SAÚDE E CRISE NA AMÉRICA LATINA (IMPACTOS SOCIAIS E POLÍTICAS DE AJUSTE)*

André Cezar Medici**

1. Introdução; 2. Limites estruturais ao financiamento das políticas sociais na América Latina: o paradigma do Welfare State; 3. Os impactos da crise econômica no volume de gastos e no nível de saúde nos países latino-americanos; 4. Crise e sistemas de saúde na Argentina; 5. Brasil: os gastos com saúde na crise e a reforma sanitária; 6. O financiamento da saúde no Chile; 7. Aspectos institucionais do financiamento das políticas de saúde na Colômbia; 8. As reformas estruturais no sistema de saúde mexicano; 9. A multiplicidade institucional do sistema de saúde uruguaio; 10. Costa Rica: os efeitos da crise num dos melhores sistemas de saúde da América Latina; 11. Considerações finais

Estudo da tentativa, por parte de governos latino-americanos, de recuperação do tempo perdido com o baixo grau de satisfação das necessidades básicas de todos os indivíduos através de mecanismos garantidores dos direitos sociais universais à população, no contexto das políticas de saúde. Conhecimento do nexo entre crise econômica, estrutura dos serviços de saúde e políticas de ajuste adotadas nos distintos contextos nacionais.
Heterogeneidade dos países latino-americanos. Mapeamento das diferenças. Vislumbre de um horizonte de viabilidade para os que acreditam que a vontade política ainda é melhor fio condutor do que as restrições de ordem econômica.

1. *Introdução*

Uma das dificuldades de estudar a dinâmica das políticas econômicas ou sociais na América Latina diz respeito à heterogeneidade histórica, social e política dos distintos países que compõem a região. Tal heterogeneidade tem trazido, como corolário, a adoção de diferentes estilos de desenvolvimento, por parte dos governos nacionais. Apesar dessas diferenças, muitos países latino-americanos detêm certas similitudes, não só no perfil de seu desenvolvimento recente, mas também na forma de enfrentamento dos problemas colocados pela recente crise econômica.

Apresentados esses argumentos, podem ser propostas diversas formas de classificação dos países latino-americanos (incluindo o Caribe) a partir de certos pontos em comum. Para os analistas sociais, a proximidade geográfica parece ser um dos piores critérios, apesar de ser reconhecida a homogeneidade de condições sócio-econômicas e culturais dos países da América Andina ou do Caribe, por exemplo.

Outro critério bastante utilizado é a classificação segundo a magnitude do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. Utilizando informações de 1984 sobre este

* Trabalho elaborado em março de 1988, a pedido da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal).

** Economista; pesquisador no Instituto de Economia Industrial (IEI) da Universidade Federal do Rio de Janeiro; professor e pesquisador no Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e no Departamento de Sociologia da PUC/RJ. (Endereço do autor: Rua Morais e Silva, nº 86, apº 405 – Bloco B – 20.271 – Rio de Janeiro, RJ.)

O autor agradece ao Instituto de Economia Industrial e, particularmente, a Maria Lúcia Werneck pelo apoio e cessão de material não-disponível sobre os aspectos políticos do Welfare State na América Latina. Agradece, igualmente, a Solón M. Vianna e Sérgio Piola pela discussão de aspectos ligados ao Brasil, ao longo de outro trabalho realizado anteriormente e que foi, em parte, utilizado na seção 5.

indicador e criando quatro classes de tamanho do PIB *per capita* anual, chegar-se-ia ao resultado que passamos a expor.

No primeiro grupo (até US$ 800 *per capita* anuais), estariam Bolívia, El Salvador, Guiana, Haiti e Honduras. No segundo (mais de US$ 800 até US$ 1.500 *per capita* anuais), estariam Colômbia, Equador, Guatemala, Nicarágua, Peru e República Dominicana. No terceiro (mais de US$ 1.500 até 2 mil *per capita* anuais) estariam Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Jamaica e Paraguai. Por fim, no quarto e último grupo (mais de US$ 2 mil *per capita* anuais) estariam Bahamas, Barbados, México, Panamá, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

A tabela 1 mostra a evolução do PIB *per capita* nesses países de 1960 até 1984, segundo a classificação acima apresentada.[1] Observa-se que, quanto mais alta essa relação, menor é o poder da classificação proposta de demarcar características homogêneas dos países contidos em cada classe. Por exemplo, apesar de conterem gritantes diferenças na dimensão territorial, na ambiência cultural e geográfica, os países do grupo 1 detêm níveis de desenvolvimento e condições sócio-econômicas similares. Todos se caracterizam por não ter uma estrutura produtiva diversificada e pelo fraco poder de regulação do aparelho do Estado, o que se reflete em políticas sociais débeis ou inexistentes.

Os países do grupo 2, da mesma forma, apresentam um estágio de desenvolvimento bastante similar. Podem ser divididos em dois blocos: os da América Central, ou seja, República Dominicana, Nicarágua e Guatemala, e os da chamada América Latina (Equador, Colômbia e Peru). Todos se caracterizam por um rápido surto de crescimento na década de 70, interrompido com a crise dos anos 80. A única exceção é a Nicarágua, onde a ruptura do crescimento foi intensificada com a guerra civil entre o Governo e os contra-revolucionários, a partir da Revolução Sandinista que derrubou a ditadura de Somoza. Excetuando-se esta particularidade, todos os três países da América Central contidos neste grupo têm características sócio-econômicas e estrutura produtiva bastante similares.

No terceiro grupo, as diferenças internas quanto a processos sociais, padrões sócio-econômicos e estilos de desenvolvimento começam a ficar bem mais gritantes. Países como a Argentina e o Chile caracterizam-se por um processo de desenvolvimento e diversificação da estrutura produtiva bem mais antigo que os demais. A estrutura etária da população nesses países é estacionária, enquanto que no Brasil e no Paraguai, por exemplo, é progressiva. Isto significa que, enquanto Argentina e Chile já completaram há muito tempo sua transição demográfica, Brasil e Paraguai ainda se encontram em uma fase de razoável crescimento populacional.

Por outro lado, enquanto Argentina e Chile não tiveram grande crescimento em seu PIB *per capita* nos anos 70, mesmo com uma população relativamente estável, o Brasil praticamente duplicou esta relação naquele período, apesar de ter uma população crescendo a altas taxas. Isto mostra, por exemplo, que o crescimento econômico brasileiro na última década foi mais intenso e pujante do que o vivido pela Argentina e pelo Chile.

Mesmo assim, não fosse a crise recente, Brasil, Argentina e Chile poderiam estar no grupo 4 (PIB *per capita* superior a US$ 2.000 anuais). Isto não ocorreu em função de diversas circunstâncias, cabendo destacar a incapacidade gerencial dos governantes que, nos casos das ditaduras militares argentina e chilena, trouxeram um processo de desindustrialização nos anos 70. A força da crise econômica dos anos 80, aliada às estratégias de ajuste adotadas, também impediu uma elevação

[1] Não estão incluídos os casos de Cuba e Suriname, entre outros, por insuficiência de dados.

Tabela 1
Evolução do PIB *per capita*
América Latina e Caribe
1960-84
(Em US$)

Países	Anos de referência			
	1960	1970	1980	1984
Grupo 1 (PIB *per capita* até US$ 800)				
Bolívia	441	550	665	475
El Salvador	610	793	802	708
Guiana	620	731	905	665
Haiti	272	249	332	299
Honduras	536	640	746	663
Grupo 2 (PIB *per capita* de mais de US$ 800 até US$1.500)				
Colômbia	565	764	1.059	1.045
Equador	582	696	1.208	1.124
Guatemala	841	1.083	1.413	1.194
Nicarágua	806	1.199	942	874
Peru	814	1.051	1.142	978
República Dominicana	597	788	1.203	1.193
Grupo 3 (PIB *per capita* de mais de US$1.500 até US$2.000)				
Argentina	1.586	2.065	2.240	1.929
Brasil	710	1.006	1.924	1.626
Costa Rica	957	1.313	1.766	1.565
Chile	1.413	1.735	1.878	1.674
Jamaica	1.386	2.101	1.675	1.769
Paraguai	613	1.024	1.716	1.633
Grupo 4 (PIB *per capita* superior a US$ 2.000)				
Bahamas	-	-	6.904	6.678
Barbados	1.534	2.707	3.011	2.859
México	1.104	1.575	2.285	2.086
Panamá	884	1.547	2.089	2.022
Trinidad e Tobago	1.582	2.103	2.935	2.654
Uruguai	1.710	1.887	2.427	2.024
Venezuela	1.932	2.536	2.821	2.340

Fonte: tabela elaborada, pelo autor, a partir de dados contidos em Musgrove, P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. In: *International Journal of Health Services*, Washington, Baywood, *17*(3), 1987.

real da renda *per capita* nesses países, na medida que depauperou as rendas e a capacidade de consumo da população e desestimulou o investimento na economia.

Nesse grupo ainda se encontram três países bastante anômalos: o Paraguai, onde boa parte do crescimento nos anos 70 esteve associada à dinâmica da economia brasileira e argentina; Costa Rica e Jamaica, onde, no primeiro caso, o crescimento esteve ancorado a uma população estacionária, com altos níveis de satisfação de suas necessidades básicas, bem como à parceria comercial e financeira com a economia americana; e, no segundo caso, também pode ser detectada uma população estacionária, embora a estrutura econômica esteja fundada, em grande medida, no turismo e na exportação de produtos primários.

No quarto grupo, as diferenças são maiores ainda. Misturam-se, nesse caso, México, Uruguai e Venezuela com países insulares do Caribe, como Bahamas, Barbados e Trinidad e Tobago. Isso sem contar com o Panamá, que tem boa parte de sua economia ligada ao movimento de comércio internacional, em função da Zona do Canal.

O Uruguai detém um perfil sócio-econômico muito similar ao da Argentina e do Chile. Apesar de ter uma estrutura produtiva menos diversificada e uma população sensivelmente menor, teve o apogeu de seu crescimento econômico e social antes de países como o Brasil. Sua população é estacionária e não existem profundas desigualdades sociais como as encontradas na maioria dos países latino-americanos. Já o México e a Venezuela tiveram seu crescimento impulsionado pelo fato de serem países exportadores de petróleo. O crescimento desses países, desde os anos 60, tem-se mostrado acentuado e, no caso do México, a diversidade da estrutura produtiva interna implantada nos últimos 30 anos propiciou um largo período de prosperidade e, provavelmente, permitiria uma retomada para o crescimento econômico sem grandes percalços.

Países como Bahamas, Trinidad e Tobago e Barbados detêm uma relação PIB *per capita* muito elevada. São países de estrutura populacional estacionária, onde a principal atividade econômica é o complexo turístico e os encadeamentos por ele propiciados.

Com todas estas diferenças internas a cada grupo, torna-se difícil considerar o PIB *per capita* como bom critério para classificar os países latino-americanos segundo condições sócio-econômicas homogêneas.

De 1960 a 1980, muito poucas regiões do mundo tiveram crescimento tão rápido como o experimentado pelos países latino-americanos. Diversos fatores contribuíram para isso, cabendo destacar, no plano externo, o crescimento auto-sustentado da economia mundial (pelo menos até o advento da primeira crise do petróleo, em 1973), o largo aumento das exportações e a transferência de recursos financeiros dos países centrais para a região, com baixas taxas de juros reais. Ao nível interno cabe mencionar o esforço de industrialização e integração econômica, garantindo maior complementariedade interna às economias nacionais, com visíveis efeitos no aumento do emprego nas atividades formais e elevação das taxas de urbanização. Certamente que tal crescimento trouxe sensível melhoria das condições de acesso aos chamados bens públicos. Conforme reconhece recente relatório do Banco Mundial:

"El crecimiento estuvo acompañado de considerables mejoras sociales. Entre 1960 y los últimos años de la década de 1970 la esperanza de vida al nacer, quizás el indicador de bienestar más importante, aumentó de 56 a 64 años, lo que no está muy por debajo del prometido de los países europeos de ingresos medios. El agua potable se ha puesto al alcance de más personas – de menos de 40% a más del

66% de una población cada vez más numerosa – y la proporción de la mano de obra empleada en la agricultura ha bajado del 50% al 33%. Hacia fines de los años 70, la mayoria de los niños asistían a la escuela primaria. Y aunque la distribución del ingreso seguía siendo sumamente concentrada con excepción de muy pocos países, la proporción del ingreso correspondiente al 40% más pobre no disminuyó; por consiguiente el nivel de vida de la mayoria de los pobres mejoró más o menos al mismo ritmo que el de toda la población".[2]

Mas, de qualquer forma, é correto afirmar que a crise econômica dos anos 80 trouxe seqüelas em todos os países da região, com maior ou menor intensidade, o que pode ser observado pela comparação da relação PIB *per capita*, na tabela 1, entre os anos 1980 e 1984.

O advento da crise econômica foi intensificado com o aumento das taxas de juros internacionais e com a sobrevalorização das dívidas externas dos países, especialmente daqueles que tinham contraído empréstimos externos com taxas de juros flutuantes, como é o caso do Brasil, México e Argentina, por exemplo.

As estratégias de ajuste adotadas por esses países, muitas delas tuteladas pelo Fundo Monetário Internacional, foram amargos remédios para a população latino-americana, até o início dos anos 80. Primeiramente porque, no plano externo, a sobrevalorização da dívida contraída com o sistema bancário internacional obrigava os países da região a obter grandes superávits comerciais, o que foi propiciado, de um lado, pelo gigantesco déficit comercial norte-americano e pela sobrevalorização do dólar em relação às moedas locais e, de outro, pela redução das importações, o que afetou a própria dinâmica da produção voltada para o mercado doméstico. Para viabilizar esta estratégia era necessário cortar os estímulos à expansão do mercado interno, o que só poderia ser feito através da contenção dos salários de base no bojo de outras medidas recessivas, como o corte do consumo e do investimento do setor público.

Conseqüentemente, aumentou de forma considerável a renda líquida enviada ao exterior, bem como caíram os níveis internos de consumo, poupança e investimento. Para exemplificar, no Brasil, o investimento que chegou a 28% do PIB em 1975, caiu para 18% em 1984. Na Argentina, a relação investimento/PIB cai de 20% (média 1971-81) para 12,6% (1985) e, no México, o investimento caiu 36% entre 1981 e 1984.

Os salários também sofreram fortes quedas reais no período. No México, tanto o salário mínimo como o salário médio caíram sistematicamente. A queda do salário médio entre 1981 e 1983 foi de 28,2%. No Chile, a ocorrência de uma indexação total dos salários entre 1979 e 1982 possibilitou elevação sistemática do sálário médio real, pelo menos até 1981. Com o advento da crise econômica, os salários reais começaram a cair, embora tal queda (em média) não tenha ultrapassado os 3% em 1982. Para os operários a queda foi ligeiramente superior (7%).

No caso da Argentina, a crise econômica estrutural vivida por aquela economia já trazia os salários reais bastante defasados dos auferidos em épocas não muito remotas. A partir de 1982 e, mais recentemente, com o fim da ditadura militar, os salários reais voltaram a crescer, especialmente no setor privado e nas empresas paraestatais, onde tal crescimento foi superior ao verificado no setor público tradicional.

No Brasil, a massa salarial na Região Metropolitana de São Paulo (a mais dinâmica do país) caiu 23,1% entre setembro de 1980 e setembro de 1983. A partir

[2] Banco Mundial. *La pobreza en América Latina:* el impacto de la depresión. Washington, D.C., abr. 1987.

de 1984, com o advento do plano de estabilização econômica, os salários reais começam a se recuperar, embora tenham tornado a cair em 1987, quando a inflação alcançou seus níveis mais elevados (365,9% anuais, segundo o IPC do IBGE).

Da mesma forma que ocorreu deterioração dos salários, aumenta a precariedade das condições de inserção no mercado de trabalho na maior parte dos países latino-americanos, como demonstram as estatísticas constantes da tabela 2.

Tabela 2
América Latina e Caribe
Taxa de desemprego aberto (urbana) em alguns países
1979-84
(Em %)

Países	Anos de referência					
	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Argentina	2,0	2,3	4,5	4,7	4,0	3,8
Bolívia	6,2	7,5	9,7	9,4	12,1	13,1
Brasil	6,4	6,2	7,9	6,3	6,7	7,5
Colômbia	8,9	9,7	8,2	9,3	11,8	13,5
Costa Rica	5,3	6,0	9,1	9,9	8,5	7,9
Chile	13,4	11,7	9,0	20,0	19,0	18,5
México	5,7	4,5	4,2	4,1	6,9	6,3
Nicarágua	21,4	18,3	15,9	18,5	18,9	19,8
Panamá	11,6	9,8	11,8	10,4	11,2	-
Paraguai	5,9	4,1	2,2	5,6	8,4	-
Peru	6,5	7,1	6,8	7,0	8,8	10,0
Uruguai	8,3	7,4	6,7	11,9	15,5	14,9
Venezuela	5,8	6,6	6,8	7,8	9,8	14,0

Fonte: Cepal, Preliminary overview of the Latin American economy during 1984, citado por Musgrove, P. op. cit.

Apesar da diversidade metodológica dos levantamentos estatísticos existentes sobre desemprego e da difícil comparabilidade destas informações nos países da América Latina, nota-se que quase todos apresentaram grandes aumentos na taxa de desemprego aberto, a partir dos anos 80.

O aumento das taxas de desemprego aberto na maioria dos países latino-americanos foi decorrente da estagnação da economia desses países num contexto onde a população economicamente ativa (PEA) não cessou de crescer. Na primeira metade dos anos 80, a taxa estimada de crescimento da PEA em países como o Brasil era de 4,0% ao ano. Isto certamente jogou centenas de milhares de pessoas nas raias do desemprego ou em condições precárias no mercado de trabalho. A tabela 3 exemplifica este fenômeno para o Brasil. Observa-se que, embora seja este um fato estrutural, a taxa de precariedade do mercado de trabalho, representada pela soma dos desempregados abertos, dos ocupados com renda inferior a um salário e dos ocupados que não descontam para a seguridade social com renda entre um e dois salários mínimos, aumenta de 52,4% para 58% entre 1981 e 1982, não retornando, nos dois anos seguintes, aos níveis existentes em 1981.

Tabela 3
Brasil
Componentes da precariedade do mercado de trabalho
1981 - 84
(Em mil pessoas)

Anos	Desemprego Aberto (1)	Ocupados com renda inferior a um salário mínimo (2)	Ocupados que não descontam para seguridade social com renda maior que um e menor que dois salários mínimos (3)	PEA (4)	Taxa de Precariedade {(1)+(2)+(3)} / (4)
1981	2.023,1	18.315,9	4.541,6	47.488,5	52,4
1982	1.958,9	22.770,0	4.171,8	49.884,7	58,0
1983	2.474,2	21.263,5	4.916,4	50.940,7	56,3
1984	2.234,3	21.448,4	5.280,4	52.443,1	55,2

Fonte: IBGE/PNADS 1981-84. In: Medici, A. C. & Aguiar, M. A. S. *Para entender o mercado de trabalho:* como se mede o emprego e o subemprego. Rio de Janeiro, Universidade Santa Úrsula/Ibase, 1986, 88p.
Obs.: o salário mínimo, no período considerado, nunca foi superior a US$ 50 mensais.

As políticas econômicas de ajuste adotadas pelos países latino-americanos trouxeram alguns cortes nos mecanismos de gasto ligados às políticas sociais. No México, por exemplo, o gasto governamental com educação caiu de 5,5% para 3,9% do PIB. Na Costa Rica, o gasto público com saúde e educação caiu 23% entre 1979 e 1983. No Chile, o gasto em saúde caiu de US$ 208,2 milhões para US$ 160,7 milhões entre 1980 e 1984.[3] No Brasil, o gasto social agregado caiu de US$ 22,526 milhões em 1980, para US$ 17,715 milhões entre 1980 e 1984. Com exceção do programa de alimentação e nutrição, todos os programas sociais tiveram vultosos cortes nesse período.[4]

O aumento dos gastos em alimentação e nutrição, ao longo da crise, deteve caráter compensatório e objetivou minorar a queda da qualidade de vida das camadas mais desprovidas da população. Até mesmo a Argentina, que reconhecidamente detém menos desigualdades sociais que a maioria dos países latino-americanos, criou o Programa Alimentário Nacional (Pan), administrado pelo Ministério da Saúde e Ação Social. Este programa consiste em distribuir pacotes de alimentos, de forma complementar com outros serviços sociais, às famílias carentes. No caso do Brasil, onde já existia um programa similar chamado Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), também operado pelo Ministério da Saúde, houve um aumento de US$ 140 para US$ 222 milhões, entre 1980 e 1984, do gasto com distribuição de alimentos.

[3] Ibid.
[4] Ver, em especial, o relatório final da pesquisa *O impacto da crise econômica no setor saúde no Brasil*, coordenada por Magalhães Vianna, Solón. Rio de Janeiro, Ipea/Iplan, dez. 1987. mimeogr.

Apesar da falta de estatísticas disponíveis, existem evidências de que o corte nos gastos sociais, praticado por alguns países latino-americanos, trouxe alguns efeitos sociais, como o aumento da evasão escolar (Costa Rica e Brasil), aumento da mortalidade infantil (detectado no Brasil entre 1983 e 1984, especialmente no Nordeste). Em outros países como México e Chile, os indicadores sociais, especialmente mortalidade infantil e esperança de vida, passaram a aumentar, embora com pouca intensidade, ao longo da crise.

Mas a questão social na América Latina é muito mais dramática em seu conteúdo estrutural. Os agravos conjunturais, em muitos casos, não fornecem a verdadeira dimensão das dificuldades que existem em alcançar padrões de gasto e fornecimento de políticas sociais similares aos existentes nos países desenvolvidos. Isto tem afetado, particularmente, as políticas de saúde, onde as estratégias relacionadas à universalização do acesso e eqüidade no atendimento esbarram nas restrições existentes na base de seu financiamento.

2. *Limites estruturais ao financiamento das políticas sociais na América Latina: o paradigma do Welfare State*

A garantia dos direitos sociais é um capítulo especial da longa marcha pela cidadania plena. Os países centrais, que hoje fornecem às suas populações um conjunto maior de direitos sociais do que os concedidos aos povos latino-americanos, percorreram para tal um longo caminho, onde as lutas e reivindicações dos trabalhadores – através dos sindicatos e partidos políticos – e as transformações na estrutura social, na natureza e no papel do Estado foram elementos decisivos.

Nesse contexto, as políticas sociais passaram a ser importantes elementos na estabilidade política e na acomodação ideológica das sociedades modernas, buscando corrigir, pela via dos benefícios, as desigualdades decorrentes da repartição da renda e da inserção social na produção, inerentes ao rol de imperfeições de uma sociedade de mercado. "Corrigir as injustiças existentes na esfera da produção, através de uma maior regressividade indireta (via benefícios) na esfera da distribuição, constitui uma das funções primordiais do Estado nas sociedades avançadas."[5]

A conquista dos direitos sociais pode ser historicamente sistematizada em três etapas. A primeira refere-se ao fornecimento de bens e serviços públicos às populações urbanas carentes e à criação de mecanismos de vigilância e controle das condições sociais, montados nos primórdios do capitalismo. Esta fase pode ser denominada de "assistencialista", dado que sua lógica fundamental era assistir às populações pobres, deserdadas *enclausures* e sem atributos profissionais para as novas ocupações urbanas. São exemplos das "ações sociais" dessa época as *poor laws* inglesas; as medidas de saúde pública, saneamento básico e vigilância sanitária (polícia médica) inspiradas, em parte, nas idéias de Peter Franck na Alemanha, e as instituições de educação e trabalho para crianças e adolescentes, como é o caso das *work-houses* da Inglaterra, nos séculos XVII e XVIII.

A etapa "assistencialista" dos direitos sociais não foi monopólio da ação estatal. Também a Igreja e demais instituições religiosas tiveram papel importante na

[5] Medici, A.C. & Silva, P.L.B. *Financiamento e gasto do setor saúde no Brasil até 1986: balanços, perspectivas e opções de política*. Trabalho de consultoria elaborado para o Banco Mundial. Rio de Janeiro, fev. 1987. mimeogr.

atenção (educacional ou médica) a indigentes e famílias pauperizadas. Na América Latina as instituições religiosas foram importantes elementos na construção do aparelho social. De qualquer forma, esta etapa tem seu apogeu no período anterior ao capitalismo industrial e, portanto, sua lógica deixa de responder às necessidades sociais e ao papel que o Estado passa a deter com a constituição da classe trabalhadora assalariada, nos séculos XIX e XX.

A segunda etapa refere-se ao nascimento e desenvolvimento da seguridade social, podendo assim ser chamada de "previdencialista". Com o desenvolvimento de uma classe trabalhadora assalariada majoritária nas sociedades recém-industrializadas, começam a se desenvolver, seja de forma autônoma, pelos trabalhadores (mutualismo), seja em conjunto com as empresas e o Estado, os mecanismos administrativos e financeiros de concessão de aposentadoria, pensões, seguros por acidentes de trabalho, atenção à saúde do trabalhador e de sua família, creches, auxílio à natalidade, etc.

Os beneficiários dos sistemas de previdência social eram, basicamente, os trabalhadores. Em alguns casos, os benefícios se estendiam às suas famílias; mas, de qualquer forma, a lógica da fase "previdencialista" era conceder benefícios sociais somente àqueles que, de uma forma direta ou por laços familiares com um trabalhador, estavam ligados ao aparelho produtivo. Os demais segmentos da população – indigentes, trabalhadores ligados ao setor informal do mercado de trabalho, famílias em situação de pobreza absoluta – não eram contemplados pelos mecanismos de seguridade social, tendo que recorrer às estruturas que restaram da fase "assistencialista", seja através do Estado, seja da sociedade civil.

Valer destacar que a passagem para a fase "previdencialista" não significa um desaparecimento da estrutura de ação social de cunho "assistencialista". Apesar do tipo de ação social prestada pelos mecanismos de seguridade social ser superior, não só qualitativamente como em quantidade, as estruturas "assistencialistas" permanecem vivas até hoje e, em algumas sociedades, detêm um peso bastante expressivo.

As estruturas "previdencialistas" fortalecem-se com o advento dos partidos sociais-democratas e sua tomada do poder em algumas democracias européias a partir dos anos 30. O difusão do fordismo enquanto modelo de organização (social e industrial) foi, também, um elemento importante na elevação dos salários reais das classes trabalhadoras, contribuindo ainda mais para o desenvolvimento das estruturas e mecanismos imanentes da seguridade social,[6] porque, tanto a social democracia, como o fordismo e, posteriormente, o keynesianismo representam uma nova relação entre empregados, patrões e Estado, a partir de um pacto social fundado mais na busca do consenso do que na exacerbação das divergências históricas de classe. Tal pacto estabelece o embrião de uma sociedade mais redistributiva no interior dos países centrais, tendo sido o principal sustentáculo da longa estabilidade dessas economias, que se verifica no pós-guerra.

Esta nova relação empregados/patrões/Estado, que surge com o fordismo, com a social democracia e com o keynesianismo, estabelece as condições que impulsionam o modelo "previdencialista" no caminho de sua generalização. Os mecanismos de financiamento da seguridade social, que na sua origem[7] englobavam contribuições dos empregados e das empresas, passam cada vez mais a incorporar

[6] Ver, a respeito, o artigo escrito por Gramsci, Antonio. Americanismo e fordismo. In: *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. 3. ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.

[7] Exceção deve ser feita à Alemanha, onde o Estado desde cedo participou da administração dos mecanismos de política social.

o Estado, assumindo uma forma tripartite. Ao mesmo tempo, o próprio Estado aumenta o escopo de sua legislação trabalhista e social, passando a deter importante papel na negociação salarial e na regulação do nível de emprego. Com esse novo desenho da sociedade e do Estado, criam-se as condições para a regularização do trabalho dos setores informais e, conseqüentemente, para a incorporação da quase totalidade dos segmentos assalariados ao modelo "previdencialista".

A generalização do sistema de seguridade social, com o alargamento do papel do Estado, trouxe como corolário uma redução da forma clássica de conflito de classe patrões/empregados. Isto não significou a eliminação das greves, embora tivesse aumentado a permissividade das empresas e o aval do Estado com relação às estratégias econômicas da classe operária. Ao mesmo tempo, a elevação do padrão de vida das massas diluiu a concepção "classista" de política social e desenvolveu uma outra baseada no conceito de cidadania. As políticas sociais passam, assim, a ser pensadas como "direito de todos e dever do Estado".

Antes da Segunda Guerra Mundial, portanto, houve um grande fortalecimento das estruturas da Previdência Social, advindo do crescimento do papel do Estado, do fordismo e das estratégias de recuperação econômica postas em marcha a partir da crise de 1929. Com o advento da guerra, multiplicam-se as estruturas sociais estatais destinadas a prover benefícios e cuidados à saúde da população, independentemente desta deter ou não vínculo previdenciário. O esforço de guerra representou um fortalecimento ainda maior das relações Estado/sociedade civil, o que contribuiu de forma crescente para generalização do acesso às políticas sociais.

No plano internacional, os efeitos da guerra também foram importantes ingredientes para a reforma das políticas sociais nos marcos do keynesianismo: "Sem a paz americana, sem o desenvolvimento de um sistema monetário internacional baseado no dólar e tornando possível uma acumulação internacional, o Estado keynesiano provavelmente não teria se desenvolvido. Esta internacionalização sem precedentes do mundo capitalista e de seu quase Estado internacional, os EUA, condicionou a sua expansividade histórica. Mesmo tendo passado sempre por ritmos e formas nacionais específicos: social-democrata, trabalhista, gaullista e centro-esquerda à italiana."[8] Ao mesmo tempo, a ajuda americana à reconstrução européia no pós-guerra, consubstanciada em boa parte no Plano Marshall, trouxe recursos para reaparelhar hospitais, escolas, enfim, vários aparelhos destinados à prestação de serviços no campo das políticas sociais no continente europeu.

A terceira etapa – a universalização das políticas sociais – inicia-se, assim, com o pós-guerra, assegurando de forma plena o acesso integral dos bens e serviços de natureza pública, independentemente da contribuição ou vínculo previdenciário da população. Esta etapa pode ser chamada de "universalista", na medida em que o Estado passa a assegurar maior eqüidade e garantir um patamar mínimo de direitos sociais a cada cidadão. Por outro lado, ela coincide com a chamada era do Welfare State.

"Mesmo que fosse de maneira desigual, o Welfare State pretendia satisfazer as necessidades, reduzir as desigualdades, a marginalidade social, suprimir a pobreza, desenvolver as tecnologias e toda uma política social de redistribuição."[9]

Mas apesar dessas intenções, seria difícil estender esses benefícios a toda a população e alargar o escopo das políticas sociais nas nações européias, não fosse o advento de uma série de fatores de ordem econômica e social. Numa conjuntura

[8] Buci-Glucksmann, C. & E. Therborn, J. *Le dèfi social-démocrate*. Paris, François Maspero, 1981.
[9] Id. ibid.

onde a quase totalidade dos trabalhadores é contribuinte dos mecanismos de seguridade social e suas famílias são, igualmente, beneficiárias desses mecanismos, o gasto público adicional em universalizar as políticas sociais, tornando-as atributo de cidadania, é muito pequeno.

Os limites iniciais não se encontravam, portanto, no âmbito do financiamento, mas sim na esfera político-institucional. Além do mais, a partir do pós-guerra, as nações européias se conscientizaram da necessidade de reconstruir suas sociedades com base em um novo contrato social, onde a crescente ampliação do Estado e de seu papel exigia um novo desenho das instituições públicas, bem como mudanças no âmbito dos mecanismos de administração e financiamento.

Assim, na fase universalista, o financiamento das políticas sociais deixa progressivamente de ter como base os mecanismos da seguridade social. A tributação ordinária, a partir de impostos diretos e indiretos, enquanto prova do exercício da cidadania de todos, passa a ser o espaço privilegiado de financiamento destas políticas. Aliás, uma política social universal deve ser coberta por mecanismos igualmente universais de custeio. Portanto, mais do que a concessão de novos direitos sociais, o Welfare State representou uma reinterpretação do conceito de cidadania.

