

**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social**

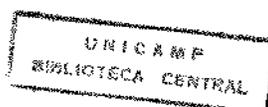
*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de
Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para
obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.
Campinas, 26 de Março de 1999.*


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

**ATENÇÃO GERENCIADA: INSTITUINTE DA REFORMA
NEOLIBERAL**

**Aluna: Celia Beatriz Iriart
Orientação: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy**

**Campinas
Março de 1999**



CELIA BEATRIZ IRIART

**ATENÇÃO GERENCIADA: INSTITUINTE DA REFORMA
NEOLIBERAL**

**Tese de doutorado apresentada a
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas
para obtenção do título de doutor
em saúde coletiva**

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

**Campinas
Março de 1999**

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V.	EA
FORMAÇÃO	39104
PROC.	227/99
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	23/12/99
N.º CPD	

CM-00136426-B

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Ir 4 a Iriart, Célia Beatriz
 Atenção gerenciada : instituinte da reforma neoliberal / Célia Beatriz Iriart. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

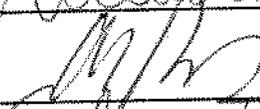
Orientador : Emerson Elias Merhy
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Política de Saúde - América Latina. 2. Neoliberalismo. 3. Estado. 4. Empresas médicas. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. 
2. 
3. 
4.  Solange L'Abbate
5. 

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/03/99

PARA

TIAN E ALE, meus amados e maravilhosos filhos,

HOWARD, meu amor e companheiro de vida

CARMEN E ALFREDO, meus queridos e apoiantes pais

AGRADECIMENTOS

Mi más profundo agradecimiento es para Emerson Merhy y Erminia Silva, sin su solidaridad y apoyo constantes este desafío de mi vida hubiera sido imposible.

Gracias también a Laura Nervi, mi amiga desde siempre.

A Mario y Asia Testa, maestros de vida.

A Pancho Leone y Silvia Faraone, por saberlos a mi lado.

A Rosa Medina por el amor con que ha cuidado a mis hijos y su apoyo constante.

A Hugo y Viviana Spinelli.

A Elda Cargnel.

A los compañeros de Brasil y Argentina.

SUMÁRIO

RESUMO

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1

CONSTRUINDO O PROBLEMA DA INVESTIGAÇÃO

A BUSCA TEÓRICA

METODOLOGIA E REFERENCIAIS ANALÍTICOS

CAPÍTULO II - A ATENÇÃO GERENCIADA NA AMÉRICA LATINA

48

O CONTEXTO DA REFORMA

MOSTRANDO OS DADOS

ANALISANDO

THE EXPORTATION OF MANAGED CARE TO LATIN AMERICA

**CAPÍTULO III - ATENÇÃO GERENCIADA: A REFORMA
SILENCIOSA**

92

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SITUAÇÃO DA SEGURIDADE
SOCIAL MÉDICA ARGENTINA

AS PROPOSTAS DE DESREGULAMENTAÇÃO

O APROFUNDAMENTO DA DESREGULAMENTAÇÃO

ALÉM DAS NORMAS E PROJETOS

CONCLUSÃO

ANEXO: CONHECENDO O SISTEMA ARGENTINO

CAPÍTULO IV - CONCLUÍDO	145
ABSTRAC	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	178
ANEXOS	190
ANEXO I - PROJETO DE PESQUISA	
ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTAS	
ANEXO III - PROJETOS DE LEI SOBRE ENTIDADES DE MEDICINA "PRÉ-PAGA"	

Resumo

O principal tópico deste tese é a análise da articulação entre processos macro e micropolíticos, e entre as condições estruturais e subjetivas das reformas dos sistemas de saúde na América Latina. Esta tese tem como base três textos sob a forma de artigos, sendo que um deles foi aceito para publicação na revista *New England Journal of Medicine*. Tomou-se a atenção gerenciada (AG) como analisadora que “silenciosamente” vai instituindo a reforma neoliberal. A AG é introduzida basicamente pelos capitais financeiros multinacionais, em especial, de origem estadounidense. Nesta instituição os participantes, como atores ou como sujeitos do processo vão sendo posicionados ou tomando posições.

Os dados obtidos correspondem a uma investigação “Atención Gerenciada en América Latina: su papel en la reforma de los sistemas de salud”, na qual fui a investigadora principal, de uma equipe de pesquisadores da Argentina, Brasil, Chile, Equador e Estados Unidos.

O produto da investigação e do pensamento reflexivo desenvolvido apresenta-se da seguinte maneira: caracterização do contexto no qual surge a preocupação por esta problemática e as buscas teóricas realizadas; uma seção destinada a explicitar os métodos utilizados, os três artigos, uma conclusão e os anexos necessários para compreender dados do estudo.

Na conclusão se desenvolve uma análise integrada dos processos estruturais e macropolíticos em suas articulações com as transformações no nível do sentido comum, que são facilitadas pela dinâmica micropolítica e que produzem as modalidades específicas que assumem as reformas. Para isto parte-se dos conceitos ideológicos que sustentam a reforma que tem a AG como instituinte (que denominamos “fundamentos”) mostrando sua articulação com os processos macropolíticos e as mudanças estruturais que produzem. Também são consideradas a importância que as mudanças no sentido comum tem, para que este instituinte transforme-se em um instituído e como isto é operado pelos processos micropolíticos que são gerados nas próprias instituições de saúde, dos quais são participantes os trabalhadores, profissionais e não profissionais. Coloca-se em contexto estes processos, apresentando-se alguns dados sobre os resultados do ajuste estrutural em nossas economias, que põem em evidencia os sem sentidos deste modelo neoliberal que se propõe como a única alternativa capaz de tornar eficientes e equitativos os sistemas de saúde. Integra-se a análise conceitos teóricos e experiências alternativas, a estas reformas, desenvolvidas pela saúde coletiva brasileira, em especial, pelos integrantes do Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA) da UNICAMP. Consideramos que elas compõem uma “caixa de ferramentas” com potencial para abrir o pensamento na direção de outros sentidos que facilitem a saída do estado de situação marcado pela impotência, iniquidade, falta de acesso da população, pela piora das condições sanitárias, e pela deterioração das condições de trabalho nas instituições de saúde.

Apresentação

Esta tese tem como base três textos produzidos anteriormente sob a forma de artigos, sendo que um deles inclusive foi aceito para publicação na revista *New England Journal of Medicine*, e que aqui como se verá adquiriram o papel de eixo de alguns capítulos, enriquecidos por agregação de informações e análises necessárias ao seu entendimento mais global. Entretanto o texto em inglês, devido a sua aceitação para publicação em revista indexada, manteve sob a sua forma original em inglês, pois é o formato que será publicado internacionalmente, estando dentro das normas alternativas de edição de teses previstas na universidade, mas o editaremos como parte do material utilizado no capítulo II: Atenção Gerenciada na América Latina, devido ao partilhamento de conteúdo e informações. Os outros textos foram traduzidos todos para o português, ou escritos neste idioma, e na medida do possível quando em espanhol, foi mantido uma certa liberdade de tradução preservando seu sentido no texto original, mesmo que em certos momentos se tenha a noção de um "portunhol".

A tese é um recorte do estudo que, como pesquisadora principal, realizei com equipes da Argentina, Brasil, Chile, Equador e os Estados Unidos. A pesquisa foi financiada pela Organização Mundial de Saúde (Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases), pelo Fogarty International Center of the National Institutes Of Health, pelo Dedicated Health Research Funds of the University of New Mexico School of Medicine, e pelo apoio administrativo da Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade

de Buenos Aires.

O conjunto da pesquisa (ver anexo1) consistiu num estudo comparativo dos processos de reforma dos sistemas de saúde, que difundem e instalam a atenção gerenciada nos quatro países latino-americanos. A experiência dos Estados Unidos é para nós proveitosa como enquadramento dos processos, já que é este país que exporta estas políticas e são as suas empresas ligadas aos seguros privados de saúde que estão tentando disputar o financiamento nesses países.

Esta reforma, da qual se reconhecem certos antecedentes nas políticas militares iniciadas durante a década de 1960 nos Estados Unidos, foi incorporada com modificações ao campo da saúde, onde está mudando profundamente o sistema nesse país, em vários países da Europa e, agora, na América Latina.

Nosso grupo estudou a característica assumida pela exportação dos capitais a partir dos Estados Unidos e a difusão e implantação da atenção gerenciada nos quatro países latino-americanos que participam. Para isso, consideraram-se os atores sociais — locais e internacionais — que intervêm, as modalidades adotadas pela difusão, os projetos e normas legais propostas para sua implementação, assim como o apoio e a resistência gerada pela reforma, e a existência de propostas alternativas.

Outras preocupações surgiram na medida em que avançamos na investigação, e são estas que foram aprofundadas para produzir esta tese. Desenvolvi estes aspectos num processo coletivo com Emerson Merhy e Howard Waitzkin, embora o resultado final reflita a linha de pesquisa pela qual tenho

especial interesse.¹ Estas preocupações são a articulação entre os processos estruturais e os subjetivos, ou seja, qual o papel dos sujeitos na consolidação das políticas de ajuste estrutural, que deram lugar às reformas neoliberais dos sistemas de saúde.² Nesta linha analisamos a importância que teve neste processo a adesão de muitos dirigentes de instituições de financiamento (seguridade social) e de prestação de serviços, assim como de trabalhadores (profissionais e não profissionais) do campo sanitário às propostas que consideram como causas centrais da crise setorial o crescimento incessante dos custos e os conseqüentes desequilíbrios econômico-financeiros, assim como a aceitação de que a solução passa pela melhora do gerenciamento da atenção, entendido exclusivamente como administração eficiente de recursos.

Nesta busca analisamos a articulação entre processos macro e micropolíticos, pois observamos que enquanto se instrumentalizam marcos legais para instituir a reforma, subterraneamente operam-se processos instituintes que, na maioria das vezes, não correspondem exatamente à letra das normas e das propostas oficiais,³ tanto dos governos como dos organismos internacionais de

¹ Certamente devo o interesse por estas problemáticas a meu querido mestre e companheiro de lutas, Mario Testa.

² Digo reformas, no plural, porque as modalidades adotadas em cada país são diferentes, e respondem à etapa e à forma que adquire o ajuste estrutural em cada um, os atores que participam e a organização prévia do sistema de saúde, entre outros elementos contextuais.

³ Por normas legais entendo a legislação em seus vários níveis e formas, segundo os países: leis, decretos, resoluções ministeriais. Por propostas, os projetos apresentados ao poder legislativo para seu estudo e sanção, e os projetos governamentais com financiamento dos organismos internacionais de crédito e cooperação. Finalmente, quando menciono os organismos de crédito, estou me referindo, especialmente, ao Banco Mundial, por ser o principal estimulador das políticas de ajuste estrutural e de reformas setoriais, mas também considero os projetos financiados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento.

crédito e cooperação. Neste sentido consideramos que a atenção gerenciada serve como um analisador, um instituinte que não é totalmente explicitado nas ditas normas ou projetos, mas sim como um operador “silencioso”, através da penetração dos capitais financeiros multinacionais no setor de saúde de nossos países.

O capital financeiro multinacional que opera é, especialmente, o ligado às empresas de seguro dos Estados Unidos, e está provocando mudanças substanciais em nossos sistemas. É um instituinte que vai sendo instituído, e no qual os participantes, como atores ou como sujeitos do processo, vão sendo posicionados ou tomando posições.

Também pensamos que, nesta linha, é importante identificar e analisar as disputas e reacomodações entre os setores que sustentam o projeto neoliberal, em especial entre os setores locais e os internacionais, e analisar as linhas de fuga, as incongruências do projeto hegemônico, assim como difundir as experiências alternativas.

Muitos dados dos artigos remetem ao processo argentino, e isto se deve ao fato de ser este país, dos estudados por nós, aquele em que a transnacionalização do setor de saúde está mais avançada e onde se pode apreciar com grande nitidez os processos descritos acima.

O produto da pesquisa e do pensamento reflexivo que ela suscitou em nós é apresentado da seguinte maneira:

- 1) Caracterização do contexto no qual surge a minha preocupação por esta problemática, e as buscas teóricas realizadas para analisar os

processos estudados. Agregada de uma seção destinada a explicitar os métodos utilizados. Definem-se os principais conceitos teóricos e metodológicos que guiaram a análise e descreve-se a metodologia.

- 2) Dois capítulos baseados nos artigos.
- 3) Uma conclusão.

Os capítulos baseados nos artigos e a conclusão estão contemplando:

a) O primeiro apresenta os resultados que mostram o processo de transnacionalização do setor de saúde. Para isso são analisados os dados obtidos sobre o ingresso dos principais capitais financeiros multinacionais no setor privado de seguros e de produtores de serviços de saúde, e sua intenção (que começa a concretizar-se em alguns países) de participar na administração das instituições estatais e dos fundos de seguridade social médica.

Adiantam-se algumas reflexões de caráter teórico que nos parecem importantes para compreender o processo de mudança substancial que a paulatina adoção da atenção gerenciada implica para os sistemas de saúde latino-americanos. Assim como a contribuição, para as transformações operadas no nível ideológico, dos discursos que aceitaram a inexorabilidade das reformas dentro dos contornos das propostas oficiais. Estes processos, a nosso ver, tornam mais fácil que a saúde passe a ser considerada um bem que os indivíduos devem adquirir no mercado.

Este artigo faz uma caracterização do contexto onde estes processos se instalam, através de uma síntese dos resultados de pesquisas próprias e de outros autores.

b) O segundo artigo propõe, tomando o processo argentino, que nos parece paradigmático neste sentido, a instalação “silenciosa” da atenção gerenciada. Para tanto é analisada a articulação entre processos macro e micropolíticos; a articulação, muitas vezes contraditória e conflitiva, entre os próprios defensores do neoliberalismo, tanto locais como internacionais, e o processo de reacomodação que os primeiros fazem para subsistir e que resulta na característica particular que a reforma vai adquirindo.

c) A conclusão como análise dos resultados macro e micropolíticos de uma década de processos de ajuste estrutural e de reformas neoliberais dos sistemas de saúde, e discute conceitos teóricos e experiências alternativas a estas reformas, desenvolvidos pela saúde coletiva brasileira e, em especial, pelos integrantes do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da UNICAMP. Considero este trabalho como uma “caixa de ferramentas” com potencial para abrir o pensamento em direção a outros sentidos que facilitem sair do estado de situação marcado pela impotência, iniquidade, falta de acesso da população sem recursos aos serviços de atenção, e pela degradação, tanto das condições sanitárias da população como das condições de trabalho nas instituições de saúde.

Espero com este trabalho ter conseguido levantar questionamentos não apresentados até agora em outros tipos de análises para discutir a naturalização destas, abrir novas linhas de reflexão que contribuam com os trabalhos que, tanto a nível acadêmico quanto político, estão se desenvolvendo para produzir pensamentos autônomos, isto é, que não permaneçam em uma posição defensiva

em relação ao projeto neoliberal, mas que tenham a possibilidade de criar novas práticas.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Construindo o problema da investigação

“Objetivando o sujeito objetivante”

O contexto: Este subtítulo tomado de Bourdieu (Bourdieu, 1988) reflete minha intenção de apresentar as experiências e reflexões que deram origem às minhas tentativas de encontrar explicações para os processos que, no campo sanitário, desencadeiam-se entre as décadas de 80 e 90. Para isto apresentarei um relato do contexto vivido em meu país (Argentina), em fins dos anos 80, momento em que surgem minhas preocupações a respeito da articulação entre processos estruturais e subjetivos.

Os dados contextuais selecionados são aqueles que considero ter desencadeado em meu país uma série de processos de mudança estrutural e transformações na subjetividade, que condicionaram o desenvolvimento posterior dos processos de reforma do sistema de saúde. Através da pesquisa nos quatro países latino-americanos, pude verificar que, com intensidade diversa e em tempos distintos, foram ou estão sendo vividos processos semelhantes.

O período que vai de fins da década de 80 até o início dos anos 90 esteve marcado na Argentina, como na maioria dos países latino-americanos, por uma profunda crise política, social, econômica e ideológica, que desencadeou processos de mudança estrutural que se consolidaram em muito poucos anos.

