação de riscos. Estas organizações predominam em contextos onde os esquemas tradicionais de asseguramento não foram eficazes. A fonte de financiamento predominante está formada por diferentes tipos de contribuições voluntárias e subsídios públicos ou de origem externa, tanto nacionais

como internacionais. A prestação de serviços pode contratar-se com operadores públicos o privados. O desafio neste caso é favorecer a sustentabilidade financeira destas organizações, assim como ajudar à coordenação entre elas e os esquemas formais de seguro e de prestação de serviços existentes.

No âmbito da **provisão de serviços** o desafio consiste em reorientar o modelo de atenção e em introduzir os incentivos adequados para que os provedores intermediários e finais atuem de modo a contribuir para reduzir ou eliminar a exclusão.

Em relação com o modelo de atenção, é necessário privilegiar as estratégias orientadas a fortalecer a acessibilidade aos serviços de saúde (por exemplo, reorientando os serviços com critérios de promoção da saúde e fortalecendo a estratégia de atenção primária), garantir a continuidade da atenção entre os diversos níveis e subsistemas do sistema de saúde e fortalecer a demanda de serviços das populações com maior risco de exclusão (por exemplo, fortalecendo a capacidade dos usuários para reconhecer e exercer seus direitos à atenção de saúde). Em matéria de incentivos, deveriam ser introduzidos mecanismos de pagamento aos provedores intermediários e finais que mais contribuam a reduzir a exclusão (por exemplo, subsídios públicos aos estabelecimentos de saúde para a atenção de grupos excluídos) e evitar aqueles que podem fomentá-la (por exemplo, pagamento direto do usuário ou subsídios públicos a pacientes cobertos por seguros privados). Na introdução dos incentivos apropriados deve-se assegurar que o modelo aplicado de gestão dos estabelecimentos e serviços seja coerente com o conteúdo do conjunto garantido de prestações.

### **6.3 *Economia Política da EPSS***

Para avançar essas estratégias, é preciso reconhecer os interesses legítimos dos diversos grupos de interessados no processo e a analisar de que modo esses grupos podem influir nas estratégias destinadas a combater a exclusão.

Os interessados costumam localizar-se em outros setores além da saúde (por exemplo, nas áreas de finanças, política social, trabalho e emprego, educação, indústria, etc.); por isso, deve-se enfatizar desde o primeiro momento a natureza intersetorial da análise e do diálogo na formulação de desenhar estratégias de resposta.

Para explicar os interesses dos afetados e fazer avançar as estratégias, é necessário criar as condições e desenvolver as dinâmicas conducentes ao estabelecimento de um diálogo social que permita tanto a apropriação da proposta por parte dos interessados como sua implementação ao longo do tempo.

De fato, por seus potenciais efeitos articuladores e seu impacto sobre a produtividade, o emprego e a qualidade de vida dos cidadãos, o combate à exclusão e o fomento da extensão da proteção social em saúde devem ser concebidos como um esforço sustentado de longo prazo e converter-se numa das políticas de Estado mais relevantes. Esta política deve ser revisada periodicamente e dar origem a sucessivos planos de ação com metas definidas e prestação de contas no mais alto nível da vida política dos países.

## **7. A resposta Conjunta da OIT e da OPAS para Apoiar aos Estados Membros no Campo da EPSS**

A OPAS e a OIT consideram que é preciso um enfoque inovador para abordar o problema da extensão da proteção social em saúde. À luz da complementaridade de seus mandatos, visualizaram possíveis sinergias significativas a partir de uma ação conjunta em apoio aos esforços dos países em matéria de EPSS nas Américas. Para isso vêm desenvolvendo atividades conjuntas desde 1999, que deram lugar à elaboração de quatro estudos regionais sobre a magnitude da exclusão de saúde, análises comparadas de políticas de proteção social em saúde, análises de experiências regionais em micro-seguros de saúde e caracterização do comportamento do gasto direto em saúde, assim como à realização de uma reunião tripartite de governos, trabalhadores e empregadores sobre extensão da proteção social em saúde a grupos excluídos realizada no México em dezembro de 1999 e prepararam uma iniciativa conjunta para os próximos cinco anos que se resume adiante.

### **7.1 *Meta***

Contribuir ao aumento do bem-estar para um maior setor da população nas Américas mediante a extensão da proteção social em saúde aos grupos excluídos. Para isso, será necessário impulsionar políticas, reformas e mecanismos que garantam socialmente o acesso à atenção de saúde em condições adequadas de proteção financeira para as famílias e a dignidade da atenção para seus membros.

### **7.2 *Propósito***

Estender a proteção social em saúde entendida como a garantia de acesso a serviços prioritários de saúde sob condições adequadas de proteção financeira e de dignidade da atenção, definida mediante um processo de diálogo social empreendido por cada país.

### **7.3 *Resultados Esperados***

#### **7.3.1 *Em cada país:***

- Maior conhecimento do problema da exclusão, suas dimensões e soluções possíveis;
- Maior conscientização social da importância da EPSS;
- Diálogo social e de política eficaz estabelecido sobre a EPSS; e
- Mecanismos de cooperação técnica estabelecidos para apoiar a execução da EPSS.

#### **7.3.2 *Entre países***

- Lições e experiências compartilhadas, assim como cooperação entre países da Região;
- Métodos e mecanismos eficazes para estabelecer, avaliar e aplicar políticas destinadas a estender a proteção social em saúde em países selecionados das Américas, desenvolvidos, aprovados e validados; e
- Apoio a atividades entre países.