No caso da América Latina, o desenvolvimento destas três fases da cidadania social não se apresentou, até hoje, de forma completa. Apesar de poder ser, igualmente, identificada uma fase "assistencialista" na história da política social latino-americana, vale comentar a abrangência restrita desse fenômeno. Não se tratava de um assistencialismo coincidente com uma fase de urbanização acelerada ou cercamento de terras rurais, a exemplo do que ocorreu em alguns países europeus, particularmente na Inglaterra. O desenvolvimento das cidades latino-americanas (e o conseqüente aparecimento de um lumpesinato objeto dos mecanismos assistencialistas) só começa a se intensificar na passagem do século XIX para o século XX. Mesmo assim, o legado da fase assistencialista foi importante na montagem dos aparelhos de educação e saúde, especialmente no que diz respeito ao papel e à importância da Igreja Católica.

Destaca-se, no entanto, nesse período, a criação de hospitais por iniciativa privada ou de órgãos ligados à Igreja e outras organizações filantrópicas. Alguns desses hospitais destinavam-se aos cuidados com doenças infecto-contagiosas, como é o caso da lepra e da tuberculose. Muitos deles, criados inicialmente com objetivos diretamente assistenciais, transformam-se, paulatinamente, em locais de segregação para a proteção coletiva. É, também, nesse período que se desenvolvem os organismos destinados à proteção à saúde, enquanto conjunto social. Inicialmente ligados às capitanias dos portos, ao Exército, às Secretarias de Polícia ou aos Ministérios do Interior, esses órgãos, inicialmente organizados sob a forma de Conselhos, assessoravam o Poder Executivo em questões relacionadas à saúde pública. Foi o caso do Consejo Superior de Higiene Publica, na Argentina e Venezuela; do Consejo Superior de Sanidad, do México; do Consejo Superior de Salubridad en El Salvador. [10]

Mas, em geral, boa parte do desenvolvimento da cidadania social na América Latina esteve associada aos mecanismos de cooptação da classe trabalhadora ou, até mesmo, às formas embrionárias de incentivo à formação do trabalho assalariado no Continente. Embora a cooptação dos trabalhadores pelo Estado não seja uma característica latino-americana, nos países da região ela assumiu formas pecu-

[10] Veronelli, Juan Carlos. Ministérios y Sistemas de Servicios de Salud en América Latina. In: *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D. C., OPS, *100* (1): 1-30, 1986.

liares. Em geral, tais mecanismos de cooptação se inserem no que foi anteriormente conceituado como "fase previdencialista" dos direitos sociais. Assim, começam a surgir os mecanismos de Seguro Social Obrigatório, no Chile (1925), Brasil (1934), Equador (1935), Peru (1936), Venezuela (1940), Costa Rica e Panamá (1942), Paraguai (1943), Argentina (1944), Colômbia e Guatemala (1946), República Dominicana (1947), Bolívia e El Salvador (1949).

O termo "cooptação" tem sido interpretado, em muitos casos, como uma manipulação das classes trabalhadoras por um Estado dirigido por interesses oligárquicos e empresariais e completamente impermeável aos interesses e necessidades da classe trabalhadora. Nesta concepção, as classes trabalhadoras estariam sempre sendo manipuladas pela concessão de alguns benefícios que nada mais seria do que paliativos para suas péssimas condições de vida. O aparelho repressivo funcionaria lado a lado dos mecanismos de cooptação, de forma que "quem não se contentasse com o bem-bom seria tratado com o porrete". Na realidade vivida pelos países latino-americanos, no entanto, as práticas de cooptação vão muito além desta visão simplista.[11]

Apesar de terem como resultado a incorporação das classes trabalhadoras ao controle social e político do Estado, os mecanismos de cooptação na América Latina foram, em muitos países, respostas preventivas às futuras pressões que poderiam ser feitas pelas classes menos favorecidas pela concessão de direitos sociais e políticos. Boa parte da legislação trabalhista e previdenciária surge, no contexto dos países latino-americanos, quando ainda era incipiente o processo de formação de um mercado de trabalho urbano assalariado.

Portanto, os mecanismos de cooptação tinham por objetivo garantir metas relacionadas à estabilidade política, apoio das classes trabalhadoras, legitimidade popular, ordem social e disciplina no trabalho. Mas, mesmo assim, eles fazem parte do processo de modernização (conservadora) das relações sociais nos países latino-americanos, inserindo-se dessa forma no contexto mais geral de conquista dos direitos sociais.

Os chamados "benefícios sociais" na América Latina se desenvolveram, a partir de então, no seio de uma lógica burocrático-clientelista que tinha como objeto os sindicatos e demais organizações corporativas da classe trabalhadora, tanto dentro como fora do aparelho de Estado. As organizações corporativas mais fortes, ao exercerem maior poder de pressão, conseguiam uma maior gama de benefícios, o que cristalizava privilégios, gerava grande iniqüidade entre os diversos segmentos da população e fracionava os interesses dos trabalhadores.[12]

Em suma, o desenvolvimento dessa política de segmentação dos direitos sociais foi a principal característica que diferencia a etapa previdencialista na América Latina e nas nações desenvolvidas. No entanto, ela foi acompanhada por uma série de inconvenientes, cabendo destacar.

a) a grande iniqüidade entre os benefícios e serviços garantidos às distintas categorias de trabalhadores;

b) a existência de grandes segmentos da população e dos trabalhadores não cobertos pelos mecanismos de seguridade social, como é o caso dos chamados "setores

[11] A este respeito ver: Abranches, Sérgio Henrique. *The Politics of Social Welfare Development in Latin America*. Trabalho apresentado na sessão especial sobre "A política de desenvolvimento do Estado de bem-estar social", do 12º Congresso Mundial da Associação Internacional de Ciência Política, Rio de Janeiro, 9 – 14 ago. 1982.

[12] Abranches, S.H. op. cit.

informais " do mercado de trabalho que, em alguns países da região, representam mais de 60% da população;

c) a criação de complexas estruturas de administração das políticas sociais, caracterizadas pelo gigantismo, pela duplicação de esforços, pela pulverização das fontes de financiamento, pela ineficiência, pelo clientelismo e, em alguns casos, pela corrupção;

d) a dificuldade de criar mecanismos de integração do financiamento e gestão dessas políticas, tendo em vista alcançar a fase "universalista".

A questão da iniqüidade dos benefícios e serviços é uma decorrência da existência de categorias laborais com diferentes níveis de organização e essencialidade na estrutura econômica de cada país. As categorias mais fortes (que costumam ser as que detêm maiores salários e, conseqüentemente, uma massa de contribuições de maior valor) são, geralmente, as que detêm uma maior gama de benefícios ou os serviços de melhor qualidade e cobertura. O caso argentino exemplifica bem esta questão.

Na Argentina, a estrutura (previdencialista) de fornecimento da assistência médica encontra-se fundada numa contribuição específica para a saúde, que é descontada dos salários dos trabalhadores e da folha de salários das empresas. A administração desses recursos é pulverizada por categoria profissional, de modo que cada categoria administra uma determinada Obra Social.[13] Portanto, a administração da estrutura dos serviços de saúde (de natureza previdencialista) é feita, basicamente, pelas grandes corporações sindicais. Em função, porém, da diferença de "poder de fogo" de cada categoria, pode-se dizer que das 350 Obras Sociais, 60 abarcam 90% da população beneficiária. Em termos de cobertura, as Obras Sociais mais ricas têm garantido aos seus beneficiários melhores serviços, mediante utilização da rede privada contratada, hotelaria hospitalar, exames complementares altamente sofisticados e medicamentos. Já as Obras Sociais mais pobres não têm acesso a esses serviços, tendo que recorrer, em muitos casos, aos serviços ofertados pela rede pública e disputar espaço com os "excluídos" do sistema, ou seja, autônomos e indigentes.[14]

A ausência de cobertura de amplos segmentos da população é outra característica das políticas sociais, particularmente de saúde, dos países latino-americanos. No Brasil, até bem pouco tempo (1984) cerca de 40% dos trabalhadores urbanos não contribuíam para a Previdência Social e, portanto, uma boa parcela da população estava excluída dos programas de assistência à saúde. Os trabalhadores rurais, embora em tese cobertos por alguns programas de assistência, não tinham cobertura efetiva, devido às limitações da rede de serviços. Hoje vêm-se processando profundas transformações no sistema de saúde brasileiro, no sentido de universalizar a atenção médica e acabar com as distinções entre contribuintes e não-contribuintes. Mas grande parte da população latino-americana não se encontra coberta pelos serviços de saúde, seja pela ineficácia da rede pública universal, seja pela estreiteza da base de contribuição e cobertura dos sistemas ligados à Previdência Social.

A questão do gigantismo das máquinas de administração e da pulverização das fontes de financiamento tem sido outro problema das políticas sociais na América

[13] As Obras Sociais na Argentina são entidades organizadas por categoria profissional e administradas por dirigentes sindicais, destinadas a prestar cuidados de saúde aos trabalhadores contribuintes e suas famílias.

[14] Ver, a este respeito: Médici, A. C. Observaciones sobre el financiamiento del sistema de salud argentino, Rio de Janeiro, IEI/UFRJ, 1988. (Série Textos para discussão).

Latina. Os sistemas de saúde em vários países são financiados por fontes federais, estaduais e municipais. Das fontes federais, temos as fontes baseadas nas folhas de salários, que constituem a maior fonte de recursos, as baseadas em tributação ordinária e as baseadas em fundos sociais especiais.[15] Em geral, a cada fonte de financiamento corresponde uma estrutura gerencial, com seus programas e prioridades definidas. A ausência de coordenação multiinstitucional acaba por gerar duplicações de recursos em determinados programas, ao lado da inexistência de aplicações em outras áreas prioritárias. Tem-se, assim, abundância de recursos em determinadas áreas e ausência em outras.

É verdade que, hoje, muitos países da América Latina vêm discutindo formas de integração multiinstitucional, aliadas a processos de descentralização das máquinas administrativas. No entanto, tais esforços têm esbarrado, em curto prazo, na escassez de recursos e quadros técnicos para conduzir o processo, bem como em pressões corporativas que impedem alterações mais profundas no sistema. Neste particular, cabe mencionar que as estruturas descritas sedimentam privilégios e mecanismos de clientelismo e corrupção, os quais são difíceis de dissolver. Na Argentina, por exemplo, as Obras Sociais mais ricas concedem a seus beneficiários uma atenção médica tão diferenciada da prestada pelas Obras Sociais com menos recursos que fica difícil unificar o sistema e garantir maior eqüidade.

A concessão diferenciada de privilégios transforma a solidariedade sindical em individualismo coletivo, consolidando os privilégios das categorias mais bem organizadas. Essa tem sido uma das principais formas (populistas) de cooptação política dos segmentos avançados do sindicalismo na América Latina: pulverizar a unidade dos trabalhadores a partir da segmentação de seus interesses corporativos. Mas, ao mesmo tempo, tem sido o principal obstáculo à universalização das políticas sociais, pois impede a transformação de benefícios diferenciados em atributos de cidadania, nos moldes de maior eqüidade.

Além de todos esses problemas, os mecanismos de cooptação propiciam, em maior grau do que ocorre nos países desenvolvidos, uma "privatização" dos interesses do Estado. Nos países desenvolvidos, a universalização das políticas sociais imprime uma lógica mais racional à administração dos benefícios concedidos. Políticas de compras centralizadas ou normatizadas centralmente, critérios uniformes para concessão de benefícios e prestação de serviços, maior controle da gestão e dos recursos por parte do Legislativo e dos movimentos sociais permitem minimizar as fraudes e os privilégios, garantindo, em contrapartida, uma administração mais ágil e menos onerosa.

Na América Latina, em contrapartida, ocorrem, em simultâneo, diferentes tipos de processos de privatização dos interesses do Estado.[16] Um deles seria a privatização da lógica do Estado, ou seja, imprimir à administração das políticas sociais determinados critérios de lucratividade somente compatíveis com as estratégias empresariais do setor privado. Um exemplo pode ser dado pela administração das companhias de águas e esgotos em alguns Estados brasileiros, que têm privilegiado investimentos em áreas onde o retorno econômico é potencialmente maior e mais rápido. Com isso, os segmentos mais carentes da população, em virtude de sua baixa capacidade de pagamento, são os últimos a receber tais serviços (quando

[15] O Brasil é um exemplo vivo da existência de diversos fundos sociais que participam, de forma desordenada, da estrutura de financiamento dessas políticas.
[16] Abranches, S.H. op. cit.

os recebem), o que reduz suas esperanças de vida aumentando a morbidade potencial através de doenças de veiculação hídrica.[17]

Um segundo tipo de privatização[18] são as chamadas compras de serviços do setor privado. Este parece ter sido um critério adotado pela seguridade social de países como Argentina, Brasil, Chile e México. Assim, os órgãos da seguridade social (centralizados, como no Brasil, ou descentralizados, como na Argentina) compram serviços assistenciais (hospitalares ou ambulatoriais) da rede privada de saúde, através de credenciamentos, contratos ou convênios, garantindo uma reserva de mercado para o setor médico-ambulatorial privado. Este tipo de privatização cria, obviamente, muitas oportunidades de corrupção e clientelismo. No caso brasileiro, por exemplo, muitas empresas médicas cobram por procedimentos mais caros do que os efetivamente realizados, ou então, na ausência de mecanismos de fiscalização, cobram taxas adicionais por serviços que já são pagos pelos órgãos de seguridade social. Na Argentina, a corrupção ocorre, em muitos casos, por parte dos dirigentes das Obras Sociais, que recebem por fora para contratar certas empresas médicas ou acobertar suas fraudes.

Uma terceira forma de privatização dos interesses do Estado são as isenções e incentivos fiscais dados ao consumo de serviços de saúde. Para exemplificar, isenções no imposto de renda relativas ao gasto com saúde, tanto por parte das empresas como por parte das famílias, tendem a beneficiar as classes de renda mais elevada. As populações mais pobres, por terem sua renda associada às empresas de menor porte e ao mercado de trabalho informal (que em geral não provêm serviços próprios de saúde para seus empregados) ou não atingirem o piso para pagar impostos, acabam por gastar proporcionalmente muito mais com saúde do que os demais segmentos da população. Este critério também tende a privilegiar determinados grupos ou categorias funcionais, pois os empregados em empresas com serviços próprios de saúde recebem, além dos serviços custeados pela seguridade social, os serviços de suas empresas, que apesar de aparentemente pagos por elas são, na verdade, indiretamente custeados pelo Estado.

Resumindo, as condições em que se gestou o desenvolvimento dos direitos sociais na América Latina não permitiram resolver os problemas estruturais de ausência de cobertura e iniqüidade. A maioria dos países da região não apresenta, sequer, um desenvolvimento pleno da fase "previdencialista" e encontra-se bastante distante de qualquer esforço de universalização. A crise econômica que se instaurou no quadro latino-americano desde os anos 70 trouxe, no campo das políticas sociais, dois tipos de alternativa para os governos:

a) reformular radicalmente os mecanismos de financiamento, cobertura e gestão dessas políticas;
b) reinventar estratégias típicas da fase assistencialista, como é o caso dos programas de alimentação e nutrição que proliferam em vários países da região, nos últimos anos.

Cabe mencionar, quanto a este último ponto, que os programas assistencialistas de distribuição de alimentos têm sido avaliados, na maior parte dos países latino-americanos, como de baixa eficiência e baixo retorno social, além de serem próprios para incentivar o clientelismo político-eleitoral e a corrupção.

[17] Sobre este ponto, ver: Fagnani, E.; Braga, J.C.; Silva, P.L. Recessão e Financiamento das Políticas Sociais. São Paulo, Iesp/Fundap, n. 7, set. 1986 (Série Textos para discussão).
[18] Abranches, S.H. op. cit.

Portanto, diferentemente do ocorrido com os países europeus, onde o impacto da crise das políticas sociais abalou os mecanismos financeiros do Welfare State, acarretando reduções no alcance dos programas sociais, a crise econômica na América Latina veio a deteriorar ainda mais o quadro estrutural de baixa cobertura e iniqüidade existente nos países da região. Neste particular, vale destacar que a universalização das políticas sociais na América Latina, tomando como paradigma o Welfare State, não pode ser pensada sem uma reformulação total dos mecanismos de financiamento e das estratégias de cobertura dos programas sociais. Além dos aspectos técnicos de difícil solução que tal questão desperta, estão envolvidas demoradas negociações políticas, cujo produto adequado deveria ser um novo e solidário pacto social.

3. *Os impactos da crise econômica no volume de gastos e no nível de saúde nos países latino-americanos*

Os mecanismos públicos de financiamento das políticas de saúde na América Latina têm, como principais fontes, os recursos do orçamento fiscal (do Governo Federal, das províncias e das municipalidades) e os recursos oriundos dos mecanismos de seguridade social. Embora a composição interna desses recursos varie bastante de país para país, pode-se dizer que, em média, a maior fatia dos recursos destinados ao setor provém da seguridade social. Em termos complementares, pode-se dizer que algumas nações lançam mão de fundos sociais especiais para o custeio de programas especiais de saúde.

Ao longo da recente crise econômica muitos países latino-americanos tiveram que se submeter a estratégias ortodoxas de ajuste à crise, em função das estratégias de negociação da dívida externa junto ao FMI e aos organismos financeiros internacionais. Este foi o caso, por exemplo, da Argentina, Brasil e Chile que, pelo menos até 1984, estavam entregues a ditaduras militares que pouco valorizavam a criação de mecanismos endógenos de crescimento econômico através da elevação real dos salários e da expansão do investimento governamental. A tônica dessas estratégias de ajuste era o arrocho salarial e o corte dos gastos públicos. Neste particular, muitos cortes foram feitos nos programas sociais dos governos e o setor saúde não deixou de ser afetado por este desempenho.

Analisando-se os gastos públicos federais em saúde dos distintos países da região observa-se uma grande discrepância. A tabela 4 revela a existência de distintos níveis de gasto público federal com saúde nos diversos países da América Latina e Caribe. Como os dados excluem os recursos da Previdência Social, não se pode fazer comparações sobre a magnitude do gasto em saúde *per capita* por país, dado que cada um deles apresenta um *mix* diferente de gasto público direto e gasto previdenciário com saúde, de acordo com o desempenho do seu sistema de financiamento e gestão setorial.

No entanto, pode-se observar que a maioria dos países da região, representados na tabela 4, reduziu seu volume de gastos federais não previdenciários *per capita* com saúde a partir de 1980 e até 1984. Como a estrutura de gastos é relativamente rígida a curto prazo, supõe-se que tal redução ocorreu devido à contração real das bases de financiamento em função da crise. Assim, somente países como Bahamas, Haiti, Nicarágua, Panamá e Trinidad e Tobago têm mantido ou aumentado os gastos públicos com saúde durante a recessão.[19] Nota-se, no caso da Nicará-

[19] Musgrove, P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. In: *International Journal of Health Services*, Washington, Baywood, *17* (3), 1987.

Tabela 4
América Latina e Caribe
Evolução dos gastos federais anuais *per capita*
com saúde (exceto Previdência Social)
1970-84
(Em US$ de 1982)

Países	Anos de referência				
	1970	1978	1980	1982	1984
Argentina	7,98	11,47	11,38	6,03	9,80
Bahamas	-	257,19	220,71	210,43	224,38
Barbados	127,46	188,65	151,16	115,47	118,98
Bolívia	5,82	7,33	10,94	2,44	-
Brasil	10,66	23,34	23,89	27,34	-
Colômbia	6,04	8,22	8,34	7,89	-
Costa Rica	13,61	20,88	29,16	16,76	24,34
Chile	21,16	21,61	27,08	25,99	20,64
Equador	2,83	10,67	12,69	14,70	13,16
El Salvador	-	12,47	12,90	10,81	8,72
Guatemala	-	14,50	22,47	18,34	9,38
Guiana	-	21,96	-	-	-
Haiti	2,44	3,03	2,70	3,81	-
Honduras	8,97	15,42	15,44	15,74	13,09
Jamaica	49,72	60,18	64,63	64,10	52,70
México	-	8,24	8,16	-	-
Nicarágua	10,13	27,27	34,50	38,01	-
Panamá	-	20,65	33,46	34,97	-
Paraguai	3,83	6,18	6,36	13,51	10,83
Peru	-	12,18	10,96	-	17,58
República Dominicana	14,78	-	24,07	14,09	12,87
Suriname	-	-	10,30	8,28	-
Trinidad e Tobago	-	42,89	41,58	80,15	70,41
Uruguai	-	20,79	25,69	21,52	-
Venezuela	34,93	48,93	32,31	38,22	-

Fonte: Dados produzidos pelo BID e usados por Musgrove, P.

gua, uma forte mudança de patamar do gasto *per capita* com saúde, o que revela, certamente, uma alteração das prioridades de gasto governamental em prol do aumento dos recursos alocados a políticas sociais.

A tabela 5 mostra que a maioria dos países da região reduziu sensivelmente o volume *per capita* de gastos federais com saúde no período mais duro da recente crise econômica (1980-84). As evidências ao nível de cada país mostram também que, ao longo dos últimos 10 anos, ocorreu forte redução do gasto dos programas de seguridade social em saúde.

A redução dos gastos públicos com saúde está correlacionada, evidentemente, a uma redução do gasto privado no setor. Os gastos com saúde detêm alta elasticidade-renda e, assim, respondem negativamente às reduções no volume de renda

Tabela 5
América Latina e Caribe
Taxas de crescimento bruto do gasto federal *per capita*
em saúde em alguns países
1980-84
(Em %)

Países	Taxa de crescimento bruto: 1980-84
Argentina	-13,9
Bahamas	1,7
Barbados	-21,3
Costa Rica	-16,9
Chile	-23,8
Equador	3,7
El Salvador	-32,4
Guatemala	-58,3
Honduras	-15,2
Jamaica	-18,5
Paraguai	70,3
Peru	60,4
República Dominicana	-46,5
Trinidad e Tobago	69,3

Fonte: Dados produzidos pelo BID e usados por Musgrove, P. op. cit.

de que a população dispõe. Quando tal fenômeno ocorre, os segmentos populacionais que anteriormente podiam pagar por serviços privados, passam a recorrer aos serviços públicos. Tais segmentos, normalmente, são mais bem relacionados ou sabem se movimentar com maior agilidade nos meandros da burocracia pública. Assim, passam a conseguir atendimento prioritário, o que, aliado à redução real de cobertura propiciada pela crise, acaba por expulsar as camadas de mais baixa renda para além das filas de atendimento. Como afirmou Musgrove:

"Cuando los ingresos disminuyen, también lo hace el gasto en servicios médicos privados en mayor medida que la proporcional: una disminución del 10% de los primeros produce aproximadamente una disminución del 12% de los gastos médicos. Por ello, la sobrecarga de los servicios públicos es mayor que lo cabría inferir del cambio de los ingresos unicamente. Este desplazamiento de demanda privada hacia el sector público afecta especialmente la hospitalización y los honorários de los médicos, pero apenas los medicamentos, por lo que la demanda de servicios públicos puede aumentar precisamente en los sectores más costosos y en los que más interesa hacer recortes. Aún cuando no se limite el gasto público por habitante, el gasto por paciente puede descender. En las poblaciones pobres, el número y la calidad de las consultas públicas reducen la mortalidad infantil y aumentan la esperanza de vida, como se ha visto en los estudios anteriores a la recesión realizados en Perú y Chile. Las reducciones en los servicios reales, o incluso una producción constante sometida a un incremento de la demanda pueden tener

por tanto peores consecuencias para la salud que lo que sugieren los indicadores económicos."[20]

Nesta perspectiva, o impacto da crise na cobertura real dos serviços e no estado geral de saúde da população pode até mesmo ser pior do que revelam os dados de contração dos gastos federais com saúde nos países da região. A queda nos níveis de rendimento da população provoca, geralmente, aumentos nos níveis de morbidade e mortalidade, mormente a infantil, com o forte retorno de *causas mortem* ligadas à desnutrição ao longo da gravidez e dos primeiros anos de vida.

Tabela 6
Bolívia
Causas de mortalidade infantil (antes de 1 ano de idade)
1973-82
(Em %)

Causas de morte	Anos de referência	
	1973	1982
Causas relacionadas ao aparelho respiratório	37,1	15,0
Causas relacionadas ao aparelho digestivo	21,9	50,4
Causas perinatais (ligadas à complicações pós-parto)	21,7	10,8
Sarampo	5,8	3,4
Outras causas infecciosas	3,4	6,5
Anomalias congênitas	1,7	0,0
Outras causas	8,2	7,7
Desnutrição	0,2	6,2
Total	100,0	100,0
Total das causas relacionadas ao baixo estado nutricional	34,3	63,3

Fonte: Musgrove, P. op. cit.

A tabela 6 mostra a estrutura das causas de mortalidade infantil (anterior a um ano de idade) na Bolívia, em dois momentos específicos: antes da crise (1973) e durante a crise (1982). Observa-se que as doenças relacionadas à desnutrição aumentam vultosamente entre as principais causas de óbitos do período.

[20] Id. ibid.

Assim, entre 1973 e 1982, as causas ligadas à desnutrição passam de 34,3% para 63,3% no contexto estrutural de mortalidade infantil da Bolívia, o que pode ser melhor visualizado pelo brutal aumento da percentagem de mortalidade infantil relacionada a doenças do aparelho digestivo, as quais passam de 21,9% para 50,4% das causas de mortalidade infantil naquele país, no período em questão.

Ao longo da recessão pode-se observar, também, um aumento dos níveis de mortalidade infantil. Tomando-se como exemplo a cidade de São Paulo – a mais populosa da América do Sul – a taxa de mortalidade infantil (antes de um ano) por mil crianças nascidas vivas aumentou de 44,1% para 51,8% entre 1983 e 1984, o que mais uma vez demonstra a existência de altas correlações entre queda dos níveis de renda e aumento da mortalidade infantil.

Para se ter uma dimensão dos impactos da crise econômica na dinâmica dos serviços e no financiamento do setor saúde na América Latina, caberia analisar o que ocorreu em alguns países selecionados da região.

4. *Crise e sistemas de saúde na Argentina*[21]

Em termos latino-americanos, pode-se dizer que a Argentina foi um dos primeiros países do Continente a organizar e financiar um sistema de saúde que, apesar de se espelhar nos moldes da seguridade social, é independente da estrutura previdenciária. Esse sistema – composto pelas chamadas Obras Sociais – foi montado nos anos 40, durante o governo de Perón.

Tal fato encontra-se relacionado à precocidade (latino-americana) de seu processo de industrialização e constituição de uma classe operária de grande peso social e político, ainda na primeira metade do século XX, quando chegou a ser a sexta economia mundial. Nos anos 50, o grau de formalização e cobertura previdenciária da população argentina já chegava a mais de 70%, enquanto nas demais economias latino-americanas essa proporção era significativamente inferior.

Nos últimos 20 anos, no entanto, a economia argentina vem passando por um paulatino processo de estagnação acompanhado pela destruição e sucateamento de parte do parque produtivo instalado e pela perda gradativa da capacidade regulatória do Estado sobre a economia e as políticas sociais, questão que se acirrou no período da ditadura militar. Já nos anos 80, o fim da ditadura militar e as medidas de reorganização da economia tomadas pelo Governo democrático de Raul Alfonsín trouxeram perspectivas de ruptura desse processo de estagnação e ingovernabilidade. No entanto, para tal, reconhece-se a necessidade de redefinições, no Estado, nas políticas sociais e, particularmente, nas políticas de saúde, tendo em vista garantir um perfil mais redistributivo das ações sociais do Estado.

Grande parte da rede pública de serviços de saúde na Argentina foi construída durante o primeiro governo de Perón. O número de leitos públicos de internação, que se situava em torno de 70.000 ao final dos anos 40, ultrapassou os 100.000 ao início dos anos 50. Com o término desse governo, o crescimento da rede pública parou e até mesmo diminuiu, havendo, em decorrência, um forte incremento da rede privada de serviços que, até hoje, tem encontrado nas Obras Sociais, custeadas pelas contribuições das empresas e dos trabalhadores, sua principal fonte de expansão e manutenção. Dados de 1980 mostram que o número de leitos públi-

[21] Esta parte do trabalho tem como base o artigo de Médici, A.C. Observaciones sobre el financiamiento del sistema de salud argentino, op. cit.

cos na Argentina era de 94.883. Naquele ano, o setor público detinha 63,3% dos leitos e 52,3% dos estabelecimentos assistenciais. Mesmo assim, pode-se observar na Argentina, nos últimos anos, um processo de privatização, que se enquadra no arcabouço conceitual desenvolvido no item 2 desse trabalho. Tal processo ocorreu num contexto de crescente iniqüidade, onde há grande número de trabalhadores e famílias não cobertas pelos mecanismos das Obras Sociais, de atenção à saúde.

A continuada ausência de investimentos no setor público de prestação de serviços de saúde, nos últimos anos, tem aumentado a obsolescência e a deterioração da rede de saúde governamental. Com isso, a atenção médica dedicada aos excluídos é escassa e de má qualidade.

As estatísticas oficiais indicam que a cobertura das Obras Sociais abarcava 74% da população argentina em 1986, embora fontes não governamentais indiquem que tal cobertura mal chega aos 60%. A situação se torna mais grave ainda diante do crescente desemprego e subemprego, demonstrado pelo incremento do número de trabalhadores por conta própria que não estão cobertos pelas Obras Sociais. Paralelamente, cada Obra Social tem um padrão de cobertura, o que traz grandes iniqüidades entre os beneficiários do sistema. O desenvolvimento das Obras Sociais, associado à privatização dos serviços de saúde, tem trazido a generalização de uma medicina de especialidades. Apesar do razoável atendimento público descentralizado através de medidas clássicas de saúde pública (vacinação, erradicação de endemias, etc.), não existe adequada integração da atenção médica com as medidas de saúde pública na porta de entrada do sistema, aumentando a procura por níveis de complexidade mais altos, quando boa parte dos casos poderia ser resolvida por um atendimento ambulatorial adequado.

A sociedade argentina caracteriza-se, também, por uma medicalização excessiva e por uma forte sobre-oferta de médicos, apesar da má distribuição destes profissionais. Algumas regiões chegam a ter 3.000 habitantes para cada médico, enquanto a média nacional se situa em um para 400. Por outro lado, existe forte consumo de medicamentos, estimulado pelos grandes grupos industriais do setor que têm, na medicalização especializada, seu principal elo de difusão.

4.1 A estrutura gerencial do setor saúde na Argentina

O setor saúde na Argentina detém quatro grandes segmentos: o setor público Federal; o setor público das províncias e municipalidades; as Obras Sociais e o setor privado prestador, no qual se inclui a modalidade de pré-pagamento por serviços.

O Setor Público Federal corresponde à Secretaria de Saúde do Ministério de Saúde e Assistência Social (MSAS), o qual cuida, além de questões relacionadas à saúde, dos programas de habitação, saneamento básico, assistência social, recreação e lazer.[22] Apesar de todas essas funções, a Secretaria de Saúde detém bastante autonomia com relação ao Ministério. Seu papel normativo relaciona-se às questões de saúde pública. Apesar de conter uma pequena rede hospitalar, seu papel é pouco expressivo na oferta de serviços de saúde.

O setor público das províncias e municipalidades detém uma rede de serviços ambulatorial e hospitalar de grandes proporções. Por ser um país de forte tradição

[22] A Constituição argentina não permite a existência de mais de seis ministérios públicos, o que leva à aglutinação de múltiplas funções num único organismo ministerial.

federalista, o nível local detém mais importância do que o federal na prestação de serviços públicos e, em particular, de saúde. Este setor é particularmente importante para os trabalhadores por conta própria, os desempregados e os subempregados que, a rigor, não estão cobertos pelas Obras Sociais. Estima-se que este setor detenha um gasto com saúde cerca de quatro vezes superior ao do setor público federal.