Com relação aos acontecimentos ocorridos na Argentina, duas situações, no meu entender, foram centrais durante este período, para facilitar a aceitação por parte da população das transformações que serão produzidas no início dos anos

90. Sua centralidade provem do fato de ter tido um efeito disciplinador sobre a população e condicioná-la à aceitação passiva das reformas neoliberais. Estes acontecimentos são a hiperinflação de 1988-89 e a sangrenta repressão a um grupo pequeno e mal preparado que pretendeu tomar instalações militares, em janeiro de 1989.

Para abordar estas questões, é necessário reconstruir alguns aspectos do processo vivido entre 1983 e 1989. Recordemos que na Argentina, após a sangrenta ditadura de 1976/83, e como consequência da derrota sofrida pelos militares na Guerra das Malvinas, iniciou-se um processo democrático. Pela primeira vez na história das eleições livres na Argentina o peronismo é derrotado por ampla margem, pelo candidato do partido da União Cívica Radical. Este partido contava com uma base social de sustentação composta pela classe média, formada por pequenos e médios industriais, comerciantes e empregados privados e estatais. Estes, assim como os setores operários que o elegeram, pretendiam reverter as políticas iniciadas pela ditadura, que estiveram destinadas a recolocar a Argentina como país exportador de matérias primas e importador de toda classe de bens industrializados, e a produzir uma regressiva distribuição da receita.

O governo radical tentou conduzir o país em meio a fortes pressões de sua base eleitoral -classe média e trabalhadora-, dos grupos econômicos mais concentrados, ligados ao capital multinacional, e dos credores externos. Como assinalamos em outro trabalho (Iriart et al., 1994), na área econômica, e apesar das tentativas iniciais de autonomia, a pressão do poder econômico dominante

impôs a aproximação de Washington, e em 1985 chegou-se a um programa de estabilização, que se denominou Plano Austral (Garcia Delgado, 1994).

Este plano se enquadrava em um "projeto de modernização" que propunha um novo modelo de país, e que facilitou o deslocamento do eixo da discussão, da crise do capitalismo dependente para a crise do Estado. Entretanto, apesar de seu aspecto modernizante, este projeto deu continuidade às linhas de transformações sociais e econômicas iniciadas pela ditadura militar em 1976.

O Estado foi rapidamente envolvido pelos grupos econômicos mais concentrados, que exerceram pressão através de mecanismos de "lobby", com o que se acentuou a linha de capitalismo assistido. Muitos parlamentares e funcionários estatais se converteram em "operadores" políticos dos setores dominantes, que sob o discurso da modernização do Estado constituíram a ideologia neoliberal no discurso hegemônico, dissolvente dos discursos alternativos. Este processo homogeneizou os partidos políticos, aos quais a sociedade deixou de tomar como referentes, neutralizou seu poder de decisão e originou uma fragmentação da atividade política e uma paulatina despolitização da população tomada pela resignação e pela indiferença (Muñoz et al., 1988).

A política de privatização das empresas estatais assumiu um papel central no projeto modernizante. Esta política foi habilmente difundida pelos meios de comunicação dentre o conjunto da população e assumida como própria por amplos setores da sociedade. Cotidianamente enfatizavam-se os vícios de um estado ineficiente e hipercentralizado, manejado por uma burocracia lenta e muitas vezes corrupta.

Sob o pretexto da descentralização, a gestão modernizadora foi a autora da diminuição e fragmentação do aparato estatal em grupos de controle técnico, que começaram a operar com critérios de eficiência, racionalidade e rentabilidade, adotando o perfil das empresas privadas. Muitos empresários e executivos de alto nível das grandes empresas nacionais e transnacionais assumiram postos importantes na direção estatal. (Rubio, 1988).

Na redistribuição de papéis, o estado argentino abandona o controle sobre as funções produtivas diretas e sobre as que fazem a reprodução da força de trabalho, mas reforça a condução sobre a política econômica geral. A submissão ao pagamento da dívida externa herdada e seus enormes juros impõem uma estrita redução dos gastos do Estado.¹

A Argentina, assim como o México e o Brasil, entraram em moratória em 1982. No caso da Argentina, a crise teve suas origens num Estado à beira da falência, como resultado do grande endividamento do país desde o final dos anos 70 (que levou o coeficiente de endividamento no início dos anos 80 a 68% do PIB) e da fuga de capitais, que se estimava no intervalo entre 1979/82 em US\$ 17,8 bilhões, representando 40,8% da dívida de 1882, que era de US\$ 43,6 bilhões (Feletti y Lozano, 1997).

O capital internacional qualificou nossos países como de alto risco, motivo pelo qual as taxas de juros que eles deviam pagar para conseguir empréstimos eram altíssimas, tanto no mercado interno como no externo. Isto impulsionava o processo inflacionário e, embora na Argentina se tentassem vários planos de

¹ A Argentina estatizou a dívida externa privada em 1981. Cavallo, ministro da Economia de Menem (1991-1996), que levou adiante o plano de ajuste estrutural acertado em especial com Banco Mundial, e que supôs a convertibilidade e a maioria das privatizações, foi o principal artífice desta estatização.

estabilização (Plano Austral, Plano Primavera), estes não satisfizeram as demandas de nenhum dos setores, e os grupos mais concentrados ligados ao capital internacional deram o “golpe econômico” desencadeador da hiperinflação, e cuja consequência política foi a antecipação da mudança de governo.

Os setores que representavam os capitais mais concentrados, e em muitos casos transnacionalizados, acentuaram a pressão sobre o governo radical. Manifestavam-se descontentes com as políticas levadas adiante por este governo, ao qual acusavam de não ter realizado as privatizações com a rapidez necessária, de prolongar os processos de desregulamentação da economia, e de não poder conter as exigências dos trabalhadores (o governo Alfonsín enfrentou 13 greves gerais).

Embora o governo Alfonsín cedesse a muitas das pressões dos grupos econômicos, não foi suficiente, e os grupos mais poderosos, apoiados pelos Estados Unidos (o Tesouro norte-americano retirou seu apoio ao governo) provocaram uma alta nas taxas de juros que desembocou na hiperinflação. Garcia Delgado diz: *“Pode-se falar da hiperinflação como de uma espécie de ‘violência monetária’. (...) A hiperinflação reduziu drasticamente os salários, o consumo e a produção. Os grupos econômicos conseguem transferir brutalmente a decisão para si mesmos e os interesses que representam e, por outro lado, conseguem demonstrar à sociedade que o poder nem sempre reside nas instituições republicanas”* (Garcia Delgado, 1994:83).

Por outro lado, a repressão realizada contra o grupo que pretendeu tomar instalações militares e que, segundo seu líder (que não participou da ação direta),

tinha como objetivo defender a democracia, ameaçada pelo levante de alguns grupos militares (grupos da extrema-direita do exército haviam realizado algumas quarteladas nos últimos meses), foi a outra situação que aumentou a submissão da população aos ditames dos grupos neoliberais.

Este episódio tem importância no processo de aprofundamento do ajuste estrutural, que acelerou o estabelecimento da Argentina na nova ordem econômica mundial, por seu efeito disciplinador. Este episódio foi reprimido com absoluta e desnecessária violência, já que se tratava de um grupo pequeno e mal preparado. O edifício tomado foi praticamente bombardeado, tanques de guerra passavam por cima dos subversivos feridos, e todo tipo de selvageria foi cuidadosamente filmada pela televisão e transmitida ao vivo. Isto funcionou como uma memória do acontecido durante a ditadura militar, que fez com que retornassem rapidamente os argumentos que colocavam os militares como os defensores da ordem e os subversivos como os violentos. O "algum motivo existe" (para que os militares atuem assim) voltou a apoderar-se do senso comum de uma grande parte dos argentinos.

Estes dois processos de enorme sofrimento para grandes setores da população abriram o caminho para os acontecimentos posteriores. No caso da hiperinflação, pelas privações econômicas que comprometeram as possibilidades mais imediatas de alimentação e habitação, e geraram grande insegurança no conjunto da população; e no outro caso porque voltou-se a semear o medo, por ver a violência a que estava exposto todo aquele que se levantasse contra a ordem imperante. O denominador comum destes acontecimentos foi que o receio

da desintegração social e da violência generalizada tomou conta da população, e com isso surgiu a necessidade de submeter-se ao projeto que tivesse o aval dos poderosos.

A hiperinflação aprofundou a crise política, que terminou com a transmissão antecipada do governo para o Partido Justicialista, triunfante nas eleições de maio de 1989 (a mudança de governo, que devia ser realizada em dezembro, efetuou-se em julho). O partido radical reconheceu a ingovernabilidade da situação e o novo governo assumiu num momento em que a população sentia-se impotente, e estava absolutamente chocada pelas circunstâncias vividas durante os meses anteriores. O novo governo iniciou rapidamente a etapa de ajustes estruturais (houve três até o de convertibilidade) da economia argentina, e defendeu a necessidade de submeter-se a estes projetos como a única maneira de sair do caos que se produzira. A população depositou sua confiança nos novos dirigentes e aceitou os programas de ajuste estrutural com resignação e esperança. O discurso do poder falava de maiores restrições e sacrifícios, mas prometia melhoras estáveis *a posteriori*.

As políticas levadas adiante tiveram como objetivo geral a reinserção da Argentina na economia mundial globalizada, para o que era necessário:

a) centrar os planos de ajuste estrutural na necessidade de pagamento aos bancos credores, e para isso a diminuição do déficit fiscal era uma meta fundamental. Neste sentido, devia-se proceder com rapidez nas privatizações e transferências de serviços para as províncias, firmar com elas novos acordos fiscais para impor-lhes um ajuste no qual a captação de impostos favoreça o

governo federal. Além disso, era imperioso o rápido aumento da arrecadação compulsória, para o que se optou por criar novos impostos ao consumo e aumentar as alíquotas dos já existentes; e

b) a mudança das estruturas produtivas e do modelo de acumulação, que levou à transformação da composição do PIB, incrementando-se as atividades de serviços em detrimento da produção de bens. Nesta transformação o salário deixou de ser um componente da demanda interna, para transformar-se num componente do custo dos bens e serviços que é preciso baratear, com o que se procedeu a diminuir cargas e contribuições patronais, assim como o poder aquisitivo do salário (I.D.E.P., 1993; Iriart et al., 1995).²

No plano social, foi a etapa do crescimento do desemprego aberto, do subemprego e do mercado informal. Um reflexo deste processo é que a proporção da população ativa sem nenhum tipo de benefício social (quer seja de aposentadoria ou de assistência médica) passou de 5% em 1980 a 25% em 1991 (I.D.E.P., 1992). Também durante os últimos anos da década de 80 e os primeiros da de 90 produziu-se o processo de empobrecimento de setores da classe média, que viram seus rendimentos ficar abaixo da linha da pobreza (LP). Estes setores foram denominados "novos pobres", para diferenciá-los dos pobres estruturais, população com necessidades básicas insatisfeitas (NBI).³ Segundo dados de 1992, na Grande Buenos Aires (GBA), havia 15% de pobres estruturais medidos com base no critério de NBI, e 12,2% de novos pobres; somando ambas medições

² Os assalariados, que recebiam 43% do PIB no início dos anos 70, passaram a 32% em 1990.

³ O NBI toma um conjunto de indicadores que medem, fundamentalmente, carências de moradias e infra-estrutura sanitária, enquanto que o indicador de LP é um indicador que pressupõe uma cesta básica de bens e serviços, respeitando os parâmetros culturais de consumo de uma sociedade em um momento histórico determinado. Os novos pobres se caracterizam por estar abaixo da LP, mas não ter NBI.

se chegava a 27,2% de população que não pode cobrir suas necessidades básicas (INDEC, 1992).

No plano ideológico, como assinalamos, produziu-se a aceitação dos planos de ajuste estrutural como a única via para sair da crise, e outorgou-se ao novo governo um cheque em branco para que tomasse as medidas que considerasse necessárias. A população aceitou acriticamente os valores do mercado como reguladores do processo econômico, a necessidade de reduzir o tamanho e as funções do Estado (em especial por meio de privatizações), e no tema que nos preocupa, a saúde, sua transformação num bem de mercado, de responsabilidade individual em sua obtenção.

A situação do sistema de saúde: O sistema de saúde da Argentina entre 1989 — quando o atual presidente, Menem, assume a presidência da nação — e o fim de 1991 — quando se consolida o projeto de ajuste estrutural segundo as políticas do Banco Mundial — já mostrava mudanças substanciais. Estas mudanças podiam ser observadas tanto na dependência jurisdicional (que acabou por transferir de todos os hospitais nacionais para as províncias), como na diminuição do financiamento estatal⁴ e no começo das reformas, no sentido de fazer que os serviços de atenção à saúde obtivessem receitas extra-orçamentárias (cobrança direta da população sem cobertura e dos seguros sociais e privados).

A crise de financiamento que os serviços hospitalares atravessaram na

⁴ O informe do BID *Progreso Económico y Social en América Latina, 1996*, mostra a queda dos gastos sociais na América Latina. Assinala que entre 1982 e 1986 o gasto social *per capita* foi reduzido em termos reais em 10%, e que embora em fins da década a tendência tenha se revertido, o gasto *per capita* continuava sendo 6% inferior ao período 1980-82. Além disso, em 1991 o gasto em saúde e educação foi inferior ao que se registrava em 1980-81. Para o Cone Sul os gastos sociais cresceram nos anos 90, para alcançar só o valor que tinham antes da crise da dívida, em 1982 (BID, 1996).

década de 80 os havia levado ao limite de suas possibilidades de funcionamento. Esta crise origina-se, em especial, a partir da “crise da dívida de 1982, e acentua-se ao longo da denominada “década perdida”, por dificuldades na obtenção de créditos externos, e porque o processo inflacionário erodia os orçamentos estatais.⁵

Durante este período se produz uma mudança substancial no perfil dos pacientes, já que são os novos pobres que recorrem aos hospitais. Em muitos casos é a população desligada da seguridade social médica pela perda ou precarização do emprego, ou com salários muito reduzidos em sua capacidade para enfrentar os co-pagamentos. Estes foram muito elevados nesse período e eram impostos pelas obras sociais para limitar o gasto, ou diretamente pelos produtores de serviços, que consideravam que as somas que recebiam da seguridade social não eram adequadas.

As mudanças na composição sócio-econômica da população atendida, e os problemas antes aludidos, de cortes no gasto estatal, assim como os diagnósticos oficiais e de setores do capital privado, dedicados a demonstrar que a crise do setor não é por falta de recursos, mas por má destinação e ineficiência em sua utilização, instalam na sociedade e, em especial, dentro das instituições estatais de saúde e de seguridade social médica, a necessidade de uma reforma urgente. Estes diagnósticos buscam mostrar que é necessário acabar com o subsídio estatal à seguridade social médica (por atender a seus assegurados sem cobrar

⁵ Até 1992 as instituições estatais recebiam as dotações orçamentárias depois de realizado o gasto, os provedores em consequência cobravam fora das datas estipuladas, e isto implicava o aumento dos preços por maiores custos no momento do pagamento. A complexidade gerada por estes processos fazia com que os orçamentos tivessem uma baixa execução. Em 1993, apesar da estabilidade econômica, o Ministerio de Salud de la Nación só executou 70% de seu orçamento (MSAS, 1993).

por isso), ou a setores com capacidade de pagamento que poderiam receber atenção no setor privado ou pagar no estatal. Estes documentos concluem que a iniquidade distributiva da saúde na Argentina é produto deste uso dos recursos públicos por setores que deveriam cobrir suas necessidades com outras fontes de financiamento (FIEL, 1991; OSAM, 1991; ANSSAL, 1991).

O estabelecimento da necessidade de reformas estruturais no sistema de saúde se vê favorecida pela aceitação de muitos trabalhadores da saúde, profissionais e não profissionais. Estes trabalhadores, desde meados da década de 80, vivem situações de escassez e deterioração dos recursos, demanda crescente de atenção por parte da população e salários reais cada vez mais baixos. Estas experiências pessoais eram complementadas pelos discursos oficiais que falavam da redução do aparato estatal, de crises fiscais que só teriam solução a partir da redução dos gastos e do aumento da eficiência das instituições mediante a adequada captação e utilização de recursos financeiros. Estes processos facilitaram o fortalecimento das posições que consideram o âmbito sanitário como mais um mercado, as instituições estatais como participantes naturais da disputa distributiva, e a saúde como um bem a ser adquirido pelos indivíduos.

