

O financiamento de serviços sanitários nos PMD

Uma agenda de reformas que racionalizariam as despesas oficiais a fim de melhorar os serviços básicos para os pobres

John Akin e Nancy Birdsall

A pesar das enormes reduções nos índices de morbidade e mortalidade nos últimos 30 anos, as condições de saúde precária ainda são comuns nos países em desenvolvimento. Em 1985, os índices médios de mortalidade infantil e a expectativa de vida para as mulheres eram respectivamente oito vezes mais elevados e cerca de 33% menores que os dos países desenvolvidos. Nos bolsões de pobreza da África, cerca de um quinto das crianças morre antes de completar um ano. Os dados de que se dispõe mostram também níveis extremamente altos de doenças cuja prevenção não é difícil.

Os esforços para reduzir a morbidade e a mortalidade no mundo em desenvolvimento dependerão fundamentalmente de os sistemas sanitários serem capazes de fornecer serviços sanitários básicos e informações a famílias geralmente pobres e dispersas. Mas até lá, a demanda de serviços convencionais, cuja base é um hospital, crescerá devido à elevação das rendas, ao maior número de idosos e à urbanização. Tudo isso gerou enormes pressões para os sistemas sanitários dos países em desenvolvimento, numa época em que os gastos públicos não podiam ser facilmente aumentados. Na verdade, muitos países se vêem forçados a cortar seus gastos oficiais, devido à desaceleração do crescimento econômico e aos déficits orçamentários recorrentes. Nesse quadro, que pode ser feito para financiar a expansão de serviços sanitários de extrema necessidade nesses países?

Este artigo propõe que os países em desenvolvimento reduzam o papel do governo em serviços sanitários de alto custo para tratamento e transfiram os recursos para serviços sanitários básicos, como imunização, que be-

neficia toda a sociedade. Tal transferência aliviaria o governo do ônus de prover uma ajuda sanitária dispendiosa para os segmentos da população em melhor situação econômica, geralmente os urbanos: assim, os recursos governamentais poderiam ser aplicados em serviços básicos e menos dispendiosos que beneficiariam mais os pobres rurais e urbanos.

Problemas do setor sanitário

As características e o desempenho do setor sanitário variam muito de um país em desenvolvimento para outro, mas a maioria deles defronta-se com três problemas:

- o da alocação — pouco investimento em serviços básicos eficazes do ponto de vista dos custos em comparação com serviços dispendiosos;

- o da eficiência interna — programas de saúde pública que não funcionam;

- o da divisão equitativa — os pobres se beneficiam pouco dos investimentos em saúde pública.

O problema da alocação. Na maioria dos países em desenvolvimento, nem os gastos do governo nem os privados destinam-se principalmente a serviços sanitários básicos como o controle de doenças transmissíveis, a imunização, o planejamento familiar e o cuidado com as mães, e o fornecimento de remédios eficazes e de baixo preço. A maior parte desses gastos refere-se a serviços de tratamento ainda mais dispendiosos, embora menos eficazes, que só os hospitais podem fornecer. Em Bangladesh, por exemplo, o governo subsidia serviços ortopédicos, cardiovasculares e oftalmológicos especializados que atendem a um número relativamente pequeno de pessoas; no entanto, a cada ano, cerca de 324 mil tuberculosos com mais de 10 anos de idade não recebem tratamento, pelo menos 90 mil crianças de menos de cinco anos morrem de pneumonia e 136 mil bebês morrem de tétano. Se os recursos públicos que vão para os poucos hospitais, geralmente urbanos, passassem a ser dirigidos aos níveis mais básicos do sistema sanitário nas áreas rurais, seria possível tratar

vários problemas que levam à doença e à hospitalização num estágio ainda inicial e controlável, ou até preveni-los.

