



A AGENDA DE REFORMAS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS PROPOSTAS DAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS

Gustavo Bonin Gava*

Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias*

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Gustavo Bonin Gava y Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias (2020): "A agenda de reformas para os sistemas de saúde: uma análise das propostas das agências internacionais", Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana, ISSN: 1696-8352, (agosto 2020). En línea: <https://www.eumed.net/rev/oel/2020/08/sistemas-saude.html>

Resumo

O presente artigo apresenta uma análise crítica detalhada das prescrições da "agenda internacional para as políticas de saúde" formulada pelas agências internacionais Banco Mundial (BM) e Organização Mundial da Saúde (OMS). A metodologia é composta pela revisão bibliográfica de relatórios e documentos técnicos e de bibliografia pertinente ao tema. Utilizamos ainda como estudo de caso a implementação do pluralismo estruturado na Colômbia, apoiado tecnicamente pelo BM e posteriormente tomado como uma proposta de sucesso da OMS para os demais países da América Latina. Sua implementação foi baseada em critérios da racionalidade econômica e se apoiou nos processos de reestruturação do Estado, com a diminuição de seu papel e do peso de suas instituições. No entanto estas não lograram avanços significativos, de maneira a solucionar os graves problemas de desigualdade e da inequidade de acesso aos serviços de saúde, tampouco permitiu o desenvolvimento do direito à saúde, como previsto na Constituição Colombiana de 1991. Assim, a implementação do modelo de saúde colombiano colocou em evidência as limitações da abordagem do BM, ou seja, de um modelo único, incapaz de lidar com realidades nacionais específicas, em que predominam enormes desigualdades econômicas, sociais e culturais.

Palavras-chave: Agências internacionais, Políticas de saúde, América Latina

THE REFORM AGENDA FOR HEALTH SYSTEMS: AN ANALYSIS OF INTERNATIONAL AGENCIES 'PROPOSALS

Abstract

This article presents a detailed critical analysis of the prescriptions of the "international agenda for health policies" formulated by the international agencies World Bank (WB) and World Health Organization (WHO). The methodology consists of a bibliographic review of reports and technical documents and bibliography relevant to the topic. We also used as a case study the implementation of structured pluralism in Colombia, technically supported by the WB and later taken as a successful proposal by WHO for other countries in Latin America. Its implementation was based on criteria of economic rationality and was supported by the State's restructuring processes, with the reduction of its role and the weight of its institutions. However, these

* Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas – IE/UNICAMP, e-mail: gustavo.bgava@gmail.com

* Professor Doutor do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas – IE/UNICAMP, e-mail: hugo.rodrigues.dias@gmail.com

did not achieve significant advances, in order to solve the serious problems of inequality and inequality of access to health services, nor did it allow the development of the right to health, as foreseen in the Colombian Constitution of 1991. Thus, the implementation of the model Colombian health system highlighted the limitations of the WB approach, that is, a single model, unable to deal with specific national realities, in which enormous economic, social and cultural inequalities predominate.

Keywords: International agencies, Health policies, Latin America.

Introdução

Os sistemas de saúde são definidos, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), como um conjunto de atividades com objetivo inicial de promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem outros propósitos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; a prestação de serviços eficientes; e o acolhimento humanizado dos cidadãos.

Dessa forma, estes incluem a prestação de serviços de assistência à saúde, as intervenções coletivas destinadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, a utilização de medicamentos, os serviços de atenção domiciliar e outras intervenções promotoras da saúde da população. Não fazem parte, portanto, dos sistemas de saúde aquelas atividades relacionadas com outros propósitos, ainda que sua implementação possa indiretamente gerar benefícios para a saúde, como é o caso das atividades de ensino ou de segurança pública.

Como apontam Lobato e Giovanella (2012, p. 107), os sistemas de saúde também podem ser concebidos como “um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população”, que se cristalizam em diversas organizações, regras e serviços e que podem ser estudados através de diversos componentes: a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento e as organizações.

Os sistemas de saúde dos países centrais também foram afetados, em alguma medida, pela crise do Estado de Bem-Estar Social a partir da década de 1970. De fato, a literatura sobre o tema identifica a existência de três ondas de reformas nos sistemas de saúde, distintas em sua natureza: a primeira insere-se no final do século XIX, com a focalização de programas e benefícios para trabalhadores e pobres; a segunda onda acontece após a Segunda Guerra Mundial, formada pela consolidação de sistemas universais de saúde e de proteção social, transformando o direito de acesso aos serviços de saúde em direitos de cidadania; finalmente, a terceira onda ocorre nas décadas de 1980 e 1990, cujas características estão associadas ao estabelecimento de inovações capazes de criar um ambiente institucional favorável à relação custo-benefício¹, tendo como objetivo a eficiência dos prestadores de serviços de saúde (Nunes, 2011; Almeida, 2012).

A terceira onda de reformas dos sistemas de saúde pode ser dividida em duas grandes fases. A primeira ocorre durante a década de 1980, onde a hegemonia neoliberal da “falência total” do Estado de

¹ Para Viana (1996, p. 34), o custo-benefício envolve uma relação econômica, onde há uma comparação entre a adoção ou não de uma política. “Como os custos são efetuados antes e os benefícios aparecem depois, devem-se atualizar os valores pelo cálculo do valor atual líquido dos benefícios sobre o valor atual líquido dos custos. O custo-efetividade não precisa ter uma relação econômica. Assim “dado um montante limitado de recursos, estes devem ser aplicados de forma tal que permitam um maior número de unidades de resultados ou benefícios, qualquer que seja o valor da unidade de resultado”. A análise de custo-efetividade é mais utilizada para mensurar os resultados de políticas de âmbito social, onde os benefícios são menos qualificáveis.

Bem-Estar Social prosperou. Portanto, as políticas econômicas e sociais foram desarticuladas em nome da contenção de custos, do controle de gastos e da exaltação do individual sobre o coletivo. O segundo momento é formulado a partir da década de 1990, partindo de uma crítica aos próprios modelos neoliberais construídos sobre as políticas restritivas anteriores, formando uma nova agenda de reformas para os sistemas de saúde, com o objetivo de garantir um maior controle sobre as quantidades de profissionais, incentivar medidas de prevenção de doenças, melhorar e intensificar a produção de serviços em saúde e capacidade de leitos, assim como alterar as formas de remuneração dos prestadores de serviços. Por fim, essas reformas tinham como objetivo intervir na organização do sistema de saúde por meio de processos de desconcentração na condução das políticas de saúde (Almeida, 2012).

Também compõem a terceira onda a introdução de novos mecanismos de controle sob o uso dos serviços de saúde. O compartilhamento de custos entre usuários e empresas foi uma ferramenta introduzida neste contexto, denominado de co-pagamento. Essas medidas tinham por objetivo, em primeiro lugar, diminuir o uso de serviços considerados supérfluos pelos prestadores e em segundo lugar, incrementar as receitas, através do uso de taxas moderadoras de uso dos serviços médicos.

Todas essas inovações foram implementadas nos países centrais² e, posteriormente nos países latino-americanos. As décadas de 1980 e 1990 são marcadas pela adesão de grande parte dos países latino-americanos ao Consenso de Washington. O contexto da crise da dívida da década de 1980 provocou a imposição de fortes restrições ao gasto público na região. Em busca do equilíbrio fiscal, os governos adotaram políticas restritivas de gastos sociais, o Estado foi gradativamente se retirando do cenário social, empresarial e regulatório. Ações de descentralização na organização da prestação de serviços sociais foram postas em marcha, privatizações de equipamentos públicos e de empresas estatais também foram o foco das políticas econômicas adotadas no período.

Diversos serviços como de saúde, educação e de seguridade social, anteriormente oriundos de uma partilha centralizada entre riscos e rendas, foram transformados em sistemas de capitalização, ou seja, os benefícios sociais passaram a ser distribuídos de acordo com a capacidade do indivíduo em sua inserção no mercado de trabalho. Sistemas privados de saúde, educação e previdência foram estimulados pelos governos latino-americanos, em uma clara adoção da cartilha neoliberal do Consenso. Para Draibe e Riesco (2009), ao adotarem as medidas de cunho neoliberal, os países foram gradativamente desmantelando suas redes de proteção social em conjunto com as instituições estatais, outrora provedoras de bem-estar.

Entre os fatores que impulsionaram a terceira onda de reformas dos sistemas de saúde da América Latina, destacam-se: o (1) aumento dos custos com os serviços de saúde, (2) a transição demográfica e (3) a transição epidemiológica.

