

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Processos de implementação de políticas de saúde em contextos de redemocratização e reformas econômicas. Os casos recentes de Argentina, Brasil e Chile.

Wagner Iglecias.

Cita:

Wagner Iglecias (2009). *Processos de implementação de políticas de saúde em contextos de redemocratização e reformas econômicas. Os casos recentes de Argentina, Brasil e Chile. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1492>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Processos de implementação de políticas de saúde em contextos de redemocratização e reformas econômicas

Os casos recentes de Argentina, Brasil e Chile.

Wagner Iglecias¹

Ursula Dias Peres²

Cristiane Kerches da Silva Leite³

Introdução

O presente texto discute os processos político-institucionais de implementação de políticas de saúde na América do Sul, a partir da perspectiva comparada entre os casos argentino, brasileiro e chileno. Os países latino-americanos passaram nas duas últimas décadas por **processos de redemocratização conjugados com reformas econômicas liberalizantes**. No mesmo período, defrontaram-se com o desafio de **implementar uma agenda de políticas sociais difundida internacionalmente**, na qual a descentralização administrativa e a busca pela eficiência adquiriram centralidade, como demonstram as reformas nos sistemas de proteção social desses países nos últimos anos. Contudo, não é possível entender o processo de implementação desses sistemas descentralizados somente a partir da influência de organismos internacionais, como o Banco

¹ Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. E-mail: wig@usp.br

² Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. E-mail: uperes@usp.br

³ Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. E-mail: ckerches@uol.com.br

Mundial. A literatura que analisa as reformas nesses países demonstra que há grandes diferenças, especialmente em virtude de fatores político-institucionais relacionados ao funcionamento de seus sistemas políticos (relações entre instituições políticas e intergovernamentais), além de fatores históricos, referentes à institucionalização dos setores sociais, como saúde e educação. Este texto representa a primeira etapa de uma agenda de pesquisa sobre as redes de proteção social na América Latina, abordando inicialmente hipóteses explicativas para as políticas de saúde na Argentina, Brasil e Chile.

1) O contexto político e econômico das reformas nas políticas sociais dos países

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas pela ocorrência de regimes ditatoriais e pela crise da dívida externa, caracterizando um quadro de elevado endividamento, recessão e acirrado processo inflacionário. A partir da década de 1980 a articulação dos processos políticos e econômicos entre os países é muito distinta. Se considerarmos o caso brasileiro de um lado – redemocratização na década de 1980 e aprofundamento de reformas neoliberais na década de 1990 –, e o caso chileno do outro – implementação das políticas neoliberais ainda na ditadura e abertura democrática a partir de 1990 –, temos o caso argentino com uma dinâmica totalmente distinta – redemocratização nos anos 1980 e liberalização na década de 1970 e, novamente, nos anos 1990.

Na Argentina de Alfonsín e no Brasil de Sarney a década de 1980 foi marcada pela tensão entre as lógicas da estabilização econômica e da redemocratização. A lógica centrífuga da redemocratização envolveu a inclusão de novas classes políticas e a redefinição de atores sociais que demandavam maior justiça social. A lógica centrípeta da estabilização econômica demandou uma ação política centralizada e coordenada pelo governo central. Nos dois casos as experiências heterodoxas de estabilização econômica foram frustradas em ambientes de grande conflito distributivo entre políticos e grupos sociais organizados que buscavam transferir os custos da estabilização e dos ajustes estruturais (SMITH, 1993). A literatura de Ciência Política define esse processo latino-americano de transição dual (SOLA, 1995).

Os resultados desses processos foram distintos nos dois países. No Brasil a abertura política foi pautada pela grande expectativa de grupos sociais de interferir na estrutura de gastos do Estado e garantir espaço para suas demandas represadas no período autoritário. Essa movimentação deu-se pela organização da sociedade civil em setores como os de saúde e educação e pela pressão das unidades subnacionais por maior participação política e reestruturação fiscal. Essa articulação de grupos e esferas de poder culminou em um processo constituinte em 1988 que instituiu a cidadania

social, bem como a descentralização da carga tributária entre os entes federativos. Contudo, esta descentralização de poder que se somava à elevação das demandas sociais, ocorria ao mesmo tempo em que o Brasil vivia um momento de crise econômica, com redução do crescimento. A consequência disso foi a queda de arrecadação de impostos que, conjugada com o aumento da demanda por gastos públicos (DALL'ACQUA e GUARDIA, 1995).

