Estado e obras sociais: desregulamentação e mudança do sistema*

Susana Belmartino**

Sumário: 1. Introdução; 2. Modalidades organizacionais e constituição de atores sociais nos anos 60: lógica de construção de modelo hegemônico; 3. Incentivos "perversos" e crise do sistema; 4. As mudanças em marcha; 5. O panorama no interior do país; 6. O nível de análise macro: contradições políticas na Argentina de Menem; 7. Reflexão final.
Palavras-chave: reforma da atenção médica; modelos organizacionais; atores sociais.

Este artigo analisa o processo de reforma do sistema de atenção à saúde na Argentina, focalizando as mudanças na articulação entre as formas de financiamento e de atendimento. Por meio de uma abordagem histórica, são analisadas as condições de desenvolvimento, declínio e crise do modelo de gerenciamento predominante preexistente, assim como a formulação do novo modelo, no início dos anos 90. O artigo trata, ainda, das características de cada fase e dos atores sociais envolvidos.

State and social works: system liberalization and reform

This paper analyzes the health care system reform process in Argentina, focusing on the changes in the articulation between financing and health care provision. By means of a historical approach, the development, decline, and crisis of the previous predominant management model, as well as the formulation of the new model, in the beginning of the 90's, are analyzed. The article also addresses the most important characteristics of each stage and social actor.

1. Introdução

O sistema de serviços de saúde na Argentina está passando por um processo de reformulação que, em linhas gerais, pode ser visto como parte dos processos mais amplos de mudança da economia e reforma do Estado, privilegiados na agenda política do governo a partir do lançamento do programa de ajustes, em 1991.

No setor saúde — tal como em muitas outras áreas da economia — as mudanças *nos níveis da organização* e do *financiamento de serviços* tinham começado muito antes, em um movimento cujas origens podem ser situadas na crise financeira da primeira metade dos anos 80.

* Artigo apresentado na III Reunião de Saúde Coletiva do Cone Sul, realizada em Montevidéu, Uruguai, de 10 a 13 de outubro de 1995.

** Pesquisadora do Conselho de Investigações da Universidade Nacional de Rosário, diretora do mestrado em saúde pública, CEI/UNR, e professora titular da cadeira de história argentina, século XX, da Faculdade de Humanidades e Artes, UNR.

Estamos, portanto, em um processo de prazo médio que, pelo menos em duas oportunidades durante a última década, foi objeto de tentativas regulamentadoras oriundas do Estado — o Projeto Neri e suas modificações, na administração Alfonsín, e a perspectiva de desregulamentação iniciada pelo atual governo —, de características doutrinárias e valores básicos diferentes.

De fato, esses dois projetos de racionalização do sistema de obras sociais — com repercussões no setor privado e no público, em razão da interdependência dos três subsetores no sistema de organização, financiamento e prestação de serviços — colocam-se em pólos antagônicos do debate *Estado/mercado*. No entanto, não se pode deixar de reconhecer que ambos pretenderam adequar esses termos polares às condições do modelo assistencial argentino, caracterizado historicamente por condições particulares de fragmentação e heterogeneidade.

Sobre essa base institucional, o projeto de universalização de cobertura proposto por Neri pressupunha uma ingerência maior do Estado, que seria equilibrada pela proposta de democratização das obras sociais e pela participação, na condução do sistema, dos diversos interesses comprometidos em sua dinâmica. Por seu lado, a proposta de desregulamentação proveniente do Ministério da Economia, sob a direção de Cavallo, pretendia introduzir alguns mecanismos de competição entre instituições financiadoras que viessem a permitir uma mobilidade maior de beneficiários, na presunção de que a competição por captação de filiados estimularia maiores eficiência e qualidade dos serviços prestados. Com essa mesma idéia, pretendia-se integrar ao sistema de cobertura obrigatória as empresas de assistência médica por pré-pagamento, ampliando-se, assim, a demanda por essa modalidade de organização dos serviços, que depois de um crescimento importante nos finais da década de 80, parece haver chegado a uma espécie de teto, demarcado pela percentagem da população com recursos suficientes para enfrentar os custos desse tipo de seguro de saúde.

Contudo, ambos mostraram ser igualmente impotentes ante a lógica econômica e sócio-política que pode ser identificada nos fundamentos históricos dessa fragmentação e que também governa a transição para um novo modelo organizacional. E vemos que essa transição está ocorrendo amplamente, independentemente dos propósitos de regulamentação e de racionalização partidos do Estado, abrindo passagem, provavelmente, pelas brechas da inação ou da impotência oficial, a partir de uma lógica de redefinição das relações entre os velhos e novos atores do setor.

Em termos macro-históricos, as transformações do setor saúde se colocam em processos complexos de larga duração, caracterizados na literatura política recente sob os conceitos de *regime social de acumulação* e *regime político de governo* (Nun, 1987), categorias de análise orientadas para sistematizar as mudanças observáveis nas relações Estado/sociedade ao longo de períodos históricos de médio prazo. Nessa perspectiva, os anos 80 e 90 teriam testemunhado, na Argentina, uma reformulação dos mencionados regimes, em conseqüência da crise dos mo-

delos que tiveram sua gênese e desenvolvimento a partir dos anos 30 e foram profundamente afetados pelas convulsões dos 70.

Se essa hipótese estiver correta, estaríamos agora em um processo de redefinição das relações sociais, que se manifesta nos terrenos da economia, da política, das organizações sociais, da ideologia e da cultura. O setor saúde, entendido como campo particular da dinâmica social, que processa em seu interior os impulsos vindos da sociedade global, dentro dos limites e possibilidades definidos por suas estruturas institucionais e a práxis de seus atores, realiza sua própria transformação, fortemente influenciada pela inação do Estado, pelas condições de ruptura do modelo anterior, pelas estratégias desenvolvidas por seus principais atores frente à crise e pelo reposicionamento de cada um deles no novo esquema de poder setorial.

Como reiteradamente salientamos em diversos trabalhos, a evolução histórica do setor saúde na Argentina tem sido fortemente marcada pelas características de seu sistema político, tal como se constituiu nos anos de afirmação do projeto peronista e nas primeiras décadas posteriores à sua queda (Belmartino et alii, 1991; Belmartino & Bloch, 1994; Belmartino, 1995). A lógica corporativa que caracterizou esse sistema, a partir de 1955, em um esquema de aparelho estatal fraco e de fortes corporações e freqüentes rupturas do sistema democrático teve uma transposição peculiar no âmbito do setor saúde, expressa nos fins dos anos 60 em uma modalidade organizacional que rapidamente se converteria em hegemônica. As relações de poder que sustentaram essa modalidade foram caracterizadas em um trabalho anterior, a partir da idéia de consolidação de um pacto corporativo (Belmartino, 1995).

A dissolução desse pacto começaria a manifestar-se nos finais da década de 70, e uma análise de seu esgotamento e de sua crise requer a articulação de elementos macropolíticos com a dinâmica particular que expressa a adequação dos atores setoriais às novas condições operacionais do sistema.

Em relação às condições extra-setoriais com impacto no setor, cabe assinalar a transformação da estrutura produtiva e a conseqüente reformulação do mercado de trabalho responsável pela contração do número de filiados aos grandes sindicatos industriais, que marcaram o ponto mais alto da capacidade de negociação dos setores operários na primeira metade dos anos 70, assim como o paralelo crescimento relativo dos sindicatos de trabalhadores, em particular de comércio e estatais, com menor capacidade de pressão e enfraquecidos pelo fantasma da reforma do Estado e pelos projetos de flexibilização das relações trabalhistas.

A tais processos devem ser acrescentados a redução da população assalariada em relação de dependência e o crescimento do trabalho por conta própria, que reduziram o número daqueles que contribuíam para as obras sociais, os recursos totais e a percentagem da população aderente ao sistema.

No campo político mais geral, será necessário recuperar, primeiro, a intenção do governo Alfonsín de enfraquecimento do poder das corporações, em busca da institucionalização de um regime democrático baseado no modelo de representa-

ção territorial da cidadania, com recuperação do papel dos partidos políticos e fortalecimento das funções do Parlamento. Depois do malogro desse intento e das marchas e contramarchas produzidas pelo triunfo efêmero do Plano Austral e pelas agitações hiperinflacionárias de 1989, os sindicatos tiveram de suportar uma forte redução de seu poder político sob a nova administração peronista, cindindo-se a CGT em vários grupos, definidos pelo seu grau de adesão/contestação das políticas postas em prática pelo governo, as quais enfraqueceram muito significativamente as bases de poder econômico, social e político desses grupos.