As Obras Sociais, criadas a partir dos anos 40 são uma decorrência do desenvolvimento do sindicalismo aliado às práticas de cooptação populista na Argentina. Seu desenvolvimento prévio pode ser encontrado, desde o início do século XX, nas caixas mutualistas organizadas por empresas e pelos trabalhadores com o objetivo de fornecer pensões, pecúlios, aposentadorias, serviços de saúde, recreação e lazer para seus afiliados. Nos anos 40, o primeiro governo Perón tornou obrigatória a contribuição dos empregados e empresas para as Obras Sociais, criando a primeira legislação sobre o assunto e vinculando o recurso única e exclusivamente ao gasto com saúde (90% dos recursos), recreação e lazer (10% dos recursos).

Existem hoje, na Argentina, cerca de 350 Obras Sociais. No entanto, desta poucas detêm condição financeira para prestar serviços de boa qualidade. Existe, assim, forte iniqüidade entre os distintos níveis de beneficiários. Das 350 Obras Sociais existentes no país, 60 (17%) englobam 90% da população beneficiária (22,8% milhões de pessoas) e 18 delas respondem por 15,9 milhões de beneficiários.

As Obras Sociais mais ricas garantem aos seus afiliados melhores serviços, utilização da hotelaria hospitalar da rede privada, exames complementares altamente tecnificados e distribuição de medicamentos. Ao mesmo tempo, as mais pobres não têm acesso a tais serviços e seus afiliados têm, em muitos casos, que recorrer à rede pública e disputar espaço com os excluídos do sistema.

A normatização e o controle das Obras Sociais são feitos pelo Instituto Nacional de Obras Sociais (Inos). Este órgão que, ao ser criado, era atrelado ao Ministério do Trabalho, foi, posteriormente, transferido para o MSAS, o que garante, pelo menos formalmente, a existência de uma única instância federal ligada à administração dos recursos de saúde. No entanto, o Inos não tem sido, até hoje, autoridade para conduzir as políticas de saúde levadas a cabo pelas Obras Sociais, ou nelas interferir.

O grande trunfo que se encontra à disposição do Inos é o chamado Fundo de Redistribuição. Corresponde ao recolhimento, por parte do Inos, de 10% das receitas recolhidas por todas as Obras Sociais. Tais recursos ficam, por lei, à disposição do Inos, para formar um Fundo de Redistribuição, que teria por objetivo transferir recursos para as Obras Sociais mais carentes, ou cujos afiliados são mais desamparados socialmente. Na prática, porém, os recursos do Inos têm-se destinado a cobrir déficits operacionais, geralmente contraídos pelas Obras Sociais de maior envergadura. Assim, os recursos do Inos acabam por funcionar de forma oposta aos objetivos de correção da iniqüidade. Uma legislação mais recente estabeleceu que um terço dos recursos à disposição do Inos têm que ser transferidos automaticamente às Obras Sociais de menor envergadura. Isto, ao que parece, vai impedir a utilização dos recursos do Inos de forma regressiva.

Por fim, o sistema de saúde na Argentina ainda detém o setor privado. Os mercados que compõem tais serviços privados são os médicos independentes, sanatórios, clínicas privadas e centros de especialidades múltiplas (policlínicas), aos quais correspondem a 47% dos atendimentos do país. Estimativas indicam que o

faturamento do setor privado hospitalar não conveniado com as Obras Sociais representa algo em torno de US$ 150 milhões.

A maior parcela do setor privado, porém, sobrevive à custa das Obras Sociais, mediante credenciamentos e convênios. No entanto, nos últimos dois anos, tem aumentado o número de convênios do setor público com as Obras Sociais.

4.2 A estrutura do financiamento à saúde na Argentina

As principais fontes de financiamento à saúde na Argentina são o orçamento fiscal do Governo Federal, províncias e municipalidades, as contribuições dos empregados e empregadores e os rendimentos das famílias e lucros das empresas que financiam programas de assistência médica aos seus empregados sem isenções fiscais integrais ou parciais. Pela ótica das despesas podemos classificar essas fontes em diretamente públicas (orçamento fiscal), indiretamente públicas (Obras Sociais) e privadas (rendimento das famílias e lucros das empresas).

O orçamento fiscal na Argentina é financiado, ao nível federal, basicamente por impostos diretos. Nos níveis provincial e municipal, o peso dos impostos indiretos (especialmente sobre o consumo de bens e serviços) é sensivelmente maior. As informações disponíveis indicam que há muito pouco espaço para se negociar um aumento da carga fiscal, seja junto aos assalariados, seja junto aos empregadores. A rigidez da carga fiscal é um reflexo da rigidez social, numa sociedade onde a distribuição de renda se apresenta congelada.

As contribuições sociais dos empregados e empregadores, diferentemente do que ocorre em outros países da América Latina, como o Brasil, detêm alíquotas separadas para saúde e previdência social. As contribuições para as Obras Sociais são da ordem de 3% da folha de salários dos empregados e 4,5% da folha de salários das empresas, conforme a legislação vigente (Lei nº 18.610, modificada posteriormente pela Lei nº 22.269, que separa as Obras Sociais da gestão dos sindicatos). Existem intenções de passar a contribuição das empresas para 6% da folha de salários. Este, no entanto, constitui apenas o regime geral de financiamento das Obras Sociais. A depender do ramo de atividades, podem existir ou não fontes complementares de receita para cada Obra Social. Para exemplificar, a Obra Social dos eletricitários recebe 1% do valor de toda energia elétrica consumida no país; a dos bancários recebe 0,2% do valor dos depósitos a vista na rede de bancos comerciais, etc.

Analisando-se o gasto público com saúde na Argentina, no período 1970-85, obtém-se a seguinte distribuição:

Observa-se que, na estrutura geral de gastos públicos, as províncias representam a maior parcela das despesas em saúde. Os municípios são o segundo maior item em volume de gasto. No entanto, só a municipalidade de Buenos Aires gasta mais de 50% do total municipal. O terceiro nível institucional de maior volume de gasto é o poder central.

A tabela 7 mostra, também, que entre 1970 e 1980 ocorreu um movimento de descentralização dos gastos federais em favor das províncias. Já no período 1980-85 ocorreu movimento inverso, aumentando um pouco mais o grau de centralização federal do uso dos recursos públicos destinados à saúde. Vale destacar, ainda, que ao longo de todo o período 1980-85, a municipalidade de Buenos Aires gastou cada vez menos recursos, em termos proporcionais.

Tabela 7
Argentina
Estrutura do gasto público com saúde
1970-85
(Em %)

Nível institucional	Anos de referência		
	1970	1980	1985
Estado nacional	23,8	12,6	18,6
Províncias	47,5	61,9	54,6
Município de Buenos Aires	19,1	15,9	13,4
Demais municípios	9,6	9,6	13,4
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Garcia, G. G.; Abadie, P.; Llovet, J. J. & Ramos, S. *El gasto en salud y en medicamentos* – Argentina, 1985. Buenos Aires, Cedes, 1987.

Além dessas mudanças na estrutura dos gastos públicos com saúde, vale destacar as alterações ocorridas com a magnitude do gasto, em termos reais, no mesmo período.

Tabela 8
Argentina
Evolução dos gastos públicos com saúde
1970-85
(Em milhões de australs de 1985)

Nível institucional	Anos de referência					
	1970		1980		1985	
	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice
Estado nacional	124,3	100	111,5	90	137,9	111
Províncias	248,3	100	549,3	221	404,3	163
Município de Buenos Aires	99,6	100	141,8	142	99,4	100
Municípios	50,0	100	85,1	170	99,3	199
Total	522,2	100	887,8	170	740,9	142

Fonte: Garcia, G.G. et alii. op. cit. 1987.

Obs.: considerou-se 1970 como ano-base da tabela.

A tabela 8 evidencia que, entre 1970 e 1980, os gastos públicos com saúde na Argentina tiveram um incremento de 70%. Ao longo deste período, as províncias foram responsáveis pela maior parcela desse crescimento, na medida em que os gastos provinciais aumentaram 121%. Já os gastos do poder central tiveram uma redução real de 10%.

No entanto, entre 1980 e 1985, período caracterizado pela crise econômica recente, ocorreu uma queda real de 16,3% no volume de gastos públicos com saúde. Neste particular, os gastos das províncias foram os mais duramente atingidos, com uma queda real de 26,4%, e os da municipalidade de Buenos Aires, que caíram 30% no período. Os gastos do nível central e dos demais municípios aumentaram ligeiramente. Estes dados colocam, de forma bastante explícita, a dimensão da crise econômica no contexto dos gastos com saúde na Argentina.

Quanto aos gastos das Obras Sociais com saúde, não há, historicamente, uma avaliação precisa de sua evolução. No entanto, sabe-se que ele é o principal elemento indutor do crescimento do setor privado-hospitalar argentino. Em 1964 existiam 107.495 leitos públicos, 4.957 das Obras Sociais e 29.175 leitos privados. Em 1980, os leitos públicos haviam-se reduzido para 94.883, os das Obras Sociais aumentaram para 8.079 e os leitos privados passaram para 47.048. Sabe-se que grande parte deste crescimento do setor hospitalar privado foi induzido pelas contratações a cargo das Obras Sociais.

Em 1985, o gasto das Obras Sociais em saúde chegava a 1,3 bilhão de austrais, o que equivalia a quase 40% do total de gastos com saúde na Argentina, naquele ano. As Obras Sociais que absorvem mais recursos são as das instituições de administração mista que envolviam recursos da ordem de 613 milhões de austrais, em 1985. A tabela 9 mostra a distribuição dos recursos à disposição das Obras Sociais.

Tabela 9
Argentina
Distribuição dos recursos das Obras Sociais
1985
(Em mil austrais correntes de 1985)

Tipo de Obra Social	Distribuição dos recursos	
	Valor	(%)
Total	1.279.693	100,00
Instituições de administração mista	612.898	47,89
Instituições sindicais	187.416	14,65
Pessoal de direção	80.894	6,32
Estatais	67.481	5,27
Adesão mediante convênios	21.235	1,66
Provinciais	257.430	20,12
Congresso e Justiça	5.636	0,44
Forças Armadas	46.703	3,65

Fonte: Garcia, G. G. et alii. op. cit. 1987.

Como se pode ver, as Obras Sociais das instituições de administração mista detêm 48% dos gastos com saúde da seguridade social argentina. Seguem-se, em valor de dispêndio, as Obras Sociais provinciais e as sindicais, com 20% e 15% dos recursos, respectivamente. As demais são de menor importância no volume total de gastos.

Analisados os segmentos públicos do gasto com saúde, direta (Governo Federal, províncias e municipalidades) e indiretamente (Obras Sociais), resta abordar o gasto privado, que responde por 38,1% do dispêndio total com saúde, ou seja, 1,2 bilhão de australs em 1985. Destes, 1,1 bilhão foi gasto diretamente pelas famílias e somente 120 milhões correspondem aos dispêndios das mutualidades independentes e das empresas.

Além dos gastos efetuados diretamente com saúde, devem ser adicionados os gastos com medicamentos que, em 1985, alcançaram 967,4 milhões de dólares. Destes, 67,2% foram pagos diretamente pelas famílias: 26,6% através das Obras Sociais e 6,3% pelo setor diretamente público. Todos esses valores mostram, claramente, a grande dimensão do componente privado do gasto em saúde na Argentina. A tabela 10 faz uma análise comparativa da repartição global do gasto com saúde na Argentina, no ano de 1985.

Tabela 10
Argentina
Repartição do gasto com saúde
1985
(Em milhões de australs correntes de 1985)

Setores	Natureza do gasto					
	Total		Serviços		Medicamentos	
	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)
Público	801,6	19,9	740,9	22,7	60,7	6,3
Obras Sociais	1.318,9	32,9	1.279,7	39,2	256,9	26,6
Privado	1.892,7	47,2	1.242,9	38,1	649,8	67,2
Total	4.013,2	100,0	3.263,5	100,0	967,4	100,0

Fonte: Garcia, G.G. et alii. op. cit. 1987.

Observa-se que o setor público detinha, em 1985, a menor parcela do gasto em saúde (20,%), o que é válido tanto para os serviços como para os medicamentos (22,7% e 6,3%), respectivamente. As Obras Sociais, ao contrário, respondem por substancial parcela do gasto em saúde na Argentina (32,9%), sendo que, no que diz respeito aos serviços, este setor tem sido responsável pelo maior volume de gastos (39,2%), seguido pelo setor privado (38,1%). Mas, no cômputo geral dos gastos com saúde e medicamentos, o setor privado responde pela maior parcela, atingindo quase 50% dos dispêndios totais com a função saúde no país.

Convertendo os gastos em saúde argentinos em dólares correntes da época, conclui-se que, em 1985, a Argentina gastava US$ 5,4 bilhões em serviços de saúde e US$ 1,6 bilhão em medicamentos, o que equivale a um montante total de dispêndio de US$ 7 bilhões. Em outros termos, o dispêndio total *per capita* com saúde na Argentina, em 1985, era de US$ 231, sendo US$ 178 com serviços e US$ 53 com medicamentos. Dessa forma o país gastou, em 1986, 10,6% do PIB com a função saúde, onde 8,2% do PIB correspondiam a serviços e 2,4% a medicamentos. A tabela 11 ilustra tais informações.

Tabela 11
Argentina
Indicadores da magnitude do gasto em saúde -1985

Indicadores	Componentes do gasto global com saúde		
	Total	Serviços	Medicamentos
Gasto Total (Em US$ milhões)	7.039,5	5.430,0	1.609,5
Gasto *per capita* (US$)	231,00	178,00	53,00
Participação no PIB (em %)	10,6	8,2	2,4

Fonte: Garcia, G.G. et alii. op. cit. 1987.

Apesar desse aparente bom desempenho no que tange à magnitude proporcional dos gastos com saúde, a estrutura de financiamento setorial na Argentina apresenta alguns problemas reconhecidos pelas autoridades do setor. Numa estrutura oligopólica, como a economia argentina, onde as grandes empresas são formadoras de preços e não existe controle das margens de lucro por parte do Estado, as contribuições das empresas são repassadas aos preços dos bens e serviços consumidos, o que faz com que a sociedade inteira financie, na forma de uma solidariedade invertida, as Obras Sociais. Isto ocorre numa conjuntura onde o acesso aos serviços é bastante não eqüitativo. Nesse sentido, não há muito fundamento no discurso das corporações sindicais de evitar a unificação do sistema de Obras Sociais e a universalização da assistência médica com os fundos da seguridade social.

Por outro lado, nos períodos recessivos, quando a massa de salários cai mais rapidamente do que a massa de lucros, a utilização da folha de salários como única fonte de financiamento das Obras Sociais traz problemas tais como a instabilidade das receitas, acarretando perda de cobertura justamente nos períodos em que a demanda por serviços é maior, em face do aumento do desemprego e da queda da qualidade de vida.

4.3 O papel das corporações

Como foi visto, o desenvolvimento das Obras Sociais na Argentina trouxe, implicitamente, um progressivo processo de privatização da atenção médica. O número de leitos hospitalares privados segue crescendo, enquanto permanece relativamente estagnada a capacidade instalada do setor público. As Obras Sociais mais poderosas, ao objetivarem estender aos seus afiliados as condições de saúde desfrutadas pelas camadas mais ricas da população, continuam a estabelecer convênios com as clínicas privadas, possibilitando à sua clientela o acesso a sofisticados exames complementares, além de serviços de hotelaria hospitalar só oferecidos àqueles que podem pagar.

Analogamente, as Obras Sociais mais pobres não podem oferecer tais serviços aos seus afiliados, tendo que recorrer aos hospitais conveniados de baixa qualidade ou ainda aos próprios hospitais públicos do Governo Federal ou Provincial. Como a rede pública encontra-se em mau estado de conservação, a atenção médica recebida pelos segurados das Obras Sociais mais pobres é de má qualidade.

Umas das formas de remediar tal iniqüidade seria incrementar o número de convênios das Obras Sociais mais ricas com a rede pública, tendo em vista injetar mais dinheiro nesse setor, colocando-o sob a fiscalização de uma clientela mais exigente. No entanto, a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo setor público e a ideologia do que "o privado é melhor" fazem parte do cotidiano das corporações sindicais, que consideram a atenção diferenciada um símbolo de *status* e a ascensão social.

O individualismo coletivo do corporativismo sindical argentino tem sido, portanto, uma das principais barreiras à obtenção de uma atenção médica universal, equânime e integral. Paralelamente, a força dos sindicatos mais consolidados se sobrepõe aos próprios organismos de unidade sindical, como a Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), impedindo uma ação realmente equalizadora.

Ao longo dos governos peronistas, o Estado argentino ainda detinha alguma força que fazia com que fosse possível uma negociação soberana e até mesmo um pacto social do Estado com as frações corporativas da sociedade. O período que marca o fim do peronismo e a ditadura militar representaram uma perda crescente do poder normativo/regulador do Estado na Argentina, acarretando perda dos instrumentos administrativos de controle e negociação coletiva, especialmente no que diz respeito à questão social.

Hoje as autoridades governamentais procuram encontrar um "fio de Ariadne" que forneça o caminho correto das negociações, nos marcos da construção de um "pacto social" que permita restabelecer o papel redistributivo do Estado. Mas, apesar da busca de alternativas para esse fim, as políticas sociais na Argentina encontram-se, há muito, numa situação de empate, onde mover-se no meio das pressões da burguesia e dos sindicatos torna-se extremamente difícil.

Assim, a retomada da função redistributiva do governo argentino encontra-se na dependência de um novo pacto social. Para haver um pacto social, no entanto, é necessário que o Estado fortaleça sua estrutura de administração. Tal fortalecimento, por sua vez, exige um redimensionamento do gasto público, o qual depende de uma redefinição dos mecanismos redistributivos e fiscais. Esse círculo vicioso teria que ser rompido de alguma forma, mas até o momento não foram encontrados os "elos fracos" que permitirão tal ruptura.

Apesar dos obstáculos de natureza corporativa, a Argentina tem avançado no sentido de buscar maior eqüidade nos serviços de saúde. Tais avanços podem ser consubstanciados sob três óticas distintas: avanços legais, avanços na ampliação do papel do setor público e avanços obtidos na melhoria dos instrumentos de regulação.

Os avanços legais se expressam na Lei do Seguro Nacional de Saúde, a qual foi aprovada na Câmara dos Deputados e se encontra em vias de ser aprovada no Senado Federal da Argentina. Logicamente, a referida lei tem como premissa alguns dados de complexa situação organizacional e política do sistema de saúde argentino, tais como a dificuldade de unificar o sistema através da criação de uma única Obra Social. A maioria dos países centrais, nos marcos do Welfare State, detém um único órgão como responsável pelos planos de assistência à saúde dos filiados à seguridade social. Na Argentina, como foi visto, cada Obra Social tem

um sistema diferente, o que obriga o país a conviver com uma extrema heterogeneidade das condições reais de cobertura. Existem dois fatores negativos decorrentes desta heterogeneidade:

a) a fragmentação da população coberta em distintas modalidades assistenciais, o que não apenas traz iniqüidades como também segmenta o perfil de oferta de serviços;

b) a dificuldade de impedir superposições de cobertura dado que, por se estender à família, existem milhares de indivíduos cobertos por duas ou mais Obras Sociais, ao lado de outros totalmente descobertos. Tal superposição acarreta fortes desperdícios no que diz respeito às fontes de financiamento, custos administrativos, etc. A contabilização dos recursos desperdiçados com essa superposição não é de fácil mensuração, mas explica o porquê de tão elevados custos administrativos nos serviços de saúde, os quais chegam a mais de 20%, segundo estimativas não oficiais;

c) por outro lado, as formas de uso de rede contratada pelas Obras Sociais não facilita a criação de mecanismos de hierarquização da rede de serviços, bem como de sistemas de triagem, referência e contra-referência, o que dificulta a organização, o aumento da eficiência e a redução de custos dos serviços de saúde.

Mas os problemas derivados da dificuldade de unificar as Obras Sociais não são relativos a, apenas, aspectos técnicos. A maior dificuldade é de cunho político-ideológico e liga-se à impermeabilidade do corporativismo sindical, impedindo que se desmonte a teia de interesses tecida em torno das Obras Sociais. Para a população, a atenção médica diferenciada é um símbolo de *status*. Para os dirigentes sindicais, o controle de cada Obra Social é uma fonte de poder político. Isto sem contar a corrupção que, mesmo quando residual, é potencialmente consentida pela absoluta falta de controle orçamentário e administrativo.

4.4 O caminho de uma maior eqüidade: avanços e bloqueios

Se não é possível unificar as Obras Sociais, institucional ou administrativamente, é viável a elaboração de fórmula para proposta de uma "integração funcional". A Lei do Seguro Nacional de Saúde pretende integrar funcionalmente as Obras Sociais a partir de alguns princípios básicos, quais sejam:

– universalização da cobertura para toda a população;

– garantia de um patamar mínimo de eqüidade, através de uma forma mais solidária de financiamento setorial;

– possibilidade de que a atenção à saúde seja feita de forma integral, ou seja, em todas as modalidades, mesmo com um sistema pluralista em termos de clientelas e modalidades de financiamento;

– alto nível de desconcentração, transmitindo maiores responsabilidades às províncias na coordenação local do sistema, ao mesmo tempo que se procure garantir maior federalização da normatização e fiscalização das ações médico-sanitárias.

A universalização da cobertura é pretendida através da incorporação de dois importantes segmentos excluídos: os indigentes e os autônomos. Os primeiros serão integrados diretamente nas Obras Sociais das províncias (não filiadas ao Inos). A sustentação financeira desta estratégia dar-se-ia através da transferência de recursos federais para as províncias.

Quanto aos autônomos, há dificuldades relacionadas à sua caracterização e classificação, para efeito de incluí-los em alguma das Obras Sociais existentes.

Uma outra hipótese seria criar uma Obra Social exclusiva para os autônomos. Para tal, deveriam ser pensados critérios de contribuição para este segmento, já que, por não envolver empregadores, deveria ter uma contribuição proporcional superior à dos assalariados. Vale mencionar, também, que entre os autônomos existe uma grande heterogeneidade de situações que variam desde os profissionais estabelecidos, até os "biscateiros" por conta própria. Certamente deveria haver critérios de contribuição que não penalizassem os mais carentes. Por fim, há necessidade de se estabelecer um maior controle dos rendimentos recebidos por estes segmentos pois, como se sabe, este é um setor onde tradicionalmente há forte evasão de rendas.

Mesmo com todas essas perspectivas, a Lei do Seguro Nacional de Saúde traz em seu seio o desafio político de conciliar os interesses dos sindicatos com o papel redistributivo do setor público, enquanto instrumento para uma melhoria das condições de acessibilidade aos serviços de saúde, a partir da criação de uma unidade funcional num quadro de pluralidade administrativa.

Como já foi mencionado, o Instituto Nacional de Obras Sociais (Inos) é um órgão de administração indireta ligado à Secretaria de Saúde do MSAS, cuja finalidade é reduzir as desigualdades de cobertura e normatizar a ação das Obras Sociais. Para tal, conta com recursos da ordem de 10% da receita total de cada Obra Social, os quais constituem um Fundo de Redistribuição. Mas, para criar uma unidade funcional na administração das Obras Sociais, em moldes mais eqüitativos, pretende-se negociar uma ampliação dos recursos à disposição do Inos. Tal ampliação ocorreria a partir dos seguintes critérios:

a) as Obras Sociais mais pobres continuariam a destinar 10% de seus recursos ao Inos;

b) as Obras Sociais com mais recursos passariam a destinar ao Inos 15% de sua receita;

c) o Inos poderia lançar mão, ainda, de 50% das receitas das chamadas "Leis Especiais" (1% sobre o consumo de energia elétrica; 0,2%, dos depósitos à vista da rede bancária, etc.).

Em 1987, os recursos à disposição do Fundo de Redistribuição somavam cerca de US$ 250 milhões para um orçamento das Obras Sociais de US$ 2,2 bilhões. Com a nova proposta pretende-se elevar em um terço a arrecadação do Fundo de Redistribuição.

Tal projeto prevê, ainda, maior autonomia do Inos na repartição do Fundo de Redistribuição, evitando os atuais endividamentos das grandes Obras Sociais com o Fundo, para efeito de financiamento de déficits. Com isso, o papel do setor público no fomento ao investimento e gastos em custeio, na busca de maior eqüidade, se fará sentir de forma mais intensa.

Sob a ótica dos instrumentos de controle, pretende-se criar um efetivo mecanismo de monitoramento das aplicações feitas pelas Obras Sociais, seja no que diz respeito ao patamar mínimo de cobertura a ser proposto, seja no que se refere ao controle das transferências feitas ao setor privado, tendo em vista evitar fraudes e propiciar maior eficácia no retorno dos serviços e procedimentos a serem pagos. Nesse particular, uma das propostas em curso diz respeito ao aperfeiçoamento dos "nomencladores"[23] e das tabelas de serviço, a partir da utilização de pagamentos por diagnóstico e não somente por procedimentos, tais como as estratégias de

[23] Padrões para o estabelecimento de valores para o pagamento dos honorários médicos por tipo de serviço prestado.

DRG (Diagnosis Related Groups) utilizadas na Inglaterra e Estados Unidos, que combinam critérios de pagamento com a obtenção de informações para fins de acompanhamento do quadro nosológico.

A Lei do Seguro Nacional de Saúde, aprovada na Câmara dos Deputados, tem sido negociada recentemente com a Confederação Geral dos Trabalhadores, que a apóia. Restam, no entanto, outros estágios de negociação, tais como as Confederações de empresários, governos provinciais, associação médica, empresários do setor saúde, etc. Para proceder a tal negociação, foi instituída desde 1984 a Comisión Permanente de Conservación en Salud. Tal Comissão só começou a funcionar efetivamente em junho de 1987.[24] Até agosto daquele ano, somente questões relacionadas ao valor das tabelas de pagamento haviam sido negociadas e aprovadas. A experiência tem demonstrado, no entanto, que acordos específicos têm sido mais fáceis de serem negociados do que aqueles de caráter geral. Ao que parece, a etapa de maior importância nas próximas negociações será aquela relativa ao aumento da contribuição das empresas na composição do fundo de custeio das Obras Sociais.

Um dos principais objetivos da nova estratégia traçada para o setor saúde argentino é recuperar o papel do setor público na prestação de serviços e na condução da política de saúde. Para isso, é essencial aumentar o escopo das ações estatais, bem como sua base de custeio. A última crise econômica derrubou a capacidade de financiamento das ações governamentais no campo da saúde. Entre 1980 e 1985, a participação do setor público no gasto total em saúde caiu de 30,1% para 22,7%. Nesse mesmo período, a participação das Obras Sociais aumentou de 35,8% para 39,2%, e a do setor privado, de 34,1% para 38,1%.[25]

Hoje, existem planos de reaparelhamento de hospitais e ambulatórios da rede pública, tanto na capital como nas províncias. Recursos internacionais têm sido direcionados para a rede pública, como é o caso da construção de 11 hospitais financiados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a serem localizados em algumas províncias, somando capacidade de atendimento de 3.300 leitos. Da mesma forma, tem aumentado o número de contratos, credenciamentos e convênios das Obras com a rede pública, como é o caso dos US$ 3,6 milhões repassados anualmente à Prefeitura de Buenos Aires, e que representam cerca de 7% do orçamento total do setor público em saúde daquela municipalidade. Assim, é possível detectar, mesmo que de forma tímida, uma tendência, nos dois últimos anos, a um maior investimento no setor público.

Outro ponto a salientar é o fato de que muitos mecanismos que vêm sendo propostos poderão ter efeito contrário ao esperado no que diz respeito ao aumento dos recursos disponíveis. Para exemplificar, vale lembrar que o Inos pretende acabar com a duplicidade de cobertura representada pela existência de beneficiários de mais de uma Obra Social. Mas a opulência do sistema consiste, também, na existência de dupla ou tripla arrecadação, o que faz com que, em muitos casos, as Obras Sociais tenham que cobrir um número menor de beneficiários, proporcionalmente ao que arrecadam.

Assim, a múltipla cobertura/múltipla arrecadação tem origem num problema de maior envergadura que é o "multiemprego" da população argentina, que tem aumentado em larga escala, no últimos anos, como mecanismo de defesa contra a

[24] A última informação de que dispôs o autor foi obtida em fins de ago. 1987, por ocasião de visita realizada à representação da Organização Pan-Americana de Saúde na Argentina.

[25] Garcia, G. G.; Abadie, P.; Llovet, J. J. e Ramos, S. *El Gasto em Salud y en Medicamentos* – Argentina, 1985. Buenos Aires, Cedes, 1987.

deterioração dos salários reais. Portanto, a proposta de "queda de arrecadação" com base no argumento da "queda de cobertura" só teria sentido caso ocorresse forte elevação da taxa de salários, o que depende do comportamento de tendências macroeconômicas não controladas pelos organismos de saúde e associadas ao processo redistributivo da sociedade argentina.

Outra questão relaciona-se à criação de uma Obra Social para os autônomos. Estes, como se sabe, detêm um perfil totalmente desconhecido, o que cria a necessidade de meios de conhecê-los através de pesquisas domiciliares de emprego e subemprego, tais como as realizadas sistemática ou eventualmente pelo Instituto Nacional de Desarrollo de Encuestas y Censos (Indec).[28]

Por fim, um último ponto relaciona-se à necessidade de revigorar a base técnica do setor de prestação de serviços de saúde que, com a última crise econômica, passou a estar bastante defasado, tecnologicamente. Cabe destacar que o setor público deveria liderar esse processo de cobertura do hiato tecnológico, em função da escala de investimentos e do longo prazo de retorno a eles associado, apesar de sua essencialidade.

5. *Brasil: os gastos com saúde na crise e a Reforma Sanitária*

5.1 Estrutura do financiamento à saúde no Brasil

Como ocorreu com a maioria dos países latino-americanos, o sistema público brasileiro de saúde tem uma dupla origem: de um lado, as ações de caráter coletivo, que se iniciaram com as campanhas sanitárias voltadas para a erradicação de endemias, no final do século XIX e início do século XX. De outro, a chamada assistência médica previdenciária, que se origina dos movimentos mutualistas dos trabalhadores e tem seu início formal marcado pela Lei Eloy Chaves, em 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em 1934 são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) ligados ao governo Vargas em sua origem, voltados, na parte relativa à assistência médica, à prestação de serviços para os trabalhadores e suas famílias.

Enquanto a estrutura voltada para a saúde pública pouco se desenvolveu, a estrutura de assistência médica para os trabalhadores formais e suas famílias, baseada nas CAP e nos IAP, teve grandes avanços em sua cobertura e base de financiamento. Este era feito a partir de um fundo composto por contribuições tripartites (Governo, trabalhadores e empresas), embora, na prática, somente os empregados e empregadores financiassem o sistema.

Em 1967, no início da ditadura militar, os IAP e as CAP ainda remanescentes foram unificados, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS propiciou um alargamento de cobertura potencial ao incluir os autônomos, contribuintes do sistema e os assalariados não-filiados a qualquer dos IAP. Posteriormente, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) responsável pela prestação de serviços médicos aos trabalhadores e suas famílias. Com o tempo, o Inamps foi aumentando sua cobertura, estendendo-a potencialmente a clientelas não tipicamente previdenciárias, através de programas como o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (Funrural), destinado a trabalhadores rurais e suas famílias e o Programa de Pronta Ação (PPA) destinado a atendimentos de emergências para qualquer pessoa, fosse previdenciária ou não.

[28] O Indec é o órgão oficial de produção de estatísticas na Argentina.

Hoje em dia, o financiamento do setor governamental de atenção à saúde no Brasil tem como base de sustentação recursos federais, estaduais e municipais. As fontes federais podem ser subdivididas, basicamente, em três blocos.

No primeiro, o financiamento provém de recursos do chamado Orçamento Fiscal da União. Este, por sua vez, é composto pelas somas oriundas das receitas tributárias de exclusiva competência do Governo Federal, nas quais se destacam os impostos e taxas.