O aumento de custos no setor saúde está relacionado, de um lado, à expansão horizontal e vertical da cobertura, e, de outro, à incorporação de inovações tecnológicas. O crescimento da cobertura significou a inclusão de novos segmentos da população como clientela dos serviços de saúde, além do aumento da oferta de novos serviços (tratamento odontológico, fisioterapia, etc.), resultando em crescimento dos gastos pelo simples fato de que houve aumento da população a ser atendida e pela inclusão da oferta de novos

² O trabalho de Almeida (1996), demonstra o desenvolvimento e a crise dos sistemas de saúde dos países centrais durante as décadas de 1970 e 1980. Inglaterra, Suécia, Holanda, Alemanha, Espanha e Itália seguiram a experiência americana da competição administrada (*managed competition*). O eixo de atuação destas reformas foram: o controle dos gastos públicos, flexibilização da mão de obra do setor saúde, a desregulação e a reestruturação do *mix* público/privado.

serviços. Já as inovações tecnológicas em saúde caracterizam-se por estarem mais direcionadas à aplicação em meios diagnósticos e terapêuticos do que em meios que venham a baratear o processo interno de tratamento. Nesse sentido, o desenvolvimento de novos equipamentos médicos trouxe consigo um encarecimento dos serviços, ao mesmo tempo em que passou a haver uma verdadeira revolução na organização dos serviços de saúde, incluindo novos patamares de concentração econômica, nova divisão social do trabalho médico e grande mudança no próprio campo da técnica médica.

O processo de envelhecimento populacional, provocado simultaneamente pelas baixas taxas de fecundidade da população e pelo progressivo aumento da longevidade, caracteriza o segundo fator impulsionador das reformas – a transição demográfica. Estas mudanças, por um lado, implicam declínio imediato ou futuro da população economicamente ativa, com aumento da razão de dependência de idosos; por outro, são responsáveis por determinar um aumento da demanda por serviços de maior custo e complexidade, tornando cada vez mais problemática a capacidade de resposta dos diferentes sistemas de saúde.

Por último, a chamada transição epidemiológica, marcada pela mudança no perfil de morbimortalidade da população. No lugar das enfermidades infecciosas e parasitárias, típicas de países com baixo grau de desenvolvimento, o novo perfil epidemiológico passou a incluir também as chamadas doenças crônico-degenerativas, como intoxicações, câncer, problemas de saúde mental, entre outras, configurando um conjunto de patologias próprias de um modo de vida urbano-industrial, cujo custo de tratamento é particularmente elevado.

Soma-se a esse quadro de transformações os ajustes macroeconômicos, as reformas dos Estados nacionais nos países latino-americanos e processos de redemocratização como os ocorridos na Argentina, Brasil e Chile. De acordo com Gimenez (2008), além do estrangulamento econômico, os países latino-americanos passariam por uma transformação ideológica, com a necessidade de adotar um conjunto de condicionalidades previstas em um programa único, centrado na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público, em suma, na redução do papel do Estado.

As reformas dos sistemas de saúde foram incluídas nos programas de estabilização e ajuste econômico que ocorriam em grande parte dos países da região. Os governos latino-americanos realizaram grandes esforços para o pagamento das dívidas externas contraídas com os órgãos internacionais, comprometendo uma proporção significativa do PIB, e a área social se transformou em uma fonte primordial de redução de gastos e cortes de programas sociais. Portanto, as reformas dos sistemas de saúde foram imprescindíveis para a realização dos programas de estabilização e de ajuste econômico. Estas concentraram-se primordialmente em conter custos, diminuir gastos, promover a concorrência da prestação dos serviços de saúde privados e públicos e, finalmente, avançar nos mecanismos de eficiência e eficácia através da flexibilização gerencial (Soares, 2001; Almeida, 2014; Sojo, 2011).

Deve-se destacar que as reformas dos sistemas de saúde ocorreram em um momento de construção de uma determinada “agenda internacional para as políticas de saúde”, formada pela oferta de ideias produzidas pelo conjunto de agências³ que integram a comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, com destaque para o Banco Mundial (BM) e para a Organização Mundial de Saúde (OMS). Analisando esta questão, Mattos (2001) identifica que tanto o BM como a OMS procuraram, ao longo das décadas de 1980-90, apresentar um conjunto de recomendações e sugestões sobre as reformas

³ Partilhamos da definição de Mattos (2001), onde agência internacional corresponde às instituições regidas pela participação de pelo menos três países em sua constituição, em sua sustentação financeira e política.

dos sistemas de saúde e das próprias atribuições dos governos no setor, a partir de um considerável esforço de pesquisa conduzido por técnicos altamente especializados das duas agências.

Este esforço de pesquisa procurou oferecer critérios para distinguir, entre as diversas experiências de reformas em curso, aquelas que seriam, na visão do BM e da OMS, mais adequadas aos países em desenvolvimento, servindo como parâmetros para a alocação de recursos e privilegiando aqueles países alinhados com as recomendações propostas. Dessa forma, a oferta de ideias dessas duas agências cumpriu o papel de disciplinar as políticas dos países em desenvolvimento.

A natureza e a intensidade das reformas dos sistemas de saúde na América Latina estão relacionadas, de um lado, com o conjunto de diretrizes formuladas pelas principais agências internacionais de apoio ao desenvolvimento e, de outro, com o grau de adesão dos diferentes governos a estas diretrizes da agenda internacional. Desse ponto de vista, o Chile constitui o grande exemplo paradigmático de adoção plena dessas diretrizes, enquanto outros países optaram por transformações mais graduais em seus sistemas de saúde, observando as especificidades da sociedade e do momento político e econômico de realização das reformas. Essas experiências, em grande maioria dos casos, foram incompletas, desordenadas e pontuais (Soares, 2001).

O objetivo do presente artigo é o de apresentar uma análise crítica das prescrições da “agenda internacional para as políticas de saúde” formulada pelas agências internacionais BM e OMS. Para tanto utilizamos os documentos e relatórios oficiais dessas agências e a bibliografia pertinente ao tema. O texto está dividido em quatro partes, além desta introdução. A primeira concentra-se nas propostas do BM, para depois direcionar a sua atenção às formulações da OMS. A terceira parte analisa as propostas da agenda internacional para a América Latina, utilizando-se da experiência colombiana. A quarta parte é composta pelas considerações finais.

O Banco Mundial e as propostas de reforma para os sistemas de saúde

Em meados da década de 1970, o BM entra na arena internacional de prescrição de ideias e políticas para o setor saúde. Se nos anos 1960 as suas propostas na área da saúde se relacionavam apenas com políticas de “combate à pobreza”⁴ e de satisfação de necessidades básicas; uma década mais tarde, ao fornecer empréstimos aos países centrais e posteriormente aos países latino-americanos, a instituição tinha como objetivo principal “interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público” (Rizzotto, 2000, p. 115).

A concepção de desenvolvimento do BM, até meados da década de 1970, assentava na crença no crescimento econômico como variável-chave para alcançar melhores condições de vida e distribuição de renda – problemas que afetavam todos os países periféricos. Apenas com a ascensão de Robert McNamara a presidente do BM (1968-1981), a concepção de desenvolvimento iria se transformar.

Nas palavras de Lima (2014):

O BM começou a sustentar a ideia de que o crescimento deveria incluir aspectos sociais e políticos ligados ao planejamento familiar, à urbanização, ao desemprego e à educação como forma de aumentar o bem-estar social e

⁴ A expressão “combate à pobreza” esteve inserida em diversos documentos e relatórios do BM durante a gestão de Robert McNamara, posteriormente o Banco abraçou definitivamente a causa. Como afirma Pereira (2010), o Banco apresentou diversas políticas e instrumentos para frear a “ascensão da pobreza” nos países periféricos, de acordo com o autor: planejamento familiar, nutrição, saúde, educação, urbanização de favelas, entre outros mecanismos foram utilizados pela instituição, contudo não lograram êxito definitivo na “cruzada contra à pobreza”.

ajudar na distribuição de renda. Inovação, geração de empregos e incremento à participação comunitária eram objetivos e critérios (ou novas condicionalidades) para a aprovação dos projetos (Lima, 2014, p. 234).

Em 1987, o BM lançou o documento *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*. Este documento aglutinou as principais ideias de reformas dos sistemas nacionais de saúde dos países em desenvolvimento anteriormente separadas em variados documentos da instituição, e apresentava um conjunto de propostas para a redução da responsabilidade do Estado sobre os serviços de saúde (Mattos, 2001).