O problema da ineficiência interna. Os recursos de que o governo dispõe para programas de saúde não são bem utilizados. Um dos sintomas de ineficiência é o amplo uso de serviços sanitários de alto nível com doentes que poderiam ser tratados de modo menos sofisticado. Quase sempre, os serviços sanitários urbanos (clínicas e hospitais) estão superlotados, enquanto os serviços rurais têm poucos clientes. Na Colômbia e na Somália, hospitais para cuidados terciários nas principais cidades têm índices de utilização superiores a 80%, enquanto hospitais secundários em cidades menores têm índices de 40% ou menos. Em Ruanda, 70% dos leitos dos hospitais urbanos estão ocupados, contra apenas 30% nos centros de saúde rurais. O acúmulo de pacientes em serviços de alto nível tem motivos óbvios: são gratuitos (ou seu preço equivale aos dos serviços de nível mais baixo) e o pessoal é mais bem treinado; o equipamento e os laboratórios são melhores; pode ser tratado um número maior de doenças e casos de emergência; localizam-se nas cidades, onde se podem obter remédios e serviços correlatos.

Outro sinal de ineficiência é a falta de insumos complementares básicos, como combustível e remédios, nos sistemas de saúde pública. Caso haja pressões para que se ampliem os sistemas sanitários urbanos em condições orçamentárias restritas, pode haver cortes desses insumos básicos, para não haver nos salários. Como esses insumos representam uma proporção pequena dos custos totais, é preciso um corte drástico a fim de se chegar a uma redução substancial dos gastos totais. Daí um grande decréscimo da eficácia dos sistemas sanitários. Em Zâmbia, os serviços sanitários públicos são considerados ineficientes por não disporem de remédios e de combustível; mas os serviços particulares continuam a prosperar.

O problema da divisão equitativa. Na maioria dos países em desenvolvimento, grande parcela da população vive no campo, mas 70% ou mais dos gastos governamentais

Este artigo baseia-se em um estudo de políticas do Banco Mundial: Financing health services in developing countries: an agenda for reform. Washington, DC, 1987. US\$ 7.50. (A ser publicado também em francês e espanhol.)

com saúde referem-se a cuidados hospitalares fornecidos nas cidades, onde as rendas familiares são bem mais altas. No Peru, os gastos *per capita* do Ministério da Saúde, de 1970 a 1981, na área metropolitana de Lima, foram mais de cinco vezes superiores aos referentes à maioria da área rural do país. Até na China, os subsídios totais em 1981 foram estimados em US\$ 6 *per capita* nas áreas rurais e US\$ 19 *per capita* nas áreas urbanas. Os pobres, sobretudo nas áreas rurais, embora se beneficiem pouco dos subsídios derivados de impostos aos hospitais urbanos, geralmente pagam caro por remédios e pelo tratamento convencional dos serviços sanitários particulares.

Alguns hospitais são essenciais a qualquer sistema sanitário, mesmo os que enfatizam os cuidados sanitários primários. O problema único, ou mesmo mais importante, não é que os hospitais sejam a base dos sistemas sanitários nos países em desenvolvimento. É, sim, o fato de os hospitais serem os que recebem subsídios, ou seja, os subsídios se destinam principalmente aos hospitais das cidades, beneficiando assim os ricos de modo desproporcional.

Reformas de financiamento

Tais problemas, é claro, não podem ser atribuídos unicamente ao modo como os governos financiam os serviços sanitários. Nem uma mudança nesse financiamento iria, por si só, resolver os problemas. Uma mudança no financiamento não eliminaria, por exemplo, a necessidade de melhores administração, treinamento e supervisão no fornecimento de serviços sanitários públicos. Mas é preciso considerar reformas de financiamento como parte de um esforço global para melhorar os serviços sanitários. A reforma se refere a quatro políticas:

- cobrar dos que usam os serviços sanitários do governo;
- criar programas de seguro-saúde;
- estimular o setor não-governamental a fornecer serviços sanitários para quem deseje pagar por eles;
- descentralizar alguns serviços sanitários do governo.