Localizado no interior do setor, o esgotamento do pacto insere-se diretamente no enfraquecimento das corporações de saúde afetadas pelo impacto de um duplo processo:

a) a saturação dos mercados setoriais, por um lado, que debilitou o interesse dos membros mais fortes das corporações de prestadores de serviços em continuar mantendo o oligopólio da oferta, que constituía a base de sustentação do vínculo corporativo;

b) o enfraquecimento paralelo da corporação sindical e a redefinição de suas relações com o Estado e o governo peronista, que, no nível setorial, se manifesta pela ameaça consubstanciada na política de desregulamentação das obras sociais impulsionada pelo ministro Cavallo; essa ameaça, unida a uma desregulamentação de fato das disposições que regiam a contratação com entidades profissionais, estimula diferentes estratégias nas administrações de obras sociais, com vistas à superação da crise financeira a partir da aplicação de novos mecanismos de contrato com um setor privado que, por sua vez, reformula suas estratégias de mercado.

No setor saúde, a ruptura do pacto corporativo marca o início das transformações de que tratamos. O posicionamento relativo de velhos e novos atores deve estar vinculado à possível estabilização de um novo pacto.

A organização de um novo modelo de prestação de serviços ou, mais precisamente, de novos modelos, pressupõe a introdução de novas lógicas regulatórias dentro das instituições do setor e nas relações que as vinculam. De fato, não é possível admitir que o retrocesso da tradicionalmente débil capacidade regulamentadora do Estado tenha deixado o sistema à deriva, ou que, ainda, o tenha colocado nas mãos dessa entidade tão dificilmente apreensível a que chamamos mercado. À desregulamentação seguiu-se um processo de rerregulamentação, em que, sem dúvida, terá tido peso o mercado, entendido na dupla relação de oferta e procura de atenção médica e oferta e procura de trabalho profissional em cuidado médico. Não obstante, na nossa hipótese, o papel dominante corresponde às novas relações estabelecidas entre atores, instituições, agentes e práticas do sistema. A desregulamentação/rerregulamentação insere-se em diferentes níveis de atividade do sistema: as relações entre prestadores de serviços e entidades financiadoras; as que

vinculam diferentes instituições prestadoras de serviços; a própria organização da prática profissional; a vinculação do profissional individual com as instituições em que exerce sua atividade; a maior fragmentação e diversificação das organizações encarregadas da cobertura social e privada da prestação de cuidados médicos.

Os objetivos deste artigo são recuperar a lógica política e econômica do formato assumido pelo sistema de obras sociais nos anos 60 e 70, desenvolver as linhas gerais de impacto dessas modalidades de organização na crise dos anos 70 — vinculada em grande parte aos incentivos perversos gerados por essa lógica na conduta dos diferentes agentes comprometidos — e traçar as linhas gerais das transformações em curso. O texto move-se, necessariamente, em dois níveis de análise: um enfoque macro, que remete às condições políticas da formulação/esgotamento do pacto corporativo; e um enfoque intermediário, que expressa as formas hegemônicas de relação entre instituições e prestadoras de serviços na vigência desse pacto, sua crise e sua reformulação.

2. Modalidades organizacionais e constituição de atores sociais nos anos 60: lógica de construção do modelo hegemônico

A queda do governo peronista, em 1955, afeta de maneira diferente as entidades intermediárias que, 15 anos mais tarde, estabelecerão o conjunto de relações que definimos como pacto corporativo. A Confederação Geral do Trabalho (CGT) e a Comra, organização da corporação médica, colocam-se em perspectivas antagônicas em relação a esse processo, embora a readequação de ambas às condições políticas da Argentina pós-peronista venha a coincidir com uma atitude de descompromisso e de desconfiança em face das políticas setoriais propostas pelo Estado.

Tratando de sintetizar uma perspectiva histórica, poder-se-ia argumentar que a conformação do setor saúde nos anos de governo peronista se vincula à forma específica de relação Estado/sociedade definida nesses anos. Desdenhando, relegando a um segundo lugar ou manipulando as instituições representativas da vontade geral, o peronismo constrói um regime de tipo corporativo fortemente controlado a partir da cúpula. A relação entre o aparelho estatal e as instituições intermediárias articula-se em um jogo de benefícios e concessões recíprocas, com um forte controle vertical fundado na singular capacidade do presidente para mobilizar recursos e adesões para sua política. O sistema de serviços que se constitui no nível setorial responderá à fragmentação resultante do poder de cada grupo para obter benefícios e concessões específicas, enquanto a anarquia se mantém relativamente contida pela importância outorgada ao setor público e à verticalidade do sistema decisório.

Quando essa estrutura vertical se desmorona, as instituições que compunham uma pirâmide relativamente ordenada ficam liberadas de vínculos e responsabilidades, conservando e, em alguns casos, aumentando a parcela de poder delegado que tinham conseguido acumular. O corporativismo estatal transforma-se em um

regime marcado pela instabilidade dos acordos e pela contínua negociação em torno de concessões que, paulatinamente, deixam de operar como benefícios e começam a ser revistas como prebendas. Nas palavras de Portantiero (1987), "o Estado era visto como uma máquina geradora de privilégios, como uma agência distribuidora de prebendas, assediada por exigências corporativas".

Voltando aos atores com peso no setor saúde, é necessário recordar que os anos de governo peronista haviam sido difíceis para aquele setor da corporação médica, que, em função de sua conflitante relação com o aparelho estatal, começa a denominar-se "independente". A unidade associativa saiu fortalecida dessa prova, embora a enfática rejeição da atividade política expressa por seus dirigentes e sancionada em seus estatutos não chegue a encobrir as diferenças políticas e ideológicas, que se manifestam em seu seio e se traduzem em diferentes propostas de reorganização setorial.

Ao longo de sua prudente, silenciosa e ao mesmo tempo firme militância antiperonista e, mais tarde, nos anos de conflito político que se seguiram à queda do peronismo, a corporação médica consegue estabelecer uma firme argamassa que lhe preserva a unidade acima do conflito ideológico. Seus principais ingredientes serão uma profunda desconfiança em face da ação do Estado e dos partidos políticos, a convicta afirmação de uma série de princípios que sancionam a legitimidade de sua pretensão de autonomia no controle das instituições e das práticas médicas, e a cerrada defesa de determinadas modalidades de inserção no mercado de trabalho. Em conjunto, uma combinação adequada para a construção de uma firme identidade corporativa (Belmartino & Bloch, 1994).

No relacionamento com a CGT, faz-se necessário considerar que a incorporação controlada do sindicalismo ao esquema de poder, que garantira estabilidade política e uma canalização pouco conflitiva das demandas populares até um aparelho estatal que vai progressivamente reduzindo sua capacidade de resposta, fratura-se definitivamente com o golpe "aramburista" de dezembro de 1955. E o malogro das sucessivas tentativas de recuperação de uma mediação integradora entre o Estado e os sindicatos, somado à majoritária identidade peronista conservada pelo movimento operário, constituirá um dos fatores explicativos da instabilidade política que caracterizará o país nos anos seguintes.

Nessas condições, ainda que em determinados períodos e, sobretudo, em torno de determinadas áreas se aumente a capacidade de negociação do sindicalismo, a aproximação ao aparelho estatal e o possível sucesso da negociação não envolvem compromisso com a gestão do governo.

A historiografia mais recente identifica em torno do começo dos anos 60 uma mudança de significação nos conteúdos reivindicatórios do movimento sindical e na própria organização da central operária e suas afiliadas. No transcurso do governo de Frondizi, havia-se verificado o enfraquecimento das correntes mais combativas, reconhecidas como parte da "resistência peronista", e a afirmação de uma perspectiva ideológica de corte integracionista.

De fato, o balanço das lutas travadas pelo sindicalismo peronista no correr de 1958 e 1959 obriga a uma diferenciação de matizes: o retrocesso da regulamentação salarial e das condições de trabalho se vê relativamente compensado pelos lucros obtidos na consolidação da CGT como entidade fundamentalmente peronista e pelo fracasso das tentativas de imposição de um esquema multissindical de negociação de convenções coletivas (Cavarozzi, 1984).

Embora a nova Lei de Associações Profissionais (nº 14.455) atribuísse ao Estado a supervisão da atividade dos sindicatos, ela também garantia a existência de um sistema sindical centralizado e dotado de direitos na negociação de condições de trabalho. Paralelamente, mediante a cobrança de contribuições obrigatórias, proporcionava a base financeira para a reconstituição de um poderoso aparelho gremial como o que havia existido sob a presidência de Perón, mas nesse caso sem a verticalidade própria do corporativismo de Estado.