Além destes, as receitas totais da União são compostas por outros recursos dentre os quais se destacam a contribuição para o Fundo de Investimento Social (Finsocial), o salário-educação, as operações de crédito e as receitas diversas. Embora o Finsocial e o salário-educação tenham parcela crescente de sua receita vinculada a aplicações tipicamente orçamentárias, boa parte desses recursos tem sido utilizada como fundos sociais. Para exemplificar, o orçamento do Ministério da Saúde em 1986 era composto por recursos do Finsocial na proporção de 60%.

No campo da saúde, os recursos do orçamento fiscal têm sido aplicados prioritariamente no desenvolvimento de ações de saúde pública e vigilância sanitária (serviços básicos de saúde, controle de doenças transmissíveis, distribuição de alimentos e programas de avaliação do estado nutricional da população, controle, produção e distribuição de medicamentos e produtos profiláticos e terapêuticos). Além destas, algumas ações no campo da assistência médico-sanitária e hospitalar têm sido financiadas com tais recursos. Destacam-se, neste caso, as redes de Superintendência da Campanha de Saúde Pública (Sucam), do Ministério da Saúde e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp); os hospitais especializados do Ministério da Saúde (câncer, materno-infantil, doenças mentais); os hospitais universitários do Ministério da Educação, os hospitais mantidos pelos ministérios militares, etc.

No segundo bloco, as receitas provêm dos mecanismos de arrecadação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que compõem o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), o qual era constituído, até o início da crise recente, por:

a) contribuições compulsórias, compostas por recursos formados por 8% dos salários dos empregados formais; 8% da folha de salários das empresas; 16% do valor dos serviços prestados por trabalhadores autônomos registrados na Previdência (bem como de empregados domésticos contribuintes). Compunham ainda estes recursos 2,5% da receita bruta auferida pelos produtores agrícolas;

b) remuneração recebida pela prestação de serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança por conta de terceiros, bem como a prestação de outros serviços e arrendamento de bens;

c) outras receitas patrimoniais, industriais e financeiras;

d) doações e subvenções recebidas, inclusive da União;

e) receitas auferidas pelas unidades integrantes do Sinpas – Inamps, INPS, Instituto de Aposentadoria e Pensões (Iapas), Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem) e de Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) – a partir do momento de sua constituição.

Em termos gerais, essas cinco fontes de receita podem ser resumidas em três grandes itens: contribuições compulsórias, transferências da União e outras receitas.

Pelos dados expostos na tabela 12, as receitas do Sinpas tiveram um crescimento real bruto de 207,7% entre 1970 e 1979, o que equivale a um incremento

geométrico anual de 13,3% ao ano no período. Neste sentido, tal crescimento foi, em termos anuais, quase 11% maior que o da população e, embora não existam cifras confiáveis, bem superior ao aumento do número de beneficiários.

Tabela 12
Brasil
Evolução das receitas do FPAS e do Finsocial
1970-86
(US$ milhões de 1986)

Anos	Receitas do Sinpas		Receitas do Finsocial[1]	
	Valor	(%) Crescimento	Valor	(%) Crescimento
1970	3.947,3	-	-	-
1971	4.468,8	13,2	-	-
1972	5.518,4	23,5	-	-
1973	6.857,5	24,3	-	-
1974	7.678,7	12,0	-	-
1975	9.077,7	18,2	-	-
1976	10.323,9	13,7	-	-
1977	11.235,2	8,8	-	-
1978	12.462,0	10,9	-	-
1979	12.721,1	2,1	-	-
1980	12.030,6	-5,4	-	-
1981	12.334,7	2,5	-	-
1982	14.678,9	19,0	-	-
1983	12.023,3	-18,1	1.127,5	-
1984	11.229,8	-6,6	1.117,7	-0,9
1985	12.151,8	8,2	1.305,9	16,8
1986	14.484,4	19,2	1.721,7	31,8

Fonte: MPAS/Dataprev e IBRE/FGV.

[1] Ao se comparar os dados de receita do Finsocial com os de despesa constantes da Tabela 12, observamos serem aqueles bastante superiores aos gastos. Isto se deve ao fato de que, na tabela, os recursos do Finsocial repassados aos Ministérios, de forma vinculada, estão contidos nos gastos do Tesouro.

No que diz respeito à distribuição desses recursos pelos três itens supracitados, ressalta-se o grande peso mantido ao longo do período pelas contribuições compulsórias. A tabela 13 revela que tais contribuições passam de 84,6% para 92,1% do total de ingressos do Sinpas, entre 1970 e 1979. Em conseqüência, as transferências da União, que detinham 10% de participação, reduzem-se para 4,9% dos recursos do Sinpas, entre aqueles dois anos.

Com relação às contribuições compulsórias, a arrecadação incidente sobre os assalariados representa, em média, 33% do total, enquanto que a incidente sobre as empresas responde por 63%. Cabe mencionar, também, a alíquota de 2,5% sobre a produção rural, a qual responde por 4% do volume das contribuições compulsórias.

Nada pode ser dito, no entanto, sobre as chamadas "outras receitas". A participação deste item oscila constantemente ao longo do período e pode ser decorrente

Tabela 13
Brasil
Composição das receitas do Sinpas
1970-86
(Em %)

Anos	Itens de receita			
	Total	Contribuições compulsórias	Contribuições do Governo Federal	Outras receitas
1970	100,00	84,60	10,02	5,38
1971	100,00	83,44	10,98	5,58
1972	100,00	85,42	9,80	4,78
1973	100,00	87,05	8,49	4,46
1974	100,00	88,81	6,95	4,24
1975	100,00	88,21	6,24	5,55
1976	100,00	88,04	6,21	5,75
1977	100,00	89,68	7,09	3,23
1978	100,00	87,97	5,96	6,07
1979	100,00	92,10	4,94	2,96
1980	100,00	91,62	5,21	3,17
1981	100,00	87,61	9,53	2,86
1982	100,00	93,06	4,57	2,37
1983	100,00	93,84	1,18	4,98
1984	100,00	87,70	1,75	10,55
1985	100,00	90,80	6,75	2,45
1986	100,00	91,86	3,99	4,25

Fonte: Grupo de Custeio do MPAS e Balanços do FPAS.

de uma série de micropolíticas da máquina previdenciária que, fora as dificuldades de serem levantadas e contabilizadas, não detinham, antes da crise, peso significativo nas receitas do Sinpas.

Vale destacar, portanto, o sentido inverso assumido pelo peso ascendente das contribuições compulsórias, e descendente das transferências da União. Tais transferências, que tinham por finalidade garantir, financeiramente, pelo menos o suporte administrativo do complexo previdenciário, têm sido esvaziadas ao longo do tempo, o que faz com que cada vez mais os beneficiários tenham que financiar os próprios custos de administração de uma máquina que, respeitado o discurso político de seus atuais gestores, deveria ser sustentada majoritariamente por tributação ordinária, como rezam os princípios universais da seguridade social.

No que diz respeito à saúde, os recursos do FPAS financiam as ações de assistência médico-hospitalar para a clientela do complexo previdenciário, através do Inamps. A tabela 14 mostra que, de 1970 a 1976, a participação dos gastos do Inamps na despesa do Sinpas evolui, chegando a 32%. A partir de então, esta começa a declinar, alcançando 27,3% em 1979.

Tal forma de financiamento tem sido, no entanto, bastante diversificada. Ao longo dos anos 70, cerca de 70% dos recursos do Inamps financiavam diretamente os prestadores privados de serviços de saúde, através de credenciamentos, contratos e convênios com essa rede de prestadores, tendo em vista atender, de forma suplementar, à clientela previdenciária.

Tabela 14
Brasil
Evolução das despesas do Inamps
1970-86
(Em US$ milhões de 1986)

Anos	Despesas do Inamps	Participação na despesa do Sinpas (%)
1970	1.091,0	28,98
1971	1.112,3	27,91
1972	1.288,4	26,37
1973	1.574,7	26,84
1974	1.756,6	27,89
1975	2.363,0	29,21
1976	3.116,6	31,59
1977	3.210,7	30,56
1978	3.486,0	29,81
1979	3.277,9	27,58
1980	3.329,9	27,35
1981	3.076,6	24,34
1982	3.141,6	23,27
1983	2.526,7	21,91
1984	2.690,7	25,34
1985	2.967,0	26,74
1986	3.152,1	25,21

Fonte: Dataprev/Síntese - Sistema Integrado de Séries Históricas.

Os demais recursos voltavam-se para o custeio dos hospitais e ambulatórios do próprio Inamps, além de escassos recursos transferidos para os hospitais universitários conveniados ou para as redes estaduais e municipais que se prestavam ao atendimento de urgência, em caráter universal (embora restrito pelas próprias possibilidades de cobertura), através do Programa de Pronta Ação. Outros recursos voltavam-se para a compra, produção e distribuição de medicamentos uma vez que até 1986, a Central de Medicamentos (Ceme) estava alocada no MPAS bem como para as despesas de administração.

O terceiro bloco de recursos representa os chamados Fundos Sociais. No caso do financiamento das ações de saúde, os dois Fundos que mais interessam são o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e o Finsocial. O FAS foi criado em 1974, tendo-se constituído desde então em um dos mais importantes instrumentos de financiamento dos investimentos nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho, assistência e previdência social.

Administrado pela Caixa Econômica Federal (CEF), seus recursos são formados pelas rendas líquidas das loterias (esportiva e federal e, recentemente, Loto) e, subsidiariamente, por dotações do orçamento operacional da Caixa Econômica Federal, por recursos orçamentários da União e por outros de origem interna e externa.

Os empréstimos concedidos pelo FAS são, em sua maior parte, realizados em condições onde prevalecem grandes vantagens para os contratados, ou seja, lon-

gos prazos de carência e juros subsidiados com correção monetária nominal inferior à real variação das taxas de inflação. Ao longo da década de 70, boa parte dos recursos do FAS no campo da saúde foi utilizada na construção e ampliação de rede privada de serviços. Assim, dos US$ 224,1 milhões aplicados pelo FAS em programas de investimento em saúde, entre 1974 e 1977, US$ 178,5 milhões foram canalizados para o setor privado, o que corresponde a 65,3% do total de financiamento liberado para saúde pelo Fundo. Recentemente, tem-se reduzido o peso dos recursos alocados a Fundo Perdido, ao mesmo tempo que se aumenta a participação dos recursos destinados a financiamento.

No que diz respeito ao Finsocial, vale dizer que sua criação foi em 1982, tendo sido alocado no Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como uma das medidas de ajuste destinadas a aumentar o gasto social. Portanto, a descrição de seus principais mecanismos de funcionamento será feita em parte específica. Antes da crise econômica, não existia qualquer mecanismo federal similar ao Finsocial.

Os três blocos de recursos até então analisados (Recursos do Tesouro, Recursos da Previdência Social e Fundos Sociais) dizem respeito às fontes federais. Há ainda as fontes de recursos estaduais e municipais.

Os gastos sociais e, em particular, os gastos com saúde dos estados e municípios têm sido financiados com recursos das receitas tributárias próprias dessas esferas, com transferências da União, especialmente através dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios (FPE e FPM) e com transferências negociadas através de contratos e convênios com o Ministério da Saúde, Inamps, CEF/FAS, BNDES/Finsocial. A atual crise econômica tem feito com que haja fortes reduções na arrecadação própria dos estados e municípios. Quanto às transferências do FPE e do FPM, há indicações de uma certa estagnação de seu crescimento desde 1977, o que agravou ainda mais o quadro acima descrito.[27]

As transferências negociadas têm-se constituído, nos últimos anos, em parcela importante do financiamento das políticas sociais ao nível regional. Elas, em parte, têm garantido uma certa margem de autonomia para operar determinados programas, embora tenham incentivado, também, práticas clientelistas ou favoritismo político em diversas instâncias institucionais dessas esferas. Tais transferências criam, na contabilidade dos gastos sociais, determinados níveis de duplicação que dificultam adequada mensuração da magnitude do gasto social global ao nível do país.

No campo da saúde, os recursos estaduais e municipais têm financiado ações que duplicam, em parte, as realizadas pelo poder federal. Os programas de assistência médico-sanitária dessas esferas não tinham, até bem pouco tempo, coordenação com as ações desenvolvidas ao nível federal, o que não só desperdiçava recursos, como impedia a visualização das prioridades de gasto.

Resta, ainda, mencionar alguns aspectos relacionados ao financiamento do setor privado prestador de serviços de saúde. Conforme foi mencionado, esse setor absorvia 70% dos gastos do Inamps nos anos 70. A partir de 1980, tal participação declinou substancialmente. A tabela 15 mostra como nos últimos seis anos tem-se reduzido a parcela de recursos transferida à rede de prestadores privados, em ter-

[27] Ver, sobre este ponto, Vianna, S.M. et alii. op. cit.

mos relativos. Estes, se somados aos recursos repassados às entidades filantrópicas, sindicatos e empresas, responderiam, por 65,6% dos gastos em 1981. Em 1986, tal participação reduziu-se para 43,8%.

Tabela 15
Brasil
Evolução da estrutura de despesas do Inamps
1981-86
(Em %)

Prestadores	Anos de referência					
	1981	1982	1983	1984	1985	1986
1. Serviços próprios	18,5	18,7	20,0	19,0	25,0	27,4
2. Setor público	7,4	8,4	7,8	7,5	13,3	14,9
Órgãos Governamentais	5,1	5,4	4,6	4,8	8,4	10,6
Hospitais universitários	2,3	3,0	3,3	2,7	4,9	4,3
3. Setor privado	64,5	64,2	60,0	62,7	46,8	43,7
Serviços contratados	55,5	55,8	53,5	58,5	42,7	41,0
Entidades filantrópicas	3,4	3,7	3,2	2,1	2,3	1,5
Sindicatos	2,6	1,8	1,5	1,1	1,1	0,9
Empresas	3,0	2,9	1,8	0,8	0,7	0,3
4. Outras despesas	9,6*	8,7*	12,2*	10,8*	14,9*	14,0*
Total (1+2+3+4)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inamps/Secretaria de Planejamento.
* As outras despesas são compostas por gastos com administração, medicamentos não distribuídos nessas unidades e outros programas de menor importância no volume de gastos.

Deve-se, no entanto, ter cautela ao analisar esses dados. A diminuição da participação dos recursos transferidos ao setor privado ocorreu a despeito de não ter havido substancial redução no número de consultas e de serviços hospitalares contratados ou conveniados com esse setor. Tudo indica que ela tenha sido provocada por uma redução real do valor das tabelas de pagamento dos contratos e convênios do Inamps com a rede privada de serviços.

Outro poderoso instrumento de custeio do setor privado tem sido, historicamente, os descontos com despesas de saúde que, tanto pessoas físicas (IRPF) como pessoas jurídicas (IRPJ) têm direito a fazer por ocasião do pagamento do imposto de renda devido, nas declarações correntes. Tal desconto é ilimitado, podendo uma família de mais alta renda descontar até mesmo cirurgias plásticas ou serviços psicanalíticos, sem teto de desconto. Isto, além de representar um grande subsídio à iniciativa privada em saúde, é, da mesma forma, um subsídio ao consumo de serviços de saúde sofisticados, e até mesmo supérfluos, para as famílias de renda média e alta.

No caso das pessoas jurídicas, o direito se estende ao desconto de pagamentos com medicina de grupo, serviços próprios de saúde, seguro saúde, etc. Embora não existam dados relacionados a quanto os cofres públicos deixam de arrecadar com esses subsídios indiretos, no caso das empresas, supõe-se que eles sejam bem altos.

Quanto às famílias, dados da Secretaria de Receita Federal indicam que, em 1979, tais abatimentos chegavam a US$ 1.169,1 milhão, cerca de 29% do gasto federal total com saúde, ou ainda 35,1% do gasto do Inamps naquele ano. A crise econômica dos anos 80 e seus fortes impactos sobre o nível de emprego e salários trouxeram limitações reais ao montante de renda disponível nas mãos dos consumidores. Assim, a partir de 1979, ocorre forte decréscimo das deduções do imposto de renda da pessoa física. Em 1984, os abatimentos com saúde do IRPF caíram para US$ 617,2 milhões (18,1% e 22,6% do gasto total com saúde e das despesas do Inamps naquele ano, respectivamente). Com a recuperação econômica que se inicia em fins de 1984, provavelmente tais deduções voltaram a crescer.

Outra forma, a mais clássica, de financiar os gastos privados em saúde constitui o consumo direto desses serviços (de forma não isenta pelo imposto de renda) por parte das famílias. Os dados e estimativas existentes sobre esse dispêndio são, praticamente, inexistentes, embora possa-se afirmar, com segurança, que eles aumentam ou se retraem de acordo com o comportamento cíclico da economia e o perfil de distribuição social da renda.

No caso brasileiro, o setor privado começa a encontrar novos espaços de atuação, tendo em vista a sua dependência da Previdência Social. É o caso do seguro-saúde. Em 1983, a Golden Cross detinha aproximadamente um milhão de contratos e absorvia 95% do mercado de seguro-saúde. Em 1986, apesar de contar com mais de 1,7 milhão de contratos, declinou sua participação para 55% a 60% desse mercado. Outras empresas, como a Amil, a Blue-cross, e até mesmo instituições financeiras como Bradesco e Itaú, ingressaram nesse lucrativo ramo de negócio. A crise que se coloca em 1987 não garante, pelo menos a curto prazo, continuidade dessa expansão.

5.2 Limites estruturais e conjunturais dos mecanismos de financiamento das políticas de Saúde

A política social brasileira beneficiou-se muito precariamente da capacidade financeira estatal possibilitada pela reforma tributária de 1967. Apesar das transformações ocorridas nas bases financeiras, não foram estruturados, naquele momento, esquemas de financiamento e gasto que refletissem um aumento real dos limites da intervenção estatal, a partir de recursos tributários.

Ao contrário, foram traços marcantes do financiamento do gasto social a concentração de recursos em programas de grande porte e baixa efetividade e a adoção, onde fosse possível, de uma estratégia paralela de financiamento que se ancorava em bases independentes do orçamento fiscal, incidindo em maior parte sobre a folha de salários e onerando cada vez mais trabalhadores e consumidores.

Com este desempenho, ocorreu um esvaziamento dos gastos do Tesouro, que deveriam financiar os programas universais, voltados mais particularmente para as populações de baixa renda. Políticas como a de saúde pública, que dependiam basicamente de dotações orçamentárias, foram sistematicamente esvaziadas. O gasto estatal direto em programas sociais, devido à sua baixa participação no gasto so-

cial geral e no gasto orçamentário do Governo, não funcionou como mecanismo compensatório específico de redução das desigualdades sociais.

Os outros mecanismos de financiamento criados (a partir da folha de salários), quando examinados sob o ângulo da justiça fiscal e social, agravavam ainda mais o quadro aqui delineado. De um lado, há aquelas fontes que se sustentam através de contribuições diretas dos empregados e empregadores, como é o caso da maioria dos recursos do FPAS. A parte que incide sobre os salários constitui uma dedução direta da renda dos assalariados, enquanto que a parte que é atribuída às empresas é, em grande parte, transferida aos preços para os consumidores, através das práticas oligopolistas de fixação de preços.

Outros fundos que se baseiam no recolhimento das empresas a partir da folha de salários, como é o caso do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), e que se destinam a financiar projetos nas áreas de habitação, saneamento básico e desenvolvimento urbano, têm que garantir a manutenção de seus valores reais através da fixação de juros e correção monetária sobre os empréstimos destinados àquelas finalidades. A lógica de financiamento desses recursos se baseia, de um lado, no repasse deste e de outros encargos sociais – salário-educação, Finsocial, Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP), etc. – aos preços dos bens e serviços, por parte das empresas e, de outro, na utilização de critérios de rentabilidade bancária (correção monetária e juros de mercado, em alguns programas) para os empréstimos feitos, o que inviabiliza sua aplicação correta em face das necessidades sociais.

Com isso, verifica-se a ausência de uma articulação solidária entre os mecanismos de financiamento e a natureza do gasto social. "Observou-se, portanto, a estruturação de mecanismos de financiamento auto-sustentados que limitam a adoção de critérios de justiça social, até mesmo na alocação de recursos, dada a necessidade de contemplar, em maior ou menor grau, taxas de remuneração compatíveis com a rentabilidade do setor financeiro. Consagra-se, assim, uma prática cuja lógica interna dificultou formas de subsídio ou aplicações de recursos a fundo perdido nos programas prioritários."[28]

Por estarem baseadas no comportamento da folha de salários e nos rendimentos dos trabalhadores assalariados ou autônomos, as receitas desses fundos são muito sensíveis às flutuações cíclicas da economia. O crescimento continuado do emprego e da renda, ao longo dos anos 70, garantiu, em certa medida, forte crescimento dos recursos à disposição desses fundos. No entanto, qualquer alteração da política econômica que implique na redução da atividade produtiva, ou na conseqüente queda nos níveis de emprego e na massa salarial, é suficiente para desestabilizar esses mecanismos. Foi assim que a política de estabilização praticada ao longo da crise recente impôs, além da queda dos níveis de poupança, emprego e salários, fortes restrições ao financiamento das políticas sociais que deveriam fazer frente a estas mesmas condições de agravamento.

"Assim, o paradoxo da montagem de mecanismos financeiros para a política social, como os aqui descritos, não é somente aberrante nas conjunturas econômicas favoráveis, mas acentua-se nos momentos de crise. Contraditoriamente, a intervenção estatal nas questões sociais debilita-se justamente nos momentos em que a demanda aumenta, em função da deterioração das condições de vida das camadas de baixa renda nessas conjunturas."[29]

[28] Médici, A.C. & Silva, P.L.B. op. cit.
[29] Id. ibid.

Os recursos do orçamento fiscal, além de regressivos no momento da captação, não têm funcionado como mecanismos adequados de financiamento do setor, devido à reduzida quantia que é destinada aos programas de saúde de corte coletivo (atenção médico-ambulatorial preventiva, etc.). A redução dos gastos em saúde pública tem ocorrido a despeito de uma deterioração das condições de saúde da população, em função da adoção de um modelo, nos últimos 20 anos, que privilegiou a atenção médico-hospitalar de corte tecnificado (medicina de especialidades com a utilização de tecnologias sofisticadas no diagnóstico e nos processos terapêuticos).

Cabe, portanto, refletir sobre duas questões básicas quanto aos recursos do orçamento fiscal: Como reduzir sua regressividade? Como gastar mais com os programas de atenção coletiva no campo da saúde sem que os programas de assistência médico-hospitalar deixem de estar adequados? No primeiro caso, trata-se de aumentar o peso dos impostos diretos (em especial o imposto de renda) e reduzir o peso dos impostos transferíveis aos preços. Quanto à segunda questão, a decisão de aumentar o gasto em saúde pública é, antes de tudo, uma decisão política, na qual a participação dos segmentos organizados da sociedade poderá ter peso decisivo na fixação de um volume de gasto nos programas de saúde que, historicamente, têm sido menos contemplados, apesar da carência social por suas ações.

Quanto aos recursos do FPAS, os principais limites são:

a) o crescimento dos recursos à disposição do setor de atenção à saúde e, portanto, à ampliação, em tese, do alcance dessa política se deve, sem dúvida, ao crescimento extraordinário das receitas previdenciárias e, particularmente, do item contribuições compulsórias;

b) estando as contribuições compulsórias – suporte principal das receitas previdenciárias – diretamente amarradas aos salários, o seu crescimento ao longo da década ficou dependente da velocidade de incorporação de parcelas da população ainda não cobertas e do crescimento do número de empregos. Essa observação deve-se ao fato de que o crescimento real dos salários, especialmente os de base, foi obstaculizado pela política salarial vigente até 1984. Com isso, no início da crise, as receitas previdenciárias tenderam a cair, mostrando a fragilidade da sustentação dessas políticas nas conjunturas recessivas.

c) a receita das contribuições compulsórias, calculada principalmente sobre a folha de salários da população urbana, onera os custos de mão-de-obra, elevando o custo relativo do trabalho. Com isso, as empresas que utilizam mais mão-de-obra, geralmente as mais débeis e menos tecnificadas, tendem a ficar mais oneradas, o que ameaça a estabilidade delas nos momentos recessivos da economia. Ao mesmo tempo, este fato gera inadimplência dessas empresas com a Previdência, nessas conjunturas, baixando ainda mais a massa de recursos captados nesses períodos;

d) os gastos com assistência médica da Previdência tendem a se contrair, nos momentos de crise, em proporção superior aos gastos em benefícios. Isto ocorre porque aposentadorias e pensões são comprometimentos fixos que têm que ser assumidos pela máquina previdenciária. Nas conjunturas de crise, ao mesmo tempo em que aumentam as demandas por pensões, reduz-se a arrecadação da Previdência. Nesse contexto, os gastos com assistência médica funcionam como um resíduo que flutua na medida em que são fornecidos os gastos com benefícios. É por isso que a participação do Inamps na receita do Sinpas chegou aos seus níveis mais baixos nos anos da crise recente, especialmente em 1983;

e) na medida em que o Inamps começou paulatinamente a incorporar novas clientelas não diretamente contribuintes, como os atendimentos de urgência (PPA), os

trabalhadores rurais (Funrural), etc., começaram a surgir problemas de iniqüidade entre os mecanismos de cobertura das novas clientelas. O caso mais gritante foi o do Funrural, que mesmo tendo que transferir recursos da previdência urbana para os beneficiários rurais, não atendia satisfatoriamente a este segmento;

f) as quedas progressivas das transferências da União e a inexistência de mecanismos de capitalização ou cálculo atuarial, que permitam a existência de um fundo de reserva na Previdência, criam um problema financeiro latente na própria estrutura do Sinpas. Destaca-se, ainda, o fato já mencionado de que a ausência da transferência dos recursos da União configura uma ruptura do contrato existente entre esta e todos os segurados.

Os recursos do FAS, que em geral têm sido destinados a programas de investimentos na área social dependem, basicamente, da arrecadação das loterias – federal, esportiva e, recentemente, da loto – e também do repasse de recursos do Tesouro e de saldos operacionais da CEF. Na crise recente ocorreram dois movimentos que influenciaram o comportamento dessas receitas: de um lado, a paulatina retirada desses repasses da receita do Fundo e, de outro, a redução do volume de apostas nas loterias, em decorrência da queda de poder aquisitivo da população ao longo da crise.

Com isso, os recursos postos à disposição do FAS sofreram fortes reduções no período recente, especialmente a partir de 1983. No caso do setor saúde, tais reduções ocorrem não apenas em termos absolutos, mas também em relação ao montante global de recursos do Fundo. Tal comportamento, aliado à parcela de recursos canalizada para o setor privado, tem impedido investimentos necessários às estratégias públicas de ampliação da rede de serviços.

Vale destacar, por outro lado, que os financiamentos destinados à saúde têm sido contratados de forma remunerada, reduzindo-se o montante de recursos aplicados a fundo perdido. Como o setor público utiliza-se mais desta última modalidade, a seletividade em contratar empréstimos com retorno, a partir do FAS, indica maior prioridade ao setor privado por parte dos gestores do Fundo.

Os financiamentos do FAS, ao longo dos anos 70 e meados da década de 80, não obedeciam diretamente a algum programa ou lógica de investimento. O funcionamento de tipo "balcão" não permitia que fossem buscados critérios de eqüidade na repartição dos recursos. Assim, somente os estados e municípios que detinham alguma capacidade técnica ou política de barganha conseguiam assegurar maiores fatias desses recursos. Além de favorecer os estados mais ricos (porque são esses que detêm capacidade técnica de apresentar os melhores projetos) tal procedimento incentivava práticas clientelistas e de favoritismo político.

Os principais limites à expansão do gasto social das esferas estaduais e municipais, especialmente nos períodos recessivos, estão calcados nas quedas de arrecadação tributária e na decisão política dos administradores dessas esferas.

No primeiro caso, as crises econômicas trazem limites ao aumento de arrecadação em todas as esferas de governo, em maior ou menor intensidade. Ao nível federal, como grande parte das receitas fiscais provém de impostos indiretos, uma redução do consumo ou da produção, como geralmente, ocorre nesses períodos, traz reduções, na carga fiscal, superiores às que ocorreriam, caso a estrutura tributária fosse sustentada por impostos diretos. Isso afeta diretamente as receitas estaduais e municipais, que têm parte de seus recursos vinculados a transferências federais francamente decrescentes nas conjunturas cíclicas.

Paralelamente, as receitas estaduais próprias têm como base um imposto indireto (ICM), o mesmo ocorrendo com as receitas municipais (ISS), o que traz os mesmos inconvenientes apontados acima.

Quanto ao segundo ponto, as crises normalmente fazem com que os governos estaduais destinem seus fundos para outras prioridades. Não é à toa que as redes estaduais de saúde continuam deterioradas e o gasto em saúde nessas esferas caiu 9,4% entre 1979 e 1984.

A centralização tributária da União e a ausência de uma solidariedade redistributiva no campo fiscal têm impedido que os estados e municípios, especialmente os mais pobres, detenham recursos para alocar, com autonomia, seus fundos aos programas efetivamente prioritários. Somente as Secretarias estaduais e municipais maiores ou mais ricas podem promover programas com relativa independência.

5.3 As políticas de saúde e os mecanismos de ajuste frente à crise

No Brasil, o enfrentamento e administração da crise dos anos 80 deu-se através de um conjunto de diretrizes de política econômica que agravaram as condições de vida das populações de renda mais baixa, ao mesmo tempo em que obstaculizaram a expansão e continuidade do gasto estatal no campo social.

Pelo lado do gasto público federal, isto foi o resultado da adoção de uma política econômica estabilizadora para o enfrentamento da crise, onde o Governo Federal passou a atribuir ao déficit do setor público a responsabilidade pela aceleração do processo inflacionário. O déficit público, nesta visão, seria derivado do crescimento desordenado do setor público. Vários estudos demonstram, no entanto, que além do equívoco da visão oficial de como administrar a crise, ocorreram reduções reais naqueles setores que apresentam maior resistência, dentre os quais destacam-se as políticas de saúde.

Pelo lado da receita da previdência social, ocorreu fenômeno semelhante, ou seja, perda da capacidade real de gasto em função da queda das receitas que, em 1981, atingiram patamares inferiores aos de 1978.

Diante deste quadro de restrições, a gestão da política social e, particularmente, de saúde, viu-se diante da necessidade de tomar algumas medidas de ajuste, das quais se passará a descrever as principais.

5.3.1 A criação do Finsocial

O Finsocial foi criado em maio de 1982, tendo em vista cobrir ações de natureza emergencial nos chamados setores sociais, justamente no momento em que a crise econômica assumia suas feições mais severas. Para financiar as ações dos ministérios da área social, o Governo Federal preferiu, ao invés de reordenar os recursos já existentes, criar uma fonte adicional de captação que correspondia a 0,5% da receita bruta das empresas, instituições financeiras e sociedades seguradoras ou 5% sobre o imposto de renda das empresas que apenas vendem serviços. No caso das empresas estatais isentas de imposto de renda, essa contribuição é assegurada a partir do cálculo fictício de uma declaração de imposto de renda.

A principal intenção do Governo com a criação deste fundo foi, pelo menos ao nível retórico, prever o investimento necessário aos programas sociais abrangidos. Tais investimentos seriam destinados não apenas à criação imediata de infra-estru-

tura para resolver problemas emergenciais, mas também a garantir, a longo prazo, um crescimento *auto-sustentado* das inversões na área social, a partir de uma visão integrada dos diversos setores envolvidos.

Apesar dessas intenções, vários problemas podem ser levantados no que diz respeito à operação e ao funcionamento do Finsocial. Primeiramente, a maior parcela dos recursos arrecadados em nome do Fundo (0,5% sobre a receita bruta das empresas) constitui um novo imposto direto que, repassado aos preços, eleva os níveis de inflação. A outra parcela (5% do imposto de renda devido das empresas que só vendem serviços) é pequeno, apesar de tecnicamente ser melhor por incidir sobre um imposto direto.