Estes processos de aceitação das propostas neoliberais viram-se favorecidas, também, pela falta de propostas alternativas. Os grupos críticos, ligados às correntes marxistas, haviam entrado numa crise profunda, como consequência das derrotas sofridas nos anos 70, que implantaram sangrentas ditaduras, e da queda dos socialismos reais. Em muitos casos adotaram uma

posição possibilista, ou seja, não puderam sair do estado de situação proposto pelo neoliberalismo e muitos intelectuais consideraram que a única posição possível era a de “técnicos bons” do ajuste estrutural. Nos termos da UNICEF, limitaram-se a apoiar “um ajuste com rosto humano” (Iriart, 1992).

Desta forma, generalizou-se na Argentina um debate sobre a reforma de caráter exclusivamente pragmático e instrumental, centrado na necessidade de encontrar mecanismos para que a seguridade social pague aos hospitais pelos pacientes com a sua cobertura, e que a população com capacidade de pagamento realize contribuições monetárias, ou traga os insumos necessários para sua atenção. Fortalecem-se paulatinamente as posições que consideram que a solução passa pela adoção, por parte das instituições estatais e de seguridade social, de um perfil semelhante ao das empresas privadas. Isto conduz ao tema, central e excludente, do gerenciamento da atenção como a forma das instituições se tornarem mais eficientes.

Como veremos ao longo dos artigos estes processos vão aprofundar-se e consolidar-se através de projetos com financiamento internacional e de normas legais. Assim se chega ao Decreto de Hospitais Públicos de Autogestão (Decreto 578/93) e a numerosos decretos e resoluções ministeriais que sancionam a desregulamentação da seguridade social médica e favorecem a implantação da atenção gerenciada.

A busca teórica: A preocupação que me levou às buscas que apresentarei brevemente veio do impacto que me causou a aceitação, por muitos membros da medicina social, da inexorabilidade das reformas setoriais com base nos

diagnósticos e soluções propostas pelos organismos internacionais de crédito e cooperação. Foi um momento de ruptura e, no meu entender, de estancamento do pensamento crítico em saúde, já que a medicina social é a predominante na América Latina, dentro dos setores que buscam alternativas que contemplem as necessidades de saúde da população. Daí que sentisse a necessidade de iniciar buscas fora da produção desenvolvida no campo sanitário.

Outras(os) companheiras(os), também preocupados com estas questões, me ajudaram e estimularam neste processo, mas foi com Mario Testa, novamente, que mais aprendi sobre esta necessidade de buscas incessantes e de rebeldias. Trago incorporado o pensamento de Mário, e é difícil citar seus trabalhos, porque deveria fazê-lo a todo momento; sinto que, ao longo de quatorze anos de trabalho em conjunto, seu pensamento estratégico é a base de meu próprio pensamento (ou talvez seja este o meu desejo). Não só com seus trabalhos eu aprendi, mas também com sua atitude de pensador incansável, não enquadrado em nenhum dogmatismo. Tenho muito que agradecer à sua atitude democrática de escutar meus questionamentos e minhas dúvidas, nascidas basicamente de minha ignorância, sobre suas idéias e as de outros. O respeito por minhas buscas, as discussões enriquecedoras que tínhamos (e temos) foram e são uma fonte de provocação e estímulo incomparáveis.

Outro estímulo fundamental foi o conhecimento da produção brasileira sobre a saúde coletiva, o que aconteceu com maior profundidade a partir de 1993. Em especial, foi de suma importância a aproximação com os integrantes da pós-graduação da UNICAMP, e a leitura de seus trabalhos. Daí derivou um vínculo de

intercâmbio intelectual sumamente rico com Emerson Merhy, a quem também agradeço pelo permanente estímulo, e por ser também absolutamente democrático e respeitoso para com minhas buscas, e compartilhar suas próprias buscas e trabalhos comigo.

Finalmente, outro momento de muita vitalidade a nível intelectual foi o encontro com Howard Waitzkin, com quem rediscuti e reavaliei muitos conceitos marxistas. Foi ele que me aproximou da questão específica da introdução da atenção gerenciada nas reformas dos sistemas de saúde latino-americanos. Também problematizou de um outro ponto de vista minhas proposições e com isso me forçou a mais buscas.

Para mim era imperioso, no começo dos anos 90, recolocar a saúde/enfermidade/atenção no espaço político e científico, cujos traços muitos intelectuais, antes alistados nas correntes críticas, pretenderam esmaecer naqueles anos. Neste sentido foram importantes os trabalhos de Badiou e Benasayag, que questionavam de uma perspectiva filosófica o possibilismo pós-moderno, e que analisavam a crise do pensamento da modernidade de uma perspectiva filosófica que abre novos caminhos para a construção do pensamento crítico. Os trabalhos de Foucault me permitiram repensar a questão do poder e do disciplinamento. Guattari reforçou com suas proposições o que nos outros autores também está presente, isto é, um pensamento de abertura radical para o novo, o impensado, o inominado, um pensamento libertário, de criação. Isto foi um ar fresco naquele início dos anos 90, quando a hegemonia do não-pensamento, da mão de Fukuyama e outros, produzia um fechamento que fazia difícil toda posição

questionadora. Já não havia porque pensar, porque lutar, nem mais mudanças, administremos o que está dado.

Nas elaborações que apresento aqui, eu li e incorporei livremente os trabalhos que me ajudaram a repensar a questão sanitária, seguindo a idéia foucaultiana de “usar as teorias como caixas de ferramentas” e, mais que fazer um percurso exaustivo por elas, tratarei de resumir as linhas centrais que eu considero que têm potencial para analisar as questões que trabalhei para a tese.

A princípio, e usando em especial a produção de Badiou, Benasayag e Cerdeiras (ver referências bibliográficas), farei um resumo da forma pela qual eles analisam a crise da modernidade e questionam o pós-modernismo. Este resumo baseia-se num artigo que escrevi com Hugo Spinelli, “La cuestión sanitaria en el debate modernidad-posmodernidad”, publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* que a Fiocruz edita (Iriart & Spinelli, 1994). Depois refletirei sobre os processos do campo sanitário, com base nos conceitos fornecidos por todas estas leituras.

Os autores acima citados que refletem sobre a crise da modernidade consideram as condições estruturais como a matriz determinante do estado de situação (termo que tem uma definição específica que veremos mais adiante), sustentada por uma trama discursiva na qual se assenta o senso comum dos sujeitos. Questionar este estado da situação implica, segundo estas posições, a desconstrução deste senso comum construído a partir das categorias da modernidade e solidificado pelo pós-modernismo que obstrui toda visão questionadora.

Pensar a crise da modernidade e questionar a torção que a pós-

modernidade lhe propicia, implica, para estes autores, em abrir novos dispositivos de pensamento que nos permitam pensar num sujeito não central, nem substancial, em uma razão com base na inconsistência, e não na consistência e na totalização.

Quando estes autores falam de modernidade, falam da filosofia de Descartes, já que é ela que inaugura uma concepção de um sujeito autoreferido, ou seja, um sujeito que vai encontrar em si mesmo a certeza de sua existência, constituindo-se em si, para si e por si, e tornando-se independente de qualquer sanção exterior, seja divina ou objetiva.

Com a constituição autônoma do sujeito abre-se a experiência da modernidade, pois a partir deste sujeito o outro, o que se confronta com ele, vai se constituir em objeto, e será a partir dessa relação sujeito/objeto que vai estabelecer-se um novo projeto de conhecimento. Desenvolver este projeto significava romper com as estruturas do pensamento medieval no plano do saber, baseados na experiência sensível.

A partir da modernidade se inicia a era das representações do mundo, agora em termos de objeto. Essas representações estarão apoiadas sobre um sujeito transparente e idêntico a si mesmo que se apoia no próprio ato de pensar. O sujeito da consciência é o sujeito ligado ao mundo do sentido. O conhecimento vai se estruturar a partir deste sujeito "autoconsciente" que sustenta a noção de progresso no conhecimento, a idéia da possibilidade de conhecer o objeto exterior a ele e a concepção de que pode dar conta das leis de funcionamento do objeto, e apropriar-se da realidade.

Este novo projeto de formalização do pensamento desenvolve-se com a matematização do conhecimento e utiliza-se de instrumentos tais como a lógica aristotélica, a geometria euclidiana e a física ou mecânica newtoniana. A ciência constitui-se no laço que articula a relação sujeito-objeto, já que o sujeito constituído em "autoconsciência" e tornado independente do objeto necessita da ciência para recuperá-lo.

A relação sujeito/objeto que se estabelece com a modernidade dará lugar a três posições epistemológicas: 1) a que dá primazia ao sujeito; 2) a que dá primazia ao objeto; 3) a que fala de uma relação dialética entre os dois. Estas posições começaram, a partir do século passado, a sentir os efeitos do questionamento que partiu de diversos campos do saber.

A primeira comoção é no campo da matemática, com o surgimento das denominadas geometrias não-euclidianas; depois a psicanálise, com sua descoberta do inconsciente, produz um questionamento radical do sujeito centrado na consciência. No início do século XX, a lógica paradoxal, ao operar sem referente, quebra a razão e a lógica aristotélica. A matemática descobre que o paradoxo não é exterior a ela, aparecem os teoremas da incompletude e da indizibilidade, demonstrando que a razão, mesmo em seus níveis de maior abstração, não pode compor a idéia de totalidade. Desestrutura-se o ideal de uma matemática coerente, sem falhas, que poderia dar à razão um coroamento em função de uma suposta capacidade para pensar totalidades coerentes, sem fissuras, sem exceções. Einstein perturba a visão tridimensional da mecânica newtoniana com a teoria da relatividade. Saussure com a linguística estrutural

propõe a arbitrariedade entre o signo e a coisa: o sentido não é uma propriedade das coisas do mundo, mas uma questão de linguagem. O sentido fica desligado do objeto e também do sujeito, já que sua construção não é autônoma em relação à cultura na qual se realiza.

Todas estas novas experiências no campo do saber, que descentram o sujeito, que destróem as idéias de unidade e de totalidade, somadas às experiências sociais e políticas deste século (o nazismo, o stalinismo, Pol Pot, etc.) com suas múltiplas tentativas de aprisionar a humanidade em experiências totalitárias que, dolorosa e lentamente, mostram seu fracasso, vão configurando a derrocada de uma maneira de pensar, de constituir uma experiência.

Na atualidade assiste-se a uma polêmica estéril que pretende acorrentar a humanidade a uma forma de experiência que já não produz efeitos no caminho da libertação do homem. Esta polêmica é a que sustentam modernos e pós-modernos: os primeiros, defendendo a modernidade e suas conquistas, aferrando-se às concepções teóricas que, embora tenham gerado acontecimentos fundamentais, já não podem sustentar-se da mesma forma; e os pós-modernos que, sob o suposto reconhecimento da queda da modernidade, renunciaram ao pensamento racional.

Os autores nos quais baseamos este resumo enfatizam que ao falar de crise da modernidade fazem-no a partir do presente, pois consideram que as categorias utilizadas pela modernidade foram sumamente eficazes, mas já não permitem hoje pensar processos transformadores nem dar conta da situação. Numerosos acontecimentos produzidos no plano do saber, do social e do político

não podem ser pensados com as categorias que este pensamento gerou. Estes autores sustentam, então, que uma tarefa fundamental, no sentido de propiciar alternativas ao pensamento da modernidade, é a de produzir reflexões que permitam desconstruir a trama ideológica da pós-modernidade. Esta constitui uma trama discursivo que se apoia no senso comum de uma humanidade que viu desaparecer a possibilidade de progresso, a queda dos mais caros projetos de libertação do homem, e que desesperançada aceita como própria esta ideologia dominante que lhe propõe o fim da história e a necessidade de deixar que atuem os técnicos, únicos personagens habilitados, enquanto portadores da ciência, para melhorar nossas condições de vida e não nos deixar cair nos totalitarismos de qualquer signo.

O pós-modernismo aceita a inconsistência e a impossibilidade de garantias para a ação, mas de uma posição niilista que assume a gestão do possível como único caminho. O mundo se apresenta como estando ali, objetivo e unívoco. Para os pós-modernos a realidade tem um caráter ontológico e não há outro ser além da realidade efetiva e, portanto, não há mais projetos transformadores, não há mais sujeitos. O realismo pós-moderno que aparece oposto a todos os totalitarismos, em nome da democracia parlamentar e representativa, permanece enredado no suposto peso ontológico desta realidade, que determina para cada um de nós um papel e um lugar, e apresenta-os como a única maneira de estar no mundo.

Isto supõe um mecanismo ideológico perverso, pois se para o sujeito humano não há outra recurso além do papel social designado, ele não pode ser

tomado como responsável dos atos que seu papel lhe impõe.⁶ Compartilhamos a idéia de que é necessário questionar esta concepção, já que ela legitima a ordem opressiva a que estão submetidas as nossas sociedades.

A partir da consideração das rupturas que, como assinalamos, vêm se produzindo nos diversos campos do saber, as propostas filosóficas que estamos resenhando abrem a possibilidade de uma reflexão que permite, por um lado, encontrar uma alternativa à concepção de modernidade e, por outro, questionar a pós-modernidade que outorga a primazia absoluta ao objeto, e transforma o social num corpo dessubjetivado do qual os técnicos devem se ocupar. Estas rupturas produziram novas posições científicas na relação sujeito/objeto (consideramos também as posições que negam a um ou ao outro) e nos permitem agora questionar a existência de um sujeito único, capaz de portar uma verdade universal.

Uma diferença radical entre o pós-modernismo e a concepção filosófica que esboçamos aqui é que esta conserva a categoria de sujeito reconceitualizada. Para desenvolver esta reconceitualização tomamos em consideração as contribuições da psicanálise, já que a partir dela o sujeito não é mais um sujeito unificado e auto-suficiente, e sim um sujeito dividido em consciente e inconsciente, efeito suporte da estrutura simbólica. Além disso, a psicanálise, a partir da conceitualização da pulsão de morte, vai propor que o homem não busca necessariamente seu bem. Este corpo teórico sustenta, então, que a cultura se desenvolve sobre a base de uma falha estrutural.

⁶ Esta posição dá lugar a situações jurídicas como a obediência devida, que na Argentina evitou o julgamento de numerosos militares acusados por sua participação ativa no genocídio da década de 70.

Esta posição se articula com os desdobramentos da lógica e da matemática quanto a suas proposições de que os paradoxos e as estruturas formais estão atravessadas por carências estruturais. Ou seja, todo sistema apresenta uma inconsistência, uma falha, um ponto de destotalização. A falha não pode ser conhecida em sua essência última e final, constituindo o real, aquilo que é impossível de ser articulado pela linguagem estabelecida e que emerge nos momentos em que um significante a mais suplementa a situação e produz um acontecimento não assimilável pelo estado dessa situação. Isto pode levar a mudanças profundas na estrutura ou no desenvolvimento da cultura, o que dá lugar a um antes e um depois desse acontecimento.

A partir destas concepções teóricas sustentamos que o novo poderá surgir a partir de investigações que localizem os pontos de não-sentido do sistema dominante, dêem conta da destotalização, abram o pensamento ao múltiplo e questionem a unidade e a totalidade.

O sistema dominante -e isto é intrínseco ao funcionamento de todo sistema- precisa propor a consistência, a totalidade e a unidade para poder funcionar. A aceitação das diferenças está ligada à possibilidade de sua assimilação em um todo. O sistema funciona dentro do registro da unidade. Por isso, se nos propomos desenvolver praxis alternativas, devemos operar na desconstrução dessa unidade, que pretende homogeneizar as posições. É preciso dar lugar ao vazio que possibilite a irrupção do múltiplo, daquilo que não é subsumível na unidade do sistema instituído. Isto pode dar lugar a uma nova consistência, que recomponha uma totalidade diferente.

A gestão é, desta perspectiva, o lugar de onde se sustenta a consistência, ou seja, a posição hegemônica que se instituiu em uma sociedade e mantém o laço social estabelecido, a unidade do sistema. Enquanto que a política é situada no ponto de inconsistência, pelo que fica fora do âmbito estatal e da disputa do poder. A política apareceria nos pontos de não-sentido, nas falhas do sistema instituído que permitem a intervenção em ato, cortando o laço social estabelecido, mudando o estado da situação.

Outro ponto importante é que a possibilidade de uma intervenção que produza uma quebra no laço social não se infere das leis de funcionamento do sistema, mas opera como uma hipótese que dá conta da existência da falha. A dialética se estabelece entre o que está constituído e aquilo que é impossível para o sistema.