No documento, o BM identificava três problemas principais acerca dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento: 1) baixos gastos em políticas de custo-efetividade; 2) grande ineficiência e altos custos dos programas e ações do aparelho estatal; e 3) inequidade de acesso aos serviços públicos ofertados (World Bank, 1987).

O Capítulo 2 do documento tratava sobre quatro eixos principais de reformas dos sistemas nacionais: 1) imposição de co-pagamentos para os usuários dos serviços públicos de saúde, em especial para os serviços clínicos; 2) estimular o setor privado de seguros e planos de saúde via políticas econômicas; 3) reforçar a presença dos setores privados; e 4) promover a descentralização dos sistemas de saúde.

O documento de 1987, afirma que todas essas medidas por si só não resolveriam os problemas do setor saúde. O BM então fornece no Capítulo 3, três propostas específicas para os países em desenvolvimento. A primeira é de financiar estudos e pesquisas para que os países colocassem em prática reformas de financiamento dos seus sistemas nacionais de saúde. A segunda é de ampliar o financiamento do BM para os países que optassem por implementar as políticas de saúde prescritas pelo Banco. Finalmente, a terceira proposta seria a realização de pesquisas feitas em parcerias do BM com as instituições governamentais na busca de resultados empíricos que pudessem ser utilizados como base para as reformas dos sistemas nacionais de saúde.

As premissas do documento de 1987 não foram um consenso entre as demais agências internacionais, sobretudo na questão da retirada permanente do Estado no papel de formulador de políticas de saúde, o que impossibilitou, naquele momento, o predomínio das concepções prescritas pelo Banco nos países pobres ou em desenvolvimento.

Segundo Rizzotto (2014, p. 262), a publicação, em 1993, do relatório de desenvolvimento mundial, intitulado *Investing in health*, assinala a entrada definitiva da instituição no setor saúde. Duas motivações importantes são dignas de destaque: a primeira relaciona-se com o alto volume de recursos alocados pelo setor privado e público no setor saúde⁵; em segundo lugar, a expansão das ações do Banco encontra-se imbricada com a ascensão de empresas privadas no “complexo médico-hospitalar”, fruto das reformas e transformações neoliberais realizadas, principalmente, nos países em desenvolvimento.

O relatório apresentou também um novo indicador para mensurar a “carga global de doença” (*global burden of disease*) das populações. Esta nova metodologia teria como base a união entre os componentes de mortalidade e morbidade, transformando-os em um único indicador. Diferentes dados epidemiológicos e estatísticas vitais seriam integrados nesse mesmo indicador, que ganhou o nome de *Disability-adjusted life*

⁵ O setor saúde movimentava em 1990, 8% do PIB mundial, em 2007, o montante de recursos alcançou a cifra de 9,7% do PIB mundial.

years (DALY)⁶, definido assim como um parâmetro de mensuração do tempo perdido devido à mortalidade prematura e do tempo vivido com incapacidade.

Ao tomar o DALY como indicador-chave para as tomadas de decisão, os gestores dos sistemas nacionais de saúde devem seguir a perspectiva de elencar as melhores soluções que contenham os mais baixos custos e os melhores benefícios. Contudo, esta análise rasa proposta pelo BM leva em conta apenas a concepção de saúde como assistência médica. Igualmente, toma para si as realidades nacionais como uma só, excluindo em sua análise a concepção de equidade, objetivando-se apenas na busca pela alta expectativa de vida como parâmetro de mensuração da saúde e não apresentando em sua metodologia as desigualdades brutais entre as classes sociais dos países pobres ou em desenvolvimento (Almeida, 2014; Almeida Filho, 2013).

O BM sugere que o papel do Estado seja reduzido a três tipos de ações: (1) a produção de bens públicos deve ser restrita aos grupos sociais mais pobres, abordagem que permitiria ter baixos custos e alta efetividade; (2) fomentar medidas de regulação para controlar, quando for necessário, as imperfeições do mercado de serviços de saúde; e (3) algumas ações de promoção e prevenção em saúde como, por exemplo, campanhas de vacinação, em parceria com ONGs, que forneceriam externalidades aos indivíduos (World Bank, 1993).

Assim, apenas serviços públicos como de combate aos vetores de agentes causadores de enfermidades ou o controle e tratamento de doenças contagiosas entrariam na definição de saúde pública proposta pelo Banco. Para o mercado estas ações não são lucrativas, ou não existem subsídios governamentais atrativos para a sua realização, não havendo, portanto, interesse privado em realizá-las. Nesta visão, as medidas de regulação são imprescindíveis e legítimas pois não interferem com as atividades e a liberdade do mercado, contribuindo ainda para compensar suas imperfeições. As medidas seletivas e focalizadas de combate à pobreza estariam justificadas desta forma, porque este conjunto social não consegue via mercado sua independência. Consequentemente caberia ao Estado o fornecimento de serviços públicos mínimos e de baixo financiamento público. Mesmo neste último caso, o governo deveria subsidiar organizações não-governamentais, cabendo a este, muito mais que assumir a prestação, incentivar a competição entre provedores de serviços, inclusive entre provedores públicos e privados com ou sem fins lucrativos.

Muitas das propostas formuladas pelo Banco estão concentradas no âmbito familiar. A grande finalidade destas é de fortalecer a capacidade das mulheres, particularmente de classes sociais baixas, em prover cuidados de saúde, substituindo assim as atividades ofertadas pelos serviços públicos de saúde (Laurell, 1994). Políticas de educação para alavancar os níveis de instrução de meninas e mulheres deveriam adotadas pelos países pobres e em desenvolvimento, pois existiria, uma correlação entre maiores níveis de educação para mulheres e queda da mortalidade infantil.

⁶ De acordo com Almeida (2014, p. 220), DALYs pode ser encontrado na literatura especializada em português em duas traduções: “Anos de Vida Perdidos por Incapacidade” ou “Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade”. O DALY comporta dados de mortalidade (anos de vida perdidos devido uma morte precoce) e dados de morbidade (gravidade e tempo de duração de uma dada patologia). Os autores estimam os dados de mortalidade precoce com a expectativa de vida japonesa, pois é a maior de todas. Os dados de morbidade são apresentados por uma série de ponderações e reflexivas à perda de capacidade funcional de cada indivíduo. Ao final, cada óbito ou caso notificado são computados aos DALYs correspondentes para cada pessoa.

São três as razões centrais para a transferência de serviços e financiamentos do setor saúde para o âmbito privado: (1) a ineficiência do setor público; (2) a inequidade de acesso aos seus serviços e (3) a falta de recursos públicos na manutenção e expansão dos sistemas de saúde.

A ineficiência do setor público é explicada pelos gastos localizados na alta complexidade. De acordo com o próprio relatório, países periféricos como Brasil e Venezuela gastavam, em 1980, de 70% a 75% dos gastos totais em saúde em hospitais e clínicas médicas negligenciando gastos essenciais na atenção primária (World Bank, 1993). Ainda de acordo com o relatório, algumas ONGs poderiam e deveriam ser financiadas pelo próprio Estado, pois constituíam instituições mais eficientes quando comparadas às públicas. Contudo, esse primeiro argumento não considera o contexto de ajuste econômico e consequente rápido processo de deterioração e desmantelamento do Estado na provisão de serviços de saúde.

Relativamente ao argumento de inequidade dos serviços públicos de saúde, o relatório refere que os trabalhadores que usufruem de sistemas privados de saúde e que também usam serviços públicos são privilegiados pelos subsídios estatais, ao contrário da população pobre, a qual optaria apenas pelos serviços públicos. Este argumento ignora que a imensa maioria dos trabalhadores latino-americanos possuem como características principais a pobreza e a vulnerabilidade social. Igualmente, o relatório não apresenta, em nenhum momento, uma comparação entre a ineficiência e inequidade do setor privado na resolução dos problemas de saúde, assumindo que estes problemas seriam apenas apanágio dos sistemas de saúde pública.

Por último é destacada a falta de recursos públicos na manutenção dos sistemas de saúde nacionais. O argumento carece de explicações, uma vez que o próprio BM participou da imposição de políticas ortodoxas do Consenso de Washington aos países periféricos. Portanto, a carência de recursos públicos no provimento de ações voltadas para o setor saúde está interligada com os cortes nos gastos sociais provocados pelos ajustes econômicos das décadas de 1980 e 1990, sobretudo nos países latino-americanos com o pagamento das dívidas externas contraídas nas décadas anteriores.

