

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA A PARTIR DA DÉCADA DE 90: UM COMPARATIVO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE ARGENTINO E BRASILEIRO

HEALTH POLITICS IN LATIN AMERICA STARTING FROM 90 DECADE: A PARALLEL BETWEEN BRAZILIAN AND ARGENTINEAN HEALTH SYSTEMS

Andréa Hopf Bianquin¹

Resumo

Este trabalho examina a conformação dos sistemas de saúde em dois países da América Latina (Argentina e Brasil). Considerando a complexidade desses processos, constata-se que as transformações ocasionadas consolidaram uma série de inovações, sob diferentes atores institucionais, públicos ou privados, os quais pressupunham modificações de cunhos estruturais, nas atribuições e no controle social entre outros. O ambiente propício à conformação dos objetivos das reformas da saúde na América latina, a partir da questão do financiamento econômico como eixo dessas mudanças, também é considerado a fim de introduzir a descentralização dos sistemas de saúde de cada país, a partir de seus cenários, atribuições e resultados alcançados. A partir da análise da conformação de cada sistema, sob estratégias que se sustentaram em similares metas de qualidade e otimização dos recursos, destacam-se as heterogêneas condições e implicações dos processos, diante de suas especificidades econômico-sociais, confirmadas nas distintas operacionalidades dos processos e das atribuições aos níveis governamentais e institucionais envolvidos na reestruturação e condução das responsabilidades.

Palavras-chave: Políticas Sociais, Sistemas de Saúde, Descentralização, América Latina.

Abstract

The present paper analyzes the accordance of the health systems in two Latin American countries (Brazil and Argentine). Taking in to account the complexity of these processes, we can verify that the transformations occurred have consolidated a several innovations under different public or private institutional agents presupposing changes of structural background as, for example, attributions and social control, among other ones. The appropriate atmosphere for the conformity of the health reforms in Latin America, starting from the subject of economical financing as the axis of these changes is also considered in order to introduce the decentralization of each country's health systems starting from their canaries, attributions and achieved results. Starting from the analysis of each system's conformity under strategies supported by similar goals of quality and optimization of the resources, the heterogeneous conditions and implications of processes stand out before their social-economical specificities confirmed by the distinguished operational ways of the processes and attributions at the government and institutional level behind the restructuring and conduction of responsibilities.

Keywords: Social Politics, Health Systems, Decentralization, Latin America.

1 INTRODUÇÃO

A análise das políticas públicas de saúde na América Latina, a partir da década de 90, através do processo de reestruturação institucional, metas, prioridades e agendas de saúde

¹ Professora Substituta do Departamento de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Maria-RS. Mestre em Integração Latino-Americana, Especialista em Pensamento Político Brasileiro e Economista pela UFSM. Área de interesse: Políticas sociais, instituições públicas e privadas, descentralização, sistemas de saúde. E-mail para contato: ahopf@ibest.com.br.

pública é de fundamental importância para a compreensão das atuais políticas conduzidas de desenvolvimento nessa região. Este fato incorre entre outros processos, na redefinição, sob diferentes configurações históricas, do papel dos agentes privados e subníveis governamentais, os quais passaram a priorizar novos interesses econômicos e sociais num processo definitivo de reformas do setor saúde.

O desenvolvimento das políticas públicas direcionadas à saúde e conduzidas como direito universal e dever do Estado difundiu-se e consolidou-se internacionalmente, na chamada Reforma Sanitária, a qual incorporaria os ideais de um sistema de saúde único, estatal e descentralizado às estruturas das políticas de saúde vigentes. Porém, o fator propulsor de seu avanço, principalmente nos países latino americanos, foi sua coincidência com processos de democratização social, em que estes interesses aliaram-se aos sociais, despertando a sociedade civil como importante sujeito político.

Conjuntamente, outros relevantes eventos de transição, ocorridos nas últimas décadas, conduziram à necessidade de repensar a saúde como política pública social. Entre eles, a globalização das relações econômico-financeiras, a aceleração do desenvolvimento tecnológico e a adoção de políticas neoliberais nos países centrais. Ademais a crise dos Estados nacionais, o que contribuiu para o enfraquecimento dos mesmos, caracterizados pelo descontrole fiscal, redução das taxas de crescimento econômico e aumento do desemprego, contribuiu para a crise do modelo da sociedade vigente de bem-estar.

Como consequência, os países centrais iniciaram processos de reforma do aparelho de Estado e de reformulação das políticas sociais, que são estendidos aos demais países, exigindo a redefinição do papel do Estado, o qual relega a produção de bens e serviços e transforma-se em promotor e regulador das atividades econômicas. Outros aspectos do processo específico de reforma do Estado seriam: o ajuste fiscal, a liberalização comercial, as privatizações e a publicização. Na saúde, em particular, isto teria significado a subordinação do setor às avaliações de custo-efetividade.

Essas mudanças e tendências converteram-se, principalmente na América Latina, em processos sociais de reforma, as quais conduziram a conformação de sistemas de saúde, norteados por ações como: a descentralização da organização e implementação das ações e programas; a implantação do modelo de assistência integral; a instituição legal nos vários níveis de governo, do controle social sobre o sistema; a regulamentação das relações entre os setores público e privado; a fixação de uma base financeira estável para o setor; além da incorporação de novos modelos de gestão em saúde.

Dessa forma, diante do enfraquecimento da sociedade de bem-estar, comprova-se o desgaste dos modelos de serviços por ela instituídos, principalmente na área da saúde, concomitantemente à construção das tendências dos futuros sistemas. Estes passariam a serem mistos, na medida em que possuiriam além de um componente público, consistido num pacote de serviços básicos, universais e com equidade, isto é, com qualidade e discernimento na distribuição dos serviços; também um componente privado de alta complexidade tecnológica e restrita ao consumo dentro dos mecanismos de mercado. O que se converteu numa estrutura muito diversa daquela proposta nos modelos de seguridade social, comprometendo alguns princípios básicos já conquistados como a unidade e integralidade do setor.