Dito de outra maneira, quando se arrisca uma interpretação⁷ sobre a qual se desenvolve uma prática não temos no saber estabelecido nada que nos permita considerar que vai produzir um efeito no sentido que propomos, o que se faz é uma aposta. O conhecimento da situação que se pretende modificar atua como as condições de possibilidade para gerar a hipótese, mas as hipóteses são formuladas *a priori*, e as conseqüências se verificam *a posteriori*. As rupturas não se produzem como derivação do anterior, mas sim postulando algo novo e diferente, não contemplado na situação pré-existente.

Esta posição dá ao sujeito um papel na decisão de formular a hipótese, de

⁷ A função outorgada ao conceito de interpretação é a proposta da psicanálise. Trata-se de uma intervenção no discurso que produz seu relançamento para novos sentidos. O conceito de interpretação assim considerado só é possível enquanto se entende que a cadeia discursiva (cadeia significante) é incapaz de abarcar a totalidade de sentidos acerca do objeto, e portanto contém em si uma falha que abre a possibilidade de sentidos não apresentados até o momento.

arriscar uma aposta sem garantia. Ali onde não há mais garantias o sujeito tem valor; quando o que domina é a situação o sujeito é automático, e neste sentido prefiro falar de ator, entendido como o que interpreta um texto escrito por outro/s.

A política instaura-se no ponto onde se produz uma irrupção no circuito que chamaríamos representativo. A opinião, num campo estabelecido, é apenas a seqüência de representações que armam uma trama que impede a circulação de algo distinto. Onde há uma estrutura social há dominação e, portanto, um laço que estabelece o modo, as formas, a estruturação de como se processa essa dominação. De tal forma que a política é a possibilidade de construir *a posteriori* do acontecimento um sujeito coletivo a partir do qual se possa romper o laço, produzir um corte, e esse ponto é o que diferencia um efeito de sujeito de uma conseqüência regrada. Isto abre a possibilidade de situar filosoficamente um pensamento do sujeito que tem por condição não ser único. Deveríamos falar de sujeitos que se constituiriam no ponto de vazio, de interrupção, de absoluta insegurança e não a partir da certeza de seus atos. O sujeito atua arriscando uma hipótese que suplemente a situação e não possa ser absorvida pelo estado desta situação sem que esta sofra profundas transformações. O lugar do qual o sujeito se sustenta ao produzir um enunciado não regrado, não dedutível da situação, é o da fidelidade ao acontecimento ou enunciado suplementar. Isto abre um novo vínculo entre o sujeito e o enunciado.

Aquilo que desestrutura o sistema capitalista não pode ser inferido do conhecimento das leis do sistema. Embora a política esteja apoiada por um pensamento rigoroso, esse saber tem autonomia em relação ao saber da ciência.

Este pensamento põe como axioma número um que a política não é um derivado da consciência social, nem da opinião, nem dos projetos sociais, mas sim uma ruptura, emergência e exceção aos discursos estabelecidos. Para que se produzam efeitos de política será preciso suspender essa opinião pública que atordoa.

A partir destas categorias a política é pensada no plano da potência, da imanência, e não no da centralidade e do poder.⁸ Os projetos políticos não se ordenam em torno do plano de poder, mas do plano da imanência, lugar onde se situa o múltiplo, onde se pode começar a mudar os conceitos, as imagens. Múltiplos sujeitos coletivos gestam posições de luta que se articulam a partir das coincidências na busca de alternativas ao sistema dominante e cada um manterá sua vigência à margem dos outros.

Dadas estas proposições, é fundamental questionar a visão determinista e teleológica que se apoia no suposto de que a partir do conhecimento das leis do progresso histórico podem-se propor, como inexoráveis e possíveis de predizer, as situações futuras,⁹ e que todo projeto é pensável em função de uma nova totalidade a ser alcançada através dos atos dos homens, aos quais considera necessários, concatenados uns com os outros e ordenados por um sentido geral e ascendente. Os desdobramentos da lógica paradoxal permitem considerar a incompletude como condição de existência de todo sistema, e propõem a necessidade de dar conta do múltiplo, do indeterminado, do acaso (não do caos),

⁸ Antonio Negri em *La Anomalia Salvaje* analisa o tratamento destes conceitos na obra de Spinoza (Negri, 1993).

⁹ Uma frase de Laplace sintetiza este pensamento: "Por consequência, devemos encarar o atual estado do universo como efeito de seu estado anterior e como causa do que vem a seguir" (Benasayag, 1996: 143).

do indizível e do indiscernível. A partir destas considerações vai se sustentar que não há nem instituições nem sociedades perfeitas, nem atuais nem futuras, porque nem instituições nem sociedades podem ser completas, totais e acabadas, já que existe uma exigência real, uma margem que elas não podem contemplar.

Estes desdobramentos filosóficos convidam-nos a pensar a situação que habitamos, dentro da multiplicidade de situações existentes. Este pensamento remete-nos a um problema, a um universal concreto que se distingue radicalmente do “mundo” como totalidade abstrata que subsume as singularidades e torna impossível toda ação humana transformadora. Propõem-nos perguntar o porquê, questionar a situação como dada e pensar na possibilidade de atuar no aqui e no agora desse universal concreto, privilegiando o conceito de potência em lugar do de poder. Isto abre o pensamento à liberdade e à criação, rompendo com as posições pós-modernas que propõem que não há mais pensamento, só a gestão do dado.

A partir do conceito de situação, ou seja, de um múltiplo consistente, que tem por condição de sua existência um elemento não representado no estado atual e que possibilita pensar na destotalização, e na crítica ao determinismo, encontramos a possibilidade de mostrar que certas noções hoje naturalizadas no campo sanitário (mercado, oferta, demanda, eficiência, qualidade, cliente, gerenciamento, etc.) não são universais abstratos, válidos em todo tempo e lugar, nem simples dados da realidade, mas construções de uma situação que, na medida em que as compreendemos, em lugar de defini-las como uma coisa em si, possibilitarão a dissolução destas entidades, para mostrar que não têm uma

existência além da situação específica que ajudam a construir. Esta operação facilitará a emergência de universais concretos, quer dizer, elementos próprios da situação não apresentados ainda e com capacidade de questioná-la em seu núcleo central. Estas posições auxiliam-nos no caminho de realizar uma crítica das entidades "naturalizadas", enquanto dados da realidade, para assumi-las como questões problemáticas, quer dizer, como realidades cuja existência resulta duvidosa. Isto não significa propor que não "existem", mas pensar nas condições de sua aparição situacional e perguntar-se o porquê de sua existência num dado momento. Trata-se de questionar a partir de outra matriz teórica a problemática em estudo, para reconhecer suas incongruências e abrir o pensamento para apostas em sentidos diferentes. Problematizar significa criar, ver o mundo de outra maneira, propor novas relações. É à luz destas novas relações que o instituído se revela sem fundamento.

Com base nos desdobramentos e conceitos brevemente apresentados analiso o processo de reforma dos sistemas de saúde latino americanos, centrados na passagem da concepção do processo saúde/enfermidade/atenção de responsabilidade do estado a bem de mercado e responsabilidade individual, e nas mudanças organizacionais que seguem o traçado da atenção gerenciada. Considero que esta mudança de concepção não é um retorno linear ao liberalismo do século passado, já que nessa etapa a humanidade se encontrava estabelecida plenamente no pensamento da modernidade. Homens e mulheres participavam de um senso comum que sustentava como uma de suas idéias centrais o progresso como algo inelutável, uma vez que o desenvolvimento do

conhecimento e das condições de vida dos homens progrediam e, ainda que de maneira diferente segundo a classe social e o país, alcançavam o conjunto das sociedades; em termos gerais, podia-se dizer que a humanidade ia se libertando do sofrimento. Atualmente os avanços tecnológicos e científicos continuam, com uma aceleração muito maior, mas isto é acompanhado da exclusão de enormes setores da população dos benefícios que estes avanços supõem.

Isto se deve ao fato de a mudança de concepção ser o correlato no espaço sanitário das transformações estruturais que se operam nas formas de acumulação capitalista. Transformações que foram favorecidas pela crise dos socialismo reais, já que significou a globalização do capitalismo “triumfante”. Estas transformações deram lugar a processos sociais e culturais que transformaram o senso comum dos conjuntos sociais (que incluem, no meu entender, muitos intelectuais do campo sanitário), imprimindo ao processo um caráter de devir necessário e imutável.

A concepção de saúde que aparece hegemônica no pensamento atual no campo sanitário legitima a exclusão e insiste nas soluções técnicas que tornem mais suportáveis as condições de vida impostas à população pelo projeto neoliberal, mas aceitando a desigualdade como condição estrutural do sistema.

Uma crise profunda instalou-se no campo sanitário e dificulta o desenvolvimento de uma reflexão crítica que possibilite a busca de alternativas ao pensamento da modernidade e ao pós-modernismo. Este, que se apresenta como um pensamento superador da modernidade só negou o sujeito realizando uma objetivação ontológica da realidade e exaltando a visão técnica, normalizadora,

naturalista e a-histórica que reforça a concepção dominante.

Os processos abertos pelo neoliberalismo aparecem lidos a partir de óticas de fechamento, de determinação. A aparição de normas que buscam a modificação da institucionalidade do processo saúde/enfermidade/atenção e das organizações que a operacionalizaram, para assimilá-las ao modelo neoliberal, inscrevem-se no imaginário coletivo e, em especial, no de muitos intelectuais (tanto os vinculados ao modelo vigente como seus críticos) como processos imediatamente instituídos, como se não existissem articulações entre a macro e a micropolítica, como se o macro fosse um lugar topográfico localizado acima e que atua automaticamente sobre um nível que está por baixo. O pensamento aparece enredado na seqüência: formas materiais de produção, super-estruturas ideológico-políticas que as consagram e processos organizacionais da vida coletiva modificados.

Neste contexto, entre os que questionam as reformas neoliberais, realçam o ceticismo e o peso das determinações estruturais, motivo pelo qual, em muitos casos, terminam aderindo a um pensamento possibilista próprio da pós-modernidade, em cujo dispositivo epistemológico o discurso médico, como já assinalamos, torna-se central.

Indubitavelmente a trama ideológica que sustenta a pós-modernidade e que se apoia no imaginário médico tem uma notável eficácia ao vincular-se à concepção, convertida em senso comum, de que o pessoal de saúde, e em particular o médico, tem que dar uma resposta imediata. Isto embaraça as correntes críticas porque, então, aos que atuam no âmbito sanitário não cabe

pensar a saúde, e sim atuar sem demora onde o problema se apresenta.

Na questão sanitária aparecem dois aspectos a se considerar: o político e o científico. Ambos aspectos permanecem, na maioria das discussões e análises atuais, encobertos pela utilização de categorias técnicas.

Este é o lugar de onde tentamos realizar a análise, dirigida especialmente aos que consideram que vivemos uma época de ruptura na qual as principais teorias e práticas sociais são questionadas, e que o imperativo é pensar novas categorias e novas praxis, e reinterpretar certos conceitos e teorias que foram frutíferos no passado, mas que não podem ser aplicados sem que sejam recolocados no contexto atual.

Impõe-se analisar esta matriz e reinterpretar as práticas que desenvolvem os grupos questionadores do neoliberalismo no âmbito sanitário, pois sustentar certas práticas, quando a matriz epistemológica que articula o senso comum dos homens mudou, implica que tais práticas produzam efeitos opostos aos que se pretendem.

A proposta é apostar em um pensamento sem caminhos pré-estabelecidos. O desafio é ficarmos com a angústia que gera esta ausência de verdades reveladas, de certezas, e convertermo-nos em sujeitos capazes de criação. Sujeitos enquanto pessoas livres, fiéis aos acontecimentos individuais e coletivos. Badiou, referindo-se à política, diz: "Em política, o pensamento busca na situação uma possibilidade que o estado dominante das coisas não permite ver. Por exemplo, hoje na Argentina e em outros lugares o estado das coisas é a economia de mercado, as privatizações, a dolarização, etc. O verdadeiro

pensamento político vai tentar encontrar uma possibilidade que não seja homogênea a este estado de coisas. Um pensamento político vai dizer: eis aqui uma possibilidade coletiva, talvez pequena e local, mas cuja regra não é a dominante. O pensamento político está sempre em ruptura com o estado de coisas. O pensamento político é invenção, não é nem repetição nem aplicação do já sabido" (Badiou, 1995: 29).

No que tange ao pensamento científico, a proposta é mudar a imagem "teoremática" do pensamento por outra "conjetural / problemática". Pensar a partir de não encontrar as respostas no saber estabelecido e no estado da situação. Começamos a pensar quando não encontramos o que buscamos. Pensar é experimentar, abrir-se aos encontros inesperados e aos problemas. Os pensadores da modernidade conceberam a liberdade humana como essa capacidade do homem de projetar, de antecipar ou de prever o comportamento dos objetos. Estabelecer leis significa isso: prever como se comportará algo amanhã. No entanto, a partir do pensamento dos autores acima apresentados, a liberdade não passa pela capacidade de criar modelos para ordenar o mundo, mas pela capacidade de tornar-se permeável aos obstáculos. Desde a modernidade, ao conceber o pensamento segundo o esquema do saber, acreditou-se durante muitos séculos que os modelos com os quais se saía a explorar o mundo correspondiam ao que se ia encontrar (o pesquisador sempre reconhecia isso que, supostamente, descobria pela primeira vez). Se encontramos sempre o que buscamos, podemos estar seguros de que formulamos bem o problema? (Benasayag & Scavino, 1997).

É este o desafio daqueles que querem ser sujeitos que pensam as situações, e não objetos enredados na trama de determinações estruturais existentes: inventar, criar em todos os campos. O desafio não passa só por assinalar onde está a injustiça ou aderir às soluções “técnicas”, mas por construir significantes novos, que nos permitam sair do estado da situação que nos paralisa.

Uma das tarefas prioritárias é, insisto, romper com o determinismo, com a idéia de que o mundo tem uma ordem, uma organização, um nexó já imposto pelo plano criador de alguém ou pela razão universal, sendo a única tarefa de mulheres e homens comunicá-las através da linguagem aos outros humanos e supor que com esse conhecimento pode-se manipular a realidade e melhorar as condições opressivas na qual estamos submersos.

Metodologia e referenciais analíticos

Definições teórico-metodológicas: Nesta parte apresentarei algumas definições de caráter teórico-metodológico que considero centrais, para facilitar a compreensão do processo de investigação que realizamos. As definições de caráter teórico estão desenvolvidas a partir dos trabalhos de Barembliit, Guattari, Lourau, Benasayag e Charlton (ver referências bibliográficas).

Atenção gerenciada como analisador

De início cabe aprofundar o conceito de analisador, enquanto elemento metodológico que nos permite analisar os processos de reforma em curso e entender a atenção gerenciada como um poderoso instituinte, que está ganhando crescente centralidade nas transformações estruturais que estão se produzindo

nos sistemas de saúde latino-americanos.

Quando falamos de analisador estamos nos referindo a um conceito metodológico tributário das correntes institucionalistas. Nas palavras de Lourau: “Denominar-se-á analisador aquilo que permite revelar a estrutura da instituição, provocá-la, obrigá-la a falar” (1991: 282).

A etapa exploratória de nossa investigação mostrou que a atenção gerenciada tinha potencial como analisador dos processos de reforma, porque:

a) observamos, a partir dos Estados Unidos, processos de exportação de capitais financeiros, ligados a empresas seguradoras de saúde, que propiciaram a atenção gerenciada nesse país, e sua instalação nos países de nosso estudo. Isto através da compra ou *joint venture* com empresas do setor privado de seguros de saúde pré-pagamentos, de administradoras de fundos de seguridade social e/ou de produtores de serviços de saúde;

b) estas empresas transnacionais reorganizam as adquiridas com base nas modalidades da atenção gerenciada;

c) o objetivo que declaram ter para introduzir-se na América Latina é operar na administração dos fundos de seguridade social médica e do Estado;

d) aparece como um processo de mudança estrutural de nossos sistemas, já que desde sua aparição e instalação “silenciosa” -as reformas oficiais não propõem explicitamente a atenção gerenciada como eixo das reformas¹⁰- está

¹⁰ Com a pesquisa pudemos observar que a introdução da atenção gerenciada nas propostas oficiais é indireta. No caso da OPS/OMS, sua importância é divulgada através de publicações onde analisam só a bibliografia que apoia a atenção gerenciada (OPS/OMS, 1996), e em documentos e propostas que apresentam seus princípios; nos projetos com financiamentos dos organismos multilaterais de crédito, em especial o Banco Mundial, impõe-se às instituições estatais e de seguridade social que desejam alcançar empréstimos, a presença de gerenciadoras, a partir de uma lista de consultoras internacionais proposta pelo Banco (ver artigo sobre “A reforma silenciosa”, que integra a tese. Também certas universidades americanas (Chicago, Columbia, Harvard, George Washington) difundem esta proposta através da capacitação que dão

provocando reacomodações substanciais.