Em síntese, com este relatório, o BM torna-se numa instituição-chave no debate internacional acerca das políticas de saúde e no principal articulador da desinstitucionalização estatal da atenção à saúde através das privatizações, terceirizações e de quaisquer mecanismos de flexibilização no setor saúde. Os sistemas nacionais de saúde deveriam ser divididos em dois subsistemas: por um lado o público, destinado “aos segmentos mais pobres da sociedade, compostos de ações de prevenção e promoção da saúde (...) e, também, um pacote de “serviços clínicos essenciais” com procedimentos destinados às gestantes, controle de doenças transmissíveis e atendimentos destinados a doenças comuns em crianças, como diarreias e infecções respiratórias (Rizzotto, 2014, p. 262); por outro lado, o subsistema privado atenderia a população que poderia pagar os serviços e as diferentes modalidades ofertadas pelos planos de saúde privados.

O Relatório de 1993 pautou o debate internacional sobre as políticas públicas de saúde para os países centrais e em desenvolvimento. Praticamente todos os governos lograram implementar políticas derivadas desse documento com vista a reformar seus sistemas nacionais de saúde. Os governos redimensionaram seus papéis; promoveram mudanças de financiamento e provisão de serviços e ações concentradas nas populações mais pobres; o custo-efetividade tornou-se o critério fundamental na tomada de decisões acerca da abrangência de serviços que poderiam ser gratuitos; houve também a criação nos países de agências reguladoras de serviços médicos.

Os ajustes econômicos fomentados pelo Consenso de Washington não lograram êxito nos países latino-americanos. Pelo contrário, como atesta Gimenez (2008), não apenas os formuladores do Consenso

reconheceram os resultados insatisfatórios como as instituições internacionais elaboraram novos relatórios e documentos reformulando algumas das suas posições. É neste contexto que, em 1997, o BM publicou o relatório de desenvolvimento mundial intitulado *The State in a changing world*.

Para Vilas (2014):

O relatório de 1997 foi difundido com grande ostentação publicitária e pode ser considerado, sem exagero, como o *vade-mécum* do pós-Consenso de Washington. Funcionários do BM participaram da sua promoção pelos meios de comunicação e em atividades acadêmicas, com funcionários dos governos e representantes da sociedade civil. Fundos especiais foram destinados a universidades e institutos de investigação acadêmica para o desenvolvimento de projetos e elaborações teóricas na linha do novo enfoque. Sem abjurar da desconfiança de princípio em relação ao Estado, o pós-Consenso de Washington admitia que, em certas condições, o Estado podia ser um complemento eficaz do mercado, e inclusive um sustentáculo estratégico do mesmo (Vilas, 2014, p. 78, grifo do autor).

O Estado passou a ser visto como uma solução para as inúmeras lacunas não preenchidas pelo neoliberalismo (crises econômicas, aumento das desigualdades sociais, altas taxas de desemprego, processos incompletos de construção institucional, entre outras). O desenvolvimento é orientado não apenas para o incremento da geração de riqueza através da produção, mas também para o incremento do bem-estar social geral. A agenda torna-se positiva, uma vez que, o fortalecimento do Estado torna-se necessário para angariar fundos junto a um melhor padrão de desenvolvimento mais eficaz e com maior efetividade.

Os relatórios seguintes do BM continuaram a abraçar o conceito de desenvolvimento e de Estado “amigáveis com o mercado” (Vilas, 2014, p. 78). O próprio relatório de desenvolvimento mundial de 2000/2001: *attacking poverty*, modifica a definição de “pobreza”, ampliando seu conceito para outras esferas, além da econômica – área apresentada como a principal em documentos anteriores. O Banco assume em seu discurso que:

A pobreza é resultado de processos econômicos, políticos e sociais que se relacionam entre si e muitas vezes se reforçam, exacerbando as condições de privação em que os pobres vivem. Escassez de bens, mercados inacessíveis e poucas oportunidades de emprego mantêm as pessoas na pobreza material. Por isso, a promoção de oportunidades (estimulando o crescimento econômico, fazendo com que os mercados funcionem melhor para os pobres e possibilitando que estes acumulem bens) é essencial para reduzir a pobreza (World Bank, 2000, p. 1).

De acordo com o relatório, a geração de oportunidades para os pobres passa por uma relação intrínseca entre Estado e mercado. Ao Estado cabe o desenvolvimento de políticas fiscais e monetárias estáveis para um regime macroeconômico mais eficiente e transparente, que permita aos investidores uma redução de seus riscos nos sistemas financeiros.

O relatório apresenta ainda uma análise da gestão do risco social, diagnosticando que todas as pessoas são vulneráveis a múltiplos riscos provenientes de diferentes fontes. Entretanto, para a instituição, os pobres estão mais suscetíveis aos riscos. Assim sendo, a proteção social é definida meramente como uma gestão pública que trabalhe para ajudar comunidades, famílias e indivíduos na administração dos riscos sociais através de relações múltiplas entre educação e saúde, contribuindo para o desenvolvimento de capital humano.

A proposta mais ousada do relatório é de uma política social global, composta por três eixos, articulando-se entre o público e o privado: ao Estado cabe o combate à pobreza; a responsabilidade contra

os riscos é individual; e a solidariedade é desestimulada em relação à diversificação dos riscos. De acordo com Sojo (2003), nestes termos, o BM assume uma posição contrária à universalidade, propondo um conjunto de redes de proteção social e de focalização dos serviços públicos básicos, reiterando a participação do mercado privado na questão social, repetindo a rejeição ao princípio de solidariedade no financiamento de políticas sociais.

Em síntese, a agenda de reformas para o setor saúde do BM não se modificou através dos anos. Podemos elencar como as principais propostas do Banco:

1. O fortalecimento do papel do Estado como agente regulador;
2. Introdução da competição entre os serviços públicos e privados de saúde;
3. Construção de iniciativas estatais de subsídios e incentivos – sobretudo fiscais –, para as ofertas e as demandas dos sistemas de saúde privados;
4. Privatizações dos serviços de saúde; e
5. Focalização dos serviços públicos de saúde aos mais pobres.

A agenda do BM tornou-se hegemônica, em termos técnicos e políticos, no mercado global de ideias para a saúde. O direito à saúde pública é considerado simplesmente como garantia de acesso aos serviços de saúde; o papel do Estado é de agente regulador, incentivando a concorrência e regulamentando o seguro e os sistemas privados de pagamento; promovendo o corte de gastos públicos nos níveis mais especializados e gerenciando a assistência via atenção primária; em última instância tornando-se um mero coadjuvante na formulação e implementação de políticas de saúde. Esta visão “universal” será amplamente disseminada em propostas padronizadas de planejamento, reforma e de avaliação de políticas de saúde, independentemente do contexto do país, de sua cultura e de seu desenvolvimento econômico e social.

Seguidamente, a atenção será direcionada para a OMS, desde a sua ascensão até à sua derrocada a partir da década de 1980, a partir das críticas e pressões – políticas e econômicas – sofridas pelas demais agências internacionais, sobretudo pelo BM e por países membros como os Estados Unidos. Na década de 1990, em busca de recuperar seu apoio político e econômico, a OMS opera uma guinada neoliberal, alinhando-se principalmente ao BM, fomentando políticas de saúde globais – como o “novo universalismo” –, aos países pobres e em desenvolvimento.

OMS: do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde ao “novo universalismo” do século XXI

Ao longo do século XX foram criadas várias organizações com o propósito de monitorar e avaliar o campo da saúde nos diversos países. A OMS surge enquanto agência internacional especializada na saúde em 1945, inserida na dinâmica de criação das Nações Unidas. Mas será no contexto político e econômico mundial das décadas de 1960 e 1970 que ela será objeto de críticas por não apresentar propostas contundentes para a solução dos problemas de saúde que assolavam os países pobres. Em 1973, operaria uma inflexão ao se lançar na elaboração de estudos técnicos de controle de epidemias – como a da malária - nos recém-criados países africanos (Matta, 2005).

Outros estudos focados na promoção e prevenção à saúde foram elaborados pela OMS no decorrer da década de 1970. Por exemplo, em 1974, expande os seus programas de imunização infantil, com destaque para a prevenção de doenças como poliomielite, sarampo, tétano, entre outras. Essa nova orientação de promoção e prevenção da saúde aprofunda-se, com o *Acordo Saúde para Todos no Ano*

2000, em conjunto com a Declaração sobre Cuidados Primários em Saúde lançada na Conferência de Alma-Ata⁷, de 1978.