Na Argentina nas décadas de 1980 e 1990 houve a convergência de um modelo econômico pautado por um forte financiamento externo e a deterioração das políticas sociais. Além do processo de financiamento externo, houve importantes mudanças de política econômica, implementadas pelo presidente Menem a partir de 1989, que incluíram a abertura de mercados, privatizações e a conversibilidade com taxa de câmbio fixa (BRESSER-PEREIRA, 2002). Com relação às políticas sociais argentinas, o grande destaque do período foi a atuação de organismos multilaterais de crédito como atores formadores de política (ROVERE, 2004).

No Chile a década de 1980 foi marcada pelo aprofundamento da agenda neoliberal e pelo acirramento da crise do governo Pinochet. Período de recessão econômica causada pelo grande endividamento externo, no governo Pinochet houve o aprofundamento do processo de abertura econômica e o fortalecimento das exportações como base para uma nova inserção econômica internacional do país. O processo de recuperação econômica foi alcançado no final do governo militar e se ampliou com a abertura democrática a partir de 1990 (ROJAS ARAVENA, 1997). Nesse período o governo de coalizão democrática enfrentou uma situação bastante crítica nas políticas sociais, a redução de gastos nessa área somada ao arrocho de cerca de 8% nos salários médios implicou uma piora na distribuição de renda e qualidade de vida das famílias (FRENCH-DAVIS, 2004).

2) A institucionalização da rede de proteção social na América Latina e a agenda de saúde do Banco Mundial

Nos últimos 20 anos, processos de permanências e mudanças caracterizaram as reformas das redes de proteção social na América Latina. Em linhas gerais Draibe (1997) argumenta que a manutenção de características conservadoras das políticas sociais convivem com a implementação de inovações institucionais importantes, como os processos de descentralização e participação. O quadro de dicotomias e ambigüidades verificado desde os anos 1980 tem raízes históricas profundas: antes dos anos 1970, construíram-se de forma imperfeita as bases do *Welfare State* na região devido a dois conjuntos de motivos - os estruturais e os institucionais.

A autora entende por estruturais os processos socioeconômicos de acumulação, em função de mercados de trabalho pouco integrados e níveis baixos de assalariamento. O resultado desse processo foi a formação de **sistemas conservadores de *Welfare State***, que tenderam a proteger as categorias sociais dotadas de maior poder de organização e de excluir benefícios às populações mais pobres e marginalizadas. Em termos institucionais, esses sistemas apresentavam **elevada centralização, débeis capacidades regulatórias e de implementação das políticas nos níveis subnacionais de governo, comportamento corporativista e fraca tradição participativa.**

Para entender o quadro mais recente de mudanças, também se deve considerar a **influência do Banco Mundial no debate sobre as políticas de bem-estar nos países tratados**, especialmente as políticas de saúde. O papel desta instituição pode ser entendido como elemento constitutivo da agenda governamental estruturada para responder à crise econômica e às demandas dos novos atores políticos. A partir do final dos anos 1970, o Banco Mundial enfatizava em seus relatórios a contraposição entre eficiência e equidade. Reconhecia-se a importância da intervenção estatal no setor social, porém criticava-se a capacidade resolutiva do estado para atender às necessidades da população. O conceito era a “má utilização dos recursos” (*mistargeting*), ou seja, apesar de relevante, o uso do recurso era ineficiente. Nesse contexto a reforma administrativa e a descentralização surgiram como soluções institucionais que redundariam em maior eficiência, equidade e na diminuição de “comportamentos depredadores e nocivos” (ALMEIDA, 2002).

No final da década de 1980, a proposta do Banco Mundial para a América Latina na área da saúde objetivava minorar os impactos sociais dos programas de ajuste macroeconômico através de reformas das políticas setoriais. Segundo Almeida (2002), no documento “*Financing Health Care: An Agenda for Reform*”, de 1989, o financiamento das reformas sanitárias é enquadrado no elenco de condições negociadas nas bases dos ajustes econômicos. A agenda do Banco Mundial para reforma dos sistemas de saúde incluía a redefinição do mix público-privado; a separação de financiamento e provisão; o fortalecimento da regulação do Estado e redução do provimento; o foco na oferta de serviços básicos para grupos sociais menos favorecidos; a descentralização de serviços e o estímulo à competição e à privatização da assistência médica.