Na América Latina, o saldo obtido foi um sistema de seguridade social, caracterizado pela fragmentação, através da existência de múltiplas instituições e regimes de contribuição e benefícios, relacionados diretamente com o grau de poder de barganha de cada categoria. Assim, a cooptação política das frações mais organizadas e estratégicas da população, através dos aparelhos de políticas sociais transformava os cidadãos em clientes das estruturas burocráticas do Estado, enquanto aos grupos mais necessitados eram negados os acessos a estes direitos.

Conseqüentemente, diante da evolução dos sistemas de saúde na América Latina, a partir da década de 90 verifica-se uma base de análise legítima da organização institucional, através de suas propostas, práticas e resultados mais relevantes. Esse processo, analisado nos países da Argentina e Brasil, dado suas históricas identidades na instrumentalização de políticas, reflete bem a constante adaptação estrutural, o qual vem sujeitando-se a dinâmica dessas ações nos diferentes níveis institucionais.

2 AS REFORMAS DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: O PRECEDENTE ECONÔMICO E A CONSOLIDAÇÃO DO AMBIENTE E METAS

Historicamente, a organização do setor saúde, do ponto de vista das relações público-privado, tem sido marcada pela sua natureza fragmentada. No setor público, encontram-se governos nacionais, regionais ou locais provendo, financiando ou organizando ações promocionais, preventivas ou curativas de saúde, via estruturação direta (através de órgãos da administração direta) ou indireta (através de instituições de seguro público de saúde). Enquanto no setor privado encontra-se uma estrutura mais complexa, em que as ações de saúde baseiam-se em torno do setor curativo (hospitais, centros de saúde e consultórios), com fins lucrativos ou filantrópicos, prestando serviços para os seguros públicos de saúde, os quais

podem receber também subsídio público para assegurar a cobertura a grupos sem capacidade de pagamento.

Em síntese, pode-se dizer que a dicotomia entre os setores públicos e privados pode ser atenuada por mecanismos intermediários que minimizam os impactos negativos das crises econômicas nos processos de ajuste dos orçamentos públicos e os riscos catastróficos do gasto direto das famílias, através de instituições de seguro social público ou de seguro privado. A Figura 1 demonstra a transitoriedade do setor saúde, do âmbito do Estado ao mercado, o que contribuiu para a estruturação de um setor desarticulado, em que o público, via contratos, pode encontrar sustentação de seu plano de reestruturação institucional a partir da década de 80.



Figura 01 – Continuidade das formas Públicas e Privadas no setor saúde

Fonte: Medici, 2005, p. 7 .

O importante é garantir que o funcionamento da pluralidade de segmentos de saúde se estruture de forma contínua e regulada, e que não permita um funcionamento institucional fragmentado, o que geraria duplicação ou ausência de coberturas, seleção adversa de pacientes e procedimentos, falta de integração entre as funções de saúde pública e os serviços inovadores e entre os mecanismos de promoção, prevenção e reabilitação, além de custos elevados e iniquidades.

Partindo-se então da exigência dessa complementaridade, comprova-se o financiamento em saúde como um elo fundamental entre planejamento e equidade na prestação de serviços do setor e a possibilidade de avaliação econômica em saúde, a partir das fontes de financiamento aplicadas e seus objetivos priorizados: equidade horizontal, quando a política viabilizar que, aqueles que possuem recursos iguais realizem iguais pagamentos, dependendo dos fundos aos quais são afiliados e independente de qualificações sociais (sexo,

estado civil, local de residência, etc.); e equidade vertical, quando a política oferecer mecanismos para aqueles com desiguais capacidades de pagamento realizarem pagamentos diferenciados no sistema, de forma que aqueles que tenham mais recursos acabam por contribuir mais (redistribuição de renda).

Nesta última, verifica-se a progressividade da fonte de financiamento, já que *“los más pobres pagan relativamente menos em comparación com su renta y los más ricos relativamente más”* (VARGAS, VÁSQUEZ e JANÉ 2002, p. 929). Enquanto que na equidade horizontal, a iniquidade poderia ocorrer, no caso de: *“la coexistência de muchos seguros de enfermedad obligatorios com esquemas contributivos diferentes”* (p. 929).

Dado que o sistema de financiamento da saúde de um país é composto por mais de uma fonte (impostos, seguros obrigatórios, etc.), a equidade vertical de todo o sistema dependerá da progressividade de cada uma das fontes e da proporção em que cada fonte contribuirá ao financiamento sanitário.

Analisando o caso da América Latina sob suas crises econômicas a partir da década de 80, as quais levaram a deterioração e redução dos gastos públicos sociais em privilegiamento a certos setores, admite-se que o gasto social atuou diferentemente dos países desenvolvidos, como um instrumento de ajuste fiscal e com benefícios secundários em relação a reivindicações também agravantes, como é o caso dos salários na região. Os maiores cortes afetaram os investimentos nos gastos correntes e a conseqüente deterioração na qualidade dos serviços foi generalizada, só amenizada em países que anteciparam reformas que permitiu contrabalançar a perda de recursos com maior eficiência (maior acesso e qualidade).

Segundo Kliksberg (2001), os indicadores do gasto total em saúde registrados na América Latina, encontram-se bem abaixo dos indicadores a nível mundial. Estima-se que a média do gasto total em saúde, nos países industrializados, que em 1990 era em torno de 7,8% do Produto Interno Bruto, estaria acima dos gastos na América Latina, que no mesmo período alcançou 5,7%, correspondendo algo em torno de 40% do gasto público.

Ainda assim, na década de 90 o gasto público social aumentaria (de 10% do Produto Interno Bruto para 13% do início ao fim da década), em conjunto com o gasto público (de 42% para 48% no mesmo período), embora com tendências menos favoráveis a cada ano, mas como resultados de uma maior prioridade fiscal, com maiores magnitudes no Caribe e nos países menores (Colômbia, Guatemala, Paraguai, Peru e República Dominicana), e, por isso, apresentou bastante heterogeneidade. Entretanto, esses aumentos não permitiram diminuir as divergências entre os países, pelo contrário, estenderam-se quanto aos perfis e resultados em saúde.