De acordo com Matta (2005):

O planejamento do Saúde para Todos contava com o apoio financeiro e político de instituições governamentais, privadas e não-governamentais, além de comunidades científicas e acadêmicas. A OMS tentava consolidar-se como uma organização que não apenas assistia seus países membros, em uma perspectiva doença-centrada, mas também, e agora principalmente, intervinha e propunha políticas e estratégias sanitárias e sociais (Matta, 2005, p. 375).

A própria Declaração de Alma-Ata (UNICEF, 1979), negava a definição de saúde como simplesmente a ausência de doenças ou de enfermidades, assumindo-a como um estado de completo bem-estar físico, social e mental. Além disso, a saúde é tratada como um direito humano fundamental, cuja efetivação seria alcançada através de ações mútuas entre os demais setores sociais e econômicos. Os documentos, campanhas e ações da OMS seguiriam essas definições, perseguindo os objetivos de garantia do direito à saúde, participação social, equidade no acesso aos bens e serviços e pela adoção de políticas sociais amplas.

A OMS ganhou destaque ao influenciar, em especial, os países pobres ou em desenvolvimento, determinando áreas prioritárias, onde a Atenção Primária de Saúde⁸ (APS) seria a principal estratégia de transformação dos sistemas de saúde desses países. Portanto, o campo de atuação puramente técnico da agência internacional é ampliado, passando a propor políticas sociais com uma perspectiva clara de tentar diminuir as desigualdades sociais entre países pobres e ricos (UNICEF, 1979).

A OMS, ao longo de toda a década de 1980, tornou-se alvo de duras críticas, provenientes de empresas multinacionais e de países membros como os Estados Unidos, na sua tentativa de implementar os princípios do Saúde para Todos. Um dos principais confrontos relacionou-se com a política de distribuição de medicamentos essenciais. A iniciativa da instituição era de fomentar, além da distribuição de medicamentos, uma política de pesquisa e desenvolvimento para a produção de medicamentos dentro dos países em desenvolvimento. As grandes empresas farmacêuticas do período realizaram vários protestos contra essa iniciativa e, em 1985, os Estados Unidos – país que possuía 11 das 18 maiores empresas farmacêuticas do mundo – destinou apenas 20% do repasse regular de contribuições para a OMS, prejudicando a sustentabilidade financeira da instituição (Godlee, 1994 apud Matta, 2005).

Sobre a questão específica do financiamento da OMS, as receitas regulares foram perdendo espaço em benefício das contribuições voluntárias. Se na década de 1970, as fontes extra orçamentárias representavam cerca de 25%, ao longo das décadas de 1980 e 1990, estas passaram a representar mais da metade do orçamento da instituição, sendo que os seus principais financiadores eram o BM, o Programa

⁷ Alma-Ata, na República do Cazaquistão, antiga União Soviética, recebeu 67 organizações internacionais e representantes não-governamentais e 134 países assinaram o acordo denominado de Saúde para Todos no Ano 2000. Como aponta Matta (2005, p. 379): “Nesse momento histórico para a saúde pública mundial, a OMS atinge o apogeu de sua influência internacional, convocando os sistemas de saúde em todo o mundo a redirecionarem sua política para a saúde como um direito humano, devendo ser construída por políticas sociais e econômicas que reduzam a desigualdade e que permitam a participação social”.

⁸ De acordo com Matta e Morosini (2009, p. 23), APS é “utilizada como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”.

das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), os Estados Unidos e os países europeus (Almeida, 2014).

O poder de decisão e de implementação de políticas da OMS foi perdendo espaço ao longo das décadas de 1980 e 1990. Várias críticas foram formuladas por outras agências internacionais, como o BM e a Fundação Rockefeller. No cerne das críticas estava a diferenciação da APS, tomada por essas agências como uma APS “seletiva”.

Nas palavras de Almeida (2014):

Na década de 1980, um virulento debate sobre a APS “original” e a “seletiva” foi veiculado por revistas prestigiadas da área, como a *Social Science and Medicine*, e a discussão sobre o setor saúde se acirrou, defendendo-se o deslocamento das atividades de cooperação técnica do âmbito assistencial para questões relacionadas com a gestão dos sistemas de serviços de saúde [...]. Os “termos do debate” começaram a questionar, por um lado, a eficácia dos programas de cooperação e, por outro, a noção de saúde como um bem público (Almeida, 2014, p. 204).

A combinação do novo debate acerca da APS “seletiva” e a queda do orçamento regular enfraqueceram a OMS e o seu campo de atuação e de decisão passou a ser coordenado em conjunto com os projetos financiados por outras agências internacionais ou países membros, minando a capacidade da OMS de orquestrar propostas para a saúde de forma autônoma para países pobres ou em desenvolvimento.

Este contexto contribuiu para a fragilização da OMS enquanto crescia a sua dependência econômica e política em relação ao BM. Tal contexto contribuiu para uma transformação política e ideológica significativa da OMS e para o desenvolvimento de uma agenda uniforme e hegemônica para o campo da saúde em parceria com o Banco e colocada em marcha no final da década de 1980.

Com a eleição, em 1998, para a direção da OMS da ex-ministra da Noruega, Gro Harlem Brundtland, a instituição ganharia uma peça-chave para a reconstrução de sua credibilidade e influência no mercado de ideias para a saúde. Os quadros de profissionais escolhidos pela nova direção eram ligados ao BM e filiados às propostas neoliberais no setor.

A partir da década de 1990, a OMS acompanha as movimentações do BM na formalização de políticas e propostas no campo da saúde para os países pobres ou em desenvolvimento, incluindo em sua pauta, o denominado “novo universalismo”. As duas instituições multilaterais trabalharam juntas na elaboração do relatório mundial da saúde *health systems: improving performance* (OMS, 2000). Esse documento teve como objetivo principal avaliar os sistemas de saúde em todo o mundo com critérios de relação custo-efetividade dos serviços oferecidos – tanto os serviços públicos quanto os privados.

O Relatório de 2000, para além de fortalecer a instituição, colocando-a em destaque junto ao BM “como autoridade técnica e política para orientar e conduzir os processos de saúde globais” (Matta, 2005, p. 388), trouxe para a OMS o discurso amplamente discutido pelo BM de revitalização do papel do Estado. A OMS propôs uma “boa gestão” dos sistemas de saúde através da minimização dos serviços prestados pelo Estado no campo da saúde. Contudo, a proposta não prescrevia apenas aos Estados nacionais que assumissem um conjunto mínimo de ações focalizadas nas camadas mais pobres, mas sim, de que o próprio deveria seguir responsável por um conjunto de serviços de saúde essenciais de alta qualidade e oferecidos para toda a população. Sendo assim, a concepção de saúde enquanto direito de cidadania foi excluída no documento, em seu lugar foi maximizada a perspectiva da seleção de serviços e ações que caberiam ao Estado realizar (Fausto e Matta, 2007; Lima, 2014).

O Relatório de 2000, logo em suas primeiras páginas, apresenta três conclusões: 1) vários países analisados quanto aos gastos públicos em saúde demonstraram péssimos resultados, afetando principalmente a população mais pobre; 2) o desafio para os países pobres ou em desenvolvimento é o de promoverem políticas públicas que reduzam ou minimizem os gastos diretos na saúde; e 3) os ministérios da saúde de grande parte dos países devem reiterar ações e políticas de fortalecimento dos sistemas privados e do terceiro setor, buscando aproveitarem as contribuições de cada um para melhorarem seus sistemas nacionais de saúde.

O relatório distingue ainda entre o “universalismo clássico” e a sua mais recente proposta, o “novo universalismo”. O universalismo clássico surge com a emergência e o desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar Social nos países da Europa Ocidental, ou seja, com a universalização da seguridade social, e em consequência direta, a institucionalização de sistemas públicos universais de saúde.

Com as profundas mudanças políticas e econômicas no mundo, a partir da década de 1970, foi-se estabelecendo a visão de um “novo universalismo”. A OMS argumentou de que não era possível ofertar a todos os cidadãos, todas as intervenções de saúde, alinhando-se assim ao discurso pregado pelo BM, de que os serviços de saúde deveriam ser fornecidos tanto pelo Estado como pelo mercado. portanto, o novo universalismo estaria ligado por uma interpretação da privatização da saúde por completo, ou seja, desde o controle dos fundos de pensões públicos pelo capital financeiro até a expansão (patrocinada pelo Estado) dos seguros privados de saúde como alternativa viável ao sistema público, ou seja, “refere-se aos propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar em que possa gerar lucros” (Lima, 2014, p. 241).