3) Análise das políticas de saúde no Brasil, Argentina e Chile

Diante do quadro abordado houve a implementação de mudanças importantes nas redes de proteção social do Brasil, da Argentina e do Chile. A partir da análise das políticas de saúde podemos levantar hipóteses de como esse processo ocorreu, considerando as

inter-relações de grupos sociais organizados, atores políticos subnacionais e o histórico conservador de institucionalização das políticas sociais na América Latina. Não se pretende responder a essa questão nesse momento, mas lançar as bases para uma pesquisa cujo objetivo é a análise comparada das políticas sociais dos países em questão.

A análise das implementações das políticas de saúde na América Latina demonstra a existência de distintas modalidades de reforma dos sistemas. Alguns países foram paradigmáticos na implementação das recomendações internacionais. Conforme Almeida (2002), **o Chile foi o caso mais radical ao adotar a privatização como cerne da reforma**, combinando “*seguros privados, competencia en el aseguramiento y segmentación de la estructura de financiamiento*” (p. 921). **A Argentina, por sua vez, “es ejemplo de los intentos de introducir cambios en un sistema universal, también mixto, pero fuertemente segmentado y controlado por grupos corporativos, debido a la importancia de la seguridad social en su estructuración”** (idem). **O caso brasileiro tem uma forte influência do processo de redemocratização** “*(...) y es un intento de consolidar un sistema único de salud, público, universal y descentralizado, basado en la concepción de salud como derecho de ciudadanía y deber del Estado, aparentemente en una ruta contraria a la dinámica mundial*” (idem).

Apesar de Brasil e Argentina serem países federativos e o Chile um país unitário, nos três casos é possível observar a implementação de sistemas de saúde marcados pelos elementos indicados por Draibe (1997). Tratam-se de **sistemas de saúde altamente excludentes, heterogêneos e fragmentados, bastante resistentes à pretensão reguladora do aparelho estatal** (BUSS e LABRA, 1995). Especificamente o elemento corporativista ligado à atuação da representação da classe médica explica parcialmente essas características dos sistemas em momentos históricos distintos.

O Chile destaca-se na região por ter implementado, desde o século XIX, amplas e bem-sucedidas políticas de educação e saúde, que garantiram ao país índices sociais bastante elevados em relação a seus vizinhos. No início do século passado, o tema da saúde pública dividia o país em três correntes de interesses: a direita conservadora, que defendia um regime público de saúde preventiva para os miseráveis e desvalidos; o centro, que propugnava um modelo de assistência preventiva nos moldes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) voltado aos assalariados e separado da saúde pública; e as esquerdas, que defendiam um sistema único, público, integral e de qualidade (LABRA, 2000). Em 1952 criou-se a base do Estado de Bem-Estar Social na Saúde, o Seguro Nacional de Saúde, que foi fruto, entre outros fatores, da mobilização da sociedade civil e dos profissionais da saúde. No entanto, apesar da forte presença política da classe médica, o governo Pinochet implementou modificações privatistas: a criação de 27 superintendências regionais de saúde e o conseqüente esvaziamento do Ministério da Saúde; a municipalização da

atenção básica; a criação do Fundo Nacional de Saúde; e a redução dos recursos públicos destinados à saúde. A área da saúde é emblemática do processo de destruição que o autoritarismo causou no quadro da “medicina socializante” da primeira metade do século XX, nas prerrogativas de cidadania e na articulação que havia entre estruturas estatais e grupos sociais organizados.

Em 1980 a Constituição imposta pelo regime ditatorial criou um sistema coordenado de saúde privada, de aderência voluntária e sustentado por subsídios governamentais. Apesar da prevalência da agenda neoliberal e o seu inegável impacto no sistema de saúde pública com o crescimento dos serviços privados, a memória da sociedade chilena de mobilização dos profissionais de saúde em direção à criação de um sistema público e universal ainda persiste. Isto constrange os governos democráticos a buscar um modelo naqueles moldes, ainda que existam travas constitucionais deixadas pela ditadura, restrições orçamentárias e um debate público polarizado. Atualmente um amplo modelo privado de serviços de saúde coexiste com um colchão mínimo de provisão desses serviços para a população de baixa renda.