Atribuiu-se a esse quadro, principalmente as quedas nos níveis de emprego no setor formal, combinadas com a desregulamentação do mercado de trabalho que contribuíram para a maior debilitação dos sistemas de proteção social nos países mais consolidados e impedindo a expansão nos demais. “*Además de ello, algunos de los que habían avanzado en lãs cuestiones de Welfare (...) fueron los que adoptaron la opción de desmontaje más radical, mientras que otros (...) han suportado mejor la crisis, exactamente por el mantenimiento de las opciones anteriores de politica social*” (ALMEIDA, 2002, p. 913-14). O maior efeito redistributivo do gasto, enfrentaria também, a forte queda nas arrecadações da seguridade social (principal fonte), agravado por uma demanda cada vez mais crescente.

Ademais, a restrição quanto à disponibilidade de insumos e seus resultados que são comparados entre os países na região, destaca-se, também, como fator prejudicial à análise do gasto em saúde, o fato de alguns indicadores básicos enfatizarem a complexidade estrutural geral da oferta pública desses serviços dificultando a identificação dos componentes de gasto por nível de complexidade da atenção de saúde, o que é verificado, por exemplo, no fato de muitos hospitais considerados unidades provedoras de serviços de alta complexidade, proverem também serviços de atenção primária.

Desta forma, os sistemas de informação orçamentária que seriam elaborados de acordo com determinados enfoques institucionais, estariam gerando dados sobre o gasto público total em saúde, independentemente do grau de complexidade da atenção, e em consequência, não permitindo que se detectasse a importância relativa da atenção primária em saúde dentro do gasto público total em saúde, limitando a análise.

Sob este contexto, ainda caberia destacar que as graves deficiências em matéria de utilização de recursos estariam sendo decorrentes das desigualdades territoriais em cobertura e distribuição de recursos físicos, financeiros e humanos. Acrescido a isto, o *déficit* de informação, tanto a respeito do estado de saúde da população como do tipo de serviço, volume e composição do gasto, e financiamento a nível territorial. Apesar das limitações de informação, a opinião generalizada e a reduzida evidência empírica revelou que a distribuição territorial dos indicadores de resultados de insumos ou de serviços reflete uma dispersão territorial preocupante, que tende a reproduzir-se no interior de cada nível subnacional.

Comprova-se então, que não é tarefa fácil compatibilizar os dados existentes com relação ao gasto nacional em saúde na região, porém, a homogeneização em algumas medidas, permite a delimitação de algumas tendências, em que uma das características básicas constatadas é a sua extrema heterogeneidade e um comportamento diferenciado em relação aos países desenvolvidos, como os Europeus. Enquanto esses países seguiram experiências de

crescimento (1960-70), estabilização (década de 80) e prevalectimento do aumento do gasto do setor público em detrimento ao gasto privado (década de 90), o processo na região latino-americana seguiu-se de maneira oposta, com restrição do gasto do setor público e crescimento do privado, contribuindo para a iniquidade na região.

Numa dimensão mais ampliada, o financiamento do setor diz respeito de um lado, à pluralidade e à abrangência dos interesses e ações do Estado e os padrões de bem-estar social, e de outro, à articulação entre Estado/mercado e Estado/sociedade, em que o que estaria em jogo seria o questionamento de quais instituições, entidades ou grupos de interesses, Estado e/ou Mercado, estariam exercendo a função básica de regulação da atividade econômica.

Costa (1998), referindo-se à dimensão da articulação entre Estado e acumulação e considerando as heranças históricas dos países periféricos, identifica um processo que inicialmente parte da emergência da concepção do Estado Desenvolvimentista (1950-60); passa pelo questionamento dessa concepção e conformação de uma nova imagem do Estado como problema, dado a resistência de um Estado ditatorial (1970); e por fim, termina na concepção sustentada pelas teorias do Estado Mínimo, a partir de 1980.

Para o autor, entendidas as implicações da reforma do Estado, impõe-se encará-las não só a partir da necessidade de se superar as clássicas dicotomias que presidem as análises a respeito das políticas sociais latino-americanas no período mais recente, “focalização *versus* universalização, centralização *versus* descentralização, privatização *versus* estatização, dentre outras” (COSTA, 1998, p. 89). Mas, sim, buscar entender a reformulação que elas vêm promovendo, sobretudo no que diz respeito à concepção do que vem a ser responsabilidade do Estado, controle público, modalidade não estatal na esfera pública, efetivação dos direitos básicos do cidadão e justiça social.

As análises das várias experiências latino-americanas de reforma do Estado, na área social revelariam que, ao contrário dos pressupostos das diretrizes de inspiração neoliberal elas estariam demandando crescente presença do Estado nesses setores, não só em termos da sua regulação, mas, sobretudo em termos do seu suporte financeiro, na medida em que estas reformas se tornariam altamente onerosas.

O que ocorre, são que reformas estruturais do Estado implementado na América Latina a partir da década de 80, além de modificarem os critérios e prioridades da política econômica em geral, no âmbito social, foram dirigidas principalmente a substituir a concepção paternalista por um Estado subsidiário. Nesta conformação, a ação Estatal tenderia a se concentrar nas funções de financiamento, regulação e desenvolvimento da política social, deixando para o setor privado um maior espaço para a provisão de bens e serviços. Ao mesmo

tempo, observou-se uma tendência de modificação dos critérios de destinação de recursos, de forma que, progressivamente se destacaram os critérios de focalização e eficiência na utilização destes.

O fator que teria contribuído de forma crucial para essa tendência, foi um fenômeno generalizado na América Latina e originado na crise de financiamento externo, que afetou a maioria desses países no início dos anos 80: a incorporação de equilíbrios macroeconômicos como um componente central da política econômica em geral. Esse fenômeno acabou se constituindo numa limitação importante ao desenvolvimento social, fazendo com que as possibilidades de expansão e inovação política na região fossem fortemente restringidas pela taxa de crescimento da economia, que quando insatisfatória, conduziria todas as políticas sociais a melhorarem a eficiência do gasto social.

