Programa de estudos e pesquisa em reforma do Estado e governança

Coordenação:
profª Sonia Fleury

Sonia Fleury

Gestão de políticas sociais: o "nó" da reforma do Estado

O processo de reforma foi inicialmente identificado com as políticas voltadas para a redução do tamanho do aparelho estatal, com sua retirada de áreas econômicas anteriormente organizadas como monopólios ou grandes empresas não-competitivas, caracterizando um processo de desestatização, com a implementação da reforma patrimonial e a conseqüente privatização das empresas estatais.

Efetivamente, essa foi, e está sendo, uma alteração profunda nas relações entre Estado e sociedade, já que a retirada do Estado de certas atividades econômicas, consideradas estratégicas na implementação do modelo de desenvolvimento por substituição de importações, representa não apenas o término desse padrão de desenvolvimento capitaneado estatalmente, como a liberalização da economia para sua integração à dinâmica atual de acumulação de uma economia mundial globalizada.

No entanto, por mais estratégicas que certas atividades econômicas tenham sido — e certamente o foram — para garantir o desenvolvimento nacional, nenhuma delas é parte intrínseca e constitutiva do Estado. A gestão pública ou privada dessas atividades econômicas pode significar uma grande diferença em relação ao modelo de desenvolvimento que se quer implementar, assim como nos efeitos sobre o mercado de trabalho e a integração nacional, mas não altera o Estado, entendido no seu sentido mais genérico, enquanto padrão de dominação institucionalizado.

Já as possíveis alterações no padrão de proteção social, estabelecido como direito da cidadania em cada sociedade, representam o cerne da reforma do Estado, considerando-se que a grande mudança ocorrida na natureza do Estado moderno foi sua passagem de *restrito* (Estado *gendarme*, voltado para a segurança externa e a repressão interna com vistas a garantir o funcionamento do mercado nacional) a *ampliado*, pela introdução dos direitos sociais dos cidadãos e a criação de poderosos mecanismos financeiros e institucionais de proteção social.

A crise econômica mundial dos anos 70, aliada ao crescimento exponencial dos custos da proteção social, colocou na agenda política a necessidade de repensar a

atuação estatal através das políticas sociais. Num contexto de predomínio de valores neoliberais que enfatizam o desempenho individual, a produtividade, a competição e a desregulamentação, o *Welfare State* consolidado nas economias européias mais desenvolvidas sofreu todos os tipos de ameaça. No entanto, a existência de mecanismos institucionais complexos que representam, em cada sociedade, um pacto social fundado em valores solidários e a existência de atores coletivos com capacidade de mobilizar amplos recursos de poder foram elementos fundamentais para compensar as reformas liberais. Assim, as grandes tendências gerais das reformas foram adequadas aos contextos históricos específicos, sendo processadas de uma forma lenta e experimental na maioria dos países pertencentes à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Em todos esses países desenvolvidos, a causa da reforma foi associada ao aumento exponencial dos custos da proteção social nos anos 70, decorrente das transformações tanto no âmbito da demanda quanto no da oferta de bens e serviços.

Pelo lado da demanda, esse aumento estaria ligado à transição demográfica, ou seja, o envelhecimento da população em concomitância com a redução da taxa de fecundidade, o que representa não apenas aumento dos custos (atenção médica mais cara para idosos, somada ao longo período de vida como inativo), mas também alteração da relação entre contribuintes e dependentes dos sistemas de bem-estar, com o conseqüente desequilíbrio financeiro.

O aumento do consumo é igualmente atribuído à melhoria do nível de informação da população sobre suas necessidades e direitos e também ao surgimento de novas epidemias e situações sociais geradoras de agravos.

Pelo lado da oferta, pode-se atribuir o aumento vertiginoso dos custos com saúde tanto à expansão tecnológica quanto à maior complexidade dos processos de administração dos serviços sociais. O condicionamento da demanda à oferta no campo dos cuidados médicos elimina a possibilidade da soberania do consumidor no caso de sistemas de mercado e introduz um elemento de desorganização dos sistemas institucionais públicos, que geralmente não controlam a produção de insumos.

As medidas iniciais adotadas como parte do processo de reforma introduziram elementos de restrição ao consumo, tais como redução do valor de aposentadorias precoces e incentivos para permanência na ativa por um período mais longo, desvalorização das aposentadorias reajustadas abaixo da inflação, exigência de co-pagamentos por parte dos consumidores de cuidados médicos, introdução de mecanismos de controle *(gate-keepers)* para acesso aos serviços etc.