Em segundo lugar, o BNDES nunca deteve autonomia suficiente para administrar os recursos do Fundo. Desde sua criação, o Finsocial foi-se transformando paulatinamente em mais um instrumento de suplementação do minguado orçamento fiscal. Em 1984, 21,1% dos recursos do Fundo já foram vinculados aos orçamentos ministeriais. Em 1985 e 1986 essa participação aumentou para 80,4% e 96,3% e em 1987 estima-se que ela chegou aos 93,8%. Assim, o Finsocial, criado com o nobre intuito de financiar o investimento na área social, vem-se transformando, paulatinamente, num programa de custeio em função da retração real dos orçamentos dos ministérios sociais.

O setor saúde foi o terceiro a receber mais recursos desse Fundo, em todo o período 1982-86. Depois de Alimentação e Nutrição (30,3%) e Apoio ao Pequeno e Médio Produtor (21,7%), foram destinados, em média, 19,7% dos recursos do Finsocial para a área de saúde nesses cinco anos. A participação da saúde foi declinante entre 1982 e 1984, no que diz respeito à absorção de recursos. Em 1982, 46,3% dos recursos do Fundo foram aplicados no setor. Tal participação decresce para 16,9% em 1984, voltando a crescer em 1985 e 1986. Assim, nos anos mais duros da crise, a participação do Finsocial no financiamento das ações de saúde foi declinante.

5.3.2 Medidas no âmbito da Previdência Social

Em 29.12.81, buscando evitar que a Previdência Social apresentasse, em 1982, uma fantástica redução de suas receitas, semelhante à ocorrida em 1981, o Governo tomou uma série de medidas, cabendo destacar:

a) a contribuição dos empregados urbanos modifica-se. A alíquota única de 8% sobre os salários passa para outra que varia de 8,5 a 10%, de forma progressiva, até o teto de 20 salários mínimos, ou seja:

- Até três salários mínimos ..... 8,5 %
- De três a cinco salários mínimos ..... 8,75 %
- De cinco a dez salários mínimos ..... 9 %
- De dez a quinze salários mínimos ..... 9,5 %
- De quinze a vinte salários mínimos ..... 10 %
- Mais de vinte salários mínimos ..... 10 %;

b) a contribuição das empresas urbanas passa de 8% para 10% da folha total de salários, mantendo-se o teto de 20 salários mínimos;

c) os trabalhadores autônomos, empregadores, ministros de profissão religiosa ou quaisquer outros contribuintes em dobro, como é o caso das empregadas domésticas, elevam sua contribuição de 16% para 19,2% sobre sua remuneração mensal

estimada, de acordo com a tabela progressiva de salário-base, em função do tempo de contribuição;
d) para os aposentados e pensionistas, foi criada uma contribuição adicional de 3% sobre o benefício recebido, a qual foi extinta em 1986 pelo então Ministro de Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães.

5.3.3 Outras medidas complementares no campo da receita do Sinpas

A chamada contribuição da União ao Sinpas tem sido, nos últimos anos, calculada a partir de recursos das loterias, competições hípicas, e contribuições sobre o preço ex-refinaria de combustíveis automotores, que constituem a chamada Quota da Previdência. Com a paulatina redução dessa contribuição e o surgimento de grandes déficits operacionais do Sinpas, tornou-se necessário reforçar os recursos dessa fonte.

O Decreto-Lei nº 1.867, de 1981, criou novos instrumentos, tendo em vista ampliar esses recursos. Um desses instrumentos foi a ampliação da base de incidência das contribuições compulsórias das empresas junto ao Serviço Social da Indústria (Sesi), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), Serviço Social do Comércio (Sesc) e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), destinando o excedente dessa arrecadação ao Sinpas, como contribuição da União.

A União ainda concedeu à Previdência um crédito orçamentário suplementar de 50 bilhões de cruzados, ao final de 1981 (a preços de 1986), e permitiu a emissão de uma série especial de ORTN, em abril de 1982, até o valor de 180 bilhões de cruzados (a preços de 1986), visando a redução do saldo devedor da Previdência junto à rede bancária. Com isso, o déficit do Sinpas reverteu-se em superávit ainda em 1982.

No entanto, mesmo com todas essas medidas, as receitas previdenciárias tornam a cair em 1983, acumulando novos déficits em 1983 e 1984.

Com a retomada do crescimento em finais de 1984, a elevação dos níveis de emprego e dos salários foi capaz, por si só, de auto-sustentar a elevação das receitas e a eliminação dos déficits acumulados anteriormente. Mesmo assim, tanto a administração Waldir Pires como a de Raphael de Almeida Magalhães tomaram algumas medidas de importância neste campo, cabendo destacar:
a) o combate às fraudes existentes no campo da arrecadação, bem como às inadimplências que muitas empresas detinham, acumuladamente, com a Previdência;
b) a diminuição do prazo de recolhimento bancário dos recursos da Previdência.

Em termos gerais, os dados indicam que a maior estratégia de ajuste adotada no campo da despesa foi a redução do gasto social e, particularmente, de saúde, pelo menos até 1984. Isto diz respeito não apenas ao gasto orçamentário direto (União, estados e municípios), como também ao próprio gasto do Inamps. Depois de atingir US$ 3,5 bilhões em 1978, a despesa do Inamps cai constantemente, só voltando a se elevar em 1984, quando não atinge, sequer, os níveis existentes em 1976.

As despesas do Inamps, que chegaram a representar 32,02% das receitas do Sinpas, em 1976, passam a ter participação relativa declinante, especialmente nos anos de 1982 e 1983, quando foram encontradas as mais baixas participações de toda a série. Com a recuperação da economia e o aumento das receitas em 1985, a despesa do Inamps voltou a aumentar sua participação na receita do complexo previdenciário, o que pode ser melhor avaliado pelo fato daquele ano representar uma inversão da tendência deficitária da Previdência. Em 1985, a participação do Inamps nas despesas do Sinpas chegou a 26,7%, caindo para 23,7% em 1986.

De qualquer forma, nos anos de 1985 e 1986 foram reforçadas algumas estratégias de saneamento administrativo e financeiro da Previdência, cabendo destacar o combate às fraudes e à concessão de aposentadorias-fantasma. Apesar de não terem tido forte efeito na redução do gasto previdenciário, tais medidas tiveram um efeito psicológico importante junto à população.

No que diz respeito à assistência médica, iniciou-se, também, forte combate às fraudes, especialmente no setor privado. Quanto a isso, importantes medidas foram tomadas em 1982, como a extinção do pagamento por unidade de serviço (*fee for service)* e a instituição do pagamento por procedimento. Isto possibilitou eliminar a principal forma de fraude existente, ou seja, a chamada "fraude técnica", na qual os serviços e terapias mais sofisticados, por remunerarem melhor, eram escolhidos em detrimento dos serviços e terapias mais simples.

A partir de 1985, com a administração Hésio Cordeiro, o Inamps intensificou sua estratégia de combate às fraudes. A fraude mais comum, ou seja, a cobrança por procedimentos não realizados (pacientes-fantasma) ou por procedimentos mais simples que os realizados, foi reduzida, mas mesmo assim a forma contratual usada pelo Inamps não permite um perfeito acompanhamento e controle dos convênios efetuados com os prestadores privados, o que faz com que as fraudes ainda sejam bem freqüentes.

Por outro lado, o Inamps, nos últimos três anos, tem reduzido sistematicamente o valor real dos pagamentos efetuados à rede privada, o que cria estímulos ainda maiores para a permanência de fraudes "consentidas" pelo sistema. Ao mesmo tempo, o Inamps, ao que parece, tem ratificado a atual política de compras de serviço, pois espera uma profunda mudança nas relações contratuais com o setor privado, para que possa redefinir orçamentária e financeiramente sua relação com esses prestadores.

O fortalecimento das estratégias já iniciadas anteriormente, de regionalização e hierarquização dos serviços através dos recursos do Inamps, em especial do Programa de Ações Integradas de Saúde, parece ter sido outra estratégia que aponta no caminho de uma melhor distribuição do gasto, mediante a utilização da capacidade instalada já existente na rede pública dos estados e municípios. Tais programas fizeram com que os recursos do Inamps fossem sendo transferidos em maior proporção para a rede pública, o que, frente aos resultados, deve ser avaliado positivamente em seus efeitos.

5.4 O gasto em saúde no contexto da crise

Apesar de atingir US$ 4,4 bilhões em 1986, o gasto público federal com saúde não pode ser considerado alto, haja vista que ele constitui a principal fonte de custeio das ações de saúde no Brasil. Estes US$ 4,4 bilhões representavam 1,67% do Produto Interno Bruto em 1986.

Ao longo da crise que se estende de 1980 a 1986, a participação do gasto federal em saúde nunca foi muito mais elevada do que tal proporção. O máximo que atingiu foi 1,84% do PIB, em 1982, e o mínimo foi obtido no ano seguinte (1,56%).

De qualquer forma, o gasto em saúde *per capita* é declinante entre 1980 e 1983, passando de US$ 35,64 para US$ 26,63, em termos anuais, entre esses dois anos, respectivamente. Em 1984, inicia-se uma pequena recuperação do montante *per capita* gasto com saúde pelo Governo Federal. Tal recuperação, que se pro-

Tabela 16
Brasil
Evolução do gasto federal em saúde por fontes
(Em US$ milhões de 1986)

Anos	Gastos em saúde por fontes						
	Total	Tesouro			FPAS	FAS	Outras
		Total	Recursos do orçamento ordinário vinculado	Finsocial			
1980	4.245,2	548,4	548,4	-	3.614,2	67,1	15,5
1981	4.018,6	572,2	572,2	-	3.337,5	87,0	21,9
1982	4.165,3	647,2	647,2	-	3.406,9	80,4	30,8
1983	3.411,4	625,1	559,6	87,6	2.740,1	40,8	5,4
1984	3.561,6	577,8	504,1	73,7	2.919,3	62,0	2,5
1985	4.071,1	829,9	729,8	100,1	3.217,8	23,4	-
1986	4.391,2	955,0	943,3	11,7	3.413,1	23,1	-

Fonte: Ipea/Instituto de Planejamento/Coordenadoria de Saúde e Previdência-Iplan/CSP.
Obs.: Os gastos ordinários vinculados do Tesouro incluem recursos do Finsocial alocados no orçamento do Ministério da Saúde. Já os gastos sob a rubrica Finsocial referem-se apenas aos recursos alocados aos Ministérios para a função saúde através do BNDES. Os gastos em saúde do FPAS não correspondem somente aos do Inamps, mas também aos gastos de saúde de outros órgãos da Previdência e repasses da Previdência para gastos em saúde em outras esferas.

Tabela 17
Brasil
Distribuição do gasto federal consolidado em saúde por fontes
1980 - 86
(Em %)

Anos	Fontes de recursos						
	Total	Tesouro			FPAS	FAS	Outros
		Total	Recursos do orçamento ordinário vinculado	Finsocial			
1980	100,0	12,9	12,9	–	85,1	1,6	0,4
1981	100,0	14,2	14,2	–	83,0	2,2	0,6
1982	100,0	15,5	15,5	–	81,8	1,9	0,8
1983	100,0	18,3	16,4	1,9	80,3	1,2	0,2
1984	100,0	16,2	14,2	2,0	82,0	1,7	0,1
1985	100,0	20,4	17,9	2,5	79,0	0,6	-
1986	100,0	21,8	21,5	0,3	77,7	0,5	-

Fonte: Ipea/Instituto de Planejamento/Coordenadoria de Saúde e Previdência-Iplan/CSP.

Tabela 18
Brasil
Taxas de crescimento do gasto federal em saúde por fonte
1980-86
(Em %)

Períodos	Fontes de recursos						
	Total	Tesouro			FPAS	FAS	Outros
		Total	Recursos do orçamento ordinário vinculado	Finsocial			
1980-81	-5,3	4,3	4,3	-	-7,7	29,7	41,3
1981-82	3,7	13,1	13,1	-	2,1	-7,6	40,6
1982-83	-18,1	-3,4	-3,4	-	-19,6	-49,2	-82,5
1983-84	4,4	-7,6	-9,9	-15,9	6,5	52,0	-53,7
1984-85	14,3	43,6	44,8	35,8	10,2	-62,3	-
1985-86	7,9	15,1	29,2	-88,3	6,1	-1,3	-
1980-84 (a.a.)	-4,3	1,3	-2,1	-	-5,2	-1,9	-36,6
1984-86 (a.a.)	11,0	28,6	36,8	-60,1	8,1	-39,0	-

Fonte: Ipea/Instituto de Planejamento/Coordenadoria de Saúde e Previdência – Iplan/CSP.
a.a. – ao ano

longa pelos dois anos seguintes, não chega a ser suficiente para repor o patamar de gasto por habitante vigente em 1982 (tabela 19). Em 1986 gastava-se US$ 31,85 por habitante/ano com saúde, no nível federal.

Tabela 19
Brasil
Relações entre o gasto federal com saúde, o PIB e a população
1980 - 86
(Em US$ de 1986)

Anos	Gasto federal em saúde sobre o PIB (%)	Gasto federal em saúde *per capita* anual (US$)
1980	1,74	35,64
1981	1,76	32,95
1982	1,84	33,33
1983	1,56	26,63
1984	1,59	27,13
1985	1,68	30,27
1986	1,67	31,85

Fonte: Medici, A. C. & Silva, P.L.B. op. cit.

Nesses anos de crise, o gasto federal em saúde sofre algumas mudanças significativas em sua composição interna. Em 1980 somente 12,9% dos recursos federais provinham de fundos do Tesouro. A maior parcela dos recursos (85,1%) era representada pelos aportes do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A partir de então, podem ser identificadas as seguintes mudanças na estrutura, conforme a tabela 17:

a) aumento da participação da fonte Tesouro que, em 1986, já passa a representar 21,8% do gasto federal em saúde;
b) perda de importância relativa dos recursos do FPAS que, em 1986, correspondiam a 77,7% do total da despesa da União com saúde, contra os 85,1% de participação, que detinham em 1980;
c) redução gradativa da importância dos recursos do FAS à disposição do setor, indicando falta de prioridade nos investimentos de infra-estrutura ao longo da crise, desde que o maior uso do FAS tem sido em investimentos em redes de saúde, tanto para construção como para reaparelhamento.

Apesar dessas mudanças não terem invertido o peso dos recursos do FPAS como principal fonte de custeio no setor, ao nível federal, pode-se dizer que elas aumentaram significativamente a participação do Tesouro. Esta, por sua vez, teve como principal fonte adicional de recursos o Finsocial. Os recursos desse fundo ingressam não somente de forma independente, através do BNDES (como mostra a tabela 16), mas também de forma vinculada ao orçamento ordinário de órgãos como o Ministério da Saúde. Pode-se dizer, ainda, que cada vez mais o Finsocial tem sido responsável por grande parcela dos recursos do Ministério da Saúde.

A crise econômica representou grandes perdas de recursos para o setor saúde. Como mostra a tabela 18, entre 1980 e 1984, o gasto federal total com saúde restringiu-se a uma taxa de 4,3% ao ano, sendo que os recursos ordinários vinculados e os do FPAS foram os principais responsáveis por essa queda. Já no período 1984-86 ocorre forte recuperação do volume de gastos, com um crescimento anual médio de 11% no período. Embora os recursos do FPAS tenham crescido apenas 8,1% ao ano, os gastos do Tesouro se incrementaram a uma taxa de 28,6% ao ano, nesse intervalo de tempo.

A análise dessas tabelas mostra que nos períodos de crise, quando as demandas sociais são maiores, as despesas federais com saúde reduzem-se em função das necessidades de dar resposta à contração das receitas. Isto reflete alguns dos problemas já mencionados anteriormente: a instabilidade das fontes de recursos não garante sustentação das políticas sociais (e, em particular, dos programas de saúde) nos momentos de crise. É necessário, portanto, buscar fontes mais estáveis de financiamento dessas políticas para que seu papel "compensatório" apareça como relevante nas conjunturas recessivas.

Ao observar o comportamento do gasto federal (do Tesouro) com saúde, a partir de 1978, nota-se que de 1978 a 1980 ele já era declinante (tabela 20). Em outras palavras, mesmo antes do país mergulhar explicitamente na crise econômica, o Governo Federal vinha reduzindo sua parcela de gasto público com saúde, haja vista a participação cada vez mais reduzida do Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União.

Mais interessante, ainda, é que nos anos mais duros da crise, particularmente em 1981, o gasto federal com saúde recomeça a crescer, embora não tenha atingido, em 1982, os níveis de 1979. Em 1983 e 1984 a despesa federal com saúde volta a baixar, crescendo apenas em 1985 e 1986, quando atinge os níveis reais mais elevados da história recente. Com efeito, o gasto federal, em 1986, foi de US$ 943,3 milhões, 37% mais elevado que o de 1978, que foi o ponto mais alto atingido antes da crise dos anos 80.

Tradicionalmente, os recursos do Tesouro na área de saúde têm sido utilizados para financiar as chamadas ações de alcance coletivo, enquanto que os fundos da previdência são voltados para as ações de assistência médica. Tal tradição, no entanto, não correspondeu ao desempenho efetivo do gasto do Tesouro em saúde, ao longo da crise.

Ao observar a tabela 21, nota-se que os programas de assistência médica, que já que absorviam 33% dos recursos do Tesouro desembolsados com saúde em 1978, passaram a corresponder, em 1984, a quase 50% do gasto. Tais programas correspondem ao desembolso com os hospitais militares, os hospitais de referência do Ministério da Saúde, a rede assistencial da Fundação Sesp e os hospitais universitários.

Esse aumento relativo do gasto com os programas de assistência médica teve reflexos na redução relativa dos recursos destinados aos programas de atenção coletiva nos anos de crise. Programas de grande importância, como os de controle e erradicação de doenças transmissíveis, tiveram seus recursos reduzidos de 20,8%, em 1978, para 14,6%, em 1984. No primeiro ano, gastou-se US$ 143,3 milhões com esse programas, enquanto que em 1984 foi desembolsado pouco mais da metade desses recursos para sua execução.

Este descaso com os programas de controle e erradicação de doenças transmissíveis, associado aos intensos fluxos migratórios ainda detectados nos anos 80, responde, em parte, pelos 500 mil casos de malária detectados em 1985; pelo au-

Tabela 20
Brasil
Evolução dos gastos federais (Tesouro) com saúde por subprogramas
1978 - 86
(Em US$ milhões de 1986)

Subprogramas	Anos								
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Total	689,4	648,4	548,4	572,2	647,2	559,6	504,1	729,8	943,3
Assistência médico-sanitária	229,3	202,6	225,8	245,0	301,2	274,0	248,2	301,6	369,4
Controle e erradicação de doenças transmissíveis	143,3	139,2	102,0	69,4	90,0	69,4	73,9	138,5	219,7
Fiscalização e inspeção sanitária	4,1	4,1	3,4	3,8	3,3	2,4	1,7	4,6	7,4
Produtos profiláticos e terapêuticos	17,4	13,9	77,9	20,1	19,8	14,9	7,5	2,3	37,6
Saúde materno-infantil	-	-	-	-	-	-	-	30,4	33,4
Outros gastos	295,3	288,6	139,3	233,9	232,9	198,9	172,8	252,1	275,0

Fonte: Ipea/Iplan/CSP.

Tabela 21
Brasil
Evolução da estrutura dos gastos federais (Tesouro) com saúde por subprogramas
1978 - 86
(Em %)

Subprogramas	Anos				
	1978	1980	1982	1984	1986
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Assistência médico-sanitária	33,3	41,2	46,5	49,2	39,2
Controle e erradicação de doenças transmissíveis	20,8	18,6	13,9	14,6	23,3
Fiscalização e inspeção sanitária	0,6	0,6	0,5	0,3	0,8
Produtos profiláticos e terapêuticos	2,5	14,2	3,1	1,5	4,0
Saúde materno-infantil	-	-	-	-	3,5
Outros gastos	42,8	25,4	36,0	34,4	29,2

Fonte: Ipea/Iplan/CSP.

mento contínuo dos registros de poliomielite desde 1983; pela persistência de casos localizados de leptospirose, febre maculosa, hepatite *b* e hansenfase. A recente epidemia de dengue, com a proliferação do mosquito *aedys aegypit*, que havia desaparecido de nosso cenário epidemiológico há décadas, pegou desprevenida a população (e também os serviços de saúde federais, estaduais e municipais) colocando-a na iminência de ser atacada por uma epidemia de febre amarela, a qual se pressupunha erradicada desde os idos de Oswaldo Cruz.[30]

Outros programas de atenção coletiva, como os de fiscalização e inspeção sanitária e de produtos profiláticos e terapêuticos, tiveram seus recursos reduzidos não só do ponto de vista absoluto, como relativo.

Em 1985 e 1986 observa-se uma retomada na importância dos programas sobre a coletividade e sobre o meio. O programa Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis, que respondia por 13,9% dos gastos do Tesouro com a função saúde em 1984, passa a deter 23,3% do total de recursos. O mesmo acontece com programas como "fiscalização e inspeção sanitária" e "produtos profiláticos e terapêuticos", que aumentam não só o montante à sua disposição, como o peso relativo no total dos gastos. Ao mesmo tempo, reduz-se a participação relativa da assistência médica na massa de recursos do Tesouro.

[30] Oswaldo Cruz foi o pioneiro das Campanhas Sanitárias no Brasil, desenvolvidas no início deste século.

Tal fato representa um importante redirecionamento de prioridades esquecidas pelos governos militares no campo da saúde, mas não invalida a advertência sobre a necessidade de investir mais recursos nesse campo, tendo em vista cobrir o atraso em que nos encontramos no controle sanitário de endemias facilmente erradicadas a partir do emprego de técnicas simples e baratas.

Nos anos de crise, a estrutura do gasto do Inamps não se modificou substancialmente. Como mostram as tabelas 22 e 23, parece ter havido, naqueles anos, um ligeiro aumento dos gastos com assistência médica em relação ao total dos gastos da instituição, até 1984, tendência que se inverte particularmente nos anos de 1985 e 1986.

Quanto aos gastos com assistência médica propriamente ditos, vale destacar que, ao longo da crise, o peso dos serviços privados contratados em relação ao total dos recursos gastos permanece alto. Em 1981, 55% dos recursos do Inamps eram desembolsados para pagamento de prestadores privados. Adicionando-se os convênios com as entidades filantrópicas, com os sindicatos e as empresas, essa proporção chegava a 65% naquele mesmo ano. Em 1984, essas cifras eram 58,3% e 62,4%, respectivamente. Portanto, não se pode vislumbrar, ao longo da crise, qualquer esforço no sentido de redirecionar a composição interna do gasto em assistência médica do Inamps.

Tal esforço só pode ser sentido a partir de 1985, quando efetivamente aumentam os recursos gastos com serviços próprios e custeio da assistência médica de outros órgãos governamentais. A parcela transferida ao setor privado, que se reduziu para 43,8%, em 1986, deve-se não a uma diminuição do volume de contratos, mas sim à não atualização de seu valor real. Os recursos gastos com serviços próprios, outros órgãos governamentais e hospitais universitários já chegavam a 42,3% da despesa do Inamps em 1986, quando em 1984 não passavam dos 26,5%.

Vale dizer também que surge, em 1983, um programa específico intitulado Reorganização e racionalização da assistência médica que passa a absorver parcela significativa de recursos do Inamps. Em 1983 esse programa gastou US$ 17 milhões. Em 1985 ele já desembolsava US$ 79 milhões. Certamente que os gastos nessa linha irão culminar com o processo de estadualização da rede do Inamps, ora em curso, e com a reforma administrativa da direção do órgão e sua transferência para Brasília, nos anos de 1987 e 1988.

O aumento de recursos do programa Custeio da assistência médica de outros órgãos governamentais, a partir de 1984, foi bastante significativo. Em 1983 somente 4,6% dos recursos do Inamps eram canalizados para o programa. Em 1986 este percentual elevou-se para 10,6%. Este rápido aumento deve-se ao desenvolvimento de programas como os de Ações Integradas de Saúde (AIS) que têm, como finalidade básica, repassar recursos para o custeio da rede pública de saúde dos estados e municípios.

Nos anos recentes – 1985 e 1986 – aumentam também os recursos transferidos aos hospitais universitários, tendo em vista reforçar seus programas de atendimento universal. Assim, esses estabelecimentos, que em 1984 recebiam 2,7 do volume de recursos do Inamps, passam a receber 4,4% em 1986.

Ao que tudo indica, portanto, o Inamps vem, nos últimos anos, redirecionando sua atividade para um melhor aproveitamento da rede pública de serviços e uma efetiva descentralização de suas ações, com maior autonomia dos estados e municípios na gestão de recursos do órgão. Apesar da redução dos recursos repassados para a rede privada, porém, a relação entre o setor público e os prestadores particulares de serviços é um capítulo inconcluso na história recente do órgão.

Tabela 22
Brasil
Inamps: Evolução das despesas realizadas segundo o programa de trabalho
1981-86
(Em US$ milhões de 1986)

Programas	Anos					
	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Total geral	3.410,8	3.473,7	2.740,0	2.919,6	3.217,8	3.410,8
Administração	181,7	177,3	134,8	119,6	163,5	199,7
Assistência médico-sanitária	3.180,90	3.177,0	2.476,8	2.691,5	2.906,5	3.029,3
Controle e expansão de unidade de assistência médica	-	-	-	-	-	1,1
Controle e expansão de unidades ambulatoriais	-	-	-	-	-	7,6
Assistência médica - serviços próprios	692,1	632,1	548,2	555,9	823,8	939,6
Assistência médica - serviços contratados	1.853,6	1.900,8	1.466,5	1.701,9	1.379,3	1.401,1
Custeio da assistência médica de outros órgãos governamentais	157,5	185,2	125,0	140,4	270,9	360,5
Hospitais universitários	74,8	109,8	89,9	79,8	156,1	148,0
Rede de distribuição de medicamentos	7,0	72,9	52,0	51,4	69,3	42,4
Assistência médico - filantrópica	112,6	124,3	87,1	61,3	75,4	50,1
Assistência médica - sindicatos	85,8	60,9	42,2	31,2	34,2	30,1
Assistência médica - empresas	116,0	100,1	48,9	28,3	24,5	11,7
Reorganização e racionalização da assistência médica	-	-	17,0	41,3	79,0	43,0
Participação de órgãos internacionais	-	-	-	-	-	0,1
Projetos	11,5	-	-	-	-	-
Outros programas	48,2	121,3	128,4	108,5	147,8	181,8

Fonte: Ipea/Iplan/CSP.

Tabela 23
Brasil
Distribuição do gasto do Inamps
1982-86
(Em %)

Programas	Anos		
	1982	1984	1986
Total geral	100,00	100,00	100,00
Administração	5,20	5,08	5,85
Assistência médico-sanitária	91,24	92,20	88,76
Outros programas	3,56	2,72	5,39

Fonte: Ipea/Iplan/CSP.

Certamente que tal relação não poderá mais basear-se no constante aviltamento dos preços das tabelas de serviços, mas deverá, ao contrário, basear-se numa nova relação de compromisso entre esses dois setores.

Como já foi visto anteriormente, os recursos do Finsocial foram, nos últimos anos, progressivamente incorporados, de forma vinculada, ao Orçamento dos Ministérios Sociais, sem passar pela sua instância gestora, ou seja, o BNDES. Essa perda paulatina de autonomia do BNDES na gestão dos recursos do Finsocial acarretou uma esvaziamento das transferências de recursos negociados a partir deste fundo.

No que diz respeito aos gastos com saúde, em 1982 foram negociados diretamente com o setor US$ 365,4 milhões, o que representava 41% dos recursos do Finsocial. Em 1985, a parcela negociada não alcançou US$ 71 milhões e isto não chegava a 25% dos recursos do Fundo à disposição do BNDES. Em 1986 não foi registrada qualquer transferência negociada de recursos do Finsocial para o setor saúde.

A transferência automática de recursos do Finsocial para os ministérios apresenta aspectos negativos, como:

a) o Governo Federal se desobriga de prover novas fontes de sustentação orçamentária dos ministérios da área social;
b) os recursos que, nas mãos do BNDES, poderiam ser negociados em termos de projetos de investimento são, nas mãos dos ministérios, canalizados para custeio, o que não contribui para reaparelhar a capacidade instalada do setor que se encontra bastante deteriorada.

No que diz respeito aos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), observa-se uma forte contração real dos recursos postos à disposição do setor saúde. Em 1981, tais recursos chegaram a US$ 87 milhões. Já em 1986 eles não passavam dos US$ 23,1 milhões.

Os recursos do FAS, no campo da saúde, têm sido utilizados prioritariamente no aumento da capacidade instalada tanto do setor público como do setor privado. Sua redução parece bastante grave, justamente num período em que é necessário injetar recursos para reaparelhar a rede existente, que se encontra em rápido processo de deterioração.

Cabe observar, ainda, que nos últimos anos vem ocorrendo uma forte redução dos recursos repassados a fundo perdido (geralmente associados a projetos do setor público) ao lado de um aumento da parcela de recursos destinados a financiamento. Isto mostra que, mesmo nos anos recentes, o setor público não vem sendo contemplado com recursos adicionais para ampliação e melhoria de sua capacidade instalada.

Uma outra forma de visualizar o decréscimo dos gastos com saúde ao longo da crise é analisá-lo a partir da natureza econômica da despesa. A tabela 24 mostra que o gasto federal global com saúde sofreu um decréscimo real de 19,7% entre 1980 e 1983. Considera-se gasto federal global a soma dos recursos do Tesouro, do FPAS, do FAS, do Finsocial e de outras fontes de menor importância. A partir de 1984 ele começa a recuperar-se lentamente, alcançando US$ 4,4 bilhões, em 1986, quantia superior ao desembolso de 1980.

Entre 1980 e 1986 observa-se uma constante queda relativa das despesas de custeio na massa total de recursos do setor saúde. Estas, que representavam 86,1% do gasto total em saúde em 1980, passam a conter apenas 65,2% desse gasto em 1986. A principal hipótese relacionada a esta queda refere-se à perda de importância dos serviços de terceiros, principal item de gasto no total de custeio. Os serviços pagos a terceiros representavam 63% do gasto total em saúde em 1980 e, em 1986, respondem apenas por 36,1%. Na medida em que o Inamps é o principal responsável por essa despesa, pode-se dizer que a redução do valor das tabelas de pagamento dos prestadores privados tem sido o principal elemento responsável pela queda das despesas de custeio.

Com relação ao investimento, vale destacar que sua participação é irrisória no que diz respeito às necessidades do setor. Estimativas feitas recentemente indicam que para manter o nível de reposição da capacidade instalada, sem depreciar a rede existente, a taxa de investimento deveria ser de 11%. Entre 1980 e 1986, o investimento oscilou entre 2,8% e 2,9% dos gastos globais, o que indica que, além de não estar existindo investimento líquido, o volume de recursos jogados nessa rubrica não é capaz de manter em bom estado a rede atualmente existente.

Tal situação é de extrema gravidade e pressupõe a necessidade que sejam tomadas medidas de emergência para que não haja destruição ainda maior do parque hospitalar-ambulatorial existente no país, a partir do setor público.

Pela tabela 26, pode-se observar que o Inamps é responsável pela maior fatia do gasto global em saúde no Brasil. No entanto, tal participação vem declinando nos últimos anos. Em 1980, 85,1% da despesa federal com saúde era realizada pelo Inamps. Em 1986 essa participação reduziu-se para 77,7%. Isto demonstra o esforço recente (1985 e 1986) dos órgãos federais em conferir, através do orçamento do Tesouro, maiores aportes de recursos para o setor.

No que diz respeito às despesas de custeio, observa-se que, apesar de declinante, o Inamps respondia por quase 90% desses gastos em 1986. Isto se deve ao grande peso dos serviços pagos a terceiros, que é, praticamente, uma despesa exclusiva do Inamps, embora se deva também aos gastos de pessoal que, em 1986, eram cobertos por esse órgão em 83,2%.

Com relação às transferências e aos investimentos, vale dizer que o Inamps vem detendo participação crescente, embora bastante inferior ao nível de cobertura verificado nas despesas de custeio. O Inamps cobria apenas 50% do investimento em saúde em 1986. Em 1984 essa participação não chegava a 20%.