É, então, sob este precedente, que o aumento da eficiência do gasto público social passa a representar o principal desafio da política social, alcançando o *status* de motivação central das diversas reformas implementadas na região, representadas nos processos de descentralização dos serviços, como um dos mecanismos mais elaborados na busca pela ampliação e fortalecimento de todos os programas sociais existentes.

Gropello e Cominetti (1998), destacam como uma das características dos sistemas desenvolvidos na América Latina, o elevado grau de fragmentação e estratificação, observado na ausência de integração e coordenação entre os diversos subsistemas. Em geral, coexistiriam os diversos subsetores (público, privado e de seguridade social), com uma estrutura e esquema de funcionamentos não necessariamente coincidentes. A segmentação institucional e funcional dos sistemas de saúde, somada às debilidades em matéria de coordenação, estaria gerando, um certo grau de superposição em relação aos beneficiários, subsídios regressivos cruzados e ineficiências na provisão dos serviços de saúde.

Acrescido a isto, a natureza e variedade das interrelações que se estabeleceriam entre os diferentes subsistemas, estariam dando origem a complexos modelos de saúde mistos, complexidade esta, que tenderia a se reproduzir no interior de cada subsetor, destacando-se o setor público como o prestador dos serviços de maior importância. Assim, os problemas que caracterizariam a situação atual dos sistemas de saúde na região teriam estimulado uma série de reformas, perseguindo a melhora na eficiência e no impacto distributivo do gasto setorial, com a finalidade de lograr uma ampliação na cobertura e na qualidade dos serviços sem representar necessariamente uma expansão no nível geral do gasto. Entre os elementos orientadores dessas reformas, o autor menciona,

(...) os objetivos de avançar para sistemas unificados e integrados de saúde, a descentralização da gestão, e a modificação na destinação financeira, tendendo a incorporar a descentralização do gasto e uma progressiva substituição dos tradicionais mecanismos de subsídios de oferta por subsídios de demanda. Em alguns casos, a participação privada na provisão e garantia dos serviços de saúde é o elemento central das reformas de saúde. Nesse contexto, se tem impulsionado diversas ações tendendo redistribuir as responsabilidades do sistema público, dando origem a modelos mistos nos quais os níveis subnacionais passariam a ter um papel mais ativo na provisão do serviço de atenção primária de saúde (GROPELLO e COMINETTI, 1998, p. 14).

Como se verá adiante, alguns países teriam implementado programas parciais de descentralização da saúde, observando-se, assim, as diversas etapas de um processo orientado a transferir crescentemente, as responsabilidades de provisão aos níveis subnacionais.

Os processos de descentralização do setor saúde que se implementariam, estariam se inserindo num contexto de restrição fiscal, o qual enfatizaria a manutenção de equilíbrios macroeconômicos, porém, de fortes desigualdades territoriais na distribuição de recursos vinculados à provisão de serviços de saúde. Ademais, é importante levar em consideração, que as reformas tem se delineado sobre sistemas de organização de serviços diferenciados e muito específicos em cada país, e, conseqüentemente, tem induzidos a resultados diversos desde a lógica de distribuição dos recursos até a priorização de interesses.

Logo, a heterogeneidade dos países da região, somada a estas diversidades estratégicas e as restrições de informações, limitariam a rigorosidade das análises comparativas do processo de descentralização da atenção primária de saúde nos distintos países e áreas.

Na Conferência Internacional de saúde de Lubiana, realizada em 1996, na qual os países europeus pretenderam fazer um balanço dos processos de reforma dos sistemas de saúde, formulou-se um novo consenso sobre valores necessários para modelar uma reforma sanitária revelando que, as reformas mais eficientes foram aquelas centradas no lado da oferta com ênfase na reorganização dos serviços; na relação profissionais/instituições; e no modelo de alocação de recursos e de introdução de mecanismos de mercado e de regulamentação, simultaneamente².

Ademais, as reformas do tipo incremental seriam mais producentes do que aquelas impulsionadoras de mudanças rápidas, pois seria ideal a avaliação do impacto de cada medida sobre as condições e serviços de saúde, para o alcance de evidências empíricas e o embasamento das decisões. Sob esta condução, o Estado seria o ator-chave do processo de

² Aquelas que introduziram elementos concorrenciais na demanda (moderação do consumo e/ou formas de co-pagamento) foram contraproducentes do ponto de vista econômico e social.

reforma, de forma que, a introdução de mecanismos de mercado não o isentaria de responsabilidades, mas pelo contrário, aumentaria ainda mais o grau de intervenção e relevância estatal.

A Conferência ainda prescreveu, que as reformas sanitárias deveriam ser guiadas por valores que priorizassem os indivíduos e a qualidade, baseadas em financiamento sólido e orientadas para a assistência primária. A América Latina, por sua vez, através das agências internacionais, teria até então produzidas análises parciais, isto é, ainda inconclusivas dos processos de reforma, limitando assim, a eficácia de suas implementações.

Observa-se ao longo das constatações, que os temas de tipo “transversal” estariam presentes em todos os processos de reforma, enquanto seu tratamento estaria sendo determinado por condições nacionais, isto é, por acertos interinstitucionais, intragovernamentais e interatores; pela participação dos grupos de interesse nestes processos; assim como pelo impacto das medidas e das iniciativas adotadas e seus limites e condicionantes. Em cada um dos países que teriam realizado experiências recentes, o nível de desenvolvimento e suas culturas institucionais, bem como o comportamento de todos os atores presentes, teriam oferecido uma variedade de soluções para cada um dos problemas presentes nos sistemas nacionais de saúde, o que por sua vez, estaria contribuindo para conflitos intermináveis.

Assim, demarcando a discussão em torno das metas econômicas e sua relação quanto ao alcance de resultados substanciais da saúde, sobressaem-se oposições pertinentes a análise: desqualificação, ineficiência e obsolescência (atrasado - disfórico) *versus* planejamento, realocação e equidade (moderno - eufórico), temas intensamente debatidos pelas organizações de saúde e de repercussão crescente nos meios políticos e econômicos, públicos e privados, principalmente na América Latina, em que os eventos de liberalização econômica e de privatizações se intensificaram e confrontaram projetos muitas vezes antagônicos no decorrer do processo de reformulação dos sistemas no decorrer da década de 90.