Ao aplicá-lo em nossa investigação, para interrogar as propostas, normas legais, modalidades assumidas pela difusão, atores que intervêm, mudanças organizacionais no setor privado, no público e na seguridade social médica, operou no sentido proposto por Loureau, pois nos permitiu revelar a estrutura que está sendo adotada pelos sistemas de saúde latino-americanos, e abrir para significados e sentidos diversos dos que apareciam como evidentes.

Além do mais, a atenção gerenciada nos serviu como um provocador, pois facilitou a emergência de novos sentidos e mostrou as disputas que se geram. Operou como um interrogador dos discursos de reforma, para enfocar o dito e o não dito, o posicionamento dos atores, a localização em relação a ele dos discursos oficiais e dos alternativos. Os capitais financeiros multinacionais realizam a provocação, através da passagem ao ato, ou em termos menos psicanalíticos, a passagem à ação e à nomeação. São estes capitais que, enquanto sujeitos, estão dando nome à reforma, à modalidade organizacional que os sistemas de saúde devem assumir - atenção gerenciada - e atuam como provocadores do sistema, difundindo-a, instalando-a nos espaços que vão abrindo.

A resposta dos atores tradicionais do campo sanitário a esta nomeação, também faz outra caracterização do analisador, que é a de despertar reações de negação ou de defesa, conferindo-lhe importância. Por atores tradicionais entendemos os diversos profissionais e trabalhadores de saúde do setor estatal,

aos funcionários de nível decisório e intermediário das instituições dos países latino-americanos envolvidas nos projetos internacionais. Esta capacitação é financiada com dotações negociadas nos empréstimos.

da seguridade social, do setor privado, e suas associações corporativas; os empresários que, em linhas gerais, eram profissionais da saúde, em especial os médicos que organizaram empresas ou cooperativas de produtores de serviços ou planos de saúde pré-pagamentos; e, na Argentina, o novo sindicalismo ligado às obras sociais. Vimos que:

a) em seus documentos e debates, assim como nas entrevistas, relativizam ou negam a importância deste novo ator (capitais financeiros transnacionais), e da atenção gerenciada na reforma de nossos sistemas:

b) não enquadram os processos de reforma setorial nas mais amplas reformas dos estados latino-americanos, ligadas às políticas de ajuste estrutural de nossas economias e, por consequência, “não vêem” os processos de privatização, concentração, transnacionalização e domínio do capital e da racionalidade financeira que a atenção gerenciada implica para os sistemas de saúde;

c) nos debates caracterizam o sistema de saúde tal como era nas décadas anteriores nos diversos países, pelo que propõem a necessidade de articulações entre o setor estatal, o privado (que tradicionalmente operava no setor) e a seguridade social médica, sob a hegemonia do Estado.

Atenção gerenciada

A atenção gerenciada é definida usualmente como a organização de serviços de atenção à saúde sob o controle administrativo de grandes organismos privados financiados através de pagamentos por capitação. Estes organismos intermediam a relação entre produtores de serviços e consumidores. Os difusores

desta modalidade denominam estas organizações “compradores inteligentes”. Um ator fundamental é o capital financeiro, externo ao setor de saúde.

É um sistema que utiliza incentivos financeiros e controle da gestão, para dirigir os pacientes aos provedores responsáveis por proporcionar a atenção. É importante destacar a permanência de um elemento central: a imposição da racionalidade econômica através do controle administrativo da prática clínica. Esta racionalidade está orientada pela lógica da eficiência (que privilegia a relação custo-benefício econômico) e da competição do mercado. Implica numa profunda transformação da prática clínica, já que se produz uma radical subordinação dos profissionais de saúde às decisões administrativo-financeiras.

O controle administrativo da prática clínica implica que os médicos e outros profissionais da saúde devem desenvolver sua prática dentro dos parâmetros estabelecidos pela empresa administradora, que normatiza para cada quadro clínico os métodos de diagnóstico e o tratamento que aceita pagar. Para esta normatização utilizam a denominada “medicina da evidência”.

Outro elemento privilegiado pelas organizações de atenção gerenciada é a contratação de clínicos gerais, de atenção primária ou familiar, aos quais se destinam por capitação um número de pacientes, para sua atenção no primeiro e segundo níveis. Isto significa que com essa capitação o médico deve pagar os honorários dos especialistas aos quais encaminhe, assim como as práticas de diagnósticos que requeira. Isto converteu estes médicos em verdadeiros “porteiros”, isto é, em profissionais que “barram” a demanda dos pacientes evitando o máximo possível levá-los a outros níveis de atenção.

As empresas de atenção gerenciada, por sua vez, controlam o número de encaminhamentos a níveis de maior complexidade que não são cobertas com a capitação, a quantidade de medicamentos receitados e o número de práticas de diagnóstico realizadas. Conforme o resultado destas avaliações, o médico será premiado, se foi um bom moderador de gastos, ou punido, inclusive com a perda do contrato, se encaminhou em excesso (Waitzkin, 1994).

Instituinte e instituído

Os instituintes são as forças que tendem a transformar as instituições, ou a fundá-las quando não existem. O instituinte aparece como um processo, enquanto o instituído aparece como um resultado. Instituinte e instituído operam articuladamente porque é necessário, num momento, que esse instituinte se materialize em leis, normas ou modelos, que regulem as atividades sociais. O que costuma acontecer é que essas normas instituídas se cristalizam e, ao emergirem novos instituintes, operam como forças que impedem a transformação e a emergência do novo. Os analisadores são instituintes, por isso é que falamos da atenção gerenciada como um analisador.

Macro e micro-política

Os institucionalistas sustentam que não existe uma separação radical entre vida econômica, política, do desejo inconsciente, biológica e natural; o que existe são imanências, isto é, a coextensão, a condição intrínseca de cada um destes campos em relação aos outros. Desto desta concepção da vida social como uma rede, na qual os processos são imanentes uns aos outros, pode-se distinguir entre macro, que - muito simplificada - é aquilo que é grande, evidente, tem

formas objetivas ou formas discursivas visíveis e enunciáveis, e o micro. O institucionalismo afirma que as grandes mudanças históricas são sempre resultados de micromudanças, que os grandes poderes vigorosos na sociedade são apenas formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam em espaços microscópicos de uma sociedade. O macro é o lugar da ordem, é o lugar das entidades claras, dos limites precisos, é o lugar da estabilidade, da regularidade, da conservação, do poder. O micro, no sentido da física, da química, da biologia e no social e desejante, é o lugar das conexões anárquicas, insólitas, impensáveis. O macro é o lugar da reprodução, o micro é o lugar da produção; o macro é o lugar da conservação do antigo, o micro é o lugar da eclosão constante do novo; o macro é o lugar das regularidades e das leis, o micro é o lugar do aleatório e do imprevisível.

Sem negar as determinações estruturais, estes pensadores sustentam que, por mais que os homens estejam submetidos às leis econômicas e políticas, eles só entram nesses processos de dominação, de exploração, de mistificação, ou pelo contrário em processos transformadores, se estes de algum modo coincidem com crenças, representações, convicções que têm a respeito da vida social. O institucionalismo tende a não privilegiar nenhuma determinação sobre outra, isto é, são tão importantes os desejos, as vontades e as representações quanto as determinações "materiais", econômicas, políticas, naturais que atuam sobre eles. Os homens entram nos processos históricos, sociais, determinados por forças desejantes, por vontades que eles não controlam e não conhecem, que se relacionam com vivências e mecanismos subjetivos.

Senso comum

Coincidindo com esta linha de pensamento, Benasayag e Charlton (1993) propõem o conceito de senso comum para trabalhar com os aspectos subjetivos que reforçam o instituído. O senso comum é caracterizado por estes autores como essa cosmogonia irreflexiva que dá sentido à vida e faz com que toda a situação seja consistente, e de alguma maneira vivida como necessária, inclusive a injustiça e a dor. É o componente central do cimento social que preenche as brechas, suaviza artificialmente as contradições, possibilita que os enunciados antagônicos coexistam "naturalmente". Dá ao senhor e ao escravo a certeza de compartilhar uma mesma história; nesse sentido determina a subjetividade da situação compartilhada pelo conjunto dos interlocutores, ainda quando estejam em lugares distintos da estrutura social. É socialmente um verdadeiro sentido compartilhado, na acepção de uma direção comum ao conjunto da sociedade.

Potência

Indissoluvelmente ligado ao conceito anterior está o de potência (Negri, 1993; Benasayag & Scavino, 1997) entendido como aquela capacidade humana que permite a mudança. O devir é o característico da potência, que não é chegar em um lugar preciso onde o movimento se deteria finalmente, mas ao contrário, é o que impede que qualquer coisa permaneça em um lugar ou se identifique com um de seus estados ou suas maneiras de ser. A transformação parte da imanência da situação atual para afirmar as potências sufocadas aqui e agora por uma particular disposição ou racionalidade das coisas. Opõe-se ao conceito de poder entendido como o lugar de cristalização dos processos transformadores.

Embora potência e poder existam indissoluvelmente ligados, a opção pelo conceito de potência funda-se em que ele abre o pensamento para os espaços sociais onde os agentes operam cotidianamente, possibilita um pensamento transformador desligado das concepções marcadas pelo pensamento político da modernidade que propunha a tomada do poder como a única opção para gerar a partir dali novos processos instituintes. Pelo contrário, consideramos que nenhum lugar é mais impotente que o do poder para produzir mudanças.

Métodos

Os métodos utilizados na investigação cujos resultados serviram às elaborações que aqui se apresentam foram históricos, qualitativos/interpretativos e quantitativos.

No caso dos métodos históricos, foram utilizados para estudar criticamente os processos pelos quais os princípios gerenciais ganham ascendência nos sistemas de saúde latino-americanos; estudaram-se os atores políticos envolvidos, o processo de tomada de decisões das políticas de saúde, o contexto internacional no qual se desenvolve a reforma, e o conteúdo da reforma em relação ao contexto no qual surge. Além disso estudaram-se os antecedentes históricos da reforma em cada país: indicadores sociais e de saúde, a avaliação dos sistemas nacionais de saúde, além da razão da reforma (problemas econômicos, problemas políticos, mudanças epidemiológicas e demográficas, limitações organizacionais), e questões ideológicas (valores sociais, princípios éticos).

Os métodos históricos, que os investigadores na Argentina (Iriart et al.,

1994), no Brasil (Merhy, 1987, 1992), no Equador (Breilh, 1989) e nos Estados Unidos (Waitzkin, 1983, 1994) usaram freqüentemente, envolvem o estudo de publicações, arquivos governamentais e privados, e entrevistas em profundidade com atores importantes nestes eventos.

A equipe americana preparou a parte histórica do surgimento e desenvolvimento da atenção gerenciada nos Estados Unidos, e a definição dos conceitos para discutir e por-se de acordo com as equipes latino-americanas (isto é, definir o analisador, para que todos os grupos trabalhem com base nele com clareza).

Em primeiro lugar, examinou-se a literatura publicada sobre os processos de reforma do Estado, as políticas de ajuste estrutural e as reformas dos sistemas de saúde. Assim como a produção sobre a atenção gerenciada no contexto latino-americano. Cada grupo nacional teve acesso aos sites da internet e coleções de bibliotecas de universidades, centros de pesquisa, legislaturas nacionais, provinciais e estaduais, organismos internacionais, e de associações profissionais e de organismos internacionais. Nestas fontes encontramos documentos onde os líderes no campo das políticas de saúde oferecem suas opiniões e experiências contrastantes. Encontramos os documentos governamentais e dos organismos internacionais, com suas posturas sobre a reforma dos sistemas de saúde ao longo da última década. Por isso o primeiro método histórico envolveu um exame crítico desta literatura, com ênfase no debate, pontos de vista diversos e controvérsias no campo.

O segundo método histórico foi o estudo de arquivos, nos países

designados, que continham análises menos formais das políticas, dados de pesquisas, comunicações e conferências, posturas diversas e artigos de periódicos e revistas. Por exemplo, vários periódicos (os diários de maior circulação em cada país, além das revistas publicadas por associações médicas e sindicatos de trabalhadores do setor da saúde) publicam artigos e editoriais sobre novas iniciativas de reforma e sobre a atenção gerenciada em particular. Nesta fase da pesquisa estudaram-se os arquivos criticamente, para compreender a evolução da atenção gerenciada em cada país, as controvérsias e o debate.

Métodos qualitativos/interpretativos foram usados para o estudo das características da difusão e implantação da atenção gerenciada nos países selecionados, a articulação entre os diferentes atores, a reconfiguração do sistema, bem como as formas organizacionais relativas aos usuários. Analisaram-se especificamente a difusão e a implantação da reforma, incluindo o processo de aceitação, o papel dos funcionários de organizações financeiras e governamentais nacionais e internacionais, o papel de corporações privadas e as atividades de assessores. As fontes centrais para a coleta de informações foram a literatura e documentos publicados e não-publicados, e a realização de entrevistas.

As entrevistas foram semi-estruturadas, o que implicou esboçar um protocolo com perguntas sobre eixos temáticos, de resposta aberta, que permitiu aos entrevistados desenvolver os temas com amplitude, e aos pesquisadores formular perguntas adicionais, para aprofundar as respostas com base nos objetivos da investigação. A duração das entrevistas foi entre uma hora e meia e duas horas

(ver anexo II). Em cada país realizaram-se entrevistas com reconhecidos líderes da organização governamental, membros do aparato legislativo, funcionários das representações dos organismos internacionais de crédito e cooperação, empresários e executivos do setor privado nacional e multinacional, das câmaras e associações que os reúnem, dirigentes corporativos de associações profissionais e não profissionais de saúde, políticos, assessores e consultores. Com a assessoria de colegas elaborou-se uma lista de entrevistados com diversidade de perspectivas.

Cada entrevista começou explicitando o conceito de reforma sob atenção gerenciada, e se perguntava se o entrevistado considerava que esta modalidade estava se difundindo em seu país. Depois que o entrevistado desenvolvia sua perspectiva, os demais eixos temáticos eram orientados para obter informações sobre a forma pela qual se punham em evidência as influências e a participação dos atores sociais vinculados à reforma mais destacados em cada país, na difusão e exportação/importação das políticas de atenção gerenciada (projetos, legislação, participação da seguridade social, das instituições estatais e privadas, apoio e resistência); caracterização das propostas e experiências de atenção gerenciada (definições operacionais sobre acessibilidade, equidade, qualidade, livre escolha, custos, eficiência), e considerações sobre os efeitos da reforma sob atenção gerenciada.

As entrevistas foram gravadas em fitas de áudio, com permissão dos participantes; a transcrição posterior suplementou as anotações obtidas durante as mesmas. As anotações e transcrições forneceram uma base para a

subseqüente análise dos dados.

Os métodos qualitativos que se usaram para analisar as entrevistas foram análises de conteúdo, codificação aberta e axial (Strauss & Corbin, 1990). Através destes métodos identificaram-se temas, categorias e sub-categorias. O processo de análise dos dados fornecidos pelas entrevistas envolveram uma série de passos, como a categorização das transcrições e das notas de campo que se haviam tomado, com base nos temas enfatizados nas mesmas. Primeiro, procedeu-se a uma codificação aberta que implicou uma análise completa do material, linha por linha, para produzir conceitos e categorias provisórias. Em seguida, usou-se a codificação axial para organizar estas categorias e conceitos provisórios dentro das dimensões conceituais de categorias e sub-categorias. Identificaram-se categorias centrais. Classificaram-se as variações de perspectivas, especialmente as fontes de debate e controvérsias.

Também se usaram técnicas de análise sugeridas por Mishler (Mishler, 1986). Este autor documentou a necessidade de usar a análise narrativa para as entrevistas, a qual permite vincular o material das entrevistas ao contexto do entrevistado. Esta aproximação permite especificar como pode ser identificado dentro das narrativas, durante as entrevistas, o conteúdo temático e as conexões contextuais. Especialmente através da clarificação de “vozes” específicas nestas narrativas.