Portanto, o papel do Inamps tem sido determinante no que diz respeito ao custeio dos sistemas de saúde no Brasil. Quanto aos investimentos, é necessário que

Tabela 24
Evolução do gasto federal consolidado em saúde
(Tesouro + FPAS + FAS + Finsocial + Outras fontes) segundo a natureza econômica da despesa
1980-86
(Em US$ milhões de 1986)

Natureza da despesa	Anos						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Total Geral	4.245,2	4.018,6	4.165,3	3.410,8	3.561,6	4.071,1	4.846,9
Despesas de Custeio	3.656,6	3.184,7	3.287,7	2.624,9	2.755,4	3.028,7	2.862,1
Pessoal	696,1	698,3	763,9	620,5	582,0	927,3	952,4
Serviços de terceiros	2.675,0	2.233,7	2.309,0	1.817,1	1.999,7	1.879,7	1.585,1
Outras	285,5	252,7	214,8	187,3	173,7	221,7	324,6
Transferências Correntes	405,6	655,8	643,9	633,1	638,4	887,0	1.548,3
Intragovernamentais	231,7	278,9	225,6	199,0	220,7	358,8	496,0
Intergovernamentais	49,4	145,7	249,1	215,2	245,9	313,4	468,0
Outras transferências[2]	124,5	231,2	169,2	218,9	171,8	214,8	584,3
Investimentos[3]	117,1	127,1	120,8	64,7	82,2	155,4	280,8
Inversões financeiras[4]	8,5	0,2	3,3	0,3	0,2	0,1	0,1
Transferência de capital[5]	57,4	50,8	109,6	87,8	85,4	100,5	155,2

Fonte: Ipea/Iplan/CSP.
[1] Corresponde à soma do material de consumo com as despesas diversas.
[2] Transferência a instituições privadas, pessoas, ao exterior, Pasep, encargos da dívida interna e externa e transferências diversas.
[3] Obras e instalações, equipamento e material permanente, investimentos especiais e investimentos diversos.
[4] Aquisição de títulos, representações, capital integralizado e aquisição de imóveis.
[5] Transferência intra e intergovernamental, transferência a instituições privadas, amortização da dívida interna e externa, diversas transferências de capital e diferenças de câmbio.

Tabela 25
Brasil
Estrutura do gasto federal consolidado em saúde, segundo a natureza econômica da despesa
1980-86
(Em %)

Natureza da despesa	Anos			
	1980	1982	1984	1986
Total geral	100,0	100,0	100,0	100,0
Despesas de custeio	86,1	78,9	77,4	65,2
Pessoal	16,4	18,3	16,3	21,7
Serviços de terceiros	63,0	55,4	56,1	36,1
Outras	6,7	5,2	5,0	7,4
Transferências correntes	9,5	15,7	17,9	28,4
Intragovernamentais	5,5	5,4	6,2	11,3
Intergovernamentais	1,2	6,0	6,9	10,7
Outras transferências	2,8	4,3	4,8	6,4
Investimentos	2,8	2,9	2,3	2,9
Inversões financeiras	0,2	0,1	0,0	0,0
Transferências de capital	1,4	2,4	2,4	3,5

Fonte: Ipea/Iplan/CSP.

Tabela 26
Brasil
Participação do Inamps no gasto consolidado com saúde segundo a natureza econômica da despesa
1980-86
(Em %)

Natureza da despesa	Participação do Inamps			
	1980	1982	1984	1986
Total geral	85,1	81,8	82,0	77,7
Despesas de custeio	93,9	92,3	93,1	89,8
Pessoal	74,6	73,6	74,5	83,2
Serviços de terceiros	99,3	99,3	99,3	97,1
Transferências correntes	31,7	55,1	53,7	62,0
Transferências Intergovernamentais	73,9	55,3	56,8	78,5
Investimentos	29,5	7,8	14,4	50,1
Inversões financeiras	99,7	99,3	95,4	95,7
Transferências de capital	12,6	1,0	0,5	3,3

Fonte: Ipea/Iplan/CSP.

se crie uma estrutura responsável pela canalização de recursos e pela escolha de prioridade nesse campo.

Em 1979, o gasto dos estados com os programas de saúde chegava a US$ 964,1 milhões. Isto equivalia a 6,04% das despesas com saúde daquelas esferas, o que é, sem dúvida, mais do que o desembolsado, em termos relativos, pelo nível federal. Com a crise econômica dos anos 80, o gasto estadual com saúde retraiu-se em 9,4%, passando para US$ 874 milhões em 1984. Naquele ano, isto correspondia a 5,98% do total das despesas das administrações estaduais.

Portanto, na crise, os gastos estaduais com saúde reduziram-se não só em termos absolutos, como em termos relativos. Tal redução ocorreu em todos os itens de despesa, destacando-se, em particular, as despesas de consumo que caem de US$ 833,1 para US$ 792,5. Mesmo assim, as despesas de consumo, que incluem os gastos com pessoal e encargos, pagamento de serviços a terceiros, material de consumo, correspondiam a quase 91% dos gastos com saúde em 1984. No caso dos estados, diferentemente do que acontece no Governo Federal, as despesas com pessoal correspondem ao maior item de custos.

O programa de saúde que absorve mais recursos ao nível dos estados é o de Assistência Hospitalar Geral. Tal fato ocorre porque muitos estados têm hospitais gerais que, além do atendimento de urgência, recebem qualquer clientela em caráter universal.

No caso dos municípios, o programa de assistência sanitária geral absorve a maior parcela dos recursos (66,1%), o que mostra que essas esferas destinam seus recursos, em maior proporção, para os cuidados de caráter coletivo.

Em termos globais, o gasto dos estados e municípios com saúde chegava, em 1986, a quase 30% do gasto federal consolidado. Isto não representa muito, visto que é nessas esferas que é fornecida a maior parcela dos cuidados gerais com a saúde da população. Na medida em que o sistema de saúde no Brasil passa por um processo de descentralização, é necessário que sejam pensadas formas de aumentar os recursos à disposição das esferas descentralizadas, o que poderia ser feito ou através de uma reforma tributária que possibilitasse reverter a atual centralização de recursos nas mãos do Governo Federal, ou através de uma maior transferência de recursos para os programas de saúde estaduais e municipais.

Estimativas feitas para 1986 mostram que o Brasil gastou, naquele ano, cerca de 3,9% do PIB com atividades de saúde. Desta soma, 1,4% corresponde ao gasto privado direto, subsidiado pelo Governo (através do imposto de renda), pelas famílias e pelas empresas. Cerca de 1,3% do PIB corresponde ao gasto previdenciário (Inamps), 0,4% dos recursos do Tesouro e 0,8% às despesas estaduais e municipais em saúde com essa função. (ver tabela 27.)

Países com nível de desenvolvimento igual ao do Brasil, como a Argentina, gastavam, naquele mesmo ano, mais de 8% do PIB. Para que o Brasil possa chegar a gastar tal proporção, com a atual estrutura de distribuição de renda que, por si só, não permite uma expansão do gasto privado, é necessário elevar o gasto público com saúde. Para atender os modelos de descentralização e eqüidade, isto deveria ocorrer fundamentalmente pela elevação da cota dos estados e municípios.

5.5 A Reforma Sanitária brasileira

Em 1986, dois grandes eventos marcaram a redefinição das políticas de saúde no Brasil. O primeiro foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em

Tabela 27
Brasil
Composição ótima dos gastos de saúde por fontes de recursos, para se chegar a 6,5% do PIB no ano 2000
(Em % do PIB)

Níveis situacionais	Estrutura do gasto			
	Privado	Previdência	Estado/município	Tesouro
Atual – 3,9% do PIB (1986)	1,4	1,3	0,8	0,4
Prospectivo – 6,5%	1,4	1,8	2,5	0,8

Elaboração: Silva, Pedro Luiz B. & Medici, André Cezar.

Brasília, entre 17 e 21 de março. Com cerca de 5.000 participantes representando sindicatos, movimentos sociais, profissionais de saúde, organismos governamentais do setor saúde em diversos níveis, além de políticos e parlamentares, foram formulados princípios e propostas que iriam redesenhar o sistema de saúde do Brasil. Tais princípios, ligados à universalização das ações, eqüidade e integralidade no atendimento, participação social na gestão, segundo a qual passaria a dar-se só um comando unificado em cada esfera de governo (União, estados e municípios), passaram a ser importantes palavras de ordem impulsionadoras da ação dos governantes e da vontade política dos segmentos profissionais mais progressistas, ligados ao setor.

O segundo evento, que se inicia em outubro e termina em abril de 1987, diz respeito à constituição, funcionamento e extinção da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS). Dela saíram não só relatórios técnicos, como também propostas de como tratar a questão da saúde na nova Carta Constitucional.

No que diz respeito ao financiamento setorial, as principais propostas que emergiram desses dois eventos podem ser sintetizadas nos seguintes pontos:
a) constituição de Fundos Únicos de Saúde, ao nível da União, estados, municípios e distritos sanitários, a partir da fusão institucional dos recursos que, em cada esfera, financiariam as redes locais de saúde. Tais Fundos seriam compostos por recursos do Orçamento Fiscal (União, estados e municípios) na ordem de 12% ; da Previdência Social (as propostas variavam de 30% dos recursos do Sinpas até 45% da contribuição das empresas) e dos Fundos Sociais;
b) diversificação das fontes de custeio de forma a garantir uma ampliação progressiva e justa da base de sustentação financeira do setor;
c) substituição gradativa dos recursos da Previdência pelos de fontes mais universais, ao nível da incidência, como o orçamento fiscal da União, a partir do momento em que os gastos com saúde chegassem a 10% do PIB;
d) prioridade para o investimento do setor público em saúde e eliminação dos subsídios e financiamentos ao setor privado, redefinindo a relação contratual entre os dois setores.

O encaminhamento do processo constituinte fez muitas alterações nessas propostas. Pelo projeto Bernardo Cabral (a versão final antes da votação da nova Carta) a saúde, ao nível do setor público, seria financiada nos moldes de um sis-

tema de seguridade social, onde 30% do Fundo de Seguridade Social seriam destinados ao custeio da saúde, em moldes universalizados (para toda a população, e não somente para a família daqueles que contribuem para a Previdência Social). Tais recursos seriam repassados aos estados e municípios que passariam a ser os gestores efetivos de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

Apesar do mérito de tais redefinições, persistem alguns percalços no financiamento setorial. Em primeiro lugar, devido às mudanças do escopo e dos objetivos do sistema de saúde, visando os novos propósitos de universalização, eqüidade e gestão unificada e descentralizada, como aumentar efetivamente o montante de recursos para o setor? Segundo os formuladores da proposta, tal ampliação viria do aumento dos gastos com saúde na composição dos orçamentos de Governo. Portanto, prendia-se não apenas à necessidade de uma ampla Reforma Tributária, como também à vontade política dos governantes de gastar mais com saúde.

Existe consenso de que uma proposta com essa abrangência não é fruto de práticas imediatistas, mas, sim, decorrência de um longo processo de racionalização dos sistemas locais de saúde, descentralização das instâncias governamentais e crescimento da participação da sociedade nas decisões relacionadas à configuração do sistema. Mesmo assim, iniciou-se em 1987 o processo de descentralização das redes de saúde e criação de sistemas unificados nos estados e municípios, com a constituição, em alguns casos, de Fundos Únicos de Saúde. O Inamps tem participado de forma decisiva das iniciativas de estadualização, com a promessa de repassar sua própria rede de serviços para os estados. Com isto, o gasto em saúde do Inamps em 1987 chegou a 32% do dispêndio total do Sinpas, segundo estimativas preliminares, recuperando o nível histórico atingido em 1976. Mesmo assim, observou-se nos últimos dois anos uma queda da produção de consultas e internações, o que indica um certo comprometimento da eficácia do sistema, durante a implementação das mudanças.

6. *O financiamento da saúde no Chile*[31]

A seguridade social chilena foi pioneira em termos latino-americanos. Isto porque desde meados do século XIX surgem os programas de pensão e assistência médica das Forças Armadas, empregados públicos e ferroviários.[32] No entanto, seu desenvolvimento, apesar de mais centralizado pelo Governo, em sua origem, do que o ocorrido com os demais países latino-americanos, mantém muitas similitudes com o que ocorreu em países como o Brasil e Argentina. No início dos anos 20 foi criado o Ministério do Trabalho, Higiene, Assistência e Previdência Social. Este período marcou, também, o surgimento de três caixas previdenciárias: a de Seguro Social Operário, posteriormente Serviço de Seguro Social (SSS), criada em 1924; a dos Empregados Particulares (Empart) e a dos Empregados Públicos e Jornalistas (Canaempu), ambas em 1925.

Essas três caixas, como ocorreu com muitas outras experiências latino-americanas, tinham uma forma de financiamento e administração tripartite (empregados, empregadores e Estado). No entanto, todas elas detinham taxas de cotização diferenciadas e, portanto, programas de cobertura dos serviços de assistência médica e

[31] Esta parte do trabalho contou com informações na pesquisa coordenada por Fleury, Sonia. O Sistema Previdenciário Chileno. Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP/FGV).

[32] Ver, sobre este ponto, Mesa-Lago, Carmelo. *El Desarrollo de la Seguridad Social en America Latina*. Santiago, Estudios e Informes de la Cepal, 1985.

fornecimento de benefícios também diferenciados. Este rol de diferenciação se manteve desde a década de vinte até hoje e tem sido um dos traços da fragmentação dos movimentos trabalhistas no Chile. Assim, os programas de seguridade social não foram desenvolvidos numa perspectiva universalizante, mas sim dirigidos para distintos segmentos populacionais.

Apesar da diferenciação de cotas e benefícios, pode-se dizer que o sistema de seguridade social chileno tem ampliado sua base de financiamento ao longo do tempo, conforme evidencia a tabela 28.

Tabela 28
Chile
Taxas de cotização das caixas de seguro social
1930-80
(Em %)

Anos	Instituição					
	SSS		Empart		Canaempu	
	Trabalhadores	Empresa	Trabalhadores	Empresa	Trabalhadores	Empresa
1930	2,0	3,0	-	-	-	-
1950	2,0	5,0	9,5	16,3	15,5	5,0
1980	7,3	27,00	12,3	29,7	18,5	15,0

Fonte: Arellano, J. P. *Politicas Sociales y Desarrollo.* Chile 1924-1984. Santiago, Cieplan, 1985. Citado por Fleury, Sonia. op. cit.

Observa-se que as três principais instituições de seguridade social aumentaram as cotas de contribuição de seus beneficiários entre 1930 e 1980. Deve-se destacar, no entanto, as diferenças existentes quanto a essa contribuição. Tanto no SSS como na Empart, a contribuição das empresas tem sido historicamente superior à dos trabalhadores. Isto não acontece, no entanto, no Canaempu, onde ocorre fenômeno inverso.

Outra forma de observar a expansão do gasto social chileno é analisar sua relação com o produto interno bruto (PIB) ao longo do tempo. Em 1925 ele equivalia a 2,1% do PIB e em 1945 a 8%.

Após a estagnação econômica propiciada pela crise de 1929 e pela queda das exportações, verifica-se no Chile uma expansão seletiva dos benefícios e serviços ofertados pela seguridade social. A ampliação da assistência médica à maternidade para as famílias operárias e a concessão de benefícios por doença, em 1938, foram medidas seletivas, já que se estendiam apenas aos segmentos corporativamente mais fortes da sociedade e do meio operário.

Foi ainda nos anos 30 que se verificou, no Chile, a separação do Ministério do Trabalho, da Saúde e Previdência Social. Quanto a este ponto cabem alguns comentários. A estrutura das instituições federais de serviços de saúde no Chile desenvolveu-se de forma similar à verificada na Argentina. Em outras palavras, nota-se desde cedo, naquele país, uma institucionalização das estruturas de saúde, assistência médica e seguridade social num único Ministério. No Brasil, ao contrário, a Previdência Social esteve até os anos 70 atrelada à estrutura do Ministério

do Trabalho, o mesmo acontecendo com a assistência médica previdenciária. Analogamente, o Ministério da Saúde no Brasil sempre teve uma estrutura autônoma, cuidando preponderantemente dos aspectos ligados a higiene e saúde pública.

A partir de 1938 e até 1947, uma coalizão de partidos políticos, liderada pelo Partido Radical, possibilitou o crescimento da organização política dos segmentos populares, o que garantiu uma ampliação dos mecanismos de seguridade social. Nessa época foram criados benefícios como seguro-desemprego para os ferroviários e para os empregados das municipalidades, auxílio-doença para os empregados privados, diversas formas de seguro para os bancários, etc. Mas, ao final dos anos 40, um deslocamento de forças políticas para a direita passa a reprimir o movimento sindical e operário, além de colocar na ilegalidade o partido comunista chileno. Tal espécie de "macartismo" à chilena transformou o movimento de seguridade social, que nos anos anteriores tinha assumido feições democrático-populares, num movimento elitista voltado para a consolidação dos privilégios das camadas médias urbanas e da "aristocracia operária". Do final dos anos 50 até 1973, retomou-se o aprofundamento democrático das instituições chilenas, o que se refletiu no retorno à democratização das instituições previdenciárias e na ampliação da cobertura do sistema.

Assim, entre 1945 e 1969 a cobertura da seguridade social chilena evolui de 63% para 80% da força de trabalho do país. Tal participação declina suavemente para 79% em 1974, quando começa a declinar rapidamente até atingir novamente a cifra de 63% em 1980, retomando patamares existentes há 35 anos. De qualquer forma, observa-se que a fase de consolidação democrática trouxe forte expansão de cobertura dos mecanismos de seguridade social. A redução de cobertura verificada na segunda metade dos anos 70 é decorrente da adoção de políticas ortodoxas elitistas (sugeridas pelos organismos financeiros internacionais como o FMI) de corte do gasto público ou de direcionamento deste para determinados segmentos populacionais de maior renda, a partir da instauração da ditadura militar e da crise econômica mundial vigente no período.

Cabe, no entanto, verificar como se tem repartido o gasto da seguridade social ao longo dos últimos 40 anos, o que pode ser visualizado pela tabela 29.

Tabela 29
Chile
Distribuição das despesas com seguridade social
1945-81 (Em %)

Anos	Despesas com seguridade social			
	Total	Benefícios[1]	Assistência médica[2]	Outros[3]
1945	100,0	46,5	53,5	-
1950	100,0	65,1	31,5	3,4
1970	100,0	74,9	14,4	10,7
1975	100,0	69,1	16,9	14,0
1980	100,0	68,3	19,0	13,7
1981	100,0	66,6	18,1	15,3

Fonte: Arellano, J. P. *Políticas Sociales y Desarrollo.* Chile 1924-1984. Santiago, Cieplan, 1985. Citado por Fleury, Sonia. op. cit.

[1] Corresponde a soma das aposentadorias, pensões e salário-família.
[2] Corresponde à soma dos gastos com assistência médica e acidentados do trabalho.
[3] Corresponde à soma dos pagamentos com seguro-desemprego e outros subsídios.

Observa-se que, em 1945, os recursos destinavam-se especialmente à cobertura dos gastos com assistência médica. Isto é comum nos primeiros anos de implantação de regimes de capitalização previdenciária, onde os segurados, em geral, ainda não têm tempo de serviço para fazer jus a benefícios vitalícios (aposentadorias e pensões). Com o tempo, observa-se o forte aumento das despesas com benefícios, que passam a constituir-se na maior fonte de desembolsos do sistema, já em 1950. As informações disponíveis indicam, também, que até os anos 50, as receitas superavam a despesa do sistema. No entanto, a ampliação da gama de benefícios, sem a conseqüente ampliação das bases de receita, trouxe a ocorrência de déficits operacionais e levou à reforma no sistema ao longo dos anos 50 e 60.

6.1 As reformas no sistema de atenção à saúde no Chile

As reformas que se processaram na seguridade social chilena, a partir dos anos 50, tiveram impactos, não apenas ao nível das receitas, mas também ao nível das despesas e da estrutura administrativa, aumentando a cobertura e a eqüidade de alguns programas, unificando regimes de prestação de serviços e racionalizando procedimentos.

Em 1952, a Caixa de Seguro Social Operário foi reorganizada, dando origem ao Serviço de Seguro Social (SSS) e ao Serviço Nacional de Saúde (SNS),[33] sendo que este último teve sua origem no antigo Departamento Médico da Caixa de Seguro Social Operário. A partir dessa reforma, aumentou o leque de cobertura, na medida em que o novo SNS unificou muitos serviços dispersos de saúde, passando a proteger não só os operários segurados, mas também os trabalhadores não segurados e os indigentes. No entanto, não havia qualquer homogeneidade na cobertura dessas clientelas:

"Os beneficiários do SNS tinham direito à assistência integral (preventiva, curativa e reabilitativa). O restante da população somente podia receber assistência preventiva ou de fomento à saúde (através de campanhas de vacinação, saúde ambiental, etc.) (...) o SNS era um organismo descentralizado administrativamente, cujo objetivo básico era o desenvolvimento de ações de fomento, proteção e recuperação da saúde da população beneficiária da SSS."[34]

Em 1960 foi criado o Serviço Médico Nacional de Empregados (Sermena) que, da mesma forma que o SNS, objetivava prestar cuidados à saúde de seus afiliados. Tal atenção era, na maioria dos casos, preventiva, dado que as ações de caráter curativo limitavam-se a um pequeno grupo de funcionários governamentais. Sua fraca atuação nos primeiros anos de funcionamento fez com que o Serviço fosse reorganizado em 1968. O novo modelo, com financiamento paritário, propiciava assistência em hospitais, clínicas e médicos pelo sistema de livre escolha; criava bônus/cheque-consulta para pagamento de serviços de saúde, além de contar com equipes de controle e avaliação dos serviços.

No entanto, a existência, em separado, do SNS e do Sermena reforçava a multiplicidade institucional e segmentação de clientela do sistema. Tal característica atravessou os anos 60 e se manteve até mesmo no governo de unidade popular de Allende, porque politicamente seria muito difícil desmontar a estrutura que fornecia privilégios aos segmentos mais corporativizados da sociedade, unificando o rol de benefícios e a administração da seguridade social. Ausência de solidariedade

[33] Conforme Fleury, S. op. cit.
[34] Fleury, S. op. cit. p. 16-7.

social e apoio político caminhavam na mesma direção no que diz respeito ao projeto de Previdência Social do governo Allende. Mesmo assim, nesse período foi criado um fundo independente que financiava benefícios e serviços de saúde para autônomos e pequenos proprietários, ampliando a cobertura de um segmento social até então pouco coberto pela seguridade social.

Foi no governo Allende que surgiu, também, uma proposta que não chegou a concretizar-se, de assinatura de convênios entre o SNS e o Sermena, visando unificar alguns programas e reduzir a desigualdade de cobertura e a iniqüidade de atendimento entre diferentes tipos de segurados.

Com o golpe militar de 1973, estabeleceu-se forte tendência à privatização dos mecanismos de seguridade social. As reformas que se processaram entre 1973 e 1979 no sistema previdenciário chileno levaram a uma efetiva redução da cobertura e do gasto público social, embora trouxessem maior uniformidade aos programas existentes.

A tabela 30 mostra que entre 1974 e 1979 o gasto social *per capita* no Chile caiu cerca de 9,8%, o que indica a dimensão do aperto fiscal sofrido pelas políticas sociais adotadas pelo Governo.

Tabela 30
Chile
Evolução do gasto social *per capita*
1970-79
(Base 1960 = 70)

Anos	Índice de evolução do gasto social
1970	109,2
1974	100,2
1975	81,9
1976	77,8
1977	86,0
1978	86,3
1979	90,4

Fonte: Pesquisa coordenada por Fleury, Sonia. op. cit.

Segundo Rodriguez[35] as reformas que se dão no sistema chileno de saúde a partir do golpe militar podem ser divididas em três momentos: de 1974 até agosto de 1979; de agosto de 1979 até fevereiro de 1981 e a partir dessa data.

O primeiro momento caracterizou-se pela ausência de mudanças substantivas, embora as medidas implementadas visassem a racionalização das funções e a regionalização das ações do Ministério da Saúde. O sistema de atenção médica até então montado (SNS e Sermena) não foi afetado.

O segundo momento foi marcado pela reforma das instituições previdenciárias e do sistema de saúde, tornando mais eficientes suas linhas normativa, executora e financeira. Neste particular, o Ministério da Saúde passou a ser responsável pela

[35] Rodriguez, Hector Sanchez. *Analisis evolutivo del sistema de salud chileno*. Santiago, s. d. mimeogr.

normatização; as instâncias descentralizadas pela execução e o financiamento ficou a cargo do Fondo Nacional de la Salud (Fonasa), criado para esse fim. Com essa reforma foi instituído no Chile o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS) que incorporava, em suas unidades descentralizadas (27 unidades), a estrutura do antigo SNS.

A estrutura do novo SNSS proporcionava assistência gratuita a indigentes e trabalhadores cujo rendimento não ultrapassasse determinado nível. Os novos serviços regionalizados e descentralizados de saúde, mesmo estando subordinados normativamente ao Ministério da Saúde, detinham autonomia técnica, orçamentária e administrativa. Tais instâncias podiam também contratar serviços privados de saúde, na forma de concessão, mediante convênios, desde que fossem cumpridas determinadas condições. Segundo informações, a atuação do novo sistema passou a repousar numa estrutura baseada na eficiência e concorrência empresarial.

O principal papel do Fonasa era o de centralizar, ao nível nacional, o orçamento da saúde pública, canalizando os recursos para os serviços regionais ou para os concessionários federais de serviços de saúde. Apesar desse fundo ter sido criado em 1979, foi em 1981 que ele assumiu suas principais funções no que diz respeito a centralização e distribuição dos recursos. Ao centralizar recursos antes operados pelo SNS e pelo Sermena, o Fonasa permitiu maior liberdade de escolha do segurado quanto ao serviço a ser prestado, aumentando o grau de acesso e, portanto, a uniformidade dos serviços de saúde postos à disposição dos segurados. A grande restrição, no entanto, consistiu na criação de tetos de subsídio aos serviços de saúde, segundo a renda do segurado.

"Os empregados tinham direito à livre escolha (como herança do sistema antigo, Sermena) com três níveis correspondentes a custos crescentes. O Fonasa financiava apenas um valor igual básico para os três níveis, subsidiando entre 25% e 50% da assistência. Logo, com exceção dos cobertos pelo SNSS, os segurados deviam custear ao menos metade das prestações não-monetárias. Compravam um bônus no Fonasa (incluindo o subsídio) para um dos três níveis e com este bônus pagavam pelos serviços, ficando a diferença por sua conta. Os operários também tinham direito à livre escolha, mas na prática o custo dos serviços reduzia bastante essa possibilidade. De igual modo, os empregados podiam usar os serviços de saúde do SNSS, mas preferiam, geralmente, os serviços privados. Os trabalhadores autônomos, no caso de terem renda suficiente e não pertencerem ao Fonasa ou aos seguros de saúde privados, deviam assumir totalmente os seus gastos."[30]

Ao incorporar fontes de recursos advindas do orçamento fiscal e dos fundos previdenciários e canalizá-los para as administrações unificadas regionalizadas (serviços de saúde) ou para o setor médico-assistencial privado, (através da venda de bônus) o Fonasa atuava como a instância que detinha maior poder na determinação real da política de saúde chilena, mas grande parte das informações disponíveis indica que, apesar da maior homogeneidade, esse novo arcabouço institucional, pela privatização da atenção médica dele decorrente, trouxe uma redução efetiva do acesso e cobertura de algumas modalidades assistenciais, além de custos crescentes para os usuários do sistema, com exceção dos usuários da rede pública (Ex-SNS), que continuavam a ter acesso gratuito às modalidades assistenciais disponíveis. Note-se que a cota de 4% da remuneração mensal tributável dos trabalhadores, a título de contribuição para os serviços de saúde (mecanismo se-

[30] Fleury, S. op. cit. p.66.

melhante ao que existe na Argentina), foi mantida, tendo sido até ampliada para 6%, em 1983.

A principal mudança ocorrida no sentido da privatização, porém, foi a possibilidade, criada a partir de 1981, dos segurados recolherem, alternativamente, as cotas para o setor público e para instituições de caráter privado. Com isso, o encargo de saúde descontado mensalmente da folha de cada trabalhador poderia ir para o Fonasa ou para um organismo de medicina privada. Este representa o terceiro momento das reformas do sistema de saúde chileno após o golpe militar. Com isso, não só se abriu a possibilidade de co-financiamento, por parte do usuário, de boa parte do sistema como também se restringiu a ação pública aos setores que não têm capacidade de pagamento.

Ao conjunto das instituições privadas que passaram a receber recursos com essa nova modalidade foi denominado Instituições de Saúde Previdenciária (Isapre). Os recursos destinados ao Isapre eram repassados diretamente pelos fundos de pensões dos assalariados e autônomos, na medida e na proporção em que houvesse optantes. Para prestar tais serviços, cada Isapre se obrigava a, no mínimo, fornecer os mesmos serviços cobertos pelo Fonasa, o que, na prática, não ocorria devido à precária estrutura de fiscalização do sistema. Cada segurado tinha direito de escolher vários planos, segundo a sua capacidade de pagamento, a partir de diferentes condições. Mesmo que se desligasse do Fonasa, o trabalhador optante das Isapre poderia continuar fazendo uso dos recursos desse Fundo, apesar das crescentes limitações de cobertura dos programas governamentais. Tal uso limitava-se, no entanto, à medicina preventiva, incapacidade para o trabalho ou maternidade que, a rigor, eram universais.

Informações de Mesa-Lago[37] indicam que, até 1984, somente 3% dos filiados aos Fundos de Pensões (em geral, os assalariados de maior renda) haviam optado pela estrutura das Isapre. Mesmo assim, tal transferência havia criado um déficit estimado entre 7% e 9% dos recursos do Fonasa.

De qualquer forma, a estratégia do Estado chileno, no campo das políticas de saúde, tem sido estimular a proliferação de seguros privados, reduzindo a ação estatal ao mínimo indispensável. O setor privado tem encarado tal estratégia com cautela, pois o volume de adesões às Isapre tem sido por demais reduzido para estimular investimentos de grande vulto.

6.2 As despesas com saúde no Chile: o contexto da crise

O gasto público em saúde no Chile não tem sofrido grandes oscilações nas duas últimas décadas. Pode-se até dizer que, ao longo desse período, observa-se uma suave elevação não só do gasto fiscal como do gasto público em saúde, como pode ser visto na tabela 31.

Entre 1970 e 1974, período ao qual se circunscreve o governo Allende, verifica-se forte expansão do gasto governamental em saúde. O gasto público cresceu 18,4% e seu componente fiscal 48,2%, em termos reais, ao longo desse período. Isso mostra claramente a preocupação social do Governo de unidade popular. De 1974 até 1978 observa-se uma constante queda real do dispêndio do setor público com saúde. Nesse período, o gasto público com essa função caiu 11,1%, indican-

[37] Mesa-Lago, Carmelo. *Financiamiento de la salud en América Latina y el Caribe*. Trabalho apresentado ao Seminário Modelos y Estrategias Financieras de la Seguridad Social no CIESS. Cidade do México, 1985. mimeogr.

Tabela 31
Chile
Evolução do gasto público e fiscal em saúde
1970-83
(Em bilhões de pesos de 1978)

Anos	Gasto público com saúde			Gasto fiscal com saúde		
	Valor	Índice	% do PIB	Valor	Índice	% do PIB
1970	13,7	100,0	2,89	6,7	100,0	1,41
1974	16,2	118,4	2,95	10,0	148,2	1,99
1975	14,6	106,2	3,64	7,6	112,7	1,89
1976	14,4	105,1	3,65	6,8	101,6	1,73
1977	13,4	97,5	2,96	6,8	101,4	1,51
1978	14,4	105,3	2,96	6,7	99,8	1,38
1979	17,1	124,4	3,29	6,9	102,0	1,32
1980	17,0	124,2	3,07	8,5	125,9	1,53
1981	17,4	126,4	3,06	8,3	123,3	1,46
1982	16,9	122,8	3,50	7,7	114,3	1,59
1983	14,9	108,3	3,22	6,7	100,0	1,44

Fonte: Castaneda, T. El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento. In: *Boletín de La Oficina Sanitária Panamericana*. Washington, *103*(6):544-70, dec. 1987.
Obs.: O gasto público corresponde à soma do gasto fiscal com os recursos da seguridade social gastos em saúde.

do um abandono da prioridade de gasto com o setor. Para exemplificar, o gasto fiscal com saúde apresentou uma queda real de 33% nesse intervalo de tempo.