3 A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ARGENTINO E BRASILEIRO: EFICIÊNCIA E EQUIDADE

Os processos de descentralização dos serviços de saúde, sob os quais se conformam os sistemas, realiza-se, na Argentina, diante de um contexto fortemente marcado por restrições financeiras que teriam afetado o setor público em geral, e o financiamento dos programas sociais em particular. Entretanto, a experiência da Argentina apresenta elementos

específicos que a diferenciaram de outros casos de descentralização da saúde na região, inclusive do Brasil, como será visto mais adiante.

Em primeiro lugar, se trata do caso mais intenso e de maior trajetória, tanto pela quantia de recursos executados pelos níveis subnacionais, como pelas capacidades e poderes de decisão distribuídos para as províncias. Ademais, trata-se de uma completa estrutura em que, tão importante quanto o sistema público são as Obras Sociais, mecanismos de seguridade sindical que tem se caracterizado por uma organização autônoma, em que é importante considerá-la em todas as análises do setor de saúde argentino. Finalmente, a principal diferença de outras experiências, refere-se ao fato da atenção primária à saúde no subsetor público, realizar-se tanto em estabelecimentos com essa finalidade como em hospitais de alta complexidade.

Ao longo das últimas quatro décadas a descentralização da saúde pública tem avançado de forma progressiva, sob um processo caracterizado por sua gradualidade, diante das diversas fases que se desenrolou a transferência progressiva de competências a nível intermediário (províncias) e, mais recentemente, as unidades microeconômicas (os Hospitais de Autogestão). A descentralização em nível local não assumiu um modelo de descentralização explícito, na medida em que se submeteu a iniciativa e vontade de cada província, em que a função de coordenação entre esses níveis estabeleceu-se em começos dos anos 70, através da criação dos comitês e conselhos federais de saúde.

O processo de descentralização iniciado em 1978 teve como motivação principal, a redução das pressões fiscais no nível central e consistiu na transferência de funções relevantes às províncias, sob o argumento de maior eficiência financeira, porém, sem o acréscimo de novos recursos. Como se não bastasse, essa eficiência ainda não coincidiu com a equidade social entre as motivações principais, o que ocasionou a falta de mecanismos de coordenação e de políticas dirigidas a buscar essas atribuições também ao nível do governo nacional.

Em geral, o processo de provincialização da saúde deu-se pela transferência ampla de capacidades e competências (normativas e programáticas) a todas as províncias, minimizando o papel do nível central, através da transferência gradual de hospitais que estariam submetidos nacionalmente, e a partir de 1986, pela descentralização microeconômica em matéria de financiamento e gestão, visando a maior independência para os hospitais.

Em particular, na década de 1990, observa-se na Argentina um triplo fenômeno: a transferência dos últimos hospitais nacionais para as províncias; casos de descentralização das províncias aos municípios; e, impulsionada pelo Governo Central aos níveis hospitalares, a configuração dos Hospitais de Autogestão. Sob modelo de “autonomia hospitalar” os

hospitais públicos participariam na direção da unidade, contando com a possibilidade legal de lucros, captação de fundos para serem utilizados em equipamentos e, em alguns casos, salários e administração autônomos dos serviços.

Atualmente, ainda existem hospitais que estão se transferindo para as províncias sem uma lógica estrutural que permita articular o funcionamento desse processo. Ademais, as províncias tenderam a repetir o mesmo esquema centralizado da nação: um Ministério da Saúde, certa quantidade de hospitais de baixa complexidade, outros de alta complexidade, e um certo grau razoável de articulação, gerando desse modo, em vez de um sistema nacional de saúde, 23 sistemas provinciais de saúde. Assim, como resultado da provincialização da saúde, o país deparou-se com diferentes modelos de descentralizações provinciais, os quais se diferenciaram pelo grau de descentralização deslocada aos níveis locais.

Entretanto, ainda existem modelos em que a província tem dado espaço ao município para desempenhar um papel mais ativo em matéria de administração, transferindo-lhes graus importantes de autonomia, inclusive às unidades hospitalares, e criando até mesmo, algum espaço de participação da comunidade dentro dos hospitais. Em outros casos ao contrário, o modelo é altamente centralizado em nível provincial.

Quanto ao financiamento da saúde pública na Argentina, a operacionalização deu-se através das transferências gerais automáticas aos governos provinciais, derivadas do denominado “pacto fiscal” e de recursos próprios. As províncias passaram a receber uma transferência automática, sem acréscimos, em que cada uma delas possui autonomia quanto à destinação dos recursos. Não existem transferências específicas do nível central para um setor (como ocorre com outros serviços). Por outro lado, o orçamento provincial de saúde se sujeita à destinação provincial dos recursos próprios e de aqueles provenientes da co-participação. Adicionalmente, existem recursos próprios setoriais que se originam da venda de serviços e que acabam recuperando custos que se realizam a nível hospitalar.

O diverso esforço descentralizador dos serviços da saúde nas províncias deu origem a um sistema desarticulado. Porém, com um elevado grau de autonomia de gestão e de área programática a nível provincial. Trata-se, então, de um modelo de devolução híbrida de competências a nível provincial e das unidades produtivas, pela via da autonomia hospitalar com uma escassa participação da comunidade.

O caráter híbrido provém do fato de que, apesar de gozar de plena autonomia em matéria programática e de gestão, as províncias e hospitais mantêm uma relação de dependência do nível central no plano financeiro. Ainda que as províncias estejam capacitadas para obterem recursos próprios, sua principal fonte de financiamento provém das

transferências automáticas, desde o nível central ao nível provincial, por intermédio da co-participação tributária. O nível central mantém participação na decisão de programas e na elaboração de normas, apesar de suas diretrizes não terem mais que um valor indicativo.

Já o processo de descentralização do setor saúde no Brasil, inicia-se no final da década de 80 e se caracteriza por sua relativa gradualidade e pelas mudanças que sofreu em relação a seu conteúdo, orientação do processo e prioridades.