Ao inserir novos indicadores de mensuração de custo-efetividade para o desenvolvimento de estudos comparados, a OMS aproximou-se da metodologia do BM de utilização de critérios econométricos para a análise dos sistemas de saúde. Esta nova abordagem não deixou de ser objeto de crítica por múltiplos estudiosos do setor: desde objeções relativas às bases conceituais e metodológicas, tendo “como referência um modelo particular de sistema de saúde, o qual questiona as políticas de saúde universalistas, consideradas de baixa efetividade (Travassos e Buss, 2000, 89); à inexistência dos dados necessários para calcular os novos indicadores de desempenho, o que levou “à adoção de métodos econométricos, pouco transparentes e de difícil compreensão pelos gestores, para estimar os dados da maioria dos países” (VIACAVA et al., 2004, p. 715).

Em 2008, ano em que se comemorava o 60º aniversário da OMS e o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata, a OMS lançou o relatório *Primary Health Care now more than ever*. Neste manteve-se inalterável o discurso enunciado pelo relatório de 2000. O novo universalismo ou o novo conceito de “cobertura universal de saúde” foi amplamente discutido no documento, apontando que a garantia de acesso aos serviços de saúde não deve ser necessariamente uma prerrogativa do Estado, e que a expansão dos serviços de saúde se daria pela via da proteção social mercantilizada, ou seja, pelo aumento substancial de fundos comuns e de mecanismos de pré-pagamento, em substituição dos pagamentos diretos (OMS, 2008). Como bem destaca Lima (2014):

Esse tipo de reforma, ao incorporar a ideia de responder às demandas, trata cada vez mais de possibilitar o acesso dos pobres aos serviços de saúde por meio de subsídios, em especial mediante o financiamento privado de seguro e/ou planos de pré-pagamento, em diferentes graus a depender do país, e não somente pela prestação de serviços pelo poder público (Lima, 2014, p. 247).

Finalmente, o relatório mundial de saúde, de 2010, intitulado de *The Path to Universal Coverage* (OMS, 2010), segue na mesma linha dos anteriores. Para a OMS, bons resultados no setor saúde só poderão ser atingidos definitivamente por políticas de financiamento bem estruturadas. A solução passa novamente pelo desenvolvimento de sistemas alternativos de financiamento da saúde, o que em última análise, terá consequências positivas para a cobertura universal em saúde.

Segundo o documento de 2010, as famílias pobres arcam, mais frequentemente, com altos custos diante de doenças, em casos abruptos, levando a catástrofes econômicas e sociais. A principal barreira à cobertura universal é representada pelos altos pagamentos diretos (*out-of-pocket*) feitos pelos mais pobres e por pessoas que possuem algum tipo de plano ou seguro de saúde.

O documento enfatiza que para se alcançar a cobertura universal os países devem providenciar uma diminuição da dependência de pagamentos diretos realizados pela população, introduzindo medidas de contenção do financiamento direto dos serviços de saúde, melhorando assim a equidade e a eficiência de seus sistemas nacionais. A própria OMS admite que para os países pobres não é realisticamente possível uma cobertura universal em um curto prazo de tempo sem contar com o apoio externo de agências internacionais.

Algumas estratégias são descritas pela OMS como imprescindíveis para a realização da cobertura universal: 1) aumento da eficiência da receita fiscal; 2) redefinição das prioridades dos orçamentos governamentais; 3) estimular a criação de mecanismos inovadores de financiamento; e 4) promover o desenvolvimento para a saúde através da ajuda internacional.

A conclusão do documento de 2010 é de que não existe uma possibilidade única para se chegar à cobertura universal, podendo as experiências dos países desenvolvidos fornecer inspiração para os países pobres e em desenvolvimento ampliarem ou garantirem a proteção dos ganhos previamente adquiridos em seus sistemas de saúde. A agência internacional defende ser possível, através da criação de fundos adicionais e com a diversificação das fontes de financiamento, além do estabelecimento de pré-pagamentos e da constituição de fundos comuns, assegurar que as despesas de saúde e dos pagamentos diretos não se concentrem e se agravem ao longo do tempo, impossibilitando a cobertura universal de saúde.

Portanto, como afirma Laurell (2016), existe uma disputa político-ideológica frente ao que as instituições multilaterais denominaram de “cobertura universal” – a introdução de um pacote limitado de serviços –, e do direito à saúde – onde existe o acesso e a gratuidade dos serviços de oferta pública. Além disso, para Ocké-Reis (2016) não existem sistemas de saúde puros, mesmo os sistemas construídos a partir da formação dos Estados de Bem-Estar Social nos países da Europa Central no pós-guerra contam com a participação de serviços privados. Contudo, é notória a presença de melhores indicadores de saúde e de menores custos nos países que desenvolveram sistemas públicos de saúde, com a abordagem da APS – concebida na Declaração de Alma-Ata – e da utilização de equipes de saúde multiprofissionais nas ações de promoção e prevenção.

O “novo universalismo” na experiência colombiana

Vários países realizaram reformas em seus sistemas nacionais de saúde, contudo, na América Latina, as transformações seriam amplas e irreversíveis. A busca incessante pelo equilíbrio fiscal autorizou aos Estados fugirem de seus papéis – desenvolvidos arduamente durante décadas – sobre diversas áreas, dentre elas a social e, em específico, no setor saúde.

Para a América Latina foi desenvolvido o conceito do “pluralismo estruturado”, cujo modelo tinha como objetivo a integração progressiva dos sistemas públicos e privados de saúde, tendo como produto um sistema único. Para seus formuladores Londoño e Frenk (1997), o pluralismo viria a atualizar e modernizar os antigos sistemas segmentados dos países da região. Para os autores, sistemas de saúde segmentados são aqueles onde as instituições incumbidas de fomentar e operacionalizar o setor saúde estão desprovidas de qualquer mecanismo de articulação ou mesmo de integração como, por exemplo, os prestadores e os seguros de saúde públicos ou privados que atuam de forma totalmente autônoma e independente, não existindo um marco jurídico regulatório para o setor. Além disso, outras observações negativas são derivadas da segmentação como: (i) falta de transparência aos consumidores dos serviços; (ii) ineficiência dos serviços; e (iii) a inequidade dos planos de saúde oferecidos pela iniciativa privada e pelo Estado. Finalmente, o modelo seria reconhecido como um ponto de intermediação entre o setor privado regulado e um Estado eficiente. Portanto, as reformas deveriam ser rápidas no sentido de expandir a cobertura, visando uma maior equidade, propiciando viabilidade fiscal ao sistema de saúde, em uma tentativa de melhoria da eficiência, da qualidade e da satisfação dos usuários.

Segundo Sanabria e Chaves (2014), as prescrições de políticas de saúde do BM foram implementadas na Colômbia a partir da Lei 100 de 1993, criando o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS). As prescrições contidas nos relatórios da instituição multilateral encontram-se bem visíveis no funcionamento deste sistema: criação de um seguro nacional de saúde (Plano Obrigatório de Saúde – POS), com o financiamento sendo feito por contribuições obrigatórias para quem poderia arcar – empregados e empregadores e denominado de Regime Contributivo (RC) –, e pelo subsídio ofertado pelo próprio Estado para os desassistidos – Regime Subsidiado (RS). As contribuições recolhidas são destinadas para o Fundo de Solidariedade e de Garantia (FOSYGA). Os recursos financeiros são repassados pelo Estado através das Empresas de Promoção da Saúde (EPS), estas, por sua vez, administram e alocam os recursos aos prestadores privados ou públicos.

Foram definidos pacotes básicos de serviços obrigatórios, contudo diferenciados para cada grupo econômico, estabelecendo-se um sistema de mercantilização dos serviços de saúde. Assim, o SGSSS aglutinou elementos centrais da agenda do BM, como a livre escolha de seus usuários pelos prestadores de serviços e planos de saúde, fortalecendo ao mesmo tempo a capacidade de regulação do Estado a partir da criação de agências reguladoras e do financiamento solidário entre as classes ricas e pobres, característica que marcou o SGSSS como modelo de equidade financeira pela OMS, em seu relatório mundial da saúde de 2000.