Esses avanços no reconhecimento de um poder sindical ideologicamente identificado com a causa peronista aparecem acompanhados de um enfraquecimento das práticas democráticas internas, cristalizado em um controle cada vez mais estrito dos dirigentes sobre as bases e em uma tolerância cada vez menor ante a possibilidade de dissensão. O fortalecimento da centralização e da burocratização e a aceitação mais ou menos generalizada de condutas que poderiam ser caracterizadas como corruptas darão a tônica futura do movimento sindical (James, 1990).

Esse processo, assinalado por James (1990), é de interesse específico para o nosso tema, significando um retrocesso seguro do controle operário sobre as condições de produção, ao serem impostas regras de racionalização e incentivos, representando efetiva limitação do poder anteriormente detectado pelas comissões de planejamento. A hipótese de James é que se produz uma espécie de "câmbio", que terminará afirmando o processo centralizador de consolidação do poder da burocracia sindical.

Em troca da entrega voluntária do poder das comissões internas e da aceitação da racionalização, os líderes sindicais obtêm benefícios concretos. Um deles, sem dúvida importante, foi o reconhecimento formal da função do sindicalismo "responsável" e sua aceitação como interlocutor político em algumas instâncias do aparelho estatal. Produziu-se também um incremento nos benefícios de caráter social: foram atualizados benefícios por maternidade, auxílios familiares, licenças por casamento e auxílios por antigüidade, que tinham estado congelados desde começos dos anos 50.

Essa situação está vinculada a um elemento considerado decisivo na ideologia sindical peronista: a noção, compartilhada por dirigentes e bases, que considerava que a função da agremiação ia além da negociação dos salários, assumindo, por um lado, contornos políticos na ligação com o mecanismo decisório do Estado e, por outro, funções de política social em apoio às condições de vida e bem-estar de seus filiados. No período de 1962-66, percebe-se uma tendência a destacar os programas sociais postos em prática pelos sindicatos, e as organizações operárias

projetam-se como entidades de serviços que proporcionam a seus associados toda uma gama de benefícios nesse campo.

Nesse contexto se produzirá um segundo momento de intervenção salarial no sistema de serviços de saúde, situado na conjuntura crítica marcada pelo malogro político do projeto Onganía e sua substituição pela política "de acordos" protagonizada pelo general Lanusse.

Tratando de situar as mudanças setoriais em suas coordenadas históricas, recordemos que o projeto de Onganía gera uma formulação extremamente ambiciosa de suas políticas sociais, evidente na criação do Ministério do Bem-Estar Social incluindo, entre outras, a Secretaria de Saúde, a cargo de Ezequiel Holmberg, que, apoiado por um grupo de sanitaristas de certo prestígio, pretende realizar um programa de reorganização das instituições do setor, conforme as normas técnico-organizacionais elaboradas por organismos internacionais, como a OPS/OMS, que parecem ter gozado de generalizada aceitação nos meios sanitaristas locais.

Esse programa, de orientação técnico-modernizante, não podia deixar de considerar a situação potencialmente explosiva em que se encontrava o financiamento da assistência médica para importantes grupos de trabalhadores, a cargo de um conjunto heterogêneo de obras sociais e associações de auxílios mútuos, com regimes extremamente variados de prestação de serviços, dispondo só em parte de meios de ação através de serviços próprios e, de modo cada vez mais significativo, funcionando mediante contratos com o setor privado, com a intermediação das corporações profissionais. A contratação de serviços com as associações médicas, que começara a generalizar-se em meados dos anos 50, acabava sendo fortemente marcada por uma estratégia do setor profissional, que tinha em vista a formação de um verdadeiro oligopólio da oferta de serviços. Embora tais condições de hegemonia da oferta na negociação dos contratos estivessem circunscritas a determinadas áreas, havia um reconhecimento generalizado de que o sistema de pagamento por ato médico — a que se veria obrigado a aderir um número cada vez maior de instituições — estava dificultando seriamente a viabilidade financeira das entidades mais fracas que integravam o sistema.

A intervenção da Secretaria de Saúde era duplamente previsível: por um lado, ante o imperativo tecnocrático que procura introduzir racionalidade em um sistema caracterizado pela multiplicidade de instituições e lógicas organizacionais, a dispersão de beneficiários, a concessão arbitrária de benefícios, a destinação de recursos e o seguramente fraco impacto sobre as condições de saúde/enfermidade que, supostamente, deveria resguardar; por outro, ante o imperativo político de cooptação das organizações populares, para deter a manifesta hegemonia do setor profissional privado no controle da oferta de serviços, que ameaçava pôr em risco a própria continuidade do sistema.

Conforme os parâmetros do modelo de planejamento que se afirma como hegemônico na década, a secretaria chefiada por Holmberg realiza um diagnóstico dessas instituições e opta por uma estratégia baseada na intervenção reguladora

do Estado sobre esse conjunto que se caracteriza, em termos decididamente negativos, como uma estrutura heterogênea e de desenvolvimento inorgânico. A idéia dominante nas esferas da Secretaria de Saúde é a de culminar o processo de reorganização com a definição de um ordenamento financeiro e administrativo uniforme, agrupando as diferentes instituições em uma entidade única, organizada ao nível de cada província e da capital federal, garantindo a seus beneficiários prestações uniformes de serviços, com a orientação prioritária dos recursos no sentido da cobertura da assistência médica.

As primeiras medidas, destinadas a facilitar o saneamento financeiro das obras sociais e associações de auxílio mútuo, regulam o custo dos serviços contratados com o setor privado, propondo a fixação de tarifas e regras de contratação uniformes no nível nacional e estabelecendo normas administrativas de cumprimento obrigatório.

A iniciativa conta, em um primeiro momento, com a adesão das obras sociais, indubitavelmente favorecidas com a sanção de leis que estabelecem o congelamento, primeiro, e logo após a homogeneização, em termos nacionais, das tarifas aplicadas aos serviços prestados pela assistência médica. Não obstante, quando se trata de avançar na regulação das normas administrativas usadas nas próprias instituições e de formar grupos de trabalho para definir contratos-padrão, nomenclaturas e tarifas uniformes, a reserva ante o avanço estatal torna-se evidente, de maneira praticamente generalizada. As condições da negociação mudam abruptamente, quando a representação dos interesses dessas entidades é assumida pela CGT.

Um grande e, às vezes, rancoroso conflito é enfrentado pelas instituições do setor, entre 1968 e 1972. A Confederação Médica (Comra), organismo gremial, a Confederação de Clínicas e Sanatórios (Confeclisa), que centraliza as instituições de internação, a CGT e diferentes secretarias dos ministérios do Bem-Estar Social e do Trabalho vinculam-se em uma rede de negociação e de confrontação que culmina com a institucionalização do sistema de obras sociais, através da Lei nº 18.610, e em um frustrado intento de afirmação do papel preponderante do Estado na regulamentação dos contratos entre prestadores de serviços e entidades financiadoras, que se concretiza nas disposições da Lei nº 19.710.

A intervenção do Estado, orientada pela necessidade de ordenar e homogeneizar um sistema caracterizado por condições de fragmentação e heterogeneidade e, por tais características, cheio de ineficiência e iniqüidade nas prestações de serviços sociais sob sua cobertura, falha na maior parte dos objetivos a que se propunha.

Se bem que consiga respaldar a potencialidade negociadora das obras sociais, reforçada pela representação outorgada à central operária, aquela intervenção não consegue impedir a formação do oligopólio na oferta de serviços em mãos das corporações profissionais.

Tanto a Confederação Médica quanto a Confederação de Clínicas e Sanatórios se vêem obrigadas a aceitar um sistema de concentração de honorários entre as partes interessadas, com a arbitragem do Estado nos casos em que não tenha

sido alcançado o consenso, situação excepcional que, com o surgimento do autoritarismo, se transformará em regra. No entanto, conseguem ao mesmo tempo limitar suas concessões a essa esfera. Generaliza-se o sistema de contratos, baseado na livre escolha e no pagamento por ato médico e apoiado nos recursos técnico-organizacionais que a profissão desenvolvera na década anterior: de nomenclatura, contratos-padrão, normas de credenciamento e sistemas administrativos.