Em sua primeira etapa, o processo de descentralização foi uma resposta às crescentes demandas por mudanças na orientação da política de saúde, dirigidas a universalizar seu direito e eliminar a forte segmentação e fragmentação do sistema. Neste sentido, a descentralização se percebe como um dos instrumentos destinados a otimizar a destinação de recursos no interior do setor saúde e, adicionalmente, tomar parte de uma série de reformas mais amplas, orientadas a integrar o sistema público, reduzir o poder do nível central fortalecendo os níveis subnacionais e aumentar o grau de participação social.

A origem da experiência de descentralização da saúde no Brasil constitui uma exceção no contexto regional, no sentido de que o processo de reforma não foi liderado pelo nível central, mas sim pelo pessoal da área médica (principalmente do setor público). Este contingente, através de movimentos sociais, dirigiu um processo de mudança institucional cujos objetivos eram a integração dos três níveis de governo num Sistema Unificado de Saúde (SUS), a descentralização e a desconcentração dos recursos e do poder político.

No modelo de descentralização estabelecido, os níveis subnacionais participaram, num alto grau, nas mais diversas funções, entretanto, na prática, desde 1993 tem-se acentuado o caráter municipalista do modelo implantado. Com o objetivo de se introduzir flexibilidade frente à heterogeneidade que caracteriza os diversos atores subnacionais, o processo de descentralização adotou um mecanismo gradual, mediante o qual cada estado e município solicitam ser qualificado em uma modalidade de gestão. Neste mecanismo, o elemento de negociação entre as três esferas de governo, constituiu-se nas comissões de intergestores, cujo propósito seria apoiar o processo de implementação da descentralização atuante. Para os Estados, definiram-se duas categorias, representando etapas do processo, foram elas: a gestão parcial e semiplena, enquanto que os municípios puderam ajustar-se ademais, a uma terceira categoria, a “incipiente”.

Esta classificação se traduziu nas diferenças a respeito das aptidões e autonomia no uso dos recursos. O grau de avanço do processo de descentralização foi moderado, se considerarmos que após três anos de implantação, do total dos municípios, (incluindo aqueles que ainda não haviam solicitado uma classificação) ainda 45% classificavam-se na categoria

de gestão incipiente, 12% na gestão parcial e 1,8% na gestão semiplena (abrangendo 12% da população). Avaliando em termos de dependência financeira, o sistema seguiu mantendo uma exagerada dependência dos recursos federais, o que na ausência de vínculos automáticos estabelecidos constitucionalmente e num contexto de ajuste fiscal, terminou implicando um desequilíbrio significativo no financiamento do setor.

Um dos problemas ainda não resolvidos na experiência brasileira foi a falta de correspondência entre as fontes de financiamento e as funções e atribuições das distintas esferas do governo. Por outro lado, a irregularidade e ausência de uma vinculação constitucional dos recursos para a saúde, têm se constituído em uma restrição e desafio à descentralização efetiva e uma fonte de vulnerabilidade para o financiamento do setor, ao depender fortemente da orientação das políticas de ajuste e estabilização macroeconômica. Em efeito, como resultado do aprofundamento da crise de 1991-1993, o gasto em saúde contribuiu para o ajuste fiscal, conduzindo à prática de um sistema de saúde desfinanciado, o que obrigou ao estabelecimento de um imposto provisório sobre o movimento financeiro, destinado a financiar o setor a partir de 1997.

Em relação às transferências federais destinadas a saúde, teoricamente a lei estabeleceu um sistema de transferências automáticas às entidades subnacionais, segundo diversos critérios: perfil demográfico e epidemiológico; características da rede de serviços e equipamentos; desempenhos técnicos, econômicos e financeiros no período anterior; participação do setor saúde no orçamento estatal e municipal; planos de investimento; recuperação por serviços prestados a outras esferas de governo; e requisitos organizacionais. Na prática, entretanto, como resultado de dificuldades técnicas e políticas, a implementação destes critérios tem-se desenvolvido com lentidão e o mecanismo predominante de transferência de recursos do governo federal aos Estados e Municípios foi à remuneração por compra de serviços aos componentes subnacionais.

Este fator acabou desestimulando a participação financeira dos níveis subnacionais, fortalecendo a cultura de dependência do governo central, estimulando procedimentos médicos mais caros e não necessariamente mais eficientes, aumentando as pressões políticas permanentes sobre o nível federal e, finalmente, inibindo o processo de descentralização. Quanto às transferências desde o governo federal até as entidades subnacionais, estas operariam através dos seguintes mecanismos: a) transferências via a criação de atividades ambulatoriais e hospitalares de acordo com a população, complexidade da rede e valores históricos; e b) transferências por incentivos à descentralização através do Fator de Apoio aos

Estados (FAE) e do Fator de Apoio ao Município (FAM), destinado a cada entidade que se habilitasse em alguma gestão.

Quanto ao estímulo ao processo, atualmente destaca-se a constante implementação do modelo de municipalização semiplena, em que as competências específicas do nível municipal seriam a elaboração, administração e execução de ações e serviços de saúde local equivalente à gestão de saúde local, a medida em que o papel dos estados se relacionaria com a planificação regional das políticas de saúde.

Um elemento que destaca o processo de descentralização implementado no Brasil é o fato da função de contratação de pessoal ser realizada majoritariamente nos níveis subnacionais; em outros casos, essa competência tende a manter-se centralizada. Os municípios gozam de grande autonomia em matéria administrativa e programática. Entretanto, apesar de ser um país com um elevado grau de descentralização fiscal, em que os governos subnacionais, incluindo os Municípios, podem ditar suas próprias leis orgânicas e sobreporem-se às leis ordinárias e federais, estes níveis ainda mantêm uma importante dependência dos recursos do nível central para o setor. Nesse sentido, trata-se também de um modelo que pode ser definido como de devolução híbrida ao nível dos municípios, dado que as práticas de suas competências ainda não estão claramente delimitadas.