O Gráfico 1 apresenta os gastos totais em saúde para o período de 2013 a 2015. De forma geral, os gastos do governo em relação ao PIB mantiveram-se estáveis próximos 5%. Em relação ao gasto total em saúde houve crescimento gradativo, alcançando 6,83% do PIB em 2015. Entretanto, o gasto privado em saúde praticamente dobrou entre 2014 e 2015, alcançando 3% dos gastos totais em saúde.

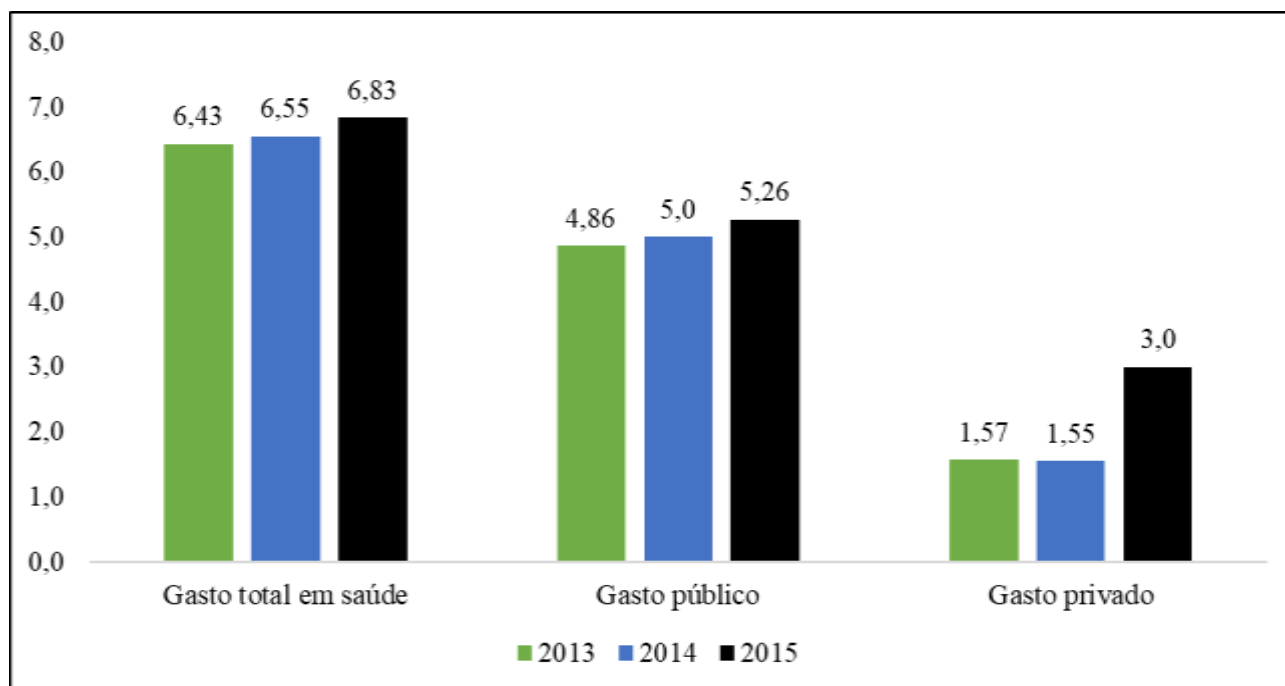
No entanto, como demonstrou o trabalho de Lopez Cárdenas et al. (2017):

O principal mecanismo de alocação de recursos para o seguro de saúde é a Unidade de Pagamento por Capitação (UPC), que diz respeito ao valor per capita anual repassado às EPS como prêmio de seguro para garantir a prestação dos serviços que compõem o POS.

A segmentação e as iniquidades entre regimes se expressam nos valores da UPC, ajustados em razão da faixa etária, gênero, perfil epidemiológico, dispersão populacional ou concentração em grandes cidades. A análise da trajetória dos ajustes evidenciou que privilegiou-se o regime contributivo,

que ainda recebe um valor adicional de 4% da UPC para ações de promoção e prevenção. A UPC dos regimes subsidiado e de subsídios parciais não foi objeto de todos os ajustes mencionados e as porcentagens de ajuste foram menores do que as do regime contributivo. (López Cárdenas et al., 2017, p. 10)

Gráfico 1 – Gasto total, público e privado em saúde (% do PIB), 2013-2015



Fonte: Ministerio de Salud y Protección Social (2020).

Além da segmentação entre regimes de contribuição, segundo Laurell (2016), o desenvolvimento de um mercado autorregulado no setor saúde colombiano não apenas fomentou grandes diferenças entre os dois pacotes de serviços, como contribuiu negativamente para a formação de monopólios pelas EPS, sobretudo nas regiões mais pobres do país. Em nome da quebra dos monopólios estatais, o setor de saúde colombiano foi transformado em um dos mais rentáveis para a iniciativa privada.

Como ressaltam Viana, Fonseca e Silva (2017), o pluralismo estruturado não obteve os resultados esperados para uma melhor integração dos sistemas de saúde, tampouco foi possível garantir ganhos de eficiência. Foram privilegiados alguns grupos específicos – servidores públicos, trabalhadores do setor formal e militares – em detrimento de outros – trabalhadores informais e desassistidos pelo Estado. Os gastos privados em saúde também foram sobrecarregados, mediante o incentivo ao mercado de serviços e de assistência ambulatorial e de internação.

A meta irreal instituída pela Lei 100, de 1993, de que a universalidade do acesso deveria ser estabelecida até 2000, nunca foi alcançada. Ante o fracasso, o Governo de Álvaro Uribe (2002-2010) procurou, por meio da Lei 1122 de 2007, estimular a cobertura universal, ao incrementar os recursos financeiros ao RS. Contudo, o fortalecimento do regime não obrigatoriamente melhorou a inequidade ao acesso. Em outras palavras, o direito à saúde passou a ser compreendido como um simples acesso a uma cesta básica de serviços, tornando a equidade limitada, e criando um vácuo persistente entre os distintos grupos socioeconômicos.

A Lei 1122 não incluiu em suas metas a igualdade entre os serviços de saúde oferecidos aos dois regimes. Esta foi uma das principais prerrogativas para que, em 2008, um evento paradigmático contribuísse para influenciar o debate acerca do direito à saúde na Colômbia e reacender a discussão da equidade de acesso aos serviços de saúde. A Corte Constitucional da Colômbia, por meio da Sentença T-

760 de 2008, compreendeu que o aumento massivo dos casos envolvendo as demandas judiciais que envolveriam o direito à saúde na Colômbia estavam inseridas em um contexto de afronta ao princípio da igualdade, onde prevalecia a diferenciação do acesso aos serviços de saúde disponibilizados a crianças e menores de 1 ano de idade do RS em comparação ao grupo do RC.

López Cárdenas et al. (2017) afirmam que:

As regras do asseguramento expressam a concepção de saúde como bem de consumo, condicionando o acesso ao pagamento da contribuição, cujo atraso era punido com suspensão da prestação dos serviços, desfiliação e perda dos períodos de carência acumulados no regime contributivo. Ainda configuravam-se como barreiras de acesso para os dois regimes: demonstração da titularidade do benefício em bases de dados e com cartão de identificação, atendimento de baixa complexidade exclusivamente no município de residência; negação ou exigência de autorização para serviços de média e alta complexidades, mesmo inclusos no POS; e a existência de copagamentos (com isenção para indígenas e moradores de rua). (López Cárdenas et al., p. 8)

Foi também constatado que as próprias EPS recusavam tratamento aos seus usuários, negando-se assim o direito à saúde, estabelecido na própria Constituição de 1991. A corrupção também esteve presente na Sentença: diversos casos foram relatados em que as EPS fraudavam resultados e inflavam seus números de atendimento com a finalidade de conseguir maiores recursos do FOSYGA.

Na Sentença foram estabelecidos prazos e metas para o Estado, destacando-se três: (i) unificação dos regimes até 2010 – sendo que para as crianças e os menores de 1 ano a unificação seria completa até 01 de outubro de 2009 –; (ii) a cobertura universal dos serviços deveria ser alcançada até janeiro de 2010; e (iii) a transparência na determinação dos serviços ofertados pelo RS, assim como informações acerca das EPS deveriam estar disponíveis para os cidadãos até 01 de junho de 2009.