A redução significativa do consumo em saúde observada nos países europeus da OCDE durante a década de 80 demonstra a efetividade dessas medidas, ainda que o objetivo a que visavam, a redução do gasto nacional em saúde, não tenha sido atingido, já que houve apenas uma desaceleração do gasto.[1] Basta ver que a inflação em saúde tem sido muito superior à inflação nacional, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento que apresentam elevadas taxas de inflação em geral.

O movimento inicial de controle da demanda cede lugar a uma política de alteração da oferta, através da criação de mercados internos, tanto em saúde como em previdência, num processo de desregulamentação das instituições públicas e estabelecimento de mecanismos de competição regulada pelo Estado, garantindo o direito de escolha ao consumidor.

Esse processo altera profundamente a gestão das unidades públicas prestadoras de serviços sociais, às quais é conferida autonomia gerencial para concorrer, no mercado, juntamente com os demais prestadores públicos e privados.

Para evitar a subordinação dos serviços sociais a uma lógica estrita de mercado, voltada exclusivamente para a lucratividade, o Estado define um pacote básico de serviços — pensões ou serviços de saúde —, que deve ser subsidiado, e pode atribuir a um "consumidor inteligente" a decisão antecipada sobre a escolha dos serviços de melhor qualidade e mais adequados (seja ao médico generalista), no caso da Inglaterra, seja a uma instituição articuladora, como na proposta atual da Colômbia).

Nesse sentido, a tendência da reforma do Estado no campo das políticas sociais não se tem apresentado como uma polarização entre estatização *versus* privatização, mas como a criação de um complexo misto de instituições públicas e privadas que se articulam de acordo com as funções que venham a cumprir. Torna-se imperativo analisar essas propostas de reforma, que estão demarcando o ambiente da reforma na América Latina.

Assim, uma tendência geral desse processo de reformas tem sido o desmembramento das tradicionais funções cumpridas pelas políticas sociais, de forma a permitir novas formas de articulação entre as instituições públicas e privadas. No caso das pensões previdenciárias, o Banco Mundial[2] recomenda o desmembramento das funções anteriormente englobadas pela ação pública de previdência, destacando a redistribuição, a poupança e o seguro coletivo.

Ao Estado competiriam as ações de um pacote básico, destinadas a cumprir as funções de redistribuição e coseguro através de um sistema público compulsório,

[1] Ver Infante, Alberto & Gozzer, Ernesto. Reforma de los sistemas de salud: qué pude apostar Europa Occidental a Latinoamérica? *Educación Médica y Salud, 29* (3-4), 1995.

[2] World Bank. *Adverting the old age crisis.* Washington, 1994.

financiado por impostos, garantindo a cobertura da população mais pobre. A esse sistema básico se somariam outros dois, um deles compulsório e baseado nas contribuições dos trabalhadores, e outro voluntário e complementar. Nestes dois últimos casos a gestão deve ser privada, já que estão voltados para as funções de co-seguro e poupança, e a ingerência política sobre os vultosos fundos de pensão é tida como prejudicial à acumulação e ao investimento no desenvolvimento, nacional ou não.

Assim, a proposta visa à criação de um sistema com diferentes pilares, financeiros e gerenciais, de forma a reservar ao Estado um papel de redistribuição de renda mínima para os estratos mais pobres, garantindo-se um mercado privado de seguros, para o qual seriam liberadas as poupanças compulsórias dos trabalhadores, acrescidas das contribuições voluntárias. No caso do Brasil, os fundos de previdência complementar acumulam recursos da ordem de US$60 bilhões, sem contar o orçamento da previdência pública.

Essa proposta de liberalização dos recursos previdenciários tem orientado, com maior ou menor sucesso, as políticas governamentais de reforma nos países da América Latina. Ela representa uma injeção maciça de recursos públicos no mercado, ao mesmo tempo em que atribui ao Estado o financiamento do sistema básico de pensões mínimas para toda a população mais pobre. É claro que ela só não representará um enorme aumento do déficit público se for associada a uma reforma tributária que garanta recursos fiscais para o financiamento de um plano básico.