Dos dois imperativos que identificamos como fundamento da intervenção estatal — o técnico-organizacional e o político —, acaba prevalecendo o segundo, convertendo-se o sistema de serviços em penhor de negociação com o sindicalismo. O decidido apoio estatal, que abre um espaço para a presença da CGT na negociação relativa ao setor, enfraquece a hegemonia anterior das corporações profissionais, mas não a substitui pela intervenção ordenadora de uma instância técnico-política. Passadas as convulsões derivadas da confrontação para definir a posição relativa de cada um dos protagonistas na distribuição interna de poder ao setor, a expansão do sistema a partir da cobertura de toda a população em relação de dependência e a prosperidade que acompanha a afirmação dessa modalidade de relação interinstitucional na década subseqüente apóiam a consolidação de um modelo organizacional do sistema baseado na relação entre corporações com uma presença muito débil da instância estatal regulamentadora (Belmartino & Bloch, 1994; Belmartino, 1995).

Se as bases históricas do sistema de serviços assentam sobre a particular relação Estado/sociedade que fora articulada pelo primeiro peronismo, a instabilidade política que se instala no país como conseqüência da queda daquele regime e do estamento excludente imposto pelas forças políticas e sociais que se constituem como suas opositoras acaba sancionando definitivamente a dependência entre as bases de organização e financiamento dos serviços de assistência médica e as características do sistema político.

Nas duas décadas seguintes, fracassaram todos os propósitos de reoganização do sistema de obras sociais. A proposta do peronismo em 1973, orientada no sentido da formação de um sistema integrado de serviços de saúde; a estratégia posterior, planejada pelas Forças Armadas sob a ditadura militar e expressa na sanção da Lei nº 22.269, desprovida de viabilidade política, e no projeto de seguro de saúde, respaldado pela administração do presidente Alfonsín, constituem reiterados exemplos da resistência do sistema diante da pretensão reguladora do aparelho estatal.

3. Incentivos "perversos" e crise do sistema

A enorme dispersão de beneficiários inerente à manutenção da relação entre obras sociais e sindicatos não apenas conspira contra a eficiência na utilização dos recursos, como também constitui o principal fator de desigualdade no acesso à cobertura, já que a distribuição das contribuições depende da massa salarial e do salário real relativo de cada ramo produtivo. As conseqüências negativas para os

grupos de trabalhadores de menor renda deviam, na lógica da Lei nº 18.610, ser compensadas mediante a aplicação de um fundo de redistribuição, constituído pelas contribuições de todas as instituições, que subsidiariam aquelas de menores recursos *per capita*, ou que tivessem necessidade de enfrentar déficits circunstanciais. Não obstante, a informação disponível mostra que o fundo não cumpriu essa função redistributiva e a alocação de seus subsídios regeu-se também por lógicas políticas ou clientelistas (Belmartino & Bloch, 1988; Lerner, 1988).

Por outro lado, a concessão de fundos destinados ao financiamento da prestação de serviços de assistência à saúde ficou fortemente dependente do modelo assistencial organizado em torno de contratos estabelecidos com as grandes corporações do setor privado. O pagamento por atendimento ou ato médico já realizado converte-se em modalidade hegemônica de retribuição da prática profissional. Os preços relativos são regulados pelo Instituto Nacional de Obras Sociais, através de uma tabela nacional, estabelecendo o valor do "galeno" (tradicional unidade de pagamento utilizada como base para calcular os honorários profissionais e os serviços sanatoriais).

Nas condições de crise financeira que começam a se manifestar nos fins dos anos 70, esse modelo de prestação de assistência à saúde gera, no nível micro, na racionalidade de cada prestador, uma conduta que visa a superar o máximo estabelecido na remuneração de seu trabalho ou serviço, com o faturamento de práticas não realizadas, o aumento do número de prestações desnecessárias ou a cobrança de uma tarifa extra diretamente aos usuários.

Regido por essa lógica, o fluxo de recursos no interior do sistema encaixa-se em um processo que tem sido caracterizado como "pugna distributiva": o diagnóstico pertinente indica a presença, em um contexto inflacionário, de diferentes setores que pressionam a estrutura assistencial, com a finalidade de maximizar sua participação nas receitas totais do sistema.

Essa é a conseqüência crítica de um modelo assistencial baseado no desenvolvimento do setor privado, dotado de um padrão regulatório débil, focalizado apenas na especificação da "forma" do pagamento por prestação, com todos os instrumentos necessários à sua implementação, mas dotado de muito pouca vontade política para controlar efetivamente a gestão dos contratos.

Disso resultaria a construção de um modelo de assistência médica baseado na liberdade de tratamento, liberdade de escolha do médico pelo paciente e incorporação de tecnologia regida pelas expectativas de rentabilidade do mercado e não por critérios assistenciais que respondam às necessidades e dimensões da demanda.

Esse modelo de organização do sistema de assistência médica será responsável por uma elevação crescente de custos, onde a racionalidade de cada unidade prestadora de serviço, juntamente com a falta de reais mecanismos estatais de regulamentação e a pequena capacidade de negociação, administração e controle de gestão das obras sociais constroem uma dinâmica de crise financeira recorrente.

Sob o impacto dessa lógica de incentivos "perversos", o sistema de obras sociais multiplicou, nos anos 80, as manifestações de crise, revelando-se os aspectos financeiros dessa crise tanto no nível de receitas das instituições quanto nos gastos em que as mesmas devem incorrer para garantir a cobertura de saúde da população beneficiária. A depreciação do salário real, a redução do emprego assalariado e o conseqüente aumento do trabalho autônomo, o descumprimento, por parte do empresariado, de suas obrigações referentes ao pagamento de contribuições e a difusão do hábito de pagar "por fora" uma parte do salário dos trabalhadores contribuíram, de maneira difícil de precisar, para uma queda sensível dos recursos globais das obras sociais, atenuada só parcialmente pelo aumento percentual das contribuições, aprovado pela Lei nº 23.660/89.

Acompanhando a crise financeira, percebe-se também uma crise dos valores que sustentam o sistema. A defesa do modelo profissional múltiplo, tal como se desenvolveu na Argentina, baseou-se, tradicionalmente, nas virtudes do pluralismo, no fortalecimento das instituições intermediárias e em uma confiança, às vezes ingênua, às vezes interessada, na possibilidade da correção de deficiências que levavam à desigualdade no acesso à assistência. Não obstante, como vimos, nem a ação redistributiva do Inos, nem sua capacidade reguladora e normatizadora se mostraram capazes de reduzir a heterogeneidade do sistema ou suas injustiças mais flagrantes.

Outros elementos que permitem pensar em uma ruptura dos princípios que fundamentam o sistema dizem respeito a atitudes individuais e grupais assumidas pelos prestadores de cuidados médicos. Já fez mais de uma década que começou a desenvolver-se a prática de exigir do paciente um pagamento adicional — o "extra" — no momento em que ocorre a prestação, embora essa nova barreira ao acesso igualitário só se tenha generalizado nos últimos anos.

De início, tratou-se de uma atitude desaprovada pelas associações médicas e posta em prática a título puramente individual, mas mais tarde se converteu em um recurso generalizado para reparar a queda dos valores fixados pelo Inos para o trabalho médico, chegando a ser legitimado pelos organismos profissionais que inicialmente haviam repudiado sua incorporação.

Tal tipo de recursos revela, a nosso ver, uma crescente desconfiança dos prestadores de serviço na capacidade das obras sociais para continuarem financiando a modalidade de prática generalizada, e contribui para limitar o acesso a cuidados médicos dos beneficiários de menores recursos. Não significa, contudo, por si mesmo, a ruptura do sistema, ainda que decididamente contribua para sua crise.

Ao contrário, a atitude de determinados grupos de especialistas (como os anestesistas e urologistas, em algumas províncias), que optaram por cortar todo tipo de relação contratual com a seguridade social, obrigando as obras sociais a introduzirem mecanismos de reembolso pelo gasto feito por seus beneficiários, presume uma rejeição explícita das regras do jogo próprias do sistema e um forte limite de suas possibilidades de superação da crise financeira que motiva tais atitudes de ruptura.

Na realidade, tanto a cobrança de extras, quanto a recusa de algumas especialidades de crucial importância em continuarem trabalhando sob as regras que tinham dado estrutura ao pacto corporativo setorial constituem apenas indicadores da luta distributiva gerada nos últimos anos no âmbito do setor.