Na Argentina, os serviços de saúde estiveram historicamente submetidos ao sistema político do país. O corporativismo, crescente no período peronista, centralizava essas políticas no Ministério do Trabalho e na Fundação *María Eva Duarte de Perón*. O resultado foi a institucionalização das *Direcciones Generales* que marcaram, nos 50 anos subseqüentes, um sistema fragmentário, heterogêneo, capturado por grupos organizados e altamente descoordenado. Em 1949 a reforma constitucional incorporou os direitos sociais à Carta Magna, contudo sem explicitar como se daria o financiamento do sistema de serviços. Na década de 1950, a autodenominada Revolução Libertadora teve como principal estratégia o desmonte da estrutura de serviço público herdada do período anterior. A sucessão de governos civis e militares marcou contradições que se manifestaram num movimento pendular de transferência de serviços nacionais para as províncias pelos militares e o retorno para as esferas federais pelos civis nos débeis governos democráticos que se seguiram (ROVERE, 2004).

A forma descoordenada da descentralização administrativa nas províncias e seus resultados, a partir do final dos anos 1970, podem ser explicados pelos elementos históricos da área de saúde: escassa eficiência dos gastos, sobreposição de funções, baixa coordenação na regulação e nas fiscalizações. Nos últimos 20 anos a Argentina continuou a carecer de um plano nacional de saúde que possa unificar a miríade de subsistemas desenvolvidos localmente e altamente excludentes. “*La Ley de Seguro Nacional de Salud se sanciona en 1988 bajo el número 23.661 pero la Ley nunca fue reglamentada. Lo cierto es que desde el abandono del Seguro Nacional de Salud en adelante nunca mas se llevó a discusión el problema de la universalidad del sistema de salud en la Argentina*” (ROVERE, 2004).

No Brasil, a concepção de cidadania regulada (SANTOS, 1987) está na base do processo de organização das políticas de saúde. Nas décadas de 1930 e 1940 a assistência médica era prestada por uma previdência social incipiente. Caminhou-se de um “sanitarismo campanhista” (início do século XX até os anos 1960) para um “modelo médico-assistencial privatista” (a partir de meados dos anos 1960 até a década de 1980) (BUSS e LABRA, 1995). Observa-se que o processo de redemocratização nos anos 1980 foi acompanhado pela formulação de um sistema público gratuito e universal de saúde, cuja implementação conviveu com o crescimento de uma vasta rede privada de serviços de saúde. O caso brasileiro apresenta um processo político-institucional descentralizador, no qual os municípios acumularam importantes atribuições na oferta dos serviços no processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

O caso brasileiro diferencia-se dos casos argentino e chileno por conta da forte atuação, desde os anos 1970, ainda no auge da ditadura, e, sobretudo no período de transição para o regime democrático, de um combativo movimento sanitarista. Embora não seja tão antigo quanto a militância pela saúde pública chilena, o sanitarismo brasileiro, surgido no início do século XX, foi um ator fundamental no processo de elaboração do capítulo sobre seguridade social da Constituição de 1988. Naquela oportunidade, os sanitaristas defenderam a criação de um sistema universal de saúde, público, gratuito e de qualidade, totalmente financiado por recursos públicos. Além disso, defendiam que a participação do setor privado no provimento de serviços se desse por regime de concessão e trabalharam ainda pela crescente descentralização dos serviços de saúde.

Apesar das conquistas constitucionais, esse grupo não foi totalmente bem-sucedido pois a atuação dos interesses organizados das empresas de saúde privada fez constar da nova Constituição a temática da cobertura particular, com atuação complementar em todas as ações de saúde. Além disso, os sanitaristas não conseguiram fazer com que as fontes de recursos para o financiamento da saúde pública deixassem de ser majoritariamente federais e tivessem perenidade, ainda que a concentração dos recursos em Brasília pudesse contribuir para a eventual redução da desigualdade da prestação dos serviços de saúde nos níveis subnacionais. Um breve balanço do período que se estende da promulgação da Carta até os dias de hoje nos mostra que houve avanço do SUS: descentralização crescente das fontes de recursos para a provisão dos serviços, melhoria de diversos indicadores de saúde e aumento da cobertura privada de saúde entre diversos segmentos da população. O país ampliou o acesso da população a serviços públicos de saúde, caracterizando-se assim uma política pública mais eficaz, eficiente e efetiva, ao mesmo tempo em que importantes parcelas da sociedade migraram para o sistema privado.