A amplitude do sistema público é uma definição política que cada sociedade deve pactuar. Se ele englobará os recursos compulsórios descontados sobre a folha de salários até um valor "x", ou se estes recursos compulsórios serão repassados ao setor privado é uma questão que depende da opção social por uma sociedade mais solidária ou mais mercantilista. Não há dúvida de que os sistemas complementares de pensão são a tendência mais forte no contexto atual. Em que medida eles serão uma forma de apropriação privada de recursos públicos (como alguns fundos de estatais altamente subsidiados) ou poder-se-á inovar e criar um mecanismo de canalização de um percentual dessas contribuições complementares para um sistema subsidiado também é uma questão em aberto.

No campo da saúde, as propostas de reforma também procuram separar as funções tradicionais de financiamento e prestação de serviços, assegurando um financiamento majoritariamente público, enquanto a prestação é efetuada em um mercado regulado, pela concorrência entre prestadores públicos e privados, buscando a preferência

dos consumidores. Também caberia ao Estado definir um pacote básico de medidas sanitárias, que seriam complementadas pelos serviços privados. Como a atenção terciária em saúde é muito cara, o Estado também deve encarregar-se das unidades de referência do sistema.

Além da separação entre financiamento e prestação, duas outras funções merecem ser analisadas: modulação e articulação.[3] A modulação é vista como a única função essencialmente pública, no sentido de assegurar um bem público, ainda que possa ser delegada, em sua execução, a entidades privadas. Ela compreende: o desenvolvimento do sistema e sua coordenação, a regulamentação e a proteção do consumidor. A articulação se dá através da criação de vínculos institucionais entre a população e os prestadores de serviços de saúde e entre estes prestadores e os financiadores. A experiência americana com as Health Maintenance Organizations (HMO) tem inspirado a criação de instituições articuladoras na reforma colombiana, para as quais são canalizados, desde um Fundo Nacional de Saúde, até recursos *per capita* que compram serviços a prestadores públicos ou privados. No caso brasileiro, os seguros de saúde previamente pagos funcionam como instituições compradoras.

[3] Ver, a respeito, Londoño, Juan-Luis e Frenk, Julio. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. Washington, Sept. 1995. mimeog.

Embora se façam duras críticas ao aumento dos custos de administração decorrente da introdução das HMO em alguns estados americanos[4] e não existam provas da melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde, o fato é que essas propostas acabam tendo boa aceitação na sociedade porque valorizam a escolha do consumidor e a eficiência e a qualidade dos serviços. Ainda que não atendam às metas propostas, é importante perceber a mudança nos valores sociais e buscar introduzir esses parâmetros nas atividades desenvolvidas por qualquer prestador de serviço, público ou privado.

[4] Ver, a respeito, Waltzkin, Howard. La atención gerenciada: su papel en la reforma de los sistemas de salud en América Latina. México, 1996. mimeog.

Vale observar que o predomínio dos critérios de eficiência sobre os demais, inclusive sobre o acesso, tem acarretado a supervalorização da atenção curativa nos processos de reforma, em detrimento de um modelo de atenção preventiva e integral. Trata-se de uma reforma que reitera o modelo prevalecente, mesmo sabendo-se que ele é o principal responsável pelo aumento dos custos da atenção à saúde.

No caso do Brasil, a reforma sanitária inspirou-se na universalização do acesso a um sistema de saúde descentralizado e participativo, sob a égide do "direito à saúde e dever do Estado", propiciando uma verdadeira revolução da gestão pública com uma engenharia institucional singular, que fortaleceu o poder local, criou atores poderosos e deu corpo ao processo de democratização nesse campo. No entanto, o processo não está imune às tendências majoritárias no campo da saúde,

no plano internacional, na área econômica, no plano nacional, que apontam em direção distinta. Ora ele é questionado pela sua incapacidade de atingir os objetivos propostos, ora é criticado pelo crescimento desordenado e desregulado de um setor privado de pré-pagamento em saúde que, de várias formas, ele beneficia e subsidia com recursos públicos, ora é contaminado, internamente, pela adoção de medidas gerenciais que introduzem uma lógica de mercado no setor público (co-pagamento, adicional da tabela para prestadores, cooperativas, empresas sociais etc.).

O momento é oportuno para o debate sobre a reforma das políticas e instituições do campo social, pois daí surgirá o formato futuro do Estado que estamos modelando.