Usou-se um triplo método de análise dos textos (incluímos neste termo toda a produção escrita que analisamos), dirigido a evitar a “falácia do internalismo”, explicitando o contexto no qual se produzem e disseminam os textos:

1) A produção e transmissão de ideologia ou mensagens simbólicas. Para esta parte da tarefa interpretativa, realizou-se um exame detalhado dos atributos textuais. Por exemplo, os textos analisados que propunham uma aproximação gerencial para as políticas de saúde, na maioria dos casos manifestaram atributos que identificavam esta aproximação com o trabalho de peritos, com características técnicas inacessíveis para os que não têm uma formação específica. Nestes casos os autores (economistas, administradores, profissionais da saúde treinados em princípios gerenciais, entre outros) construíram problemas através de dados “objetivos” e propuseram soluções a partir de uma posição de autoridade. A linguagem destes textos esteve cheia de detalhes específicos, dados estatísticos, e referências para reforçar o simbolismo ligado à objetividade. As publicações científicas onde aparecem estes trabalhos são usualmente aquelas que empregam revisões de pares como um critério de qualidade, e modelos de organização dos textos e modalidades de escrita que tendem a sustentar um estilo padronizado e superficialmente não ideológico. A aproximação contextual de interpretação abriu todos estes atributos como problemas, e permitiu-nos perguntar como são produzidos estes estudos sobre políticas de gerenciamento e como os atributos textuais comunicam mensagens ideológicas que se vinculam ao simbolismo das políticas.

2) A construção do conteúdo temático: como oposto aos atributos textuais, com esta parte do método interpretativo analisamos os conteúdos substantivos do texto. Os textos sobre gerenciamento que analisamos centraram seus eixos temáticos no crescimento incessante dos custos da atenção médica, padrões de

práticas profissionais irracionais, ineficiência na organização dos serviços, ignorância dos consumidores sobre os custos, excessiva demanda de serviços, ou condutas autodestrutivas (alcoolismo, consumo de drogas, alimentação incorreta, falta de exercícios físicos) ou falta de condutas preventivas. Analisar estas construções introduzindo temas do contexto social, tais como classe, permitiu-nos perguntar, por exemplo, no caso das discussões especializadas sobre procedimentos administrativos para estabelecer co-pagamentos, se efetivamente produzem uma utilização mais racional dos recursos ou se constituem barreiras ao acesso para os setores de ingressos baixos e médios, ao mesmo tempo que têm pouco impacto em conter a utilização no caso dos setores de maiores recursos. Assim procedemos também com a construção de conteúdos com relação ao gênero, raça e idade.

3) A recepção e apropriação dos temas e mensagens simbólicas: esta fase da metodologia implicitamente sustenta que a produção e a recepção da mensagem não podem ser separadas do próprio texto. Estudar a recepção dos textos, assim como sua apropriação para seu uso na formulação de políticas concretas de saúde, deve situar o receptor e o ato de recepção no contexto histórico-social. Isto possibilitou-nos formular as seguintes questões: como aqueles que tomam as decisões sobre as políticas latino-americanas lêem os textos sobre gerenciamento? Dão mais atenção aos "fatos" ou à ideologia e aos simbolismos que os estudos comunicam? Existe um processo formal pelo qual a informação contida em um texto é integrada na política de saúde? Tendem a conhecer os resultados das experiências concretas da introdução da atenção

gerenciada em outros países ou tomam os estudos e documentos que chegam ao seu poder como uma verdade objetiva?

Para a fase interpretativa adotou-se uma aproximação hermenêutica (Waitzkin, 1994) que permitiu examinar os textos e as entrevistas em dois níveis, um com os significados mais superficiais e aparentes, e outro com significados menos aparentes que refletem o contexto social e a posição dos agentes nele, tanto estrutural como ideológica. Isto nos permitiu abordar a problemática do sentido, quer dizer, possibilitou-nos diferenciar entre significado e sentido (Testa, 1997). Pudemos, por exemplo, especificar a diferença entre atenção gerenciada e gerenciamento da atenção, que nos parece central para discriminar o posicionamento dos agentes nos processos de reforma. Estes dois conceitos muitas vezes apareciam como sinônimos ou sem diferenças substanciais, tanto para os autores de documentos como para os entrevistados. Se tivéssemos ficado no nível manifesto de suas expressões, no qual utilizam estes dois conceitos como sinônimos, não teríamos conseguido entender e explicar que, enquanto uns propiciam um uso racional dos recursos da saúde, centram sua preocupação nos problemas da população, e defendem a necessidade de liderança estatal (gerenciamento da atenção), outros são abertamente defensores da privatização e da transnacionalização do setor (atenção gerenciada).

Como métodos complementares, usaram-se métodos quantitativos na análise de dados secundários para estimar a participação de cada setor - estatal, privado e seguridade social médica - na administração, financiamento e prestação de serviços sob atenção gerenciada. As fontes de informação foram

principalmente as bases de dados sobre a organização de serviços em cada país, mantidas pelos respectivos ministérios da saúde e por instituições privadas. No Chile, por exemplo, estes dados são do Ministério da Saúde. Na Argentina os ministérios da Saúde e da Economia, assim como instituições privadas (a Fundación de la Asociación de Bancos de Argentina, a Asociación de Trabajadores del Estado, etc.), reúnem e produzem informação sobre as variáveis que estudamos. Fontes semelhantes estiveram disponíveis no Equador e no Brasil. Cabe esclarecer um dado interessante neste sentido: na Argentina foi muito difícil obter dados oficiais sobre o ingresso de capitais internacionais no setor da saúde.

CAPÍTULO II - A ATENÇÃO GERENCIADA NA AMÉRICA LATINA

Neste capítulo apresentaremos resultados correspondentes a uma parte da pesquisa comparativa realizada por equipes de Argentina, Brasil, Chile, Equador e Estados Unidos: “Atenção Gerenciada na América Latina: seu papel na reforma dos sistemas de saúde”. O objetivo do estudo foi analisar o processo de exportação da atenção gerenciada (managed care), que se realiza principalmente desde o Estados Unidos, e sua incorporação nos países Latino-americanos estudados. Os objetivos específicos foram: 1) analisar em cada país o processo de difusão e exportação / importação de políticas que favorecem a implantação da atenção gerenciada; 2) analisar em cada país a implantação da atenção gerenciada; 3) analisar em cada país, através da seleção de alguns serviços de saúde organizados sob a atenção gerenciada, as características das propostas e seus efeitos organizacionais; 4) comparar entre os quatro países os resultados específicos dos objetivos anteriores cumpridos.

A parte dos resultados que apresentamos aqui referem-se principalmente ao processo de transnacionalização do setor de saúde, produzido com o avanço das reformas que impulsionam os organismos financeiros internacionais, especialmente o Banco Mundial. Para isso mostraremos os dados obtidos sobre a entrada dos principais capitais financeiros multinacionais no setor privado de seguros e de prestadores de saúde, e sua intenção (com princípio de concretização em alguns países) de participar na administração das instituições

especialmente o Banco Mundial. Para isso mostraremos os dados obtidos sobre a entrada dos principais capitais financeiros multinacionais no setor privado de seguros e de prestadores de saúde, e sua intenção (com princípio de concretização em alguns países) de participar na administração das instituições estatais e dos fundos da seguridade social médica. Na seção destinada à discussão, adiantaremos algumas reflexões de caráter teórico que nos parecem importantes, para compreender o processo atual de reforma e colocar alguns pontos que abrem o debate em direção a pensamentos alternativos. Para tal, consideraremos como este processo de mudança, substancial para o sistema de saúde que vem adotando de forma paulatina a atenção gerenciada, está sendo facilitado pelas transformações operadas no plano ideológico, para o qual têm contribuído os discursos que aceitaram a inexorabilidade das reformas dentro dos perfis das propostas oficiais.

Começaremos com uma caracterização do contexto onde estes processos se instalam e para isto realizaremos uma síntese dos resultados de investigações próprias e de outros autores. Muitos dados neste artigo remetem ao processo argentino, pois dos países estudados por nós, a Argentina é onde a transnacionalização do setor saúde está mais avançada.

O contexto da reforma

A intenção de esta seção é contextualizar as mudanças setoriais que se produzem nos países Latino-americanos, especialmente, nos campos econômico e ideológico, para mostrá-los em seu caráter de construção social e não de processos naturais. Esta localização contextual da reforma dos sistemas de

saúde, permite comprovar que muito e em muitos períodos se tem falado da necessidade de reformar os sistemas de saúde Latino-americanos. A maioria dos conceitos hoje vigentes (eficiência, eficácia, custo/benefício, livre escolha, descentralização, participação comunitária, programas locais, seguro de saúde, etc.) foram utilizados durante as décadas de 50 e 60, para impulsionar transformações na organização sanitária (Merhy, 1992; Iriart et al., 1994a). Dois informes de consultoria sobre a situação da organização sanitária da Argentina, realizados em 1957 por expertos da Organização Pan-americana de Saúde, são claros exemplos do assinalado (OPS/OMS Comissão de Consultores, 1957; OPS/OMS Pedroso, 1957). Nestes extensos informes recomenda-se ao governo reestruturar o sistema sanitário a partir de um processo de descentralização, que permita aos poderes locais assumir a responsabilidade na condução dos programas e dos estabelecimentos assistenciais, e abri-los à participação da comunidade. Também argumentam a favor da capacitação de recursos humanos, no âmbito sanitário, na utilização de técnicas de análise de custos e de administração hospitalar. A idéia central é conseguir instituições mais eficientes, que mantenham uma adequada relação custo / benefício.

A partir de meados da década de 80, muitos técnicos e intelectuais do campo sanitário retomaram estes conceitos para responder à profunda crise dos sistemas de financiamento e atenção a saúde na América Latina. Porém, os conceitos não são imutáveis e seu significado está dado pelo contexto ao que se aplicam (Testa, 1997). Os sistemas de saúde nas décadas anteriores estavam definidos por um modelo de acumulação capitalista baseado em processos

produtivos de plena ocupação, que precisava de um estado produtor de bens e serviços e fornecedor de mão de obra sadia e capacitada. Neste contexto os conceitos utilizados na elaboração de propostas de reorganização dos sistemas de saúde estavam incluídos em uma concepção da saúde como bem público e responsabilidade dos estados. A atual reforma setorial está circunscrita em um processo absolutamente diferente, marcado pela crise do modelo de acumulação capitalista de meados dos anos 70, que produziu: recessão mundial, profundas transformações nas formas de produção, domínio do capital financeiro no sistema econômico mundial, endividamento interno e externo crescente dos países, crescimento do déficit fiscal, alta inflação, problemas de balanço de pagamentos e desemprego.

Nos países latino-americanos, esta situação implicará profundas mudanças no papel do estado, já que desde os organismos multilaterais de crédito vai-lhes ser exigida a contração do gasto público, o controle da expansão monetária e a reforma do estado. Este é identificado como o causador da crise pela sua ineficiência no manejo de empresas produtivas (petrolíferas, siderúrgicas, etc.) e de serviços (comunicações e transporte), e pelos crescentes gastos sociais (saúde, educação e seguridade social). Estas exigências de reforma dos estados ocultam quatro elementos principais: a) a necessidade do capital de controlar as áreas de produção e serviços que estavam antes em mãos dos estados; b) a necessidade de colocar os grandes excedentes líquidos de capital; c) a diminuição na demanda de mão-de-obra pela transformação da produção, devido ao desenvolvimento da informática e a sua reorganização baseada em um consumo

que se expande pela diversificação e não pela massificação; e, d) a necessidade dos países centrais de sair da forma menos traumática possível da crise (Feletti & Lozano, 1997).

A resposta da maioria dos governos latino-americanos à mencionada crise foi, na década de 90, a aceitação das políticas impulsionadas pelos organismos multilaterais de crédito (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Fundo Monetário Internacional), que implicaram em um superendividamento, a abertura da economia aos capitais e à produção internacionais, a reestruturação do estado através das privatizações (produção e serviços), e a diminuição de gastos (especialmente os sociais) (IDEP, 1992, 1993).

Isto origina os planos de ajuste estrutural, de cujo cumprimento dependerá o acesso a novos recursos financeiros internacionais (Garcia Delgado, 1994; Iriart et al., 1995). No âmbito sanitário, implicará a aceitação, por parte dos governos, dos projetos de reforma do setor impulsionados por estes organismos, especialmente o Banco Mundial, como forma de ter acesso a empréstimos que permitiriam financiar a aguda crise dos serviços estatais e da seguridade social nos países latino-americanos.

Na Argentina, por exemplo, ao final de 1991, inicia-se a reformulação dos projetos de saúde, que tinham financiamento do Banco Mundial. O empréstimo tinha sido acordado em 1985 (Empréstimo 2984) e estava destinado a quatro áreas: descentralização hospitalar, desenvolvimento de recursos humanos, rede de informação na saúde, e promoção e proteção. A reformulação implicou que os projetos se centrassem na reforma das instituições estatais de atenção médica

(autogestão hospitalar) e na desregulamentação das obras sociais (Iriart et al., 1993 a e b; Ministerio de Salud e Acción Social de Argentina, 1996). Manteve-se um programa na área materno-infantil, mas com objetivos muito diferentes ao inicial que estava coordenado pela UNICEF.

Os projetos de reforma setorial, realizados com estes empréstimos internacionais, têm servido de base para a elaboração de normativas legais (leis, decretos, resoluções ministeriais), que facilitam a operacionalização, nesta área, do discurso instalado nas sociedades latino-americanas, a partir da crise do estado de bem-estar. Paulatinamente transforma-se o sentido comum ao redor da concepção do processo saúde / doença / atenção. A saúde deixa de ter um caráter de direito universal de cuja aplicação o estado é responsável, para transformar-se em um bem de mercado que os indivíduos devem adquirir. Isto produz uma mudança de sentido fundamental, já que a saúde deixa de ser um bem público para tornar-se um bem privado (Laurell, 1995; Testa, 1997).

Esta transformação, no sentido comum, opera-se como produto, não somente nos discursos emitidos em relação à reforma setorial, mas fundamentalmente nas experiências vividas pela população, tanto no acesso aos serviços de saúde como em outras áreas da vida coletiva. Na América Latina, as experiências foram impactadas pela crise da década de 80 e pelos planos do ajuste estrutural que, como assinalamos, foram adotados em muitos países. Pouco a pouco, a população faz seus, de modo não reflexivo, os discursos oficiais que propõem a necessidade de mudanças no papel do estado para resolver a crise. Estas mudanças requerem a privatização de empresas e serviços, e a redução de

gastos sociais.

Esta situação é permitida pela dramaticidade da crise que golpeia a população (na Argentina a hiperinflação de finais de 1988 e início de 1989 foi um elemento de disciplina neste sentido). As pessoas encontram, na firmeza dos discursos oficiais emitidos, uma fonte de esperança e reencontram o sentido de um projeto social compartilhado, que tinha sido perdido durante os momentos mais agudos. As situações retomam a sua consistência e são vividas como necessárias, mesmo que individualmente resultem injustas e dolorosas. Assim, o sentido comum transformado, retoma seu caráter de componente central do cimento social que preenche as lacunas, amacia artificialmente as contradições, permite que os enunciados antagônicos coexistam "naturalmente". Desta maneira determina a subjetividade da situação compartilhada pelo conjunto dos interlocutores, ainda que estejam em lugares diferentes da estrutura social. É socialmente um verdadeiro sentido compartilhado de uma direção comum, para o conjunto da sociedade (Benasayag & Charlton, 1993).

No âmbito sanitário, um importante número dos assim chamados "expertos" irá contribuir na construção deste novo sentido comum, ao sustentar as seguintes idéias como os "fundamentos" a partir dos quais deve-se repensar o sistema: a) a crise na saúde obedece a causas financeiras; b) o gerenciamento introduz uma "nova" racionalidade administrativa indispensável para sair da crise; c) é imprescindível subordinar as decisões clínicas a esta nova racionalidade se quer-se diminuir os custos; d) a eficiência aumenta se separa-se o financiamento da prestação e generaliza-se a competição entre todos os subsetores (estatal,

seguridade social e privado); e) deve-se desenvolver o mercado de saúde porque é o melhor regulador da qualidade e dos custos; f) não se deve subsidiar a oferta senão à demanda; g) a flexibilização das relações laborais é o melhor mecanismo para conseguir eficiência, produtividade e qualidade; h) a administração privada é mais eficiente e menos corrupta que a pública; i) os pagamentos à seguridade social são propriedade de cada trabalhador; j) a desregulamentação da seguridade social permitirá ao usuário a liberdade de escolha, para poder optar pelo melhor administrador de seus fundos; k) a passagem do usuário / paciente / beneficiado à de cliente ou consumidor, é a garantia para que se exija o respeito aos seus direitos; l) a garantia da qualidade é dada pela satisfação do cliente.