A propósito, é indispensável salientar que a análise da morfologia dos mercados de serviços médicos, dos serviços hospitalares e dos produtos farmacêuticos, realizada por Jorge Katz e Alberto Muñoz, mostrou a interdependência existente entre os mesmos e a luta pela distribuição de recursos, que se verificou ao longo dos anos 80 entre os grandes grupos prestadores de serviços, que entre si competem por certa massa de recursos cuja transferência, numa ou noutra direção, ocorre através do sistema de preços.

Na opinião dos autores, esse diagnóstico explicaria uma série de práticas empregadas por diferentes prestadores de serviços: excesso de consultas e procedimentos médicos, uso exagerado de medicamentos, superfaturamento de insumos, tabelas de cirurgia anormalmente elevadas etc. Essas condutas constituiriam a resposta dos diversos agentes prestadores, tendo por objetivo equilibrar o impacto individual da crise financeira, através de ações destinadas a manter ou elevar a cota aprovada por cada um, em relação ao total de recursos que circulam no interior do setor. E, em conseqüência, concluem: é o conflito distributivo — não as necessidades médico-assistenciais da população — que está determinando as normas de funcionamento do mercado da saúde, ante a crescente falta de capacidade regulamentadora da autoridade pública (Katz & Muñoz, 1988).

Em um trabalho recente tentamos aprofundar essa análise, procurando articular com a lógica dos mercados os incentivos presentes nas relações interinstitucionais que regem a racionalidade dos diferentes agentes. Por essa razão, preferimos situar em um segundo plano de análise as dimensões da oferta e da procura e sua disponibilidade financeira, dando maior atenção às formas institucionais que adotam oferta e procura e às modalidades contratuais que definem a relação entre elas.

Nossa hipótese, como já adiantamos, pressupõe que componentes tais como a forma de pagamento, a estrutura das tarifas, a dos incentivos, a distribuição do risco financeiro e econômico entre os agentes participantes, o modelo adotado para o sistema de informações, os mecanismos de controle de gestão e o desenvolvimento gerencial constituem, em seu conjunto, um "modelo de prestação de serviços" cuja lógica se esgota rapidamente, ao encerrar-se a conjuntura favorável, estimulando a transformação do sistema.

O pagamento por serviço prestado, a frágil estrutura de controle de gestão por parte das obras sociais, um modelo e fluxo de informação incapazes de monitorar sistematicamente os indicadores do consumo e do gasto gerado, e uma estrutura de tarifas motivadora da incorporação de alta tecnologia de diagnóstico e terapêutica trouxeram à cena as condições necessárias para a criação de uma elevada taxa de lucro.

Essa taxa representou o incentivo fundamental, não apenas para o crescimento da capacidade instalada, mas também para um modelo organizacional baseado nos padrões liberais de assistência médica, segundo os quais o desenvolvimento de subespecialidades e a forte atuação do aparato médico — inexistindo mecanismos de coordenação, racionalidade em suas atribuições ou normatização de suas repercussões sobre o processo de trabalho da prática médica — carecerão de qualquer controle mais além da capacidade de pagamento da demanda. A tendência crescente dos custos dos serviços prestados será conseqüência imediata de uma situação em que a oferta em expansão se junta à ausência de meios regulatórios do Estado e ao fraco desenvolvimento gerencial das instituições de financiamento.

Esse processo conduz a um estado de saturação na oferta do sistema assistencial. Fica impossível manter financeiramente a estrutura sempre crescente dos serviços a prestar, e essa situação é potencializada ao combinar-se com a exacerbação da crise financeira do sistema de obras sociais. Como conseqüência imediata, reduz-se a taxa interna de retorno das respectivas unidades de produção e as conhecidas condutas de superfaturamento e excesso na prestação de serviços transformam-se em recursos necessários para conservar as estruturas produtivas existentes.

Todas essas deficiências agravam as restrições ao acesso inerentes ao modelo e tornam a crise mais aguda. A lógica do sistema torna-se cada vez mais concentradora e excludente, e a exclusão não afeta somente os setores mais fracos da população beneficiária, mas também os prestadores de serviços, que não dispõem de recursos organizacionais que possibilitem a introdução desse tipo de conduta.

É fácil compreender, depois desta descrição, que a crítica que se faz ao sistema de obras sociais, quando se propõe a desregulamentação do mesmo com o propósito de torná-lo mais transparente e mais competitivo, tenha impressionado com tanta facilidade a opinião pública e boa parte dos círculos intelectuais interessados na operação do setor. Contudo, faz-se indispensável assinalar que as causas da deterioração não dependem exclusivamente da lógica da vinculação entre oferta e procura. À mesma se agrega uma crise de legitimidade, a partir da verificação de que esse modelo organizacional não defende os valores que sustentarão seu desenvolvimento. A ineficiência na administração da prestação dos serviços, o desperdício na utilização dos recursos, o desvio de fundos para gastos que pouco têm a ver com as necessidades de tratamento dos beneficiários, os episódios de corrupção que chegam ao debate público, tudo isso constitui elementos críticos que não se situam na relação necessidades/recursos, mas nas representações coletivas vinculadas às formas institucionais e aos setores sociais que as representam.

Em conseqüência, as críticas generalizadas à existência de uma "clientela cativa" das obras sociais, embora estejam muito longe de esgotar as verdadeiras dimensões do problema, não podem ser entendidas como "recurso ideológico" dos interessados em privatizar as fontes de financiamento. Muito ao contrário, fazem parte da experiência cotidiana de múltiplos agentes e usuários da cobertura que oferecem.

4. As mudanças em marcha

A crise financeira torna-se aguda a partir do começo da década de 80 e, a partir dos períodos de hiperinflação e grande instabilidade que a Argentina vive em 1989 e 1990, começa ficar evidente um novo perfil nos modelos de organização vigentes. Algumas mudanças menores, que haviam ocorrido nos anos 80, como uma tentativa de adequar os modelos tradicionais às condições da crise financeira, começam a estabilizar-se e paulatinamente se convertem no fundamento de novas modalidades de organização e financiamento das prestações de assistência médica.

Manifestam-se as mudanças, em primeiro lugar, nas áreas geográficas mais dinâmicas e em relação a uma percentagem importante dos recursos financeiros comprometidos. A data em que começaram tais mudanças é relativamente imprecisa e sobre ela não há consenso, entre os atores participantes do setor, quanto aos fatores que desencadearam as transformações. De fato, todos concordam quanto ao impacto da crise financeira dos anos 70. Naquela década, as instituições do setor saúde sofreram em conseqüência de crise fiscal do Estado, do retrocesso na população economicamente ativa trabalhando em relação de dependência, da redução da massa salarial e, por conseguinte, do volume de contribuições para as instituições de seguridade social.

Essas condições se prolongarão no decorrer dos anos 80 e, nesse ínterim, se produzirão as tentativas, igualmente malogradas, de reorganização setorial, através da intervenção normatizadora da maquinaria estatal. Dois ambiciosos projetos transformadores, sancionados conforme a Lei nº 22.269, de 1980, e as Leis nº 23.660 e nº 23.661, de 1988, pretenderam eliminar os elementos mais perturbadores presentes no sistema de obras sociais e falharam quando se tratou da implementação de suas decisões. No que se refere ao subsetor público, as políticas de descentralização hospitalar eram discutidas no mesmo período, com resultados relativamente pobres.

As mudanças, como já foi salientado, começam a se tornar evidentes como estratégias de superação da crise financeira durante os anos 80, particularmente na área da seguridade social. Seu aprofundamento nos últimos anos permite sustentar uma hipótese de reformulação geral do sistema sobre novas bases organizacionais.

As análises referentes aos fatores determinantes das novas estratégias que são postas em prática em começos dos anos 90 divergem, na medida em que alguns enfatizam as crises hiperinflacionárias de 1989 e outros focalizam a atenção nos decretos de desregulamentação sancionados *a posteriori*, como parte da política setorial do Poder Executivo.

Essa diferença tem importância para uma perspectiva de médio prazo. Tomar como ponto de partida as crises hiperinflacionárias de 1989 e suas conseqüências nos níveis social, econômico, político e cultural pressupõe a noção de um sistema de serviços cuja dinâmica depende, fundamentalmente, das condições da esfera sócio-política: um sistema que foi crescendo e se desenvolvendo com relativa in-

dependência das decisões tomadas nas esferas do governo, adequando-se às expectativas, aos interesses, à capacidade de liderança e de gestão de diferentes atores institucionais, situados tanto no interior da máquina estatal quanto nas organizações intermediárias da sociedade civil e no setor empresarial privado. Nessa perspectiva, também se dará importância à índole e à magnitude dos conflitos que existem entre tais agentes, bem como às maneiras de sua resolução, incluindo a capacidade de arbitramento da instância estatal.