Considerações Finais

A análise das reformas nos sistemas de saúde nos três países nos últimos 20 anos permite defender a seguinte hipótese de pesquisa: a despeito de elementos corporativistas comuns que marcaram o histórico desses sistemas, do contexto de crise econômica e mudança política e da influência dos organismos internacionais na construção da agenda de reformas das políticas sociais, há claras diferenças nos processos de implementação dessas reformas. O caso brasileiro se destaca como um caso de **reforma incremental** em um sistema de saúde com traços de mudanças e permanências. Em um contexto político e econômico no qual a descentralização das políticas sociais apresentou um duplo significado – democratização e eficiência –, a construção do sistema público de saúde foi marcada por um processo de negociação entre grupos sociais organizados e atores políticos subnacionais, porém ainda capitaneado pelas instâncias políticas do Governo Federal. O caso argentino, a despeito de ser um país federativo como o Brasil (com relações federativas distintas), apresenta características próximas ao caso chileno no que tange ao histórico do sistema de saúde e seus impactos nos processos contemporâneos de reforma.

Nos casos argentino e chileno, houve importantes experiências socializantes de amplos sistemas nacionais e gratuitos de saúde, sustentados por grupos sociais organizados, interrompidas abruptamente por governos autoritários. Os movimentos de centralização e descentralização administrativa foram instrumentos de poder de governos democráticos e autoritários, respectivamente. O histórico de **desmonte radical** das estruturas públicas e gratuitas de serviços de saúde é um dos elementos que explica, por exemplo, a falta de regulamentação da Lei de Seguro Nacional de Saúde sancionada em 1988 na Argentina e a existência de um sistema altamente fragmentado e segmentado no Chile. A prevalência da pauta econômica neoliberal – implementada radicalmente na Argentina e no Chile - na agenda mais recente de descentralização das políticas de saúde também configura como um importante elemento desta hipótese de pesquisa que será investigada em trabalhos vindouros.

Bibliografia

- ALMEIDA, Célia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en America Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (4): 905-925, julho-agosto de 2002.
- AZEVEDO, Antonio Carlos. La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. *Rev. Saúde Pública*, vol. 32 no. 2, São Paulo Apr. 1998
- BORSANI, Hugo e AMORIM N., Octavio. Os determinantes políticos do comportamento fiscal na América Latina. PNUD-IPEA, Abr., 2003
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Financiamento para o Subdesenvolvimento: O Brasil e o Segundo Consenso de Washington*. BNDES (2002)
- BUSS, Paulo Marchiori e LABRA, Maria Eliana (org). *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec*. São Paulo; Editora Hucitec; 1995.
- DALL´ACQUA, Fernando M. e GUARDIA, Eduardo R. *Análise do Sistema Orçamentário no Brasil*. São Paulo, FGV-SP, 1995. (Pesquisa apresentada ao Núcleo de Pesquisa e Projetos da EAESP –FGV).
- DRAIBE, Sonia. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 11: 3-21, 1997.
- FERRER, Aldo. A Argentina e a globalização. *Estudos Avançados*. Vol.16 no.44. São Paulo Jan./Apr. 2002
- FFRENCH-DAVIS, Ricardo. *Entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad: tres décadas de política económica en Chile*. 1ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2004.
- LABRA, Maria Eliana. Padrões de formulação de políticas de saúde no Chile no século XX. *Dados*, 2000, vol.43, no.1.
- ROVERE, Mario. La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un sistema Injusto. *Revista Electrónica La Esquina del Sur*. Mayo 2004.
- ROJAS ARAVENA, Francisco. Chile: mudança política e inserção internacional, 1964-1997. *Rev. bras. polít. int.* [online]. 1997, vol.40, n.2, pp. 49-75.

- o SANTOS, Wanderley G. (1987). *Cidadania e Justiça. As políticas sociais na ordem brasileira*. São Paulo: Campus
- o SMITH, William C. Estado, mercado e neoliberalismo na Argentina pós-transição: a experiência Menem. In: SOLA, L. (org.). *Estado, Mercado e Democracia*. São Paulo, Paz e Terra, 1993.
- o SOLA, Lourdes. Estado, Reforma Fiscal e Ordem Monetária: Qual Estado? In: SOLA, Lourdes e PAULANI Leda (org.). *Lições da Década de 80*. São Paulo: EDUSP, p: 29-74, 1995.