Essas políticas de financiamento são estreitamente ligadas e se complementam (ver box sobre os efeitos das reformas de políticas). Transfeririam parte do ônus do financiamento do serviço sanitário do setor público para os beneficiários e passariam o poder decisório das agências de planejamento central para as autoridades sanitárias locais, mais a par das condições e necessidades dos pacientes de suas jurisdições.

Cobrar dos usuários. Alguns países já cobram dos usuários há décadas, e outros, especialmente na África, começam a fazer o mesmo. Na maioria dos países, porém, os serviços sanitários do governo não cobram, ou então cobram muito pouco por atendimento, remédios, etc. Assim, o sistema sanitário público não colhe qualquer remunera-

ção de vários pacientes que poderiam e até desejariam pagar os cuidados que receberam. O custo do atendimento acaba sendo financiado por sistemas tributários frequentemente já onerados demais.

Nesses países, poderia ser estudada uma cobrança ínfima (quantias que seriam cerca de 1% ou menos da renda anual das famílias pobres, considerando-se quatro tratamentos por ano num posto de saúde público) para os serviços do governo, sobretudo remédios e tratamento. (A maior parte dos programas preventivos continuaria a ser gratuita, financiada diretamente pelo governo.) Ao mesmo tempo, seria criado um sistema de proteção aos pobres, como taxas menores nas áreas rurais e nos serviços de nível mais baixo. Nos casos em que nada é cobrado pelos serviços sanitários, mesmo taxas pequenas poderiam gerar rendas capazes de cobrir de 15 a 20% do orçamento operacional para atendimento de saúde na maioria dos países (sem estarem incluídos os custos administrativos da cobrança), o que é suficiente para cobrir grande parte dos custos de insumos como remédios, combustível e manutenção das instalações, cujo custeio é hoje insuficiente.

A longo prazo, essas taxas poderiam ser um meio não só de aumentar as receitas mas também de utilizar melhor os recursos do governo. Atualmente, as despesas com tratamento correspondem a 70-85% dos gastos com saúde de todos os países em desenvolvimento, e a provavelmente 60% ou mais da despesa governamental com saúde. Quando os mecanismos para isentar os pobres de pagamentos mais onerosos estiverem funcionando bem, as taxas cobradas para o tratamento da maioria dos pacientes poderiam ser elevadas de modo a refletir melhor o custo desse tratamento. Isso permitiria que 60% da despesa governamental com saúde fossem realocados para programas básicos e amplos de prevenção e para o tratamento de pessoas pobres.

Para que as taxas cobradas dos usuários sejam utilizadas de modo eficaz, o governo deve tomar três providências. Primeiro, é preciso haver certa facilidade de acesso aos serviços, que têm de apresentar determinado nível de qualidade, caso contrário não serão plenamente utilizados. Segundo, as receitas liberadas devem ser aplicadas nos programas cujos fundos são deficientes: programas de prevenção e de tratamento básico para os pobres. Terceiro, é preciso proteger os pobres que não podem pagar taxas novas ou mais altas.

Um modo prático de protegê-los é reduzir ou abolir as taxas nas áreas rurais predominantemente pobres e nas favelas urbanas. Outra opção é distribuir certificados de pobreza, garantidos pelos líderes comunitários locais (prática que parece estar tendo bons resultados na Etiópia). Há também outras opções, como o critério de recolhimento das taxas (que em geral não é fácil de se conseguir no setor governamental) ou então, nos países de renda média, a utilização de dispositivos ou

As quatro reformas propostas e seu funcionamento na China

O sistema de saúde chinês é um exemplo de como as reformas aqui propostas podem contribuir para o fornecimento eficaz de serviços sanitários de baixo custo. Os usuários dos serviços de saúde pública pagam taxas que cobrem todos os custos, menos os salários. Todos os remédios são vendidos com um lucro de 15 a 25%. Cerca de 14% da população, sobretudo nas áreas urbanas, dispõem de seguros de saúde. O sistema sanitário utiliza de modo efetivo o setor privado mediante os chamados "médicos descalços", geralmente bem treinados e bem pagos. Por fim, a China tem há muito tempo uma política de que as taxas cobradas em determinada localidade sejam usadas pelo serviço que as recolhe do modo como achar melhor. Até certo ponto como resultado desse eficiente serviço sanitário, a expectativa de vida na China é de quase 70 anos.