No âmbito de controle social da gestão, tem-se criado diversos organismos coordenadores e de participação. Entretanto, a precariedade do acesso à informação limita o controle efetivo por parte dos representantes da sociedade. Quanto à participação da comunidade, existem organismos relevantes nos diversos níveis subnacionais, como os conselhos de saúde criados nas diferentes jurisdições, nos quais participam representantes governamentais, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários dos mesmos.

De forma geral, a revisão das experiências de transformação do setor saúde na América Latina, indicou uma grande variedade de padrões relacionados com a velocidade, seqüência e a natureza do modelo implantado. Entretanto, entendido os elementos contribuintes para os processos e suas especificidades, é possível traçar uma comparabilidade dos sistemas de saúde argentino e brasileiro, e identificar elementos comuns entre os países, os quais variam principalmente em relação à intensidade, apreensão e aplicabilidade institucional dos sistemas, conforme é possível verificar nos Quadros 01, 02 e 03 a seguir.

ARGENTINA	BRASIL
<p>→ Estado democrático;</p> <p>→ Crise econômica: ↑ desemprego e ↓ PIB (indústria);</p> <p>→ Iniquidades dado ↓ despesa no setor: Lei da Emergência Pública - 2002;</p> <p>→ ↓ Índices de natalidade, mortalidade e fecundidade;</p> <p>→ ↑ Índices de pobreza e indigentes.</p>	<p>→ Estado democrático;</p> <p>→ Crise econômica: ↑ desemprego, ↓ PIB (comércio/serviços) e vulnerabilidade externa;</p> <p>→ Iniquidades dado dissiparidades regionais: SUS – 1988;</p> <p>→ ↑ Índices de natalidade e esperança de vida ao nascer, ↓ da mortalidade;</p> <p>→ ↑ da renda, ↓ da população pobre e indigentes.</p>

Quadro 01 – Comparação de cenários políticos, econômicos e sociais relevantes para a saúde (Argentina e Brasil pós 1990).

Fonte: Elaborada pela autora baseado em informações da OPS (1995/1998/2002).

ARGENTINA	BRASIL
<p>ORIENTAÇÃO DA OPS AOS MINISTÉRIOS: Monitoria, avaliação, vigilância, promoção, participação social, planejamento, regulamentação e inspeção, equidade, qualidade e emergências.</p>	
<p>→ 3 SETORES: 1) Público via rede de hospitais; 2) Público Obrigatório via Obras Sociais (OS); e 3) Privado via empresas de medicina pré-pagas (contratos com seguradoras);</p> <p>→ INSTITUIÇÕES/ AÇÕES: <u>Centralizadas:</u> COFESA, Delegações, Superintendências, OS, PMO e HGD; <u>Descentralizadas:</u> ANMAT, ANLIS, ANCI, CENARESO, INRPPD e SINAVE.</p>	<p>→ 2 SETORES: 1) Público via provedores públicos/privados; 2) Atenção Médica Suplementar via seguradoras e prestadores privados;</p> <p>→ INSTITUIÇÕES/ AÇÕES DESCENTRALIZADAS: Conselhos, Secretarias, Conferências, Comissões de Intergestões, RNIS, RIISA, CGPRH, PAB e PBQP;</p> <p>→ Ação conjunta com outras instituições e financiamento via Fundos Sociais (vinculação de recursos).</p>

Quadro 02 – Comparação dos sistemas argentino e brasileiro quanto às disposições institucionais, pós 1990. OBS: As siglas referem-se a instituições ou programas de saúde voltados aos objetivos dos sistemas.

Fonte: Elaborada pela autora baseado em informações da OPS (1995/1998/2002).

ARGENTINA	BRASIL
<p>→ INSTITUIÇÕES/ AÇÕES: SNIS, SNS, FESP, CLS e CZL, NBI, PNGQAM e FSR; desregulamentação das OS; esforço descentralizador e social (hospitais e COFESA); empréstimos externos (OPS); unificação da arrecadação das OS e; mecanismos de pagamento das seguradoras aos Hospitais de Gestão Descentralizada;</p> <p>→ LIMITES E DESAFIOS: Fraca regulação privada e participação social; escassa informação sistematizada; conflito de interesses e; insuficiente planejamento, coordenação, recursos, cobertura efetiva e qualidade.</p>	<p>→ INSTITUIÇÕES/ AÇÕES: CRSN, NOAS, PPI, VIGISUS, ACS, RORHS, SAS, PSSE, PNCH; Órgãos de Vigilância Ambiental, Epidêmica e dos Povos Indígenas; Escolas de Saúde e; aprofundamento dos Programas de Atenção Básica em Campanhas Informativas;</p> <p>→ LIMITES E DESAFIOS: Instabilidade das fontes de financiamento; descoordenação do planejamento setorial; persistência de dissiparidades regionais e; insuficiente cobertura integral, tecnológica e de qualidade.</p>

Quadro 03 – Comparação dos sistemas argentino e brasileiro quanto sua implementação e metas, ênfase pós 2000. OBS: As siglas referem-se a instituições ou programas de saúde voltados aos objetivos dos sistemas.

Fonte: Elaborada pela autora baseado em informações da OPS (1995/1998/2002).

Admite-se que ambos processos foram impulsionados desde o nível central, por variadas considerações, nem sempre vinculados a razões setoriais, mas predominantemente de natureza política decorrente: de objetivos de legitimação de poder diante das crescentes demandas de democratização; e de objetivos econômicos, na busca pela maior eficiência técnica na provisão dos serviços.

Por fim, constatou-se relativa uniformidade quanto às orientações e propostas; conseqüente heterogeneidade quanto às motivações, práticas e resultados; definitivas mudanças institucionais, embora inconclusivas; e ainda a afirmação de uma multiplicidade de atores, revelando as limitações regionais individuais e o conseqüente lócus de ação para o êxito das políticas públicas prioritárias.

4 CONCLUSÃO

A análise das políticas de saúde na América Latina a partir da conformação dos sistemas de saúde na Argentina e no Brasil incorreu no levantamento das reformas implementadas na década de 90, as quais se assentaram em transformações políticas institucionais, com alcance em todas as esferas de poder, cujas especificidades em cada país não sobrepuseram a lógica e padrão predominante na região.