### **7.4 *Estratégia Proposta***

Para ter êxito, uma iniciativa deste tipo necessita ser plenamente apropriada pelos países participantes. O papel do governo e dos aliados sociais é crucial. A ação conjunta de OIT e de OPAS está encaminhada a reforçar a capacidade institucional dos países para:

- Fazer o trabalho de promoção da EPSS, ao divulgá-la e explicar por que é necessária, além de propor os instrumentos potenciais para obtê-la;
- Identificar as causas, magnitude e soluções para o combate da exclusão da proteção social em saúde em cada país; criar as associações necessárias com diferentes interessados diretos e organizações locais;
- Estabelecer uma linha basal sobre o estado da exclusão em saúde;
- Analisar as políticas executadas até agora e sua repercussão sobre a exclusão em saúde;

- Criar capacidade para manejar o tema no âmbito nacional e subnacional;
- Estabelecer associações com organismos multilaterais, bilaterais, fundações e outros;
- Estabelecer um centro de distribuição de informação (clearinghouse) de melhores práticas e conhecimentos; e
- Elaborar metodologias e instrumentos para apoiar os encarregados das decisões na execução de políticas para estender a proteção social em saúde.

A execução do apoio técnico e financeiro total adicional necessário para esta iniciativa exceda a capacidade das duas instituições patrocinadoras. Por conseguinte, se prever um importante esforço de mobilização de recursos e de defesa da causa para ampliar o grupo de patrocinadores desde o início. A OIT e a OPAS/OMS crêem que a única maneira de abordar o problema é a criação de associações entre as partes interessadas e o estabelecimento de um diálogo social e de política rigoroso e eficaz. Os sócios potenciais incluiriam outros membros do sistema internacional, organizações multilaterais e organismos bilaterais de cooperação técnica.

## **7.5 *Atividades Principais***

### **7.5.1 *Atividades nacionais***

Apoiar o desenvolvimento de estratégias nacionais para combater a exclusão em saúde, identificando suas causas, magnitude e soluções possíveis no país participante. O desenvolvimento da estratégia incluiria a identificação de iniciativas locais, atuais ou passadas, para a extensão da proteção social em saúde a fim de avaliar sua possível utilização como mecanismos de extensão.

Durante a preparação de cada estratégia nacional, a iniciativa apoiará os esforços governamentais para organizar uma política social e um processo de diálogo social no âmbito nacional com atores pertinentes, segundo seja necessário. Este processo culminará na elaboração de um Plano de Ação para EPSS.

Durante o processo de execução do Plano de Ação, pode-se prestar cooperação técnica para qualquer atividade concreta ou para a supervisão técnica e apoio geral.

### 7.5.2 *Atividades regionais*

As ações regionais complementam as atividades nacionais. As experiências dos diferentes estudos e processos de país serão sintetizadas para permitir intercâmbios cruzados de experiência e a produção de conclusões gerais. Além disso, diversas atividades de pesquisa pertinentes a todos os países (como melhor compreensão das barreiras para estabelecer seguros de saúde, motivações para ingressar neles, fatores determinantes da demanda, repercussão sobre a proteção financeira de diferentes subsistemas, etc.) serão dirigidas sob uma perspectiva regional.

O estabelecimento de um centro de distribuição de informação acerca de melhores práticas e conhecimentos, assim como o acompanhamento e avaliação geral da iniciativa e lições aprendidas, será um foco importante da ação regional. A promoção da causa, comunicação, educação e atividades de informação no que se refere aos problemas e necessidade, além dos meios para resolvê-los, também serão empreendidos no nível regional.

Será desenvolvido um compêndio dos instrumentos e metodologias desenhadas para ajudar os responsáveis pelas decisões a estender a proteção social em saúde. As ferramentas poderão ser qualquer instrumento que se considere necessário incluir, a ser desenvolvido ou já desenvolvido pela OPAS, OIT, por ambos os organismos em conjunto ou por qualquer organismo que trabalhe nesse tema.

### 7.6 **Orçamento**

A OIT e a OPAS financiaram a maioria das atividades anteriores da iniciativa, incluindo consultores e tempo de pessoal, assim como gastos operacionais num montante de aproximadamente US\$ 800.000,00 nos últimos três anos. Ambas as instituições continuarão proporcionando este apoio por tratar-se o tema de uma área central de seu trabalho, mas redobrarão seus esforços para mobilizar recursos extra-orçamentários num montante de \$25 milhões para o período de cinco anos de trabalho.

A OPAS e a OIT esperam assumir um compromisso importante com a iniciativa, em particular seus aspectos regionais e de coordenação, estimado na ordem de \$5 milhões em tempo de pessoal, tanto de país como das sedes, assim como em atividades de apoio. Isto permitirá que os recursos adicionais dos sócios possam ser usados quase exclusivamente tanto para as atividades substantivas no nível regional como para as intervenções nos países. Portanto, serão necessários recursos adicionais para aproximadamente a metade do orçamento regional e a maioria das atividades nacionais. Espera-se que estes fundos sejam proporcionados por diversas instituições e outros interessados. Este orçamento não inclui a contribuição de contrapartida dos países.

## **8. Ação Solicitada do Comitê Executivo**

O presente documento busca dar ao Comitê Executivo uma síntese do problema da exclusão em saúde, do pensamento atual sobre a extensão da proteção social em saúde e acerca de iniciativa conjunta da OPAS e a OIT para apoiar os países no desenvolvimento desta linha da política social.

Já nos beneficiamos dos comentários aprovados pelo Subcomitê de Planejamento e Programação. Além disso, a orientação pelo Comitê Executivo servirá para guiar as futuras atividades da OIT e da OPAS neste tema, assim como para começar um processo de interação com os países membros. Este processo, que incorporará outros atores multilaterais e bilaterais, assim como diversos grupos sociais, buscará ativar mecanismos em cada país que levem a reduzir a magnitude da exclusão em saúde e, portanto, avançar na obtenção da saúde para todos.