As transformações contextuais e ideológicas resenhadas até aqui, pela necessidade de síntese, refletem as experiências dos países onde estes processos instalaram-se com maior força, basicamente Argentina e Chile. No Brasil e no Equador estes processos são mais recentes e encontram uma sociedade civil com mais potência para questionar as propostas neoliberais. No entanto, em linhas gerais, como se verá nos resultados, em todos os países de nosso estudo existem diferentes graus de concretização da transnacionalização do setor.

Mostrando os dados

Os métodos utilizados na investigação foram qualitativos e quantitativos. Em primeiro lugar, revisou-se a literatura publicada e não publicada sobre atenção gerenciada na América Latina. Cada grupo nacional teve acesso a coleções bibliográficas pertinentes. Também, consultaram-se as bibliotecas das legislaturas

nacionais, de associações profissionais, e de organismos internacionais de crédito e cooperação, assim como os seus sites na Internet, inclusive as dos ministérios de saúde. Estas fontes contém documentos sobre palestras e conferências onde os líderes no campo das políticas de saúde emitem suas opiniões e confrontam experiências, assim como documentos com as posições oficiais dos organismos governamentais e internacionais. A revisão crítica desta bibliografia enfatizou a análise destas posições, o debate, os pontos de vista diversos e as controvérsias. O segundo método envolveu o estudo de arquivos nos países em estudo. Especialmente, os arquivos localizados nos ministérios de saúde, fundações e centros de investigação. Estes arquivos incluíram análises políticas menos formais, achados de investigações, publicações da imprensa escrita e artigos de revistas. Teve-se acesso as bases de dados de dois jornais de grande circulação no Brasil e Argentina. Nesta fase da investigação os arquivos foram estudados criticamente para entender a evolução da atenção gerenciada em cada país. Enfatizaram-se novamente os diferentes pontos de vista e debate. O terceiro método de coleta de informação foi a realização de entrevistas focalizadas. Utilizou-se um protocolo de questões fechadas e abertas, focalizadas na difusão e implantação da atenção gerenciada. Em cada país foram realizadas entrevistas com líderes reconhecidos das organizações governamentais, membros do corpo legislativo, funcionários dos organismos internacionais de crédito e cooperação, empresários e executivos do setor privado nacional e multinacional, dirigentes sindicais e políticos, assessores e consultores. Desenvolveu-se uma lista de entrevistados baseada na captação das múltiplas perspectivas.

Como métodos complementares utilizaram-se técnicas quantitativas na análise de dados secundários para estimar a participação de cada setor - estatal, privado e de seguridade social- na administração, financiamento e prestação de serviços sob a atenção gerenciada.

A atenção gerenciada como eixo da reforma

As soluções que estão predominando nas reformas dos sistemas de saúde latino-americanos centram-se na implantação da assim chamada atenção gerenciada. Esta política implica reformas de tipo administrativo - financeiro, já que consideram como a causa da crise do setor o crescimento dos custos dos serviços. Por isso, colocam a necessidade de intermediação entre prestadores e usuários, para separar a administração financeira da ação assistencial. A proposta implica a introdução de empresas (estatais, privadas ou mistas) que administrem, sob o conceito de compartilhar riscos, o financiamento (sistemas de capitação), e que contratem com prestadores de serviços, dentre os quais os estatais poderão tomar parte (OPS, 1996; Merhy et al., 1998).

No que diz respeito ao orçamento estatal, estas soluções estabelecem a definição do sistema de prestação pela demanda (assistências realizadas efetivamente) e não pela oferta. Isto permite uma redução de custos e um manejo mais eficiente dos recursos, já que se controla a superoferta e dirige-se o financiamento para os prestadores de maior qualidade. Os prestadores, pela sua vez, segundo esta lógica, para obter o financiamento vêm-se obrigados a diminuir os custos e outorgar melhor qualidade em seus serviços. No que diz respeito à conduta da população estes discursos põem ênfase em que, se esta se

sente dona de sua contribuição ou paga pelo atendimento, será uma reguladora "natural" dos custos e da qualidade, já que estará em condições de escolher o prestador que lhe proporcione os melhores serviços pelo menor custo (Bresser Pereira, 1995; Ministerio de Saúde e Acción Social de Argentina, 1997).

Esta proposta de reforma, cujo ponto de referência são os processos que estão se operando no sistema de saúde dos Estados Unidos, tende a produzir mudanças fundamentais na prática clínica. No atual processo está-se produzindo a subordinação dos profissionais de saúde à lógica administrativo - financeira, e à drástica redução da prática profissional independente, já que os profissionais devem oferecer seus serviços às seguradoras ou aos proprietários de grandes centros prestadores de serviços (Waitzkin, 1994; Waitzkin & Fishman, 1997).

As reformas que analisamos em nossa investigação sobre atenção gerenciada mostram um "silencioso" processo político, que alude ao debate público e opera segmentando o processo e, portanto, a possibilidade de conflitos (isto foi expresso como uma decisão explícita por um funcionário da Representação em Argentina do Banco Mundial, e por um alto funcionário político do Ministério de Saúde e Ação Social deste país). Quer dizer, as políticas que implementam a reforma dirigem-se seqüencialmente ao setor público e ao privado, ou como no caso argentino ao seu sistema de seguridade social articulada pelos sindicatos, e não abarcam o processo no seu conjunto, muitas vezes evitando a discussão no Poder Legislativo.

Para isto, utilizam-se dos decretos presidenciais (Argentina), ou das regulamentações ministeriais, ou Normas Operacionais Básicas (Brasil). Desta

forma, em cada etapa, os atores envolvidos são somente os que operam em cada subsetor (público, privado ou de seguridade social médica). Com isto dificulta-lhes uma perspectiva de conjunto sobre a reforma e, muitos deles, em especial os que são afetados, tomam conhecimento quando a norma já foi sancionada, pelo que, a maioria das vezes, somente podem realizar alguma readequação dentro da nova situação já definida. Desta forma, as normas dirigidas a regulamentar o setor privado não são consideradas pelos atores que operam no âmbito público ou da seguridade social, como algo de sua incumbência, e vice-versa. Isto pode ser observado nas entrevistas realizadas e nos numerosos documentos e declarações públicas emitidos, especialmente, pelas associações e colégios médicos, os sindicatos profissionais e não profissionais do setor estatal, pelo sindicalismo que administra as obras sociais (na Argentina), e os empresários ligados ao setor saúde. No entanto, os processos de reforma atuais tendem a uma profunda articulação dos três subsetores (não conseguida na maioria dos países latino-americanos anteriormente, apesar de ter sido largamente anunciada sua necessidade), porém, sob o comando dos interesses privados, e, especialmente, do capital financeiro multinacional.

Modalidades de ingresso dos capitais financeiros

A atual articulação entre os subsetores mudou de eixo porque o capital financeiro multinacional está-se colocando no setor de seguros de pré pagamento, a partir do qual se propõe a operar como administrador de fundos da seguridade social e do setor estatal, que estão em processo de novas regulamentações. Esta localização está-se realizando há poucos anos - não mais de cinco nos países de

nosso estudo, com exceção do Chile, onde começaram a operar um pouco mais cedo. Em alguns casos, constitui-se também como prestador de serviços, em uma integração vertical, no estilo das MCOs (Managed Care Organizations) do Estados Unidos. As principais modalidades com as que opera o capital financeiro multinacional são: através da compra de empresas já estabelecidas dedicadas à venda de seguros ou de planos de pré pagamento de saúde, da associação com outras sob a modalidade de *joint venture* e/ou de acordos para desenvolver o gerenciamento das instituições da seguridade social e do setor público. Para este novo "ator", os investimentos nesta área se constituem em mais um âmbito onde obtém lucro. Além disso, podemos depreender da lista de investidores das maiores seguradoras dos Estados Unidos, que as mesmas fazem grandes investimentos cruzados entre si (por exemplo, a Aetna tem, entre seus acionistas outras seguradoras, nas quais ela mesma detém, por sua vez, ações) (Stocker et al., 1999).

Muitas das empresas que estão investindo na América Latina, são representantes das grandes companhias de seguros dos Estados Unidos e dos países europeus, e outras são fundos comuns que captam o capital de investimento de universidades, fundações, empresas, etc., de diversos países, e o aplicam em qualquer setor da economia de alta rentabilidade. Os dados recolhidos através de entrevistas e de publicações das empresas americanas, pela equipe de investigadores do Estados Unidos, mostram que o objetivo explícito destas corporações na América Latina é expandir seus negócios ao setor da seguridade social médica, ou privado complementar, e ao estatal, porque a dimensão do

mercado privado é limitada (Stocker et al., 1999). Esta é, por outra parte, a prática que foi seguida nos Estados Unidos. Neste país, quando as empresas atingiram seu ápice de crescimento no mercado dos seguros de saúde dos grupos profissionais e dos indivíduos, começaram a pressionar para conseguir mudanças nas políticas sociais. Estas mudanças permitiram-lhes implementar programas de atenção gerenciada para administrar os gigantescos fundos de Medicare e Medicaid (Waitzkin, 1994).

Os motivos que as empresas multinacionais de origem norte-americana expressam, para justificar seu interesse por investir na América Latina, são: a) a redução das possibilidades de expandir seus negócios no mercado do Estados Unidos, já que estimam que para o ano 2000, 80% da população total deste país estará assegurada, e visto que 70% das empresas de gerenciamento da atenção são de fins lucrativos, precisam de novos mercados; b) o crescimento na América Latina da população sem seguridade social; c) a menor cobertura que o estado está outorgando à população não assegurada; d) a desregulamentação que em muitos países está-se operando nos setores estatal e de seguridade social, que permite a atuação do capital privado; e e) as facilidades para operar entre países que outorgam os tratados de livre comércio estabelecidos em algumas regiões, e em especial nos países de nossa investigação, o Mercado Comum do Sul (MERCOSUR) (Stocker et al., 1999; Minujin, 1992 e 1993; Barbeito & Lo Vuolo, 1992).

Principais capitais multinacionais

O processo de penetração do capital multinacional é muito acentuado na

Argentina e no Chile, iniciou-se no Brasil e está em processo de difusão no Equador. Nesta etapa observa-se uma tendência de concentração de capital do setor privado de seguros e pré pagamentos de saúde, bem como no de prestadores, baseado nos investimentos provenientes de grandes grupos financeiros internacionais. Estes grupos compram várias empresas deste setor e as fundem. Estas fusões podem incluir a participação de capitais de origem local, dependendo fundamentalmente, dos entraves legislativos que podem impedir a compra da totalidade das empresas por capitais de origem estrangeiro. Isto acontece no Brasil, onde o capital de origem local deve ter a maioria acionária.

As principais empresas multinacionais que estão operando nos países que estudamos são: Aetna, Cigna, EXXEL Group, American International Group (AIG), The Principal, International Medical Group (IMG), Prudential, International Managed Care Advisors (IMCA), e Blue Cross Blue Shield. Vamos nos referir às operações das três primeiras, por ser as que estão realizando os investimentos mais importantes, até o momento, na América Latina.

Aetna: Segundo os dados obtidos está operando em três dos países que estudamos, Chile, Argentina e Brasil.

No Chile tem uma subsidiária, Aetna Chile Seguros Generales S.A. e constituiu, para operar em saúde, em 1993, uma Instituição de Saúde Previsional - ISAPRE (nome dado às empresas privadas autorizadas a captar o financiamento da seguridade social médica), chamada Aetna Salud, que tem ao redor de 60.000 segurados (Stocker et al., 1999). Com esta empresa no primeiro trimestre de 1998, colocou-se na quinta posição do ranking das ISAPRES. Atualmente, está tentando

adquirir o total das ações de Cruz Blanca ISAPRE S.A, com um investimento aproximado de 90 milhões de dólares. Esta ISAPRE ocupa o segundo lugar no setor, com o que, caso se concretize esta operação, a Aetna ficaria entre as empresas líderes (Estrada et al., 1998). Na Argentina opera através de investimentos no EXXEL Group e segundo informações jornalísticas assinou uma carta de intenção para a compra do maior e mais antigo "pré pago" da Argentina, chamado Assistência Médica Social Argentina (AMSA). Este "pré pago" tem uma trajetória de 36 anos no mercado, conta com 240.000 filiados de nível econômico médio e médio - baixo, em seus próprios planos, gerenciando por convênio os serviços de dez instituições da seguridade social médica (obras sociais) manejadas pelo sindicalismo (Diario Clarín, 10/5/1998). No Brasil comprou 49% das ações da Sul América Seguros. 40% do faturamento desta empresa é no item saúde, captando 35% do mercado de seguros de saúde brasileiro, com dois milhões de pessoas seguradas (Folha de São Paulo, 5/98)

CIGNA: Opera em três dos países latino-americanos que participaram da investigação: Chile, Brasil e Equador, enquanto que na Argentina, informações jornalísticas indicavam que estaria em negociações para investir na obra social Solidaridad, pertencente ao sindicato dos bancários (Diario Clarín, 29/4/98).

No Chile, opera através da CIGNA ISAPRE desde 1991. Provê cobertura a aproximadamente 100.000 pessoas, controlando o 5% deste setor (Stocker et al., 1999). No Brasil, está associado sob a modalidade de *joint venture* ao Banco Excel Econômico para o gerenciamento da Golden Cross, uma grande empresa de seguros de pré pagamento médicos, que conta com 2.500.000 afiliados, uma rede

de 14 hospitais e 35 ambulatórios, 1.400 hospitais independentes, 10.500 médicos, e 3.800 clínicas. CIGNA investiu 48 milhões de dólares (Stocker et al., 1999). A Golden Cross atravessava, no momento de se realizar a transação, uma profunda crise financeira e a incorporação com a CIGNA significou a reestruturação dos planos oferecidos e das modalidades de contratação, para transformá-la segundo a atenção gerenciada. O processo iniciou-se com a Assistência Médica Industrial e Comercial Ltda (AMICO) que pertence ao holding Golden Cross, e após um ano da implantação do novo método observa-se um avanço considerável na região de São Paulo, com 17 ambulatórios na região metropolitana e 440 mil associados ao novo método. Enquanto na zona do Rio de Janeiro a implantação é mais lenta, mas em todos seus convênios paga por captação e sob o conceito de compartilhar riscos. A idéia das diretrizes de CIGNA / Excel era que no primeiro semestre de 1998 toda a rede Golden Cross estivesse adaptada ao modelo de atenção gerenciada (Revistas INCOR e Prodoctor Business). Está operando no Equador ainda que mais circunscrita a seguros gerais, nos quais participa em 31% do total desta atividade (Campana et al.; 1998).

EXXEL Group: Este grupo opera somente na Argentina, no momento, mas por sua particular modalidade de desenvolvimento, o rápido crescimento que teve e seus planos de expandir seus negócios a outros países como o Brasil, Chile e Uruguai, consideramos que é importante mostrar sua forma de operação.

EXXEL é um administrador de fundos de investimentos argentinos e estrangeiros. Sua sede se encontra nas Ilhas Caiman e por isso é atrativo para os capitais norte-americanos que deste modo podem investir sem ter o controle das

agências reguladoras de seu país (Stocker et al., 1999). A seguinte informação foi extraída, basicamente, de uma entrevista que o Presidente do EXXEL Group, Lic. Juan Navarro, concedeu à revista Noticias da editorial Perfil, em dezembro de 1997, além de uma outra entrevista dada por um funcionário de nível gerencial deste grupo, e conforme as bases de dados dos jornais Clarín e La Nación, e de Arce (1997). O grupo iniciou suas atividades em 1994, quando o banco norte-americano Oppenheimer & Co. o escolheu para que administrasse seus investimentos na Argentina. Depois, outros fundos de investimentos o imitaram. O ingresso destes fundos de investimento ao Grupo EXXEL, denominados *private equity*, leva-se a cabo a partir do aporte de oito a dez milhões de dólares e com o compromisso de renúncia do poder de veto das aquisições do fundo. Através desta modalidade, que também impede os investidores de requerer seu dinheiro antes de transcorridos os primeiros dez anos do investimento, o Grupo EXXEL pode ser definido como uma sociedade de inversões a longo prazo: compra empresas, as ajusta e as revende ou as conserva. Os *private equity* nasceram faz menos de 20 anos nos Estados Unidos e têm entre seus investidores bancos, seguradoras e fundos de pensões, movimentam aproximadamente 115 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos, com uma média de rendimento de 28% ao ano.