Efeitos de reformas de políticas

Política	Efeitos sobre		
	Alocação	Eficiência interna	Equidade
Instituir taxas de usuário	●	●	●
Criar seguro de saúde	●		●
Estimular o setor privado	●	●	●
Descentralizar os serviços de saúde pública	●	●	●

Como indica o quadro acima, cada uma das reformas de financiamento recomendada está ligada a problemas atuais do setor de saúde. As taxas de usuário, por exemplo, não apenas levantam dinheiro, mas também aumentam os recursos do setor de saúde como um todo, permitindo que as verbas do governo sejam usadas com maior eficiência quanto aos custos e em programas preventivos. Só isto já contribuirá para beneficiar os pobres que atualmente não dispõem de serviços e que sofrem mais do que os grupos de renda mais alta devido a problemas de saúde que seriam mais bem atendidos por meio de programas preventivos. Se as rendas das taxas de usuários fossem canalizadas diretamente para gastos não-salariais e que dispõem de menos fundos, como remédios, combustível e manutenção, a eficiência dos serviços governamentais aumentaria. As taxas de usuários também poderiam ter uma função direta, tornando o sistema sanitário mais equitativo.

testes de renda. Alguns países, como Indonésia, Jamaica e Tailândia, estão fazendo experiências com testes de renda mais ou menos formal, com base nas declarações dos pacientes ou em documentação da autoridade da aldeia ou de outros líderes comunitários. Por fim, outra possibilidade de proteger os pobres seria a implantação não só de um sistema de encaminhamento que funcionasse bem (no qual os pacientes teriam acesso a serviços de baixo custo e nível inferior, e só seriam transferidos para serviços sofisticados e de nível mais alto caso necessário), mas também de um programa de isenção de taxas e atendimento gratuito no nível mais baixo, sendo o encaminhamento processado sem qualquer custo adicional.

Programas de seguros. É possível recuperar custos, em pequena escala, sem um programa de seguros. Mas a longo prazo a ampla disponibilidade de seguros de saúde se faz necessária para que o governo já não precise subsidiar os altos custos de tratamentos hospitalares.

Atualmente, os programas de seguros só cobrem uma porção pequena de famílias de baixa renda nos países em desenvolvimento, sobretudo na África e no sul da Ásia. Com exceção da China, onde a maioria dos habitantes das cidades são segurados, só 15% dos habitantes, no máximo, participam de alguma forma de esquemas de cobertura de riscos (que não sejam os atendimentos públicos gratuitos custeados pelos impostos arrecadados). Estes, na maioria, são cobertos pelos planos de seguro social do governo, nos países de renda média da América Latina e da Ásia. Ainda são relativamente raros os seguros privados, os planos pagos previamente e a cobertura securitária fornecida pelo empregador.

Um bom meio de estimular o seguro nos países em desenvolvimento é o governo tornar compulsória, para os empregados do setor formal, a cobertura fornecida pelo próprio governo ou pelo setor privado. Nesse caso, só os que estão numa situação relativamente melhor é que pagam seus próprios tratamentos de saúde. Alguns países de baixa renda e a maioria dos países de renda média da América Latina e da Ásia adotaram essa medida, utilizando taxas de pagamento de fundo do seguro social que também cobre tratamento de saúde.