Por outro lado, tomar como ponto de partida a decisão estatal de desregulamentar o sistema de obras sociais pressupõe atribuir ao Estado uma capacidade de orientação da dinâmica do setor saúde que seria inédita na evolução histórica do mesmo. As dificuldades políticas que o processo de desregulamentação tem atravessado são vistas nessa perspectiva como limitações a serem superadas a médio prazo, e a orientação das mudanças como afirmação do propósito racionalizador que orientou a política desregulamentadora.

Optar pela primeira linha de interpretação não significa reduzir a importância dos indícios de uma futura política de desregulamentação do sistema, que sem dúvida funcionou conforme as expectativas de seus principais atores, que encontraram na disposição favorável dos setores com liderança no âmbito do aparelho estatal um espaço propício ao desenvolvimento de novas estratégias de mercado.

É na área da contratação de serviços, feita pelas obras sociais com o setor privado, que as mudanças têm tido maior dinamismo, permitindo a projeção de novos modelos organizacionais para curto e médio prazos.

Três fatores, relativamente vinculados entre si, têm servido de instrumento para implementação de modalidades inovadoras na contratação das prestações dirigidas aos beneficiários do sistema de obras sociais. São eles: as técnicas de faturamento com base no pagamento de valores globalizados, ou módulos; a contratação de prestações de serviço com base no pagamento *per capita*; a transferência do risco financeiro ao conjunto dos prestadores de serviço incluídos nas entidades intermediárias, segundo as modalidades de contratação utilizadas em cada caso.

O primeiro dos fatores mencionados vincula-se à incorporação de técnicas de globalização no faturamento de serviços hospitalares. A incorporação de módulos, em alguns casos ligados ao tratamento de determinadas patologias, em outros simplificados até cobrirem um conjunto de serviços associados à unidade "leito", permitiu às instituições sanatoriais o abandono da antiga modalidade de faturamento por procedimentos e tornou viável a incorporação de contratos individualizados. Isso significa o começo de uma profunda transformação nos mecanismos de contratação entre entidades financiadoras e prestadores de serviços e, por conseguinte, a criação de uma nova estrutura de incentivos, de controle e de sistemas de informação que restabelecem a racionalidade dos que atuam no setor e que incorporam uma lógica de risco empresarial, adaptando-a às condições específicas de cada modelo.

Esse tipo de retribuição da assistência prestada a seus beneficiários significou, para as obras sociais, a possibilidade de superar a grave crise financeira que atravessavam. Em primeiro lugar, o método de pagamento *per capita* permite uma programação melhor da utilização dos recursos disponíveis, já que a entidade arrecadadora conhece, de antemão, o custo futuro da assistência a seus beneficiários no período do contrato. Além disso, a incorporação das despesas *per capita* pressupõe que a obra social se libere do risco financeiro derivado do excesso na prestação de serviços e do superfaturamento, transferindo-se esse risco para a entidade que assume o contrato e, com este, a responsabilidade decorrente da gestão dos valores percebidos.

A essas inovações, vinculadas às modalidades contratuais de retribuição de serviços de atenção médica, soma-se a diversificação das instituições contratantes. Até o final dos anos 80, tais contratos eram predominantemente canalizados, em particular nas jurisdições provinciais, através das corporações prestadoras de serviços, que atuavam como representantes da totalidade das entidades e dos profissionais atuantes em cada jurisdição. A capital federal e a Grande Buenos Aires eram as únicas jurisdições em que essa regra era freqüentemente transgredida, através de contratações firmadas entre algumas obras sociais e determinados hospitais.

A gravação da crise financeira das obras sociais, a saturação relativa da oferta de serviços, os fenômenos hiperinflacionários, a introdução das contratações *per capita* e o anúncio da política de desregulamentação facilitaram o gradual abandono dessa lógica de vinculações corporativas sob modalidades contratuais estabelecidas pela Anssal,[1] e sua substituição progressiva por uma lógica de gestão empresarial que começou a transformar sensivelmente as posições relativas de cada um dos atores presentes no mercado de serviços de atenção médica.

O primeiro fenômeno que se pode observar foi a fragmentação das corporações hospitalares. Os sanatórios com melhor posicionamento no mercado, ou melhor contato com as organizações financiadoras, abandonaram os acordos corporativos e começaram a contratar serviços com valores *per capita*. Formaram-se, assim, as primeiras redes, sob as formas jurídicas de união transitória de empresas (UTE), associação de cooperação empresarial (ACE) ou, diretamente, sociedades anônimas. Nessas associações, um grupo de prestadores de serviços assume a gestão de um contrato com determinada obra social para dar assistência integral a seus beneficiários e completa a capacidade instalada indispensável através de subcontratações.

Com base nesses primeiros acordos entre prestadores, orientados no sentido de assegurar a captação da demanda de serviços destinados aos beneficiários das obras sociais, serão mais tarde organizadas empresas destinadas à intermediação direta. Trata-se, aqui, das empresas administradoras de prestações de serviços,

---

[1] A sigla corresponde à Administración Nacional del Seguro de Salud, instituída, em substituição ao Inos, pela Lei nº 23.661/88.

que podem contar com determinados prestadores entre seus acionistas, mas que gerem seus negócios com uma racionalidade diferente. Já não é o caso de canalizar a demanda em benefício de determinada capacidade instalada, ou de certas instituições prestadoras de serviços. Pelo contrário, o controle de determinada oferta de serviços de atenção médica local ou sub-regional é apenas um instrumento para a consecução do objetivo prioritário da organização: a geração de benefícios através da intermediação entre oferta e demanda de prestações de serviços. A intermediação pressupõe a afirmação de uma concepção de risco empresarial na administração de prestações de serviços de saúde e pode estimular técnicas de auditoria e controle que introduzam maior eficiência na gestão da oferta.

Papel sem dúvida central na nova modalidade de contratação correspondeu àqueles dirigentes sindicais que aceitaram a necessidade de incorporar novas formas de contratar, assim como de transformar a administração das instituições a seu cargo, adaptando modalidades de gestão empresarial. A possibilidade de controlar uma quantidade significativa de beneficiários e canalizá-los para determinados prestadores, com base em um pagamento *per capita,* facilitou a negociação dos valores respectivos, até adequá-los à capacidade de pagamento das instituições arrecadadoras.

Por último, também experimentou uma sensível ampliação o mercado vinculado às diferentes modalidades de pagamento antecipado. Atualmente, estima-se que haja 200 instituições em todo o país, com, aproximadamente, 2,4 milhões de beneficiários e uma receita total de mais ou menos 2 bilhões de pesos. Alguns observadores e protagonistas no campo das transformações em curso consideram possível, a médio prazo, o estabelecimento de algum tipo de articulação entre a gerência de sistemas de pagamento antecipado e as redes ou empresas que tomaram a seu cargo a administração da prestação dos serviços.

5. O panorama no interior do país

As mudanças sucintamente descritas não se verificam de maneira homogênea, nem acusam o mesmo ritmo inovador nas diferentes realidades regionais. Tiveram início e conquistaram confiança nos núcleos mais densamente povoados da capital federal e da Grande Buenos Aires, rapidamente alcançaram a província de Buenos Aires, Córdoba, o sul de Santa Fé, regiões relativamente similares quanto à densidade populacional e nível médio de renda, produzindo, em cada uma destas sub-regiões, configurações específicas. No resto do país, as transformações em curso registram, também, para cada província, modalidades particulares que, somente se levarmos a esquematização a extremos, poderiam ser consideradas como estágios intermediários em um processo de transição para uma futura homogeneidade de condições.