A partir de 1979, verifica-se uma retomada dos dispêndios governamentais, que se estende até 1981, com um crescimento real de 20,8%, no período 1978-81. A partir de 1982, o gasto público em saúde retorna a decrescer, atingindo em 1983 níveis próximos aos de 1975 e inferiores aos de 1974.

Ao que tudo indica, portanto, o gasto governamental com saúde no Chile tem oscilado mais em função de determinantes e prioridades políticas do que em função de comportamentos cíclicos conjunturais. A análise da série fornecida pela tabela 31 indica, em alguns casos, um comportamento anticíclico, com exceção dos anos 1982 e 1983, quando o arrefecimento do volume de gastos coincide com a tendência recessiva que se instaura na maioria dos países latino-americanos. Ao longo de todo o período 1970 e 1983, ele nunca foi menor de 2,9% e nunca foi superior a 3,7% do PIB. Informações baseadas nas pesquisas de orçamentos familiares do Chile indicam que o gasto privado com saúde tem variado entre 2% e 3% do PIB. Nessa perspectiva, o gasto total pode ter chegado a 6% ou 7% do PIB nos últimos anos.

O gasto público em saúde no Chile correspondia a 9,4% do gasto público total do país, em 1979. Esta proporção também não tem variado substancialmente ao longo dos últimos anos. Destaca-se, em particular, o ano de 1976, quando ele chegou a 8,1%, como ano de mais baixa participação entre 1969 e 1979.

A distribuição do gasto público em saúde apresentou a seguinte estrutura ao longo do período 1979-83:

Tabela 32
Chile
Estrutura do gasto público do setor saúde
1970-83
(Em %)

Componentes	Anos de referência	
	1979	1984
Pessoal	41,1	34,5
Serviços	21,0	24,7
Transferências correntes	35,1	39,8
Investimento	2,6	0,9
Total	100,0	100,0

Fonte: De la Jara, Jiménez. La salud publica en Chile, 1985.

Observa-se uma redução relativa da participação dos gastos com pessoal, certamente decorrente da redução do nível de serviços ofertados pelo setor público, a partir da estratégia de privatização. Verifica-se também que os níveis de investimentos públicos em saúde, que já eram baixos em 1979, reduzem-se ainda mais em 1984. Portanto, o que aumenta são os recursos a título de transferências, e as compras de serviços.

Tabela 33
Chile
Investimentos públicos nos
setores sociais e em saúde
1969-82
(Em milhões de pesos de 1978)

Anos	Investimentos públicos			
	Setores sociais		Saúde	
	Valor	Índice	Valor	Índice
1969	26.082,4	100,0	1.166,5	100,0
1970	27.830,0	106,7	1.193,2	102,3
1974	40.198,0	154,1	1.490,4	127,8
1975	20.838,0	79,9	661,4	56,7
1980	15.174,6	58,2	245,9	21,1
1982	11.128,1	42,7	365,6	31,4

Fonte: Fleury, S. op. cit. p. 84.

A redução do volume de investimentos públicos em saúde, a qual se verifica desde a queda do governo Allende, deve ser entendida como uma contrapartida do processo de transferência de encargos sociais ao setor privado. A tabela 33 mostra a evolução dos investimentos governamentais em saúde no Chile desde 1969 até 1983.

Verifica-se que a queda dos investimentos governamentais não foi fenômeno isolado do setor saúde, mas característica comum à totalidade dos setores sociais chilenos. Depois de se terem elevado em 54,1%, no período 1969-74, os investimentos sociais no Chile caem nada menos que 72% entre 1974 e 1982. No caso do setor saúde, verifica-se uma queda ainda mais dramática nesse último período (75%). Esses dados fornecem a dimensão do estado de sucateamento a que foi submetida a rede de serviços públicos de saúde no Chile, pois um investimento de 0,9% do volume total de gastos (tal como o verificado em 1982) não é suficiente, sequer, para repor a depreciação de capital fixo.

Enquanto se deterioram as condições de atendimento do setor público, vem aumentanto o número de beneficiários das Isapre, que passam de 172,7 mil pessoas em setembro de 1982 para 611,7 mil pessoas em março de 1986. Apesar desse número ser ainda pouco expressivo, em face da magnitude da população chilena, ele mostra o rápido crescimento do seguro-saúde privado no Chile, nos últimos anos.

Portanto, o Chile, nos últimos 15 anos, tem modificado não só o escopo das políticas de saúde como também as formas de administração do sistema de atenção médica. As estratégias de descentralização dos serviços de saúde no Chile, postas em prática desde 1979, têm permitido uma redução dos gastos do sistema através de maior ênfase aos programas de atenção primária e à privatização progressiva do sistema de atenção médica.

Apesar dos impactos dos programas de atenção primária na redução da mortalidade infantil, sabe-se que, por outra via, a diminuição dos recursos públicos disponíveis para atenção médica tem reduzido a cobertura em relação a determinados níveis de complexidade do sistema de saúde, bem como trazido custos adicionais para a classe trabalhadora, que tem, muitas vezes, que adicionar recursos próprios para ter uma atenção médica satisfatória, dentro do programa de privatização. Os programas operados pelas Isapre necessitam, por outro lado, de maior fiscalização por parte das instâncias governamentais pois, com o aumento dos custos da atenção médica verificados no país, há fortes indicações de perda da qualidade dos serviços.

7. *Aspectos institucionais do financiamento das políticas de saúde na Colômbia*[38]

A origem das ações públicas de saúde na Colômbia não se diferencia muito do desenvolvimento vivido pela maioria dos países latino-americanos. Registra-se o surgimento de organismos públicos centrais voltados para políticas sanitárias e de atenção coletiva, ao lado de outros voltados para a atenção médica de segmentos trabalhadores, numa perspectiva de previdência social.

[38] Devido à escassez de material disponível sobre financiamento do sistema de saúde colombiano, resolveu-se utilizar as anotações feitas por um grupo de trabalho daquele país que participou do Seminário Internacional de Financiamento à Saúde, realizado em Brasília, out./nov. 1987, promovido pelo Banco Mundial e pela Organização Pan-Americana de Saúde, organizado pelo Instituto de Planejamento Econômico e Social (Ipea).

A partir de 1975, criou-se uma lei que definia o setor saúde colombiano, a partir da estrutura de um Sistema Nacional de Salud. Apesar de ser uma forma meramente organizativa, tal estrutura tem permitido ao Governo uma maior transparência na delimitação de suas competências e na execução de suas funções. O sistema de saúde colombiano pode ser de três setores:

a) o setor oficial, que engloba o Ministério da Saúde, seus organismos descentralizados, os escritórios regionais e a rede regionalizada de hospitais públicos, formada por três níveis de atenção;

b) o setor descentralizado, que envolve não só os órgãos de atenção médica, integrantes do Instituto de Seguros Sociais, da Caixa Nacional de Previdência e das caixas regionais de previdência, mas também as empresas de saneamento (água e esgoto) que, a rigor, não deveriam ser consideradas como integrantes do sistema de saúde;

c) o setor privado, subdividido em "com fins lucrativos" (hospitais, centros ambulatoriais, laboratórios de análises clínicas e outros serviços auxiliares) e os "beneficentes e filantrópicos", onde se incluem fundações, associações civis ou religiosas, que prestam serviços de forma gratuita ou subsidiada.

Há ainda toda uma rede de consultórios médicos e odontológicos privados que, teoricamente, não estão no grupo *c*, mas absorvem uma considerável fatia dos gastos em saúde ao nível da população.

Embora não existam informações precisas sobre as questões relacionadas à cobertura e participação no financiamento de cada um desses setores, estima-se que o setor oficial tenha um alcance potencial de 70% da população. Este alcance é meramente potencial, pois corresponde a um resíduo da parcela da população não coberta pelos demais setores (descentralizado e privado). Além do mais, tal setor se destina a uma clientela universal, mas seu nível de atendimento deixa a desejar, quando comparado com o setor descentralizado. Este setor cobre apenas 16% da população. O setor privado cobre de 10% a 14% da população. Com isso, nota-se a grande iniqüidade do sistema de saúde colombiano; um sistema onde mais da metade da população só tem acesso às formas públicas de atenção médica, as quais são reconhecidas como insuficientes em face do quadro nosológico da população.

Quanto ao financiamento, destaca-se que o setor oficial era responsável por 36,3% dos gastos com saúde em 1985. Nesse mesmo ano, o setor descentralizado respondia por 54,4% dos recursos, para atender apenas 16% da população. O setor privado e os consultórios médicos respondiam pelo valor residual de 9,3% dos gastos com saúde na Colômbia.

A tabela 34 mostra a evolução da estrutura de gastos com saúde na Colômbia, segundo seus distintos componentes:

Observa-se, nos últimos anos, uma forte tendência à redução relativa dos recursos alocados ao setor público oficial, ao lado do aumento dos recursos postos à disposição do setor descentralizado. Os gastos privados reduzem-se a partir de 1983, provavelmente pela diminuição da disponibilidade de renda real dos segmentos médios da população, ao longo da crise.

Entre 1977 e 1985 tem crescido a participação do gasto em saúde no PIB colombiano. Em 1977, essa participação era de 3,78%. Em 1984, chegou a 5,02%, decrescendo para 4,55%, em 1985. Como não foi possível indexar as séries nominais de gastos com saúde e PIB na Colômbia, pela indisponibilidade de dados inflacionários, nada se pode afirmar, com precisão, sobre o comportamento dos gastos reais com saúde ao longo da crise. Os gastos orçamentários do setor oficial

Tabela 34
Colômbia
Evolução da estrutura dos gastos em saúde, por setores
1982-85
(Em %)

Setores	Anos de referência			
	1982	1983	1984	1985
Oficial	39,7	38,2	37,9	36,3
Descentralizado	48,1	51,4	53,5	54,4
Privado	5,1	6,3	4,8	3,6
Outros	7,1	4,1	3,8	5,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Seminário do Banco Mundial OPS, realizado em Brasília, out./nov. 1987.

também aumentam sua participação no orçamento nacional entre 1980 e 1985, passando de 6,07% para 6,53%, respectivamente.

Porém, diferentemente do que vem sendo detectado na Argentina, Brasil e Chile, não se observou na Colômbia qualquer estratégia de mudança ou ajustamento da estrutura de financiamento ou da organização do sistema de saúde colombiano ao longo da crise. Da mesma forma, não existem perspectivas imediatas de que uma estratégia dessa natureza venha a ocorrer. Assim, ao que parece, os recursos conservarão uma tendência ao crescimento vegetativo na estrutura atualmente existente.

Sabe-se, no entanto, que a existência de mecanismos clientelistas de utilização dos recursos, aliada à frouxidão dos mecanismos de fiscalização, no que diz respeito ao cumprimento das normas existentes, tem gerado evasões de recursos lesivas ao setor.

Em termos de fontes alternativas de recursos, tem-se pensado, embora não sistematicamente, na utilização de alíquotas adicionais dos impostos sobre consumo de bebidas alcoólicas, bem como, no caso dos municípios, no aumento dos impostos sobre o valor adicionado, como forma de aumentar as transferências de recursos para a saúde. Neste último caso, as municipalidades se obrigariam a cobrir as despesas com saneamento, bem como a totalidade dos gastos com atenção primária à saúde.

Seja como for, ambas as medidas constituem aumento de impostos sobre o consumo, facilmente repassáveis aos preços em estruturas econômicas oligopólicas, o que penaliza, em geral, toda a população que, além da carestia, passa a pagar mais por recursos que, potencialmente, deveriam ser alocados de uma forma mais solidária do ponto de vista fiscal.

8. *As reformas estruturais no sistema de saúde mexicano*[39]

8.1 Aspectos gerais do sistema de saúde no México

As relações do Estado com a classe trabalhadora no México estabeleceram-se precocemente. Na verdade, desde o final da revolução mexicana, tais relações se intensificam. Foi assim que a Constituição Mexicana de 1917 foi a primeira, no contexto latino-americano, a incluir direitos do trabalhador, instituindo salário igual para trabalho igual, jornada semanal de seis dias, com carga diária de oito horas de trabalho, salário mínimo, indenização pela demissão imotivada, proibição do trabalho de crianças e direito de greve. Com isso, o governo mexicano antecipou-se no desenho das estratégias de cooptação da classe operária, integrando princípios democrático-liberais e corporativos.[40]

Os mecanismos de seguridade social se iniciam a partir dos anos 20, mais precisamente no governo do Presidente Calles, quando são criadas três caixas: a dos funcionários públicos, que provia os benefícios básicos; a dos militares e a dos professores públicos. Mas a regulamentação dos mecanismos de seguridade social só se efetivou em 1943, quando surgiu a primeira legislação específica sobre benefícios e acesso à saúde.

Ao longo dos anos 50 e 60, os avanços da seguridade social mexicana foram lentos e cheios de percalços. A política social era, praticamente, subordinada às metas políticas do Governo.[41]

Os programas se expandiam verticalmente e não horizontalmente, o que consolidava privilégios de segmentos mais politizados da classe trabalhadora e da própria população. Em 1970, somente 25% da força de trabalho era coberta pelos programas de seguridade social. A partir dos anos 70, a cobertura desses programas teve sensíveis avanços.

Quanto à cobertura dos serviços de atenção médica da seguridade social, verifica-se o mesmo fenômeno. Em 1960, apenas 12% da população economicamente ativa estava coberta por esses serviços. Tal cobertura evolui para 24,7%, em 1970, e para 35,1%, em 1978. Mas, comparando-se com países como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica e Uruguai, tal cobertura deixava muito a desejar, na medida que se estendia a uma pequena parcela dos trabalhadores e seus dependentes, excetuando-se aqueles que trabalhavam sob a égide dos sistemas especiais.

Como ocorre na maioria dos países latino-americanos, a maior parte das instituições médicas no México é gerenciada pelos organismos de seguridade social. Os dois principais órgãos nesse nível são o Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) e o Instituto de Seguridade Social e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE). O financiamento dos serviços de saúde, com base nas informações de 1981, é feito a partir de contribuições independentes para a saúde, onde o empregado contribui com 2,25% do seu salário, o patrão entra com 5,625% da folha de salários e o Governo adiciona o equivalente a 1,125% dos salários, gerando recursos que equivalem, como cota, a 9% dos salários. Destaca-se, ainda, a inexistência de qualquer mecanismo de assistência médica para autônomos e trabalhadores por conta própria, no âmbito da seguridade social.[42]

[39] Não foi possível a obtenção de material estatístico sobre gastos com saúde no México no período recente.
[40] Abranches, S.H. op. cit.
[41] Id. ibid.
[42] Mesa-Lago, Carmelo. op. cit.

Em termos gerais, os recursos voltados para a saúde no interior do sistema de seguridade social mexicano apresentaram, em 1984, a seguinte distribuição:

Tabela 35
México
Distribuição das receitas voltadas para a saúde no âmbito da seguridade social
1974
(Em %)

Participantes	Cota de contribuição
Trabalhadores	24,5
Empresas	62,0
Estado	11,0
Outros	2,5
Total	100,0

Fonte: Mesa-Lago, Carmelo. op. cit.

A maior parcela dos recursos (quase dois terços) provém de aportes das empresas. Menos de um quarto é de recursos diretamente custeados pelos assalariados. O Estado contribui com 11% e o restante provém de aplicações, receitas patrimoniais, doações e outros aportes de menor importância.

Ao se considerar a totalidade dos recursos postos à disposição do setor saúde no México (incluindo os gastos estatais com saúde pública), verifica-se que, em 1980, 74,3% das receitas advinham dos fundos da seguridade social de empregados e empregadores; 19,7% eram oriundos de aportes governamentais e o restante provinha de outras fontes.

Resumindo, as políticas de saúde no México a partir de 1940 e até 1980 foram caracterizadas pelos seguintes aspectos:[48]

a) atendiam apenas a uma pequena fração da população. Em 1970, estima-se que somente 55% da população era coberta de alguma forma (25% pela seguridade social, 19% pelo setor público não-previdenciário e 11% pelo setor privado não-conveniado);

b) os serviços de saúde não reuniam os requisitos de acessibilidade geográfica e por classe social e não atendiam ao perfil das necessidades das camadas mais pobres da população;

c) o modelo de atenção era curativo, urbano, hospitalar, oneroso e ineficaz;

d) havia uma multiplicidade de programas e planos de saúde totalmente desconexos entre si;

e) o Governo outorgava baixa prioridade ao gasto com saúde, sendo que este se concentrava basicamente na atenção a uma parcela dos trabalhadores assalariados e da burocracia estatal.

[48] Mesa-Lago, Carmelo. Economia de la atención a la salud y la seguridad social en América Latina: nuevas fronteras investigativas de políticas. Revista *Pensamiento Iberoamericano* (Revista de Economia Política), México, (9):444-51, Ene./Jun. 1986.

8.2 Reformas estruturais[44]

A partir de 1981, o Governo mexicano começa a empreender uma série de transformações estruturais em seu sistema de saúde, buscando dar maior uniformidade e cobertura à população, no sentido de alcançar a meta Saúde para todos no ano 2000. O novo modelo, que visa uma atenção universal à saúde, deverá ser implantado em etapas. Numa primeira etapa, será dada prioridade aos serviços não-pessoais (medidas sociais e ambientais como acesso à água e esgotos sanitários, saneamento ambiental e controle da poluição). Em seguida, será dada prioridade às chamadas medidas de "atenção primária à saúde, a partir de uma efetiva hierarquização e regionalização da rede de serviços. Tal etapa contará com forte participação da população na definição das prioridades e na formação local de recursos humanos para este fim.

Uma terceira prioridade, já para a década de 1990-2000, seria a reestruturação da oferta de serviços médicos de maior complexidade. A totalidade do novo modelo deverá estar centrada numa inversão da pirâmide ocupacional do setor, que hoje conta com 42 médicos para cada 100 profissionais de saúde. Deseja-se alcançar uma relação de 10 médicos para cada 100 profissionais.

Para coordenar este processo, foi criada, em 1981, a Coordenação dos Serviços de Saúde da Presidência da República (CSS), a qual tem por atribuições definir os elementos normativos, administrativos, financeiros e técnicos necessários para a integração dos serviços de saúde num sistema nacional que venha a dar cobertura à toda a população.

Um outro marco importante neste conjunto de redefinições foi a consulta popular sobre saúde e seguridade, realizada como parte da campanha eleitoral do Presidente Miguel de La Madrid. Ao ser eleito, o presidente resolveu unificar os estudos da CSS com os resultados da consulta popular, visando traduzi-los em leis e princípios que pudessem ser implantados em sua gestão. Tais estratégias foram integradas num livro intitulado *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, publicado pela Universidade Autônoma do México. Segundo essas definições, a Reforma Sanitária Mexicana se definiria por três elementos básicos:

"Un mandato, caracterizado precisamente por la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución Mexicana y por su Ley reglamentoria: la Ley General de la Salud promulgada en febrero de 1984.

Un instrumento, que es el mismo Sistema Nacional de Salud, o sea el medio para hacer crecientemente efectiva la garantía social antes mencionada.

Un instructivo, inserto en el esquema global de planeación del país y plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo del cual es subsecuente el Programa Nacional de Salud."[45]

Quanto ao primeiro ponto, o Poder Legislativo mexicano, entre 1982 e 1985, avançou muito no sentido de estabelecer que o direito à saúde é um direito universal de todos os cidadãos (e, portanto, um atributo de cidadania). Avançou-se, também, com a promulgação de uma lei específica que definiu as bases e as moda-

[44] Grande parcela das informações contidas nesta parte do trabalho foi elaborada a partir da contribuição do artigo de Acevedo, Guilhermo Soberón & Olmedo, Cuauhtemoc Valdés. Informe de México 1982-86: el sistema nacional de salud en México, orígenes, definiciones y avances. Trabalho apresentado à XII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington, D.C., 22 e 30 set. 1986. Publicado na Revista *Salud Pública de México*, México, Universidad Autónoma de México/Escuela de Salud Pública, 28(6):655-63, nov./dec. 1986.

[45] Acevedo, G.S. & Olmedo, C.V. op. cit. p. 656.

lidades de acesso aos serviços de saúde, bem como a divisão de competência entre o poder federal e o das localidades (unidades da federação e municipalidades). O art. 4º da atual Constituição mexicana e as regulamentações posteriores advindas com a Ley General de la Salud, promulgada em fevereiro de 1984, formalizam juridicamente todos estes aspectos.

A partir de uma estratégia de descentralização, tem-se desenvolvido o estabelecimento de Leis Estaduais de Saúde, por parte do Poder Legislativo local. Até meados de 1986, 15 dos 32 estados da Federação mexicana haviam promulgado tais leis.

A Ley General de la Salud confere à Secretaria de Salud (órgão federal com *status* de ministério) o papel normativo, racionalizador e de fiscalização no que diz respeito à prestação de serviços de saúde. A prestação de serviços ficará a cargo dos estados.

Quanto ao segundo ponto – o Sistema Nacional de Saúde enquanto instrumento da nova estratégia – existem cinco princípios ordenadores da Reforma Sanitária Mexicana:

a) a setorialização das instituições de saúde, que tem sido possível graças à reforma da Lei Orgânica da Administração Federal, por meio da qual foi facultado à Secretaria de Saúde o estabelecimento e condução da política de saúde e assistência social. Assim, a coordenação de diversos programas interinstitucionais, bem como o planejamento, normatização e avaliação têm sido possíveis. Com isso, os programas de saúde financiados pela seguridade social estão, hoje, integrados com os desenvolvidos pelas demais esferas públicas e coordenados pela referida Secretaria. Tal coordenação tem permitido uma nova setorialização das ações de saúde, a partir de dois subsetores: o de Institutos Nacionais de Saúde (cardiologia, cancerologia, enfermidades respiratórias, nutrição, saúde pública, etc.) que correspondiam a estruturas pulverizadas de ações da medicina de especialidades existentes na estrutura anterior; e o subsetor de assistência social.

Ponto fundamental da setorialização foi o estabelecimento do Programa Nacional de Saúde 1984-88, que tem sido o principal instrumento de unificação interinstitucional dos serviços da seguridade social e da Secretaria de Saúde;

b) a descentralização dos serviços, que visa principalmente aumentar a cobertura do sistema pela transferência de recursos aos estados, de forma proporcional à sua carência. A primeira etapa desse processo tem consistido na coordenação programática dos serviços, através do estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência de pacientes, nos diversos níveis de atenção, tendo como objetivo identificar omissões e cancelar duplicações. A segunda etapa caracteriza-se pela unificação de todas as instituições públicas prestadoras de serviços de saúde numa única instituição ao nível de cada estado, formando um sistema unificado e descentralizado de saúde. Até meados de 1986, 12 das 32 unidades federadas já haviam passado por esse processo de unificação. Para completar o processo, em maio de 1986 foi criado o Conselho Nacional de Saúde, o qual é presidido pelo secretário de saúde e composto pelos titulares dos serviços estaduais de saúde. Tal conselho tem-se constituído na instância máxima de programação, orçamentação e avaliação da política nacional de saúde;

c) a modernização administrativa das instituições de saúde tem propiciado não só a reordenação das funções, como também o redesenho das estruturas de planejamento, regulação, pesquisa, desenvolvimento e prestação de serviços;

d) a coordenação intersetorial tem como objetivo estabelecer a ponte entre as polí-

ticas de saúde e as demais políticas econômicas e sociais praticadas pelo Governo. Tal estratégia vem sendo adotada a partir da criação de dois colegiados: o Gabinete de Salud e o Consejo de Salubridad General. O primeiro atua mais ao nível de coordenação política, enquanto o segundo assume aspectos da natureza técnica. Através desses órgãos vêm sendo redesenhadas as estratégias de formação de recursos humanos para a saúde, as estratégias de pesquisas ligadas ao setor, as listas básicas de medicamentos, bem como o programa de fomento e desenvolvimento da indústria farmacêutica, além de questões ligadas à administração do meio ambiente. Vários ministérios têm participado regularmente desses dois conselhos;

e) por fim, o último princípio é o de participação comunitária, o qual se vem desenvolvendo através da formação de Comitês de Saúde em cada localidade. Nesses comitês, os representantes dos usuários locais participam da gestão dos estabelecimentos e da fiscalização das ações executadas.

O desenvolvimento dessa estratégia pode ser refletido por alguns avanços que se delineiam a partir de 1983, cabendo destacar:

a) no campo da saúde pública: atenção ao parto em 50% dos casos; elevação da cobertura dos programas de imunização, com a aplicação de 46 milhões de doses de vacina entre 1983 e 1985; prestação de serviços de orientação nutricional em todo o país e, especialmente, nas regiões mais desassistidas, com o aumento da disponibilidade de soros e sais hidratantes no tratamento da diarréia; maior disponibilidade de serviços de planejamento familiar; distribuição de medicamentos essenciais em todos os níveis de atenção, bem como maior produção e auto-suficiência no campo das vacinas;

b) no campo dos serviços de saúde, a cobertura potencial da seguridade social aumentou 27% entre 1982 e 1986, passando de cinco e meio para sete milhões de trabalhadores, respectivamente. A população que efetivamente utilizou os serviços passou de três milhões e trezentos mil para quatro e meio milhões, no mesmo intervalo de tempo. Paralelamente, o Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS) ampliou sua rede de unidades médicas de caráter ambulatorial, estendendo sua cobertura potencial para 14 milhões de pessoas, nessa modalidade assistencial. Ao mesmo tempo, têm sido envidados esforços no sentido de construir e reaparelhar a rede nacional de serviços de saúde, buscando a criação de infra-estrutura para aumentar a cobertura efetiva dos serviços. Entre 1982 e 1986 foram reformados e ampliados 3.400 centros de saúde e 53 hospitais. A reparação e ampliação de equipamentos chegou a 970 unidades ambulatoriais e a 50 de natureza hospitalar. Além disso, foram construídas 589 novas unidades ambulatoriais e 20 hospitais, estes últimos com capacidade adicional de 1.400 leitos.

O comportamento dos gastos federais em saúde no México reflete, em certo sentido, tais modificações. Até 1987 ele oscilava em torno de 7% do orçamento governamental. Tal participação decresceu para 6,4% no período que se estende de 1978 a 1983. Em 1984, apesar da economia mexicana ainda sofrer os resquícios da crise, tal participação se elevou para 7%. Nos anos seguintes observa-se a continuidade do crescimento do gasto: 8,2% em 1985 e 8,6% em 1986.

Assim, ao que tudo indica, o México vem traçando uma forte estratégia de mudança no sistema de saúde que, em seus delineamentos gerais, é muito parecida com a experiência que se inicia no Brasil em 1986, também denominada Reforma Sanitária.

9. *A multiplicidade institucional do sistema de saúde uruguaio*[46]

9.1 Aspectos gerais

Como ocorreu nas demais experiências latino-americanas, os primórdios da constituição do sistema de saúde uruguaio têm como base a organização ainda incipiente de um setor público voltado para as primeiras medidas de caráter coletivo (saneamento, vacinação, etc.), ao lado de um setor médico-assistencial filantrópico, vinculado à Igreja, voltado para atender às populações sem recursos. Os movimentos imigratórios e o crescimento da participação de trabalhadores, artesãos e operários urbanos trouxe, também, o desenvolvimento das primeiras ligas mutualistas de prestação de serviços de saúde. A primeira delas, a Associação Espanhola de Socorros Mútuos, data de 1853. Com o tempo, foram-se desenvolvendo formas previdenciárias de prestação de serviços de saúde (caixa e institutos), supervisionados pelo Governo, que vieram a constituir a base dos serviços de assistência médica no Uruguai.

Hoje, o setor saúde no Uruguai apresenta-se como um mosaico de instituições estatais, paraestatais e privadas, que prestam diversos tipos de serviços assistenciais, mas que se caracterizam pela duplicação de esforços e pelo acesso não eqüitativo aos serviços, por parte de vários segmentos populacionais.

Ao nível do setor público, destaca-se o Ministério da Saúde Pública (MSP), que presta serviços preventivos, assistenciais e de reabilitação, seja através da distribuição gratuita de carnês de serviços às populações carentes, seja mediante um sistema de co-pagamento progressivo, segundo o nível de renda.

Outros ministérios públicos uruguaios também prestam serviços à saúde de certos segmentos da população. Destacam-se, neste particular, o Ministério da Defesa, como o Hospital Central das Forças Armadas e os Serviços de Saúde das Formas Armadas;[47] o Ministério do Interior, com o Serviço de Saúde Policial, o Hospital Policial e o Hospital Penitenciário; os Serviços de Saúde dos Departamentos Territoriais (unidades da federação) e a Faculdade de Medicina, que mantém o Hospital das Clínicas Dr. Manuel Quintela.[48]

Fazem parte ainda dos serviços públicos de saúde os chamados "serviços descentralizados", que correspondem às estruturas de saúde da seguridade social. O Banco de Previsión Social (BPS) presta serviços destinados ao controle da gravidez, parto e assistência pediátrica para crianças com até seis anos de idade. Tais serviços são destinados somente às famílias de trabalhadores privados afiliados à Dirección de Asignaciones Familiares. Isto é feito não pela prestação de serviços próprios, mas pela contratação de instituições de medicina de grupo. O Banco de Seguros del Estado (BSE) atende aos trabalhadores acidentados no trabalho ou que contraíram doenças profissionais, mediante um seguro obrigatório pago pelas empresas. Vale ainda mencionar uma série de organismos de seguridade social, alguns ligados a empresas estatais, outros a instituições privadas, que cobrem a

[46] As informações obtidas sobre o Uruguai baseiam-se nos trabalhos de Aran, D. *Financiamiento del sector salud en el Uruguay*. Montevideo, Celadu, 1986 e Meerhoff, Ricardo. *Financiamiento del sector salud en el Uruguay: modalidades, alternativas y problemas*. Montevideo, mar. 1986. mimeogr.

[47] Há hospitais em todas as estruturas de defesa latino-americanas, embora sua cobertura, em termos de serviços, esteja limitada aos militares e suas famílias. Por ser o Uruguai um país com uma população pequena e estável, os hospitais militares assumem, em termos relativos, uma dimensão maior do que a existente nos outros países latino-americanos.

[48] O Uruguai tem somente uma faculdade de medicina, que é pública.

saúde de seus funcionários (Ancap, OSE, AFE, UTE, Antel, CNEF, ANP e outras).

O setor privado é constituído, basicamente, pelas instituições de assistência médica coletivizada (Iamo), por hospitais privados conveniados com essas instituições e pelos serviços privados *stricto sensu*, que cobrem as mais distintas modalidades assistenciais, sejam elas lucrativas ou de caráter filantrópico.

As Iamc são basicamente entidades financiadoras da assistência médica, sendo que poucas delas detêm serviços próprios em grande proporção. Em sua origem, tais instituições estão ligadas ao mutualismo, e muitas delas ainda funcionam sob esta lógica. Com a expansão da seguridade social no Uruguai, a partir dos anos 50, pode-se dizer que hoje a totalidade dos empregados formais no setor privado é coberta pelas Iamc. Tais instituições são, em grande medida, supervisionadas pela Dirección de los Seguros Socialies por Enfermedad (Disse). Existiam em 1986 cerca de 50 instituições dessa natureza, sendo que metade delas localizava-se em Montevidéu, e cobriam 1.350.000 pessoas (950 mil em Montevidéu e 400 mil no interior).