Os programas de seguros, nos países industrializados e na América Latina, contribuíram sem dúvida para elevar os custos sanitários. Quando os planos de seguro cobrem todos ou quase todos os custos e os pacientes e o pessoal de saúde consideram o atendimento "gratuito", é provável haver consultas e exames desnecessários, que levam à elevação dos custos do sistema em geral. Para evitar essa elevação, os planos de seguros compulsórios nos países de baixa renda não deveriam cobrir custos pequenos e previsíveis (como tratamentos baratos), mas apenas custos "catastróficos" (definidos, se possível, em termos de renda familiar). A escalada de

custos nesses sistemas talvez não ocorresse se os usuários pagassem uma taxa de admissão (que podia ser deduzida) e dividissem os custos do tratamento de cada doença. Para proteger os pobres, o custo dos prêmios de seguro seriam subsidiados por atestados, seriam dedutíveis e os co-pagamentos podem ser reduzidos. Quando irrompe uma doença séria, e mesmo uma pequena taxa por serviço se vem somar a um orçamento financeiro sobrecarregado como proporção de renda, os pagamentos acima de determinado nível podem não ser cobrados.

A escalada de custos também pode ser evitada pela concorrência entre os seguradores. Sem uma concorrência eficaz, os seguradores quase não teriam incentivo para manter baixos os custos e os prêmios. Assim, sempre que possível, o governo deve evitar sobrecarregar os seguradores privados. Por fim, os programas de seguros mantidos pelo governo devem evitar subsidiar o sistema securitário com as receitas fiscais gerais; isso permite que se elevem os custos do sistema sanitário e pode levar o programa de seguro a beneficiar os que estão em situação melhor, embora seja em parte financiado pelos pobres.

O setor não-governamental. O governo é um provedor muito importante, embora não seja o único, de serviços de saúde nos países em desenvolvimento. Os missionários e outros grupos que não visam renda, assim como médicos e farmacêuticos independentes e curandeiros e parteiras tradicionais, também têm papel ativo no setor de saúde. Os pagamentos feitos diretamente a esses grupos representam mais da metade de todos os gastos com saúde em muitos países.

A dimensão e a participação adequadas dos setores governamental e não-governamental variam de país para país. Contudo, o governo reduz suas próprias opções de ampliar o acesso aos serviços sanitários quando desestimula o atendimento de saúde não-governamental, ou não busca meios eficientes para estimulá-lo. A ampliação dos serviços sanitários não-governamentais pode reduzir o ônus administrativo e fiscal do governo e dar mais opções aos usuários. Em determinados tipos de atendimento, especialmente os mais simples, os serviços não-governamentais podem ser mais eficientes que os do governo e fornecer serviços de qualidade comparativamente melhor a custos unitários mais baixos. Além disso, a concorrência com o setor não-governamental pode estimular os serviços do governo a serem mais eficientes.

Mas em muitos países em desenvolvimento há enormes impedimentos a que organizações comunitárias e grupos privados criem, ampliem ou aperfeiçoem serviços de atendimento de saúde. No Benin, Chade, República dos Camarões e Togo são desestimulados os serviços sanitários que não pertençam ao sistema administrado pelo Estado. No Malavi, as restrições à prática particular fizeram com que muitos médicos emigras-

sem. Organizações voluntárias particulares, inclusive igrejas, são com frequência tratadas como um incômodo, e não como um aliado, pelas autoridades do governo. Em algumas sociedades, os que praticam formas de medicina tradicional são descartados como incompetentes — em vez de receberem o treinamento e o apoio que os habilitaria a colaborar melhor com o setor moderno na promoção do atendimento sanitário primário.

Alguns governos estão abolindo esse tipo de restrição e estimulando serviços sanitários administrados pelas comunidades ou pelo setor privado, mediante subsídios e apoio administrativo. Em Ruanda, por exemplo, o governo reembolsa as missões, que representam 40% dos serviços sanitários do país, com 86% dos salários do pessoal ruandês. Em Zâmbia, os subsídios governamentais representam mais de metade dos gastos das missões em atendimento de saúde. Mesmo que estimule serviços sanitários não-governamentais, o governo tem de continuar a desempenhar suas importantes funções de treinamento, regulamentação e informação na área da saúde. Em todos os países, o setor de saúde pública deve controlar o treinamento dos que trabalham na área sanitária, testando sua competência e concedendo licenças para serviços não-governamentais. Os governos têm papel central na pesquisa e no desenvolvimento; no estabelecimento de padrões e regulamentos para proteger a população de pessoas não-treinadas e desprovidas de ética, sobretudo em países onde ainda não estão bem estabelecidas as associações e os padrões de conduta profissionais; na criação da base legal para os sistemas de saúde previamente pagos; e na divulgação de informações sobre opções de seguros farmacêuticos e sanitários que ajudem os usuários a lidar com os serviços particulares.