Parte da heterogeneidade existente no interior do país relaciona-se com as diferentes condições do subsetor público nas distintas jurisdições, no que se refere à capacidade instalada, à atualização técnico-operacional e à cobertura popula-

cional. Pode ser reconhecida também uma penetração diferencial dos sistemas de pagamento antecipado. Contudo, as maiores diferenças quanto a modelos organizacionais derivam das modalidades de contratação com obras sociais. As situações possíveis, esquematicamente apresentadas, seriam as seguintes:

a) obras sociais que contratam a prestação de serviços para seus beneficiários através de corporações de prestadores, segundo a modalidade tradicional de livre escolha do médico e pagamento pela prestação do serviço; os valores da respectiva tabela de preços já não são uniformes e estabelecidos pela Anssal, sendo apenas fruto de convênio entre as partes;

b) obras sociais que contratam a prestação de serviços para seus beneficiários através das corporações de prestadores, na base de valores individualizados; as corporações, por sua vez, reembolsam as práticas efetivadas por seus membros na base do pagamento por prestação de serviço, transferindo aos mesmos o risco financeiro a partir da aplicação de índices e de outros mecanismos de adequação dos valores de consumo e utilizando diferentes técnicas regulatórias para orientação das modalidades de prática;

c) obras sociais que contratam a prestação de serviços a seus beneficiários com redes de prestadores organizados em UTEs, ACEs ou SAs, na base de valores individualizados; as redes, por sua vez, subcontratam com outros prestadores a capacidade instalada necessária para o cumprimento dos contratos; segundo as condições de cada convênio, as redes podem assumir como próprio o risco financeiro, ou transferi-lo, através de diferentes mecanismos, aos diferentes prestadores; foram desenvolvidas técnicas de auditoria, para desencorajar o abuso no número de prestações de serviço;

d) obras sociais que contraem as prestações para seus beneficiários através de empresas locais vinculadas a diferentes graus de autonomia das empresas de administração de prestações, que atuam na capital federal e estão em condições de veicular essas contratações para os beneficiários das grandes obras sociais de âmbito nacional, no interior do país.

A questão a debater, neste ponto, é se tais modalidades de contratação configuram hoje, ou podem chegar a configurar, no curto prazo, modelos alternativos de organização de serviços, ou se estamos tratando meramente de formas diferenciadas de articulação entre oferta e demanda no âmbito da seguridade social médica.

A hipótese que defendemos neste artigo é que estamos diante da conformação de novos modelos de organização de cuidados médicos. Cada uma das modalidades descritas representa manifestações desse processo em formação.

Cada modelo é identificado a partir de fatores diferenciais tanto em termos econômico-financeiros, de gestão e da organização do processo de trabalho do médico, quanto de acesso aos serviços.

Da mesma forma, cada modelo estimula ou desestimula o desenvolvimento de tipos de organização da prática médica, que fazem referência a aspectos tais como relação médico/paciente, perfil prescritivo, incorporação e desenvolvimento de tecnologia, relações institucionais entre médico e entidade prestadora de serviços e todos aqueles elementos que orientam a conduta do profissional.

Essas observações, vinculadas à lógica interna de cada um dos modelos organizacionais em formação, têm em vista fundamentar uma hipótese sobre a gênese de novos mecanismos reguladores das práticas do sistema. Esses mecanismos já não operam, porém, a partir do nível macro da intervenção estatal, ou da geração de contratos uniformes próprios da lógica intercorporativa, mas sim de um nível *meso*, intermediário, definido pela racionalidade política, econômica e gerencial de cada uma dessas formas organizacionais, que em geral significam o comprometimento de duas ou mais instituições.

O principal avanço ilustrado pela introdução dessa nova racionalidade remete às estruturas organizacionais dessas instituições, onde começam a ter origem sistemas de informação, análises de estruturas de custos e mecanismos de controle de gestão que expressam um novo modelo gerencial ainda em formação. Ocupam aí papel fundamental as chamadas tecnologias brandas, com a utilização de sistemas de informação e comunicação e a adoção de outros mecanismos integrantes das novas tecnologias de gestão.

6. O nível de análise macro: contradições políticas na Argentina de Menem

A reorganização do sistema de obras sociais em fins dos anos 80 e começo dos 90 apresentou-se no debate público extremamente antagonizada em posições de polarização: *solidariedade versus mercado*. Os atores do pacto corporativo assumem como próprio o estandarte da solidariedade, abandonando contestações e acusações públicas, que adotavam com bastante dureza, quando se faz presente a ameaça comum que significa o interesse do Banco Mundial e dos grandes grupos financeiros no custeio do sistema de atenção médica.

De fato, a grande ofensiva neoliberal produziu-se em torno da 7ª Convenção da Associação de Bancos Argentinos (Adeba), reunida em Buenos Aires em 1991, que dedica parte de suas deliberações ao tema da reorganização dos sistemas de seguridade social e, muito particularmente, a um projeto de reorganização do sistema de cuidado médico, apresentado pela Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (Fiel, 1991).

O projeto, que parece inspirado no sistema de saúde chileno, tem uma significativa repercussão na imprensa e converte-se, muito rapidamente, no eixo do debate sobre a reformulação das obras sociais.

O interesse da Associação de Bancos Argentinos pela reforma das leis de seguridade social vincula-se, sem dúvida, à operação do Plano de Conversibilidade, que constituiu uma indicação significativa da decisão do ministro Cavallo de levar avante sua política de estabilização e a subseqüente aprovação do Decreto de Desregulamentação Econômica, nº 2.284/91. Em suas considerações, assinala que o Poder Executivo assume competências legislativas, "forçado pela necessidade de liberar a população das restrições ao exercício de seus direitos e garantias constitucionais, que através de regulamentações estabeleceram um sem-número de limitações aos direitos de comerciar, trabalhar e exercer indústria (...)". Não será exagero especular que o capital financeiro considerava a possibilidade de integrar aquele novo campo às suas atividades, que naquele momento passavam pelas dificuldades próprias da necessária adequação às novas condições de estabilidade e ao recuo do Estado como tomador de crédito no sistema bancário.

Contudo, o impulso desregulamentador não chega às obras sociais. O primeiro projeto de lei, apresentado ao Congresso em fevereiro de 1992, oriundo de funcionários do Ministério da Economia, é seguido por minutas de acordos e projetos de decreto, mas a ofensiva sempre termina sendo obstada pela direção sindical e seus aliados dentro do governo.

A filosofia desse primeiro projeto e das tentativas de acordo que o sucedem baseia-se na idéia de que a livre escolha dos beneficiários estimulará as obras sociais que estejam em condições de sanear sua administração e manter e reforçar sua presença no sistema. A necessidade de competir induziria ao ajustamento da relação entre os que recebem e os que prestam serviços, em um regime baseado na liberdade de contratação.

Como procuramos demonstrar no trecho anterior, essa dinâmica produziu-se espontaneamente, sem qualquer regulamentação nem supervisão do Estado, sem benefícios aparentes para a massa de beneficiários, afetada esporadicamente por denúncias de corrupção, escândalos, recompensas, ruidosas manifestações de aposentados, quebras estrepitosas de obras sociais de altas autoridades etc. A importância das somas em jogo, a significação da doença nas representações coletivas e o abandono da função estatal de controle em uma área em que não é possível confiar, *a priori,* em um mercado regulado por consumidores informados introduziram o setor em um torvelinho de acordos de prazo muito curto, de negociações repetidas, de contínua revisão de alianças, de desvio de fundos com destino obscuro, *lobby* permanente e relações esquizofrênicas dos atores com capacidade de presença ante um aparelho estatal dividido por uma luta interna cada vez mais notável.

Se quisermos situar a análise em um nível macro, não é possível deixar de reconhecer como pano de fundo dos processos aqui resumidos o enfraquecimento das corporações no sistema de relações Estado/sociedade e, em particular, as divisões internas e a perda de poder relativo da organização sindical. É nesse quadro que se deve integrar o projeto de desregulamentação.

Nesse sentido, gostaríamos de incorporar ao estudo algumas reflexões contidas em um trabalho recente de Ricardo Sidicaro, que em parte sintetizam a perspectiva que defendemos aqui. Assinala-se, em primeiro lugar, no referido texto que a competição entre o subsistema de partidos e o subsistema de representação corporativa foi uma característica do sistema político argentino durante as últimas décadas. Nessa lógica se inscrevem, dentro do setor saúde, as relações que temos caracterizado como pacto corporativo. O paulatino enfraquecimento da modalidade corporativa de representação de interesses diante da máquina estatal, reconhecível tanto no nível geral quanto no setorial, acompanha a ruptura desse pacto e a relativa dissolução da força das corporações na contratação das prestações de serviços de saúde.

Sidicaro associa logo o enfraquecimento do poder corporativo na representação de interesses perante o Estado à diminuição da vocação reguladora de seu aparelho no campo da economia e à decisão de permitir maior presença dos mecanismos de mercado. Ao mesmo tempo, assinala um aspecto peculiar da reconversão do aparelho produtivo que, a nosso ver, tem maior poder para explicar o processo: a política econômica teve efeitos diferentes sobre os interesses dos diferentes setores empresariais — e, acrescentamos, sobre as diferentes unidades produtivas no interior de cada setor —, o que corroeu a possibilidade de representação unificada em cada uma das corporações tradicionais. Já frisamos que esse é um dos traços característicos do novo sistema de alianças entre o empresariado do setor saúde. O novo modo de representação dos interesses econômicos perante o Estado será canalizado através do *lobby* que, adequando-se a alguns dos traços tradicionais da cultura política argentina, irá constituir, em parte, novas formas de clientelismo.