Num primeiro momento, constataram-se elementos norteadores graduais, porém definitivos na transformação dos sistemas, cujas bases fixaram-se na mudança da arbitrariedade do Estado quanto à função social, através da aplicabilidade do instrumento político da descentralização. Este princípio, que encontra no setor saúde, o ambiente propício para associar a desoneração relativa do Estado e ampliação da eficiência e equidade dos serviços, foi deliberadamente amparado na evolução histórica das práticas de políticas de saúde, principalmente nos países da América Latina, cuja dívida social é marcante.

Como conseqüência, verifica-se uma elevação das seguintes qualificações: inicialmente da política de saúde, como política pública relevante de desenvolvimento generalizado; e em seguida, das ferramentas de aplicabilidade do setor público, que transita de principal agente provedor à coadjuvante nesses processos, o que por sua vez, vai exigir a sua reorganização alocativa através da legitimação de novas atribuições institucionais.

Nesse contexto, a América Latina, especialmente Argentina e Brasil, acomodam com certo êxito a evolução desses preceitos nas práticas de saúde, conformando sistemas que representam o saldo ou a barganha de interesses políticos organizados, que sob os propósitos de equidade econômica e social, reestruturam-se agora, em torno de orientações pré-debatidas

sobre planejamento programático (gestão, financiamento e regulação), descentralização *versus* devolução das funções e metas bem definidas.

Ademais, a discussão em torno de suas identidades, quanto à prescrição e motivações dos processos, estes países apresentaram sistemas que revelaram heterogeneidade em certos aspectos, o que pode ou não estar associados às formas de tutela dessas ações, relacionados à suas velocidade e seqüência, bem como aos seus perfis históricos de elaboração, aplicabilidade e resultados em saúde alcançados.

Quanto aos cenários internos coincidentes com a implementação dos sistemas nesse período, de modo geral constata-se na Argentina um quadro de instabilidade fiscal bastante corrosiva, o que acarretou a ineficiência dos sistemas de proteção social e, conseqüentemente, das políticas de ajuste aplicadas. Enquanto no Brasil, esta crise também constatada, coincidiu com a crise financeira do sistema previdenciário, o que por sua vez, contribuiu para a elaboração de um sistema unificado, amplo e de cunho democratizante.

Na análise das disposições institucionais acarretadas, a partir da prática dos sistemas, a Argentina destaca-se pela reforma das Obras Sociais, subsetor público obrigatório, o qual responsabilizou-se pela introdução da lógica de mercado ao setor saúde, o que acarretou a ampliação do setor privado e redução do papel do Estado, no financiamento e provisão dos serviços, para todas as camadas sociais, sem maiores inovações programáticas em outros subsetores, além da orientação devolutiva às províncias e políticas liberalizantes. Quanto ao Brasil, a reestruturação do setor, legitimou-se através da criação do Sistema Unificado de Saúde (SUS), com caráter regionalizado e de controle social, com ênfase na diversificação, transferência e ampliação das fontes de financiamento, criação de agências reguladoras e foco nas ações de assistência primária (prevenção) nos subníveis governamentais.

Quanto à condução desses processos, verifica-se que a Argentina avançou quanto à operacionalização do subsetor das Obras Sociais, principalmente através da flexibilização contratual com o setor privado na oferta dos serviços, cujos resultados que se converteram em limites, foram a redução dos beneficiários e recursos, iniquidade social quando da expulsão de demandas do setor público e fraca regulação do Estado frente à estas ineficiências. Já o Brasil, alcançou a ampliação de sua cobertura, da gestão pública e da produtividade dos serviços, o que acarretou efeitos também favoráveis nos resultados em saúde pública e no controle geral coordenado de todo o sistema. Por outro lado, problemas relacionados à indefinição das funções públicas dos níveis subnacionais e a descoordenação destes com o sistema complementar (privado), revelam a permanência de antigas pendências.

Superando as especificidades, quanto aos perfis epidemiológicos e sociais apresentados, que no geral apresentaram melhora nos resultados, chama-se à atenção, também, a disponibilidade de informações sobre o avanço destas medidas, cujo interesse, associado à promoção da participação social, parece ser prioridade maior das instituições brasileiras do que das instituições argentinas, o que dificulta um esforço quanto a homogeneidade de possíveis comparações e análise decorrentes.

Finalmente, conclui-se que essas heterogeneidades acabam por refletir, acima de tudo, a preponderância dos atores envolvidos: público *versus* privado, governo *versus* subníveis, oferta *versus* demanda, eficiência *versus* equidade, qualidade *versus* quantidade, etc., e sua abrangência, isto é, distribuição das responsabilidades legais e seus graus de institucionalidade, discussão essa que deve ser superada sob a relatividade de suas ações empenhadas na construção ou reconstrução de modelos, condizentes com seus estágios de necessidades políticas, econômicas e sociais em questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia.(2002), Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-36 e p. 905-924 (suplemento).

COSTA, Nilson do Rosário.(1998), *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec.

GROPELLO, Emanuela di y COMINETTI, Rossela.(1998), La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. *CEPAL*, Caribe, agosto.

KLIKSBERG, Bernardo.(2001), *Desigualdade na américa latina*. 2. ed. São Paulo: Cortez.

MEDICI, André.(2005), Financiamento público e privado em saúde na América latina e no caribe: uma breve análise dos anos 1990. *Banco Interamericano de Desenvolvimento e Centro de Estudos Saúde e Futuro*. Washington, D. C., julho.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/OMS.(1995), *Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo*, Buenos Aires, nº 43.

_____.(1998), Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. *Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina*. Buenos Aires.

_____.(2002), Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. *Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina*. Buenos Aires.

_____. (1998), Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Sevicios de Salud. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud Del Brasil*. Buenos Aires.

_____. (2002), Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Sevicios de Salud. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud Del Brasil*. Buenos Aires.

VARGAS, I. VASQUEZ, M.L. & JANE, E. (2002), Equidad y reformas de los sistemas de salud em Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de janeiro, V.18, n. 4, p. 927-937, jul-ago.