Em alguns países, inclusive muitos da América Latina e os asiáticos de renda média, o setor privado que visa ao lucro pode fornecer todos ou quase todos os serviços de tratamento, enquanto são implementados os subsídios e os planos de cobertura de riscos. Em outros países, inclusive os da África e os mais pobres da Ásia meridional, onde grande parte da população habita as áreas rurais e os serviços básicos de prevenção e tratamento estão estreita e adequadamente integrados, o governo precisará continuar fornecendo tratamento juntamente com cuidados de prevenção (por exemplo, combinar o tratamento de crianças doentes com a imunização) de um modo que, idealmente, complemente os serviços missionários e outros serviços particulares já existentes. Em todos os países, a maioria dos serviços preventivos, com seus amplos benefícios sociais, deve continuar sendo uma atribuição do governo.

Descentralizando alguns serviços do governo. Como o governo continuará desempenhando um amplo papel em relação à saúde, é importante melhorar a eficiência dos serviços de saúde pública. Em países onde há poucos recursos administrativos, as comuni-

cações são difíceis, o transporte é deficiente e muitas pessoas vivem em locais isolados, deveria considerar-se a descentralização do sistema de serviço sanitário um meio de obter maior eficiência.

A descentralização convém basicamente aos serviços fornecidos diretamente à população em dispensários, onde já se adotou o pagamento de taxas, por parte dos usuários, para remédios e tratamentos. Alguns programas de saúde, como o controle de doenças transmissíveis, poderiam ser mais bem implementados pela administração central.

A descentralização, por manter as rendas no ponto mais próximo possível da arrecadação, dá mais incentivos à arrecadação e aumenta a responsabilidade do pessoal local. Dentro de certos limites, a descentralização dá mais garantias de que os gastos locais reflitam as necessidades locais, e estimula o desenvolvimento das aptidões administrativas no nível da comunidade.

Descentralização e maior controle financeiro local não implicam absolutamente completa independência financeira para cada serviço. Os serviços do governo que fornecem de forma integrada tratamento e prevenção nas áreas rurais e aos pobres das cidades continuarão precisando de apoio central. Na verdade, é provável que nas áreas rurais a unidade mais adequada para planejar e preparar o orçamento seja um escritório regional ou distrital, e não os vários pequenos postos de saúde.

Implantar uma política de descentralização dos serviços sanitários do governo não é fácil e é, das quatro políticas recomendadas, a que menos se tenta. Se outras partes do governo forem muito centralizadas, haverá grandes obstáculos à descentralização. Mas também há grandes benefícios potenciais, uma vez que, exceto no que tange à extensão da agricultura, talvez nenhum outro serviço do governo tenha suas atividades tão dispersas geograficamente. Se os sistemas administrativos forem deficientes, a qualidade do pessoal em áreas afastadas não for boa, ou se os cargos permanecerem vagos devido a dificuldades antigas de atrair pessoal para longe das cidades grandes, a descentralização terá de ser planejada e adotada gradualmente. Em alguns países, onde o pessoal das agências re-

gionais, dos hospitais locais e das clínicas tem pouca experiência em administrar rendas e gastos, antes da descentralização será preciso treiná-lo para exercer essas atividades.