Um balanço das metas e prazos efetuados após um ano da Sentença T-760/2008 foi realizado pelo trabalho de Gianella-Malca et al. (2009). Segundo os autores, não foram criadas as reais condições para que as mudanças ocorressem de forma plena. A reforma e a unificação do RC e do RS não foram implementadas, tampouco se deram com a participação social na definição de um plano de saúde obrigatório que abrangesse as prerrogativas dos problemas de saúde enfrentados pela população colombiana. Além disso, as reuniões entre o Poder Executivo e as demais organizações da sociedade civil foram escassas e com a presença mínima desses atores no debate.

Esse imbróglia jurídico não foi solucionado, sendo que ainda hoje a participação social nos delineamentos do SGSSS e do direito à saúde na Colômbia estão na agenda da sociedade civil e dos movimentos sociais. Como afirma Borrero-Ramírez e Echeverry-López (2014), os movimentos sociais ganharam destaque da mídia com o debate acerca das privatizações da rede pública de saúde, especialmente dos hospitais, e da inequidade do acesso aos serviços de saúde, em conjunto com as fortes críticas ao modelo de proteção social desenvolvido na Colômbia.

Considerações finais

No presente artigo, procedeu-se a uma análise crítica das agências internacionais na elaboração de uma agenda para as políticas de saúde em países pobres ou em desenvolvimento. Essa agenda contou com alicerces político intelectuais e econômicos do Banco Mundial e se difundiu mundialmente a partir da década de 1990, à medida que as tradicionais políticas de universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde da Organização Mundial da Saúde foram perdendo centralidade.

Da leitura dos documentos das agências internacionais ressalta a intenção clara de que o setor privado amplie a sua participação nos mercados de seguros e planos de saúde. Os pilares centrais dessa nova agenda hegemônica tornaram-se no referencial que influenciou e continua influenciando as reformas dos sistemas de saúde de muitos países: a normatização da contenção dos custos e diminuição do gasto; o desenvolvimento do mercado privado em detrimento do público; o incentivo à concorrência entre o *mix* público e privado na prestação de serviços; a privatização de serviços e o fortalecimento da função reguladora do Estado; e, finalmente, a focalização de serviços aos grupos mais pobres. Assim, permaneceu o discurso da oferta de uma cesta básica de serviços denominada de “novo universalismo”.

Dentre os países latino-americanos que colocaram essas propostas em prática, a Colômbia, por meio da implementação do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), foi um marco para os sistemas de saúde da região, sendo apresentada como um caso de sucesso a ser seguido pelos demais países da América Latina.

No entanto, as reformas baseadas nos conceitos econômicos neoliberais não lograram avanços significativos na Colômbia, de maneira a solucionar os graves problemas de desigualdade e da inequidade de acesso aos serviços de saúde, tampouco permitiu o desenvolvimento do direito à saúde, como previsto na Constituição de 1991.

A implementação do modelo de saúde colombiano colocou em evidência as limitações da abordagem do Banco Mundial, ou seja, de um modelo único, incapaz de lidar com realidades nacionais específicas, em que predominam enormes desigualdades econômicas, sociais e culturais. Para responder a essas lacunas, torna-se necessária a busca por soluções que privilegiem sobretudo os princípios da universalidade e da equidade, ou seja, da cidadania plena, assegurando o direito à saúde.

Referências

- Almeida Filho, N. (2011). O que é saúde? Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Almeida, C. (1996). Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Revista Saúde e Sociedade* 5(1):3-53.
- Almeida, C. (2012). Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. et al. (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, p. 759-801. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Almeida, C. (2014). O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In Pereira, J. M.; Pronko, M. (Org.), *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para educação e a saúde (1980-2013)*, p.183-232. Rio de Janeiro: EPSJV.
- Borrero-Ramírez, Y. E.; Echerry-López, M. E. 2014. Balance de la investigación nacional sobre la acción colectiva y movimientos sociales por la salud en Colombia. *Revista Gerencia e Políticas de Salud* 13(26):76-89.
- Colômbia. (1993). Ley 100, de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 41.148, Bogotá.
- Colômbia. (2007). Ley 1122, de 9 de enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 46.506, Bogotá, 2007.
- Colômbia. (2020). Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores generales. Disponível em: <<http://bit.ly/2vn6gv4>>. Acesso em 11 de fevereiro de 2020.

- Draibe, S. & Riesco, M. (2009). El estado de bienestar social em América Latina. Una nueva estrategia de desarrollo. Madrid: Fundación Carolina.
- Fausto, M. C. R.; Matta, G. C. (2007). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In Morosini, M. V. G. (Org.), Modelos de atenção e a saúde da família, p. 43-67. Rio de Janeiro: EPSJV.
- Gianella-Malca, C.; Parra-Vera, O.; Yamin, A. E. & Torres-Tovar, M. (2013). Deliberación democrática o mercadeo social? Los dilemas de la definición pública en salud en el contexto del seguimiento de la sentencia T-760 de 2008. *Health and Human Rights* 11(1):1-13.
- Gimenez, D. M. (2008). Ordem liberal e questão social no Brasil. São Paulo: LTR.
- Laurel, A. C. (2016). Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 24:1-8.
- Laurell, A. C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. In Laurell, A. C. (Org.). Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud: Fundación Friedrich Ebert.
- Lima, J. C. F. (2014). O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o 'novo universalismo' ou a 'cobertura universal de saúde. In Pereira, J. M.; Pronko, M. (Org.), A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para educação e a saúde (1980-2013), p. 233-254. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: EPSJV.
- Lobato, L. V. C. & Giovanella, L. (2012). Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. et al. (Orgs.), Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, p. 89-120. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Londoño, J. L.; Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 41(1):1-36.
- López Cárdenas, W. et al. (2017). Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cadernos de Saúde Pública* 33(2): 1-16.
- Matta, G. C. (2005). A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Revista Trabalho, Educação e Saúde* 3(2):371-396, 2005.
- Matta, G. C.; Morosini, M. V. G. (2008). Atenção Primária à Saúde. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. Dicionário da educação profissional em saúde, p. 44-50. Rio de Janeiro: EPJV.
- Mattos, R. A. (2001). As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):377-389.
- Nunes, J. A. (2011). Os mercados fazem bem à saúde? O caso do acesso aos cuidados. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 95:137-153.
- Ocké-Reis, C. (2016). Cobertura universal de saúde: inclusão ou exclusão? *Boletim de Análise Política Institucional - IPEA* 9:19-16.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). (2000). The World health report 2000: health systems: improving performance. Genebra: Suíça.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). (2008). The World health report 2008: primary health care now more than ever. Genebra: Suíça.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). (2010). The World health report 2010: the path to universal coverage. Genebra: Suíça.
- Pereira, J. M. (2010). O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Rizzotto, M. L. F. (2000). O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Rizzotto, M. L. F. (2014). O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde. In Pereira, J. M.; Pronko, M. (Org.), *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para educação e a saúde (1980-2013)*, p. 255-274. Rio de Janeiro: EPSJV.
- Sanabria, C. A. P.; Chavez, S. C. L. (2014). Alternativas e clima político na formulação do sistema de saúde colombiano (Lei 100). *Revista Saúde Debate* 38(100):35-49.
- Soares, L. T. R. (2003). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. São Paulo: Vozes, 2001.
- Sojo, A. (2011). Vulnerabilidad social aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista de la Cepal* 80:121-140.
- Sojo, A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 16(6):2673-2685.
- Travassos, C.; Buss, P. M. (2000). O polêmico relatório da Organização Mundial de Saúde. *Revista Cadernos de Saúde Pública* 16(4):890-891.
- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). (1979). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia*. Brasília: UNICEF.
- Viacava, F.; Almeida, C.; Caetano, R. et al. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 9(3):711-724.
- Viana, A. L. (1996). Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública* 30(2):5-43.
- Viana, A. L, Fonseca, A. M.; Silva, H. P. (2017). Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. *Cadernos de Saúde Pública* 33(Sup.2):1-15.
- Vilas, C. M. (2014). O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas. In Pereira, J. M.; Pronko, M. (Org.), *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para educação e a saúde (1980-2013)*, p. 65-88. Rio de Janeiro: EPSJV.
- World Bank. (1987). *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*. Washington: World Bank.
- World Bank. (1993). *World development report: investing in health*. Oxford: Oxford University Press.
- World Bank. (1997). *World development report: the State in a changing world*. Oxford: Oxford University Press.
- World Bank. (2000). *World development report: attacking poverty*. Oxford: University Press.