No que se refere à corporação sindical, o processo que leva a seu enfraquecimento tem aspectos diferentes. Uma maneira de caracterizar o problema seria salientar que a tradicional identidade peronista do sindicalismo argentino foi perturbada pelas mudanças na relação entre o peronismo e os setores populares, significativas da política levada adiante pelo menemismo. Outra possibilidade — complementar — seria recorrer à história e recordar a forma pela qual a corporação sindical se protege diante de governos de modelo contrário ao peronismo e se fragmenta diante dos que são de seu próprio signo. Alfonsín falhou no intento de enfraquecer a presença sindical no Estado e acabou negociando com um setor do sindicalismo a condução do Ministério do Trabalho e cedendo na questão do projeto de reforma das obras sociais, em face da aliança da CGT e das corporações empresariais.

A fragmentação do sindicalismo em sua relação com os governos peronistas — o período Cámpora/Perón/Isabel Perón é paradigmático — tem sido em geral analisada como sintoma de uma quase irredutível heterogeneidade de interesses e visões da sociedade, dentro do movimento peronista. Mas pode também ser lida como expressão da fragmentação do aparelho estatal, que tem a ver com o empate hegemônico, caracterizado por Portantiero (1977), e a peculiar modalidade de intermediação Estado/sociedade civil, que constituiu, até os anos 80, o traço dominante do sistema político na Argentina.

No interior desse complexo processo histórico, dependente de muitos determinantes que seria necessário destacar, o sindicalismo argentino sob o governo Menem não apenas se fragmenta: alguns de seus setores, os mais próximos à vertente liberal do governo, transmudam radicalmente suas formas organizacionais, dando lugar ao nascimento do que tem sido caracterizado como *sindicalismo de negócios*.

As transformações da esfera sindical, de fato, vão mais além da debilitação da capacidade negociadora da CGT. Os dirigentes com maior possibilidade de aproveitamento das novas oportunidades oferecidas pela privatização de empresas públicas, ou pela desregulamentação de áreas significativas da produção de serviços, começaram a incorporar funções empresariais a suas tradicionais atividades. A administração de programas de propriedade participada em empresas públicas privatizadas, a organização de microempresas para a perfuração de áreas petrolíferas e a participação em sociedades orientadas para a administração de fundos de aposentadoria ou para a organização de administradoras de prestações de serviços de atendimento médico são alguns exemplos desse novo posicionamento sindical, frente aos processos de mudança que afetem sua situação relativa no esquema de poder.

Essas mudanças, produzidas no nível macro, têm tido efeitos retardadores na reorganização do setor saúde, segundo a proposta desregulamentadora. A relação sindicato/estado continuamente se redefine, utilizando muitas vezes a permanência das obras sociais como penhor de negociação, em face de outras questões mais contenciosas ou mais decisivas para o processo de reforma empreendido a partir do Ministério da Economia. Desse modo, os traços estruturais que redefiniriam essa relação não chegam a se afirmar, por estarem continuamente sujeitos a oscilações de conjuntura. No momento atual, esse vaivém está vinculado à fuga de capitais e à recessão associadas ao "efeito tequila", à crise do sistema bancário, aos números do desemprego, à reiterada intenção de redução dos custos trabalhistas começando pelas obrigações patronais. Em um nível político, tem peso também a disputa desencadeada no núcleo mais íntimo do poder presidencial em torno da sucessão de 1999 e a aparente intenção do candidato de maiores possibilidades de recuperar em seu favor as alianças tradicionais do movimento peronista.

Nesse contexto, a redução do debate aos termos solidariedade *versus* mercado parece, no mínimo, ingênua. Contudo, aquilo que chama a atenção é que a proposta técnica de racionalização do setor saúde parece esgotar-se na livre escolha do órgão financiador por parte dos beneficiários e em um rigoroso controle das contribuições, agora em mãos da DGI. De forma que não pode deixar de chamar a atenção que os técnicos que trabalham na reformulação da seguridade social médica não pareçam conhecer a intensa circulação de idéias e propostas que vem ocorrendo há pelo menos 10 anos, no nível internacional, e que está vinculada a uma das áreas mais críticas do modelo argentino: a gestão da informação, o controle dos custos, a possibilidade de articulação de relações entre oferta e demanda capazes de proporcionar oportunidades para formulação de escolhas bem-informadas, no que se relaciona com a cobertura de atenção médica.

Não é de estranhar que esse debate sobre novas formas organizacionais não esteja presente no discurso dos principais atores comprometidos com o processo. As novas técnicas de gestão são utilizadas dentro de empresas e redes para controlar custos e garantir rentabilidade, mas a informação resultante constitui um insumo estratégico da política empresarial, destinado, por sua própria natureza, a não passar ao debate público. Seria necessária uma intervenção ordenadora do Estado, ou uma preocupação muito firme em se conseguir maior transparência na administração do sistema, por parte dos beneficiários das obras sociais, para que esse insumo estratégico chegasse até a população ou até suas organizações representativas.

7. Reflexão final

Procuramos sintetizar, nestas páginas, um duplo processo histórico, o de desenvolvimento e exaustão do modelo corporativo de organização da seguridade social médica, na Argentina, e a gênese de um novo modelo, que se constrói por fora da ação do Estado, na marca da fragmentação e da heterogeneidade preexistentes, e regido por um conjunto complexo de relações políticas e econômicas tanto intersetoriais quanto dentro dos setores.

Esse processo de mudanças produz-se mais ou menos contemporaneamente em outros países da América Latina, com resultados diferentes, tanto na importância relativa do setor público e do setor privado na organização e financiamento de serviços, nos papéis que o Estado se reserva e em sua real capacidade de levá-los adiante, quanto na eficácia e competência do sistema para dar conta das necessidades sociais a seu cargo.

O aumento da diversidade preexistente na região estimulará, sem dúvida, algumas tendências inovadoras na investigação sobre sistemas de cuidado médico, privilegiando a análise da lógica política presente em cada país, sem negligenciar os enfoques macro-históricos que foram a regra até cerca de uma década e que se mostraram relativamente incapazes de explicar a diversidade existente em uma dinâmica macro relativamente uniforme. Os estudos comparativos resultantes enriquecerão, sem dúvida, esse campo de trabalho, tão produtivo nos últimos anos.

Referências bibliográficas

Belmartino, Susana. Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. *Desarrollo Económico*. Buenos Aires, *35*(137):83-103, 1995.

——— & Bloch, C. Aportes para la discusión del sistema de obras sociales. *Cuadernos Médico Sociales, 44*:3-36, Rosario, jun. 1988.

——— & ———. *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos: 1960-1985*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1994.

———; ———; Carnino, M. I. & Persello, A. V. *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud.* Buenos Aires, OPS/OMS, 1991.

Cavarozzi, Marcelo. *Sindicatos y politica en Argentina.* Buenos Aires, 1984. (Estudios Cedes.)

Fiel (Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericana). El sistema de obras sociales en Argentina. Diagnóstico y propuesta de reforma. In: Convención de Bancos Privados Nacionales, 7. *Anales.* Buenos Aires, Asociación de Bancos Argentinos, 1991.

James, Daniel. *Resistencia e integración. El peronismo y la clase trabajadora argentina: 1946-1976.* Buenos Aires, Sudamericana, 1990.

Katz, Jorge & Muñoz, Alberto. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad.* Buenos Aires, Cepal, 1988.

Lerner, Laura. Análisis de la estructura de financiamento y gasto de obras sociales seleccionadas. *Cuadernos Médico Sociales, 45*:19-32, sept. 1988.

Portantiero, Juan Carlos. Economía y política en la crisis argentina: 1958-1973. *Revista Mexicana de Sociologia, 39*:528, 1977.

———. La crisis de un régimen. Una mirada retrospectiva. In: Nun, J. & Portantiero, J. C. (comps.). *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina.* Buenos Aires, Puntosur, 1987.

Nun, José. La teoria política y la transación democrática. In: Nun, J. & Portantiero, J. C. (comps.). *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina.* Buenos Aires, Puntosur, 1987.