Em termos de capacidade instalada, existiam, em 1986, 131 hospitais no Uruguai, dos quais 55 localizavam-se na capital e 76 no interior, Destes, 114 são hospitais gerais e 17, especializados. A tabela 36 mostra a distribuição dos hospitais uruguaios por instituição mantenedora.

Tabela 36
Uruguai
Distribuição dos hospitais por instituição mantenedora - 1986

Mantenedora	Nº de hospitais	
	Absoluto	Percentual
MSP[1]	59	45,0
Iamc	41	31,3
Privados	26	19,8
BPS	1	0,8
BSE	1	0,8
Forças Armadas	1	0,8
San Policial[2]	1	0,8
Universidade	1	0,8
Total	131	100,0

Fonte: Aran, D. *Financiamiento del sector salud en el Uruguay.* Montevideo, CELADU, 1986.

[1] MSP = Ministério da Saúde Pública

[2] San Policial = Caixa de Assistência à Saúde da Polícia

Observa-se que a maior parcela dos hospitais existentes no Uruguai pertence ao Ministério da Saúde Pública. Em seguida aparecem os da Iamc e os estritamente privados, sendo que os demais são dispersos por várias instituições de caráter público ou privado. Tal capacidade instalada responde por uma relação de 4,7 leitos por mil habitantes, sendo que, destes, 78% são leitos de curta permanência.

Em termos dos serviços ambulatoriais, não se dispõe de informações sobre a extensão da rede privada. No MSP estão em funcionamento 111 policlínicas, 16

centros de saúde e 25 postos de saúde, sendo que em Montevidéu localizam-se 12 das policlínicas e seis dos centros de saúde.

Uma pesquisa domiciliar sobre saúde, realizada em novembro de 1982,[49] revelou que 80,07% da população estava protegida por alguma instituição prestadora de serviços. A tabela 37 fornece um quadro da distribuição da população uruguaia segundo a instituição de cobertura dos serviços de saúde.

Tabela 37
Uruguai
Distribuição percentual da população segundo a proteção institucional à saúde 1982

Instituição	Percentual
Iamc	30,20
MSP – Hospital universitário	24,20
Seguridade social (BSP)	13,50
Forças armadas	8,22
Outras instituições	2,44
Outros serviços oficiais, não oficiais	0,93
Sem proteção	19,89
Outros	0,62
Total	100,00

Fonte: Encuesta familiar de salud del Uruguay. 1982.

Pelo observado, as Iamc, de caráter privado, cobrem a maior parcela da atenção à saúde uruguaia. O conjunto público não previdenciário cobre 24,2% da população e a seguridade social 13,5%. Estas três instituições, isoladamente, cobrem 67,9% da atenção à saúde. A população que se declarou não coberta (19,9%) certamente tem que contar com a estrutura do MSP, em casos de urgência, o que faz com que esse Ministério tenha uma cobertura potencial de mais de 40% da população do país.

9.2 Financiamento e gasto em saúde nos anos 80

Uma estrutura com tal pluralidade institucional na sua gestão e execução torna difícil o conhecimento de informações precisas acerca do financiamento e do gasto com saúde. Assim, a ausência de uma visão de conjunto faz com que muitos instituições ou pessoas venham a ter visões conflitantes sobre o problema. As críticas mais comuns sobre o sistema têm sido a insuficiência de fundos e o uso irracional dos recursos; a injustiça dos critérios de pagamento pelos serviços (os que ganham mais deveriam pagar mais); discussão sobre as causas dos déficits financeiros do setor, etc.

Para entender o sentido dessas críticas, é necessária uma breve descrição do sistema de financiamento. O orçamento fiscal financia 97% dos serviços do MSP e do Hospital Universitário. Financia também 83% e 75% dos gastos com saúde dos Ministérios da Defesa e do Interior, respectivamente.

[49] Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde Pública, em convênio com a Organização Mundial da Saúde.

Todos os serviços prestados pelo MSP são cobrados mediante uma tabela de pagamento elaborada pelo órgão. Ao utilizar tais serviços, um indivíduo só é isento quando sua renda familiar é inferior a um determinado nível. Tomando como base uma família de quatro pessoas, se ela tem renda familiar inferior a US$ 133 mensais, seus membros estão isentos de pagamento pelos serviços do MSP. Se sua renda estiver na faixa de US$ 134 a US$ 180, eles pagarão 20% do valor do serviço. Se esta renda estiver entre US$ 181 e US$ 220, pagarão 40% do valor do serviço e, finalmente, se a renda familiar supera os US$ 220, só poderão utilizar tais serviços os que pagarem integralmente por eles.[50] À primeira vista, isto indica que não existe muita variabilidade da renda, para alta variabilidade dos percentuais de cobertura, o que pode acarretar certas injustiças fiscais.

As Iamc, que constituem empresas privadas de seguro-saúde, são financiadas a partir de múltiplas formas: através da contribuição individual do segurado; através de transferências de recursos dos mecanismos de seguridade social; pela cobrança de tíquetes aos usuários; através da compra e venda de serviços entre as próprias Iamc e outras formas. No próprio setor público existem vários segmentos que estabelecem convênios com as Iamc. Tal modelo funciona, portanto, de forma muito semelhante ao processo de privatização em curso no Chile.

Além desses subsistemas sobrepõem-se, em alguns casos, os próprios mecanismos da seguridade social que se entrelaçam com os dois mecanismos anteriormente mencionados, formando uma teia de grande variedade e complexidade em termos de modalidades de financiamento.

Os sistemas das Forças Armadas e da polícia, além dos aportes orçamentários que recebem, são custeados, também, por contribuições sobre os salários dos usuários.

Em 1980 (Lei nº 15.187) foram criados os Institutos de Medicina Altamente Especializada (Imae), voltados para cobrir uma série de procedimentos de alto custo e tecnologia.[51] Tais procedimentos são muito caros para serem custeados isoladamente pelas famílias. Todos os cidadãos são, em tese, cobertos por tais serviços, mas a forma de pagamento por eles (ou cobertura) é distinta, segundo a forma de inserção institucional de proteção à saúde da família ou do indivíduo.

Com relação ao gasto em saúde, vale dizer que a pluralidade institucional do setor não permite uma correta visualização do montante de recursos gasto. Assim sendo, as estimativas existentes variavam de 3,0% a 6,7% do PIB, dependendo do ano da década de 80 que se considera.

A discrepância dessas informações não nos permite fazer uma interpretação do comportamento dos gastos com saúde no Uruguai na crise recente. Acredita-se, no entanto, que as estimativas de Meerhoff parecem ser as mais corretas. De acordo com tais estimativas, as despesas com saúde em 1986 chegavam a US$ 337 milhões, apresentando a distribuição observada na tabela 38. Nota-se que o setor privado é responsável pela maior fatia do gasto com saúde no Uruguai, respondendo por 59% desse gasto (US$ 209 milhões). No interior do setor privado, as Iamc e as Imae respondem, praticamente, pela totalidade do gasto privado.

Já o setor público, que abarca apenas 41% do gasto nacional com saúde (US$ 138 milhões), tem na administração direta (MSP + outros Ministérios + Hospital

[50] Valores válidos para o primeiro semestre de 1986. A taxa de câmbio utilizada foi a média daquele período.

[51] São exemplos desses procedimentos os estudos de hemodinâmica, cirurgias cardiovasculares, próteses osteoarticulares, implantação de marcapassos, transplantes renais ou hemodiálises, e outros.

Tabela 38
Estimativas do gasto em saúde
como percentagem do PIB
1980-86

Anos	Estimativas			
1980	3,0[a]	-	-	-
1981	3,4[a]	5,1[b]	-	-
1985	4,2[a]	-	5,7[c]	6,7[d]
1986	-	-	5,4[c]	-

Fontes: [a] Banco Central do Uruguai.
[b] Health Costs and Financing – World Health Organization/World Health Statistics.
[c] Meerhoff, Ricardo. Financiamiento del sector salud en el Uruguay: Modalidades, Alternativas y Problemas. Montevideo, mar. 1986. mimeogr.
[d] Julia Roitman. mimeogr.

Tabela 39
Uruguai
Distribuição percentual do gasto estimado com saúde – 1986

Natureza jurídica	(%)
Setor público	40,9
a) Administração Direta	33,2
MSP	23,4
Ministério da Defesa	4,4
Ministério do Interior	1,8
Hospital das Clínicas	3,6
b) Seguridade Social	7,7
Setor privado	59,1
a) Iamc + Imae	58,2
b) Outros	0,9
Total	100,0

Fonte: Meerhoff, R. op. cit.

das Clínicas) a maior fatia do gasto. A seguridade social responde por parcela muito pequena do gasto com saúde uruguaio (apenas US$ 26 milhões em 1986).

9.3 Perspectivas

Ao que tudo indica, portanto, o setor saúde no Uruguai é marcado pelas estratégias privadas de financiamento. Certamente que tal sistema traz uma série de inconvenientes, como iniqüidades crescentes entre os diversos níveis de usuários, além de duplicações de critérios de cobertura para certos grupos. Sendo assim, desde 1985 vêm sendo travadas discussões em diversos níveis de governo, voltadas para minimizar estes problemas. Os principais objetivos que vêm sendo pos-

tos, a partir destas discussões, são conferir maior uniformidade aos mecanismos de financiamento; atribuir maior igualdade ao peso do financiamento individual e entre instituições e maior eqüidade no que diz respeito aos critérios de pagamento segundo a renda e o tamanho familiar.

Para atingir tais objetivos, discute-se a viabilidade de alternativas, tais como uma reformulação e unificação normativa dos mecanismos de seguro-saúde – a criação de um Serviço Nacional Unificado de Saúde – ou o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde que permita a coordenação e integração do funcionamento dos subsistemas hoje existentes.

Apesar do interesse dos partidos políticos e da sociedade em discutir tais soluções, não existe um encaminhamento efetivo dos problemas relacionados à reformulação do sistema de saúde no Uruguai, a não ser estratégias mais rigorosas de normatização e regulamentação de pontos descobertos na atual configuração das questões de saúde.

10. *Costa Rica: os efeitos da crise num dos melhores sistemas de saúde da América Latina*[52]

O sistema de saúde na Costa Rica, diferentemente do ocorrido com outros países do Continente, começou sob a égide de uma forte unificação institucional. Em 1922 foi criada a Subsecretaria de Higiene e Saúde Pública, transformada em Ministério da Saúde em 1929. Até os anos 40, a atenção à saúde para a maioria da população era prestada nos hospitais ligados àquele Ministério, nas instituições beneficentes e nas companhias bananeiras.

No campo da seguridade social e da proteção ao trabalhador, a primeira medida pública de que se tem notícia é a promulgação da Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermidades Profesionales. Posteriormente, em 1941, é instituída a Ley del Seguro Social Obligatorio que deu origem a Caja Costarriquense de Seguro Social (CCSS), a qual prestava serviços de saúde para trabalhadores públicos e particulares que tivessem renda mensal inferior a 300 colones. Embora desde o início tal sistema cobrisse também os trabalhadores autônomos e os empregados domésticos, sua estrutura real de atenção não lhe permitia cumprir a lei quanto a esse aspecto. Em 1955, o direito à proteção da saúde é estendido, também, à família dos segurados. A cobertura real é estendida aos trabalhadores com renda inferior a 1.000 colones.

Em 1961, uma emenda constitucional estabelece a meta de universalização de cobertura para 1970. Apesar dos ganhos de cobertura que a legislação posterior proporcionou, somente em 1976 elimina-se o teto salarial para cobertura do sistema de seguridade social. Em 1978, todos os hospitais do país (incluindo os que pertenciam às companhias bananeiras e às instituições beneficentes foram transferidos para a CCSS. Finalmente, em 1983 inicia-se um programa destinado a obter a integração plena da atenção à saúde.

Com esta folha de serviço, pode-se notar que o sistema de saúde da Costa Rica teve uma direção bastante positiva, em termos de unificação/integração dos serviços e extensão de cobertura. Primeiramente porque em Costa Rica evitou-se a estratificação do segurado social que ocorreu na maioria dos países latino-america-

[52] As informações sobre Costa Rica baseiam-se no artigo de Mesa-Lago, Carmelo. Atención de salud en Costa Rica: auge y crisis. *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*, Washington, D.C., Opas, *102*(1): 1-18, 1987.

nos. Seu sistema de seguridade social começou unificado e sempre se voltou para uma integração das clientelas não cobertas pelo próprio sistema.

A transferência de toda a rede hospitalar nacional à CCSS possibilitou que esta pudesse fazer um efetivo planejamento da cobertura a ser alcançada, evitando as costumeiras duplicações e desperdícios verificados nos outros países. A CCSS cuida, atualmente, de todas as atividades de assistência médica e realiza algumas atividades no campo da prevenção, como imunizações. O Ministério da Saúde se encarrega da atenção primária para os grupos rurais de baixa renda ou para as regiões urbanas marginais, cuidando também da manutenção das campanhas sanitárias contra tuberculose, impaludismo, etc.

Além da CCSS e do Ministério, o sistema de saúde de Costa Rica engloba ainda as seguintes instituições:

a) o Instituto Nacional de Seguros; órgão estatal destinado a cuidar do seguro por acidentes de trabalho e doenças profissionais. Tal instituto tem serviços ambulatoriais e de reabilitação, mas envia seus pacientes para a CCSS, quando se trata de hospitalização ou cirurgia;
b) as Assignações Familiares (AF) que são programas de assistência social que, entre outras atividades, promovem atenção à saúde para os pensionistas de baixa renda (administrado pela CCSS) ou para a população rural e urbana marginal (administrado pelo Ministério da Saúde);
c) o Instituto Costarriquense de Águas e Esgotos (ICAA), também administrado pelo Governo, e que presta serviços na área de educação sanitária e saneamento.

Como é unificado, o sistema de saúde da Costa Rica tem permitido o avanço das estratégias de integração institucional e programática, mantendo uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com atenção em todos os níveis de complexidade.

10.1 O desempenho do sistema

A estrutura acima descrita possibilitou a Costa Rica galgar fortes incrementos na cobertura efetiva dos serviços de saúde nos últimos 30 anos. A tabela 40 mostra que a população realmente coberta pelo CCSS evolui de 15,4% para 86,1%, entre 1960 e 1982.

Observa-se que o grande salto na cobertura ocorreu entre 1975 e 1980, quando foram tomadas as medidas de maior impacto no sentido da integração do sistema e da universalização da cobertura.

Nesse mesmo período verifica-se a melhoria de uma série de indicadores do estado de saúde da população: a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 68,6 para 18 por mil habitantes e a esperança de vida ao nascer aumentou de 60,2 para 71,4 anos, valor que, em termos latino-americanos, só é inferior ao de Cuba.

Ainda nesse período o gasto com atenção à saúde multiplicou-se por cinco e o número de médicos por 10.000 habitantes passou de 3,7 para 10.

Vale dizer que as alterações positivas encontradas no período não se estendem somente ao setor saúde. A existência de baixas taxas de desemprego aberto (3,9%) e de subemprego (9,3%) dizem respeito a uma população que, nos últimos anos, teve imensos progressos materiais em suas condições de existência.

Mesmo assim, segundo Mesa-Lago,[68] existem pelo menos cinco grupos popula-

[68] Id. ibid. p. 6.

Tabela 40
Costa Rica
Cobertura da população pela CCSS
1960-82
(Em mil habitantes)

Anos	Cobertura		
	População total	População Coberta	Cobertura (%)
1960	1.236	190	15,4
1965	1.482	454	30,6
1970	1.732	661	38,2
1975	1.964	1.073	54,7
1980	2.279	1.941	85,1
1981	2.341	1.939	82,8
1982	2.406	2.072	86,1

Fonte: Mesa-Lago, Carmelo. Atención de salud en Costa Rica: auge y crisis, publicado no *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., Opas, *102*(1):1-18, 1987.

cionais não totalmente cobertos pelo sistema montado na CCSS: as pessoas de renda mais elevada que não têm emprego remunerado (vivem de rendas, são profissionais liberais ou empregadores); os trabalhadores autônomos não filiados à CCSS por sua própria vontade; os trabalhadores familiares não remunerados, os quais dependem do tipo de atenção que tem o chefe da família; os desempregados que só têm a assistência prestada aos indigentes e os trabalhadores assalariados não filiados à CCSS, que trabalham na clandestinidade, pois a contribuição para os assalariados é obrigatória.

10.2 Financiamento

A maior fonte de recursos para o sistema da CCSS é constituída pelos assalariados (5,5% dos salários), pelos empregadores (9,25% da folha de salário) e pelo Estado (equivalente a 1,25% da folha de salários). Isto monta uma contribuição que, em termos globais, chegaria a 16% da folha de salários por empregado. Os trabalhadores autônomos contribuintes pagam 12% de seus rendimentos do trabalho. Dessas receitas, cerca de quatro quintos são destinadas aos serviços de saúde.

Outras fontes de receita para o setor são alíquotas adicionais de impostos sobre a venda de bebidas alcoólicas e de produtos importados supérfluos, as vendas de cigarros, a propriedade imobiliária e a receita de loterias. O sistema conta ainda com recursos oriundos da venda de serviços de saúde da própria CCSS, juros e aplicações dos recursos que compõem o fundo patrimonial do sistema.

Como o sistema se baseia em contribuições sobre a folha de salários, ele é sujeito a variações negativas nos períodos de crise econômica, quando aumenta o desemprego e cai o nível geral de renda dos trabalhadores.

O financiamento do Ministério da Saúde é feito, basicamente, com recursos do Tesouro. Vale destacar, também, que a Costa Rica tem contado, nos últimos anos, com vultosos empréstimos externos para essa instituição, especialmente oriundos

do BID, que colocou à disposição do setor saúde, até o início dos anos 80, recursos da ordem de US$ 38 milhões para a construção de hospitais e postos de saúde.

Entre 1970 e 1981, os recursos reais à disposição do Ministério da Saúde triplicaram. Fenômeno semelhante ocorreu com a CCSS, onde os recursos cresceram ainda de forma mais rápida. Em 1970, a CCSS era responsável por 43% do gasto em saúde e saneamento; o Ministério por 46% e o ICAA por 11%. Em 1979, tal estrutura de gastos havia-se modificado integralmente: a CCSS aumentou sua participação para 75%, o Ministério teve sua participação reduzida para 12% e o ICAA manteve-se na faixa dos 13%.

A tabela 41 mostra a evolução dos gastos em saúde na Costa Rica como percentagem do PIB.

Tabela 41
Costa Rica
Gastos em saúde como percentagem do PIB – 1970-80

Anos	Gastos da CCSS	Gastos totais
1970	2,1	5,1
1974	2,7	5,6
1975	3,2	5,9
1976	3,5	6,0
1977	4,0	5,7
1978	4,7	6,0
1979	5,5	6,5
1980	6,5	7,4

Fonte: Mesa-Lago, Carmelo. op. cit., 1987.

Podem ser observados dois fenômenos: a) a participação do gasto em saúde sobre o PIB evolui constantemente entre 1970 e 1980, passando de 5,1% para 7,4%. A única exceção ocorre no período 1976-77, quando há um ligeiro decréscimo dessa participação; b) o peso dos gastos da CCSS na composição dos gastos aumenta brutalmente, passando de 2,1% do PIB, em 1970, para 6,5%, em 1980 (88% dos gastos totais naquele último ano).

Outro ponto a salientar é o aumento do peso relativo das despesas com assistência médica, o que pode ser visto na tabela 42.

Observa-se que os gastos com assistência médica passam de 57,9% para 77,3% do total. A forte redução dos gastos com administração é uma prova da melhoria de eficiência administrativa do sistema. Os gastos com investimentos aumentam especialmente em 1970, em função do programa de ampliação da rede no período.[84] Essa rápida ampliação dos gastos com assistência médica acaba por gerar ampliações na escala de serviços, difíceis de serem implementados a partir do advento da crise dos anos 80.

[84] Os outros gastos são basicamente compostos por pagamentos em espécie a título de gastos com saúde, reservas para pagamento de dívidas e outras despesas de menor importância.

Tabela 42
Costa Rica
Distribuição interna dos gastos da CCSS com saúde - 1960-79
(Em %)

Gastos	Anos		
	1960	1970	1979
Assistência médica	57,9	62,5	77,3
Administração	10,6	6,8	4,6
Investimento e manutenção	2,0	19,8	6,4
Outros	29,5	10,9	11,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Mesa-Lago, Carmelo. op. cit., 1987.

10.3 Os impactos da crise nos mecanismos de financiamento

Como foi visto, até finais dos anos 70 houve um crescimento quantitativo e qualitativo da atenção à saúde na Costa Rica, sem a existência de problemas relacionados à sua base de financiamento. Porém, ainda nos anos 70, o Estado deixou de efetuar o pagamento dos recursos relativos à sua contrapartida no sistema de financiamento da CCSS. Como resultado, começou a surgir uma tendência de aparecimento de déficits de caixa, ligados ao desempenho do setor saúde, na estrutura financeira da CCSS. Com isso, o sistema teve que recorrer a uma estratégia de endividamento que contribuiu para aumentar a magnitude da dívida pública.

O advento da crise econômica agravou ainda mais esses problemas em função do aumento do desemprego e da redução dos salários reais. Como se sabe, a base de financiamento da CCSS é calcada em contribuições que incidem sobre a folha de salários, recursos que são muito sensíveis às flutuações do nível de emprego da economia.

Vale destacar, ainda, que nos anos 80 a economia costarriquense passou a apresentar taxas negativas de crescimento do PIB, além de aumento do desemprego, dos déficits na balança comercial e da dívida externa.

Observa-se que, apesar do aumento das receitas, o gasto com saúde da CCSS vem aumentando consideravelmente, o que faz com que se acumulem déficits em proporções crescentes, desde 1979. Naquele ano, o déficit era de 2,9% das receitas. Em 1983, ele já chegava a 16% das receitas.

Com o crescimento das taxas de inflação, a partir dos anos 80,[55] e a rápida expansão de cobertura do período 1975-80, os custos da atenção médica aumentaram consideravelmente, numa conjuntura em que os salários reais não aumentaram tanto. O número de empregados da CCSS aumentou de 1.510, em 1960, para 22.093, em 1981. Nesse mesmo período o número de segurados aumentou apenas nove vezes.

Mas o principal problema que está ligado ao aumento do custo da atenção médica na Costa Rica é a mudança no perfil de morbimortalidade daquele país. Hoje,

[55] A inflação na Costa Rica nunca foi problema de grandes proporções. Antes de 1970, a média inflacionária do país era de 2% ao ano. De 1970 a 1979, a média foi de 10% ao ano. Só a partir de 1980 e até 1982 tal média já se havia elevado para 48% ao ano.

Tabela 43
Costa Rica
Receitas, despesas e saldos financeiros reais dos programas de atenção médica da CCSS
1976-83
(Em milhões de colones)

Anos	Componentes financeiros da CCSS		
	Receita	Despesa	Saldo
1976	815	789	26
1977	1.124	1.161	-37
1978	1.686	1.654	32
1979	1.856	1.909	-53
1980	2.162	2.227	-65
1981	2.492	2.978	-486
1982	3.852	4.202	-350
1983	5.152	5.979	-827

Fonte: Mesa-Lago, Carmelo. op. cit., p. 1987.

o quadro nosológico da Costa Rica não é mais composto pelas chamadas "doenças da pobreza ou do subdesenvolvimento". As doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas, as quais explicam grande parte deste quadro de morbidade, são muito custosas e, num sistema de atenção universal, tendem a elevar o custo da assistência médica, em proporção maior que os ganhos na esperança de vida, advindos com este tipo de atenção.

Em função de todos esses problemas, o governo da Costa Rica vem estudando algumas medidas destinadas a aumentar a receita, reduzir o gasto e melhorar a eficiência do sistema de saúde, cabendo destacar:

a) obrigar o Estado a cumprir o pagamento de seus débitos com a CCSS;
b) introduzir um cartão de usuário para todos os integrantes do sistema, para melhorar o controle e reduzir o grau de evasão de receitas, que tem aumentado muito no período de crise (autônomos que não pagam contribuição, empresas que deixam de recolher, etc.);
c) aumento das alíquotas de contribuição dos empregados e empregadores;
d) buscar aplicações mais rentáveis dos recursos e reservas da CCSS;
e) criar sistemas de co-pagamento para camadas de maior renda.

Todas essas medidas no campo das receitas, porém, apesar de paliativos temporários para equilibrar as finanças da CCSS, não são suficientes. No estágio alcançado pelo sistema de saúde da Costa Rica, somente um aumento da eficiência, com a redução dos gastos em assistência médica sem a conseqüente queda na oferta de serviços, constitui o caminho para sanear estruturalmente as finanças da CCSS. O dilema, portanto, não se constitui em reduzir as conquistas ou torná-las mais caras para o usuário, mas sim em manter uma cobertura quase universal, tal qual a que existe, com maior eficiência.

11. *Considerações finais*

A heterogeneidade das condições sócio-econômicas e políticas dos países latino-americanos não permite a formulação homogênea de critérios de avaliação do desempenho das políticas sociais implementadas nos diversos espaços continentais. Ao longo desse trabalho, vislumbrou-se que os principais problemas nesse campo são de ordem estrutural, embora muitos países já se encontrem a meio caminho para sua solução.

Quanto às ações de saúde, a recente crise econômica trouxe agravos nas políticas assistenciais em todas as nações pesquisadas. Muitos países passaram a adotar políticas concretas de ajuste, no que diz respeito às formas de organização dos sistemas de saúde, bem como aos mecanismos de financiamento setorial. Como tais estratégias são recentes, não existem evidências materiais para avaliar o impacto delas na cobertura e na melhoria do estado de saúde da população.

Analogamente, outros países ainda se encontram buscando caminhos que possam trazer amenidades aos agravos estruturais e conjunturais existentes nas condições de saúde de suas populações.

Seja como for, a heterogeneidade das condições existentes não deixa de evidenciar que a reformulação das políticas sociais e de saúde nos países da região não é suficiente para reverter as más condições de vida, expressas nos indicadores existentes. Isso traz à baila a necessidade de reordenamentos mais profundos, vinculados, no plano interno, a modelos de crescimento econômico mais redistributivos e, no plano externo, a estratégias de renegociação das dívidas externas, além de formas mais soberanas de inserção na economia mundial, de modo a evitar transferências de recursos ao exterior, que sejam impeditivas do aumento dos investimentos nacionais, da capacitação tecnológica e do crescimento econômico auto-sustentado.

A assistência à saúde na América Latina tem, no entanto, algumas características básicas, as quais cabe mencionar:

a) em termos de organização administrativa, a maioria dos países da região detém, nas estruturas da seguridade social, as instituições da administração e gestão dos mecanismos de prestação de serviços de saúde. Exceção deve ser feita aos países socialistas (Cuba, Nicarágua) ou a países pequenos do Caribe (Domênica, Jamaica, Sta. Lucia, Trinidad e Tobago), os primeiros em função do próprio regime de governo que prevê universalização de cobertura e comando institucional único, os últimos, certamente em função da pequena população e da maior simplicidade de gestão associada à magnitude populacional;
b) em termos de cobertura dos serviços, há que se destacar a diferença entre cobertura legal e cobertura real, a qual é expressa pelas estatísticas vigentes. Observa-se que na maior parte dos casos há grandes dificuldades de se galgar os tetos de cobertura legal. A maioria dos países que tem sua atenção médica centrada nos mecanismos de seguridade social estende a cobertura aos trabalhadores e seus dependentes. As exceções podem ser encontradas em Bahamas, Bolívia, Guiana, além dos países do Caribe, onde a maior parte da atenção é concentrada no Ministério da Saúde. Poucos países incorporam os trabalhadores autônomos à clientela dos serviços de saúde da seguridade social. São eles Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Guiana, Peru, Trinidad e Tobago e Uruguai. As diferenças de cobertura real dependem, obviamente, da magnitude do chamado setor formal do mercado de trabalho existente em cada país;

c) em termos do sistema de financiamento da saúde, no âmbito da seguridade social, a maior parte dos recursos (em média dois terços) provém das cotizações dos empregadores. Exceção deve ser feita ao caso do Chile que, a partir da constituição do Fonasa[56] passou a ter, no setor Governo, o maior financiador das ações de saúde da seguridade social.

Por fim, quanto às estratégias de ajuste, vale dizer que países como o Brasil e México têm feito reformas em seus sistemas de saúde, buscando adequá-los à universalização das ações, através de um sistema unificado e descentralizado de serviços. Tal modelo, a exemplo do que foi feito em Costa Rica entre 1975 e 1980, busca trazer aos países da região um novo conceito de cidadania que incorpore plenamente os direitos sociais.

Já países como o Chile e, em certo sentido, o Uruguai, têm optado por modelos calcados na privatização das ações de saúde que, mesmo trazendo aparentemente mais eficiência econômica, não resolvem as iniqüidades e as falhas de cobertura para muitos segmentos da população. No caso uruguaio tal problema é minimizado em função da multiplicidade institucional e da privatização, características históricas da constituição do sistema. Vale dizer, ainda, que o Uruguai não escolheu um caminho de reformulação do sistema de saúde, embora as discussões sobre o assunto venham sendo mantidas.

No caso da Argentina, coloca-se a preocupação clara de aumentar a cobertura e conferir maior eqüidade ao sistema, apesar das dificuldades político-corporativas de se negociar tal ampliação com os recursos atualmente disponíveis.

Há ainda a ocorrência de casos como a Nicarágua que, mesmo sob a égide das condições impostas pela guerra, continua a expandir e a reestruturar seu sistema de saúde, conferindo-lhe mais eficiência do que ao existente à época da ditadura de Somoza.[57]

A crise e os mecanismos de redemocratização de alguns dos países latino-americanos aparecem como movimentos antitéticos: a redemocratização, constituindo novas aspirações de cidadania plena compartilhadas por amplos segmentos da sociedade política e da sociedade civil; a crise, como elemento balizador dos limites e dos moldes de eficiência na construção das políticas sociais. Assim, mais uma vez sonho e realidade se chocam e se fundem na construção da utopia latino-americana.

Summary

How to realize the crisis of the Welfare State in countries that have not had a Welfare State? This has been the foremost challenge presented to scholars and social policy-makers in Latin America. Once overcome the last authoritarian cycle, many Latin-American governments have been striving to make up for time lost with the poor degree of satisfaction to basic needs of their populations, by establishing mechanisms capable to guarantee to their peoples universal social rights. Many are, however, the obstacles in this direction, varying from the so-called "structural poverty" to the financial incapacity of the State; from the political and electoral

[56] Ver parte deste trabalho referente ao Chile.
[57] Ver, sobre o assunto, Braverman, Paula & Siegel, David. Nicaragua: a health system developing under conditions of war. In: *International Journal of Health Services*, USA, *17*(1), 1987.

clientelism to the more complex forms of corporativism, through which both the societal structure and political aspirations are maintained in a state of fragmentation.

This paper intends to study the aforementioned question within the context of health policies, attempting to discover the link between the recent economic crisis, the health service structure and the policies of adjustment adopted in the diverse national frame-works.

To attain this goal, the article is divided into 11 parts, in the first one being exposed some angles connected to the economic, structural and conjectural dimensions of Latin-American countries, the discussion being focused on matters related to the recent crisis. In its second part, are aligned some comments on the conquering of social rights in central countries, as opposed to what took place in the framework of Latin-American nations. The third part deals with the effects of the economic crisis on the expenditures and on health policies. Given the heterogeneity of the diverse prevailing conditions, the analysis was restricted to rather general problems. Parts IV to X analyse specific cases of the crisis impact and strategies of adjustment in nations such as Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Mexico, Uruguai and Costa Rica. Segment XI tries to patch up some congruent and some diverging points in the adopted strategies.

The extreme heterogeneity of Latin-American countries allowed some of them, before the crisis, to almost reach the level of services supply available in central economies. Others, in another historical context, were even able to achieve levels of attention offered in the developed world but, as time went by, "lost the train of history". Without any intention of conclusiveness, this study aims at mapping these differences, as well as discerning a horizon of viability for those who believe that political will is still the best conducting wire, as compared with the restrictions of the economic order.