Problemas e ciladas

A implantação dessas reformas de financiamento não resolverá todos os problemas. O pagamento de taxas por parte dos usuários, por exemplo, não gerará divisas para pagar produtos farmacêuticos importados. Os programas de seguros não garantem necessariamente uma qualidade melhor. A descentralização não elimina a necessidade de decisões políticas difíceis em relação a novos investimentos, subsídios para treinamento e escalas salariais para funcionários do governo. Nem mesmo um setor de saúde não-governamental de alta qualidade poderá atender plenamente a necessidades críticas como controle ambiental de doenças, e provavelmente não poderá atender de modo conveniente os pobres das áreas rurais afastadas.

Além disso, as reformas de financiamento terão pouco impacto se não houver por parte do governo um compromisso político de tornar o setor de saúde mais eficaz. Taxas de usuários e outras reformas, em si, não garantem que os recursos que o governo virá a poupar serão usados melhor. Depende muito de decisões políticas o fato de as receitas virem a ser usadas para melhorar o acesso aos serviços e a qualidade deles a ponto de atrair usuários pagantes e clientes segurados, em vez de serem usadas na construção de hospitais nas cidades e na compra de equipamento caro e não essencial. Só a ação do governo pode introduzir as mudanças necessárias nos programas de administração e treinamento — no sistema de educação médica, por exemplo, a fim de que o treinamento de médicos seja mais adequado às necessidades e que o treinamento de paramédicos seja intensificado.

Da mesma forma, um pacote de políticas de financiamento não é fácil de se adotar. Cada uma das quatro reformas tem desvantagens potenciais, caso seja implementada sem o devido cuidado. As taxas dos usuários devem dissuadir os que têm mais possibilidade de se beneficiar do tratamento sem reciclar os fundos destinados à saúde. Esquemas de

partilha de riscos podem aumentar os custos e as disparidades já existentes. A desregulamentação do setor privado e a descentralização administrativa podem aumentar a desigualdade geográfica do fornecimento de serviços sanitários e fazer sua qualidade baixar. Um resultado não-desejado das reformas pode ser o aumento dos custos administrativos e dos atrasos burocráticos.

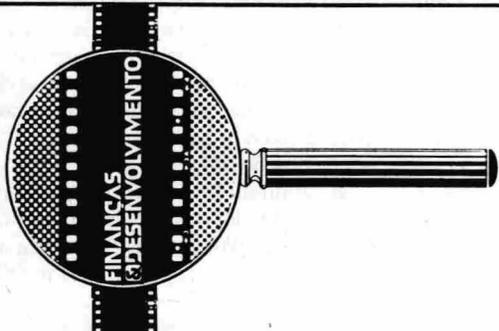
Por tudo isto, é preciso que os métodos específicos de abordagem sejam monitorados à medida que são tentados; e deve haver flexibilidade nessas áreas, na medida em que precisam ser mantidos a amplitude das taxas dos usuários e os métodos de descentralização. Ou seja, para evitar as ciladas é preciso que a audácia política e social para a adoção de novas políticas seja complementada por uma monitoração constante e atenta dos programas de saúde, e deve-se ter em mente que a implementação leva tempo, sobretudo em países de pequena capacidade administrativa. Mas em todos os países é possível dar os primeiros passos, e essa possibilidade deve ser considerada.



John Akin
dos EUA, é economista na Divisão de Políticas e Pesquisa, do Departamento de População, Saúde e Nutrição do Banco. PhD pela Universidade de Michigan, foi professor de finanças públicas e economia urbana.



Nancy Birdsall
dos EUA, dirige a Divisão de Políticas e Pesquisa, do Departamento de População, Saúde e Nutrição do Banco. PhD pela Universidade de Yale, publicou obras sobre educação, população e financiamento sanitário.



FINANÇAS & DESENVOLVIMENTO está disponível em microfilme na University Microfilm, P.O. Box 1346, Ann Arbor, MI 48106, USA, e em microfichas (apenas em inglês), na Microphoto Division, Bell and Howell Company, Old Mansfield Road, Wooster, OH 44691, USA