EXXEL, junto ao Banco Brasileiro de Garantia, são as únicas empresas latino-americanas que conseguem dinheiro dos fundos institucionais norte-americanos. Os investimentos que o grupo tem realizado desde 1994 incluem a compra de empresas por mais de 1 bilhão de dólares. Conta hoje com quase 13.000 empregados e um faturamento anual de aproximadamente 2.000 milhões,

o que lhe permite figurar entre as dez maiores empresas da Argentina. Em seu corpo diretivo participam tanto empresários locais como internacionais de renome e conta entre seus assessores com dois ex embaixadores de EEUU na Argentina. Da longa lista de investidores selecionamos os mais conhecidos: Aetna, Allstate, Brown University, Columbia University, General Electric Pension Trust, Massachusetts Institute of Technology (MIT), Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Oppenheimer and Co., Princeton University, Rockefeller & Co., The Ford Foundation, The Getty Family Trust, The Riverside Church of the City of N. York, The Travelers.

Seus investimentos abarcam itens muito variados: saúde, distribuição de energia, cadeias de restaurantes, serviços de cartões de crédito, redes locais de vendas de música, empresas que vendem material de construção, correio privado, concessões de depósitos fiscais nos aeroportos, concessões de locais de venda de produtos sem impostos nos aeroportos, empresas de transporte de carga e supermercados. Em saúde o EXXEL Group posicionou-se nos três subsetores (privado, de seguridade social médica e estatal): a) comprou três dos "pré pagos" mais prestigiados que reúnem aproximadamente 190.000 segurados e tem um faturamento de quase 260 milhões de dólares por ano. Também comprou três importantes centros de internação e unificou todas as empresas sob o nome de SPM - Sistema de Proteção Médica -, constituindo-se deste modo no segundo "pré pago" da Argentina; b) comprou uma obra social residual, Witcel, que era do pessoal da empresa de mesmo nome e que deixou de operar.

O interesse por esta obra social veio do fato de que através desta operação,

tinham a possibilidade de solicitar a aprovação da Superintendência de Serviços de Saúde (SSS), para atuar como obra social "aberta", e receber afiliados das obras sociais sindicais ao abrir-se à livre escolha na seguridade social médica. O processo de livre escolha, isto é, que os afiliados de uma obra social possam decidir que seus aportes vão para uma outra, foi aprovado através de um decreto do Poder Executivo Nacional em fins de 1996. Witcel foi autorizada a operar recebendo afiliados e durante a primeira transferência, que foi realizada entre maio e junho de 1997, a obra social do EXXEL Group, que somente contava com 300 beneficiados, recebeu quase 10.000 (ANSES, 1997). Witco está sob a administração do Sistema de Protección Médica; c) o grupo também gerencia os 19 hospitais estatais da província de San Luis.

Os dados apresentados são somente alguns dos que nos permitem chamar a atenção sobre a importância que está adquirindo o setor de saúde dos países da América Latina, como um âmbito de alta rentabilidade para o capital financeiro internacional. Aqui é indispensável acrescentar que o resultado da implantação da reforma no Estados Unidos mostra crescentes dificuldades de acesso à atenção, tanto para os segurados como para os não segurados, e crises cada vez mais profundas dos hospitais estatais e universitários que formam as redes de prestadores das MCOs (Kuttner, 1998). O hospital da Universidad de Nuevo México, prevê um déficit de 10 milhões de dólares em 1998, por ser parte da rede de prestadores das três MCOs às que o estado de Novo México deu a administração de Medicaid.

Analisando

A reforma dos sistemas de saúde latino-americanos está inscrita na lógica imposta pelo capital financeiro multinacional, a partir da reconfiguração capitalista que sobreveio logo após a crise de meados da década de setenta. Dentro desta lógica vão-se inscrevendo os diagnósticos e as respostas sobre o tipo de reformas que se devem realizar nos países latino-americanos. Tanto os produzidos pelos governos, como pelos organismos multilaterais de crédito e cooperação, e os setores ligados ao capital financeiro nacional e multinacional. As propostas partem de diagnósticos que tiveram certo grau de veracidade, e por isso, foram aceitos pelo sentido comum da população, e de muitos trabalhadores e intelectuais do campo sanitário. Mas não necessariamente veracidade é verdade. Veracidade, da perspectiva teórica que tomamos, é aquilo que, em uma situação determinada, aparece como verídico ou verificável com base no conhecimento generalizado e nas experiências vividas em um momento histórico. Enquanto verdade remete ao ponto do real contra o qual se enfrenta um saber, que pode declara-lo caduco e insuficiente. A partir deste ponto é possível fazer uma aposta em direção a outro sentido, que pode ser totalmente diferente àquilo que pareceria evidente na situação anterior (Badiou, 1990).

A partir desta perspectiva, os diagnósticos que falam da falta de eficiência no manejo das instituições estatais e da seguridade social, da escassez de recursos que limitam a acessibilidade, da supressão de serviços, da excessiva burocratização, da baixa capacidade de acolher e dar solução às demandas da população, de aumento dos custos, etc., são verazes, e por isso compartilhados pelos usuários e pelo conjunto dos atores do setor, porque fazem parte de sua

experiência com os serviços. Estas experiências constituem um substrato facilitador, para a aceitação do discurso que as toma como base na elaboração de seus projetos de reforma, porque as experiências integram-se nos raciocínios realizados pelas propostas, mostrando-as como naturais e evidentes. Isto possibilita a modificação do sentido comum sobre o processo saúde/doença/atenção, naturalizando-se pouco a pouco uma concepção que pretende mercantilizar todas as relações que se estabelecem em dito processo.

As discussões que por anos foram sustentadas, ainda pela saúde pública partidária do desenvolvimento, e que comportavam a idéia de que a saúde era uma responsabilidade do estado e um bem público, foram deixando lugar aos "complexos" discursos economicistas, onde as pessoas e seus problemas desapareceram, e tudo passou a ser uma questão de recursos financeiros e sua escassez, ou de má administração. Desta posição, o único fator importante é a reorganização das instituições, para que atuem eficientemente e mantenham uma adequada relação custo - benefício. A questão central passa a ser o modo de gerenciar instituições estatais e os fundos da seguridade social.

Com a certeza da imprescindibilidade de mudanças no sistema de saúde, muitos grupos sociais ligados à reforma aceitaram os instrumentos desenvolvidos pelas organizações de atenção gerenciada e elaboraram discursos que, em muitos casos, apesar de quererem se diferenciar do projeto neoliberal, ficaram emaranhados em sua própria lógica. Suas propostas técnicas ficaram rotuladas no possibilismo próprio do pensamento pós moderno, que sustenta que não se tem mais alternativas a não ser gerir a realidade tal como esta se apresenta (Iriart &

Spinelli; 1994b; Benasayag, 1996). Desta forma estes discursos que, insistimos, em muitos casos não têm um compromisso com o projeto como um todo, são facilitadores do aprofundamento da reforma sob a liderança do capital financeiro multinacional.

A inserção do capital financeiro multinacional, nos países latino-americanos, está provocando uma mudança substancial na composição do setor de saúde. Por isso, pensamos que é importante refletir sobre estas questões, à luz dos dados que mostram o rápido crescimento da participação do capital financeiro multinacional nas reformas setoriais latino-americanas. Assim, como o fato de que esta penetração está-se realizando a partir de sua colocação no setor privado, desde o que geram diferentes ações que, como vimos o vão colocando como administrador de fundos da seguridade social médica e de instituições estatais. Sem dúvida, é este o ponto que é preciso levar em consideração porque as experiências no Estados Unidos, onde inicialmente a atenção gerenciada foi instalada e operou, não mostram resultados satisfatórios, nem para a população nem para os prestadores estatais e universitários.

Aos diagnósticos verazes, aos que foram adicionadas soluções em nome do interesse geral, mas que só representam os setores mais concentrados do capital, parece importante opor um pensamento crítico. Mostrar que esta forma de interpretar a situação não constitui a verdade, senão a gestão da norma definida pelos setores com eles implicados. Assumimos o pensamento crítico desde uma perspectiva que o considera um movimento reflexivo da consciência sobre seus próprios enunciados para poder "denunciá-los" como construídos. Não é o oposto,

nem um estágio superior ao sentido comum, mas outro registro de pensamento. O sentido comum percebe-se como um sexto sentido capaz de apreender a organização do mundo exterior, e enunciar o que é “normal e natural”, enquanto o pensamento crítico volta-se a esses enunciados “denunciando-os” como construídos; problematiza aquilo que parece evidente em uma situação determinada (Benasayag & Charlton, 1993).

A reforma tal como pretendida pelos discursos oficiais não é a única opção, nem a melhor da perspectiva de saúde dos conjuntos sociais, pelo contrário, muitos grupos estão trabalhando em projetos alternativos, que precisam ser vistos. Na América Latina existem numerosos grupos que defendem a saúde como um bem público e a favor da Vida. Estes grupos têm se definido com mais potência nos últimos tempos, e estão tentando através de suas propostas, mostrar que a visão predominante da reforma não é a única, nem a mais adequada para resolver os problemas de saúde da população. Estes movimentos são mais fortes no Brasil e no Equador, onde se expressam através da articulação de grupos ligados as universidades, serviços de saúde, organizações não governamentais e a partidos políticos. Na Argentina e no Chile, a resistência é menor, mas está-se aprofundando na medida que se colocam em evidência os resultados da reforma comandada pelo projeto neoliberal. Estão-se produzindo articulações entre grupos ligados as universidades, organizações não governamentais e associações de trabalhadores. No Chile, o Colégio Médico e as organizações não governamentais têm sido núcleos de pressão para conter o avanço do setor privado. Na Argentina, a Central de Trabalhadores Argentinos (CTA) está

dedicada a nuclear os grupos que estão questionando a reforma oficial e trabalhando em pró de oferecer alternativas.

Esperamos contribuir com esta análise para uma maior compreensão do processo em seu conjunto, para que os esforços por construir estas alternativas, que se estão realizando em espaços específicos (institucionais, comunitários, municipais ou estaduais), não percam a perspectiva do mesmo, e no qual suas ações estão inscritas.

O texto abaixo, editado em inglês, foi anexado neste capítulo por ter sido um dos produtos da investigação comum ao anterior, por isso repetindo muitos dados já explicitados, porém como foi aprovado para edição no *New England Journal of Medicine*, julguei pertinente a sua apresentação nesta tese, inclusive para mostrar os impactos que a mesma já vem produzindo em termos de publicação científica. Foi mantido o formato de artigo que a revista acima exige.

THE EXPORTATION OF MANAGED CARE TO LATIN AMERICA

Running Head: EXPORTATION OF MANAGED CARE

Karen Stocker, M.A., Howard Waitzkin, M.D., Ph.D., and Lic. Celia Iriart

From the Division of Community Medicine (H.W., C.I.) and Department of Anthropology (K.S.), University of New Mexico, and the Faculty of Social Sciences, University of Buenos Aires (C.I.). Address reprint requests to Dr. Waitzkin at the Division of Community Medicine, University of New Mexico, 2400 Tucker Ave. N.E., Albuquerque, NM 87131.

Supported in part by grants from the World Health Organization (Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases), the Fogarty International Center of the National Institutes of Health (TW01982), and the Dedicated Health Research Funds of the University of New Mexico School of Medicine.

Revisión, January 1999

Key words: managed care programs; health maintenance organizations; Latin America; health policy; privatization; public health; economics, medical.

While it has attracted wide concern in the United States,¹ managed care also is diffusing rapidly to other countries. During the late 1980s and early 1990s, reforms in several European national health programs introduced principles of managed care, market competition, and the privatization of public services.¹⁻³ Managed care reforms in European countries such as the United Kingdom, the Netherlands, and Sweden more recently have been reversed.^{2,4,5}

Since the mid-1990s, Latin America has become a target for the exportation of managed care reform.⁶ U.S. managed care organizations and investment funds rapidly have entered the Latin American market. The exportation of managed care has been linked to privatization and cutbacks of public-sector services, encouraged by international lending agencies such as the World Bank and International Monetary Fund as a requirement for additional loans.⁷ While privatization does not necessarily imply the introduction of managed care systems, these processes often do occur together, with the participation of U.S. insurance companies and other multinational corporations.

We initiated a study of managed care in Latin America, its exportation from the United States, and its varying impact on health-care delivery and public health services. For this work, we operationally defined managed care as health-care services under the administrative control of large, private organizations, with capitated financing. The research focused on the exportation of managed care by investor-owned, for-profit corporations that pass on financial risk to physicians, hospitals, and clinics, as opposed to those that simply sell commercial indemnity insurance.

Electronic databases were searched to locate pertinent articles from 1980 through 1998 and to assess the Internet home pages of corporations. Interviews with representatives of international corporations and financial institutions, professional associations, unions, and government agencies were conducted in person, by telephone, and/or by electronic mail. When possible, these interviews were conducted with a semi-structured protocol, designed to elicit responses concerning the exportation of managed care. We also assessed corporations' annual reports for investors, the U.S. Securities and Exchange Commission, and the U.S. Internal Revenue Service. Although we investigated managed care throughout Latin America, our research group focused mainly on Argentina, Brazil, Chile, and Ecuador, in addition to the United States (see Appendix).

Economic Motivations for Exporting Managed Care to Latin America

As proprietary managed care plans grow in the United States, the rate of profit predictably begins to fall, as the market becomes increasingly saturated.⁸ This falling rate of profit resembles that experienced in most other goods and services over time.^{9,10} Under these circumstances, corporations seek new markets abroad. The president of the Association of Latin American Pre-paid Health Plans has noted the relationship between market saturation and exportation: "By the year 2000, it is estimated [that] 80% of the total U.S. population will be insured by some sort of MCO [managed care organization]. Since 70% of all American MCOs are for-profit enterprises, new markets are needed to sustain growth and return on investment."¹¹

Executives of corporations entering the Latin American managed care market report substantial rates of profit relative to investment, predict strong profit margins in the next several years, and expect high rates of return for investors. In Brazil, Sul America Seguros, a corporation whose extensive managed care operations are half-owned by Aetna, generated \$1.2 billion in revenues during 1996.¹² Overall managed care revenues in Brazil during 1995 were estimated at \$2.99 billion.¹³ During the same year, Galeno Life TIM, a Argentine managed care organization controlled by the EXXEL Group, a multinational investment fund, posted revenues of \$181 million. Executives responsible for the exportation of managed care emphasize its positive financial implications and rarely refer to preventive care or quality control, which historically have been valued by some health maintenance organizations in the United States. Support for education and research, also valued by some health maintenance organizations, has not emerged as an explicit goal.

In explaining their financial motivations to enter the Latin American marketplace, managed care executives consistently refer to the importance of access to the social security funds within these countries. In contrast to the United States, most Latin American countries have organized social security systems that include health care benefits as well as retirement benefits for many employed workers in large private or public enterprises. Employers and workers contribute to these social security funds. For workers who are not covered by social security, and for unemployed people, most Latin American countries also have established public sector health-care institutions, including public hospitals and clinics.

Throughout Latin America, the social security systems have become very large funds, which are managed by government or publicly regulated agencies. North American executives perceive these Latin American social security funds as a major new source of finance capital. For instance, a managed care executive whom the EXXEL Group recruited from Indianapolis has noted: "It's a very lucrative market.... The real opportunity here for an investor-owned company is to develop tools in the *prepagas* [prepaid] market in anticipation of the *obras sociales* [social security] market."¹²

Privatization of government health programs and social security systems has permitted major capital expansion for managed care organizations and investment funds. Public-sector programs in such countries as Colombia and Argentina previously have suffered from inefficiency, escalating costs, and corruption.¹⁴ Arguments supporting privatization that cite such problems have resembled those favoring managed care within the U.S. Medicare and Medicaid programs.^{15,16} As an example, the Chilean constitution of 1980, initiated by the Pinochet dictatorship, permitted the diversion of government health care and social security funds to privatized managed care institutions (*Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE*), which then could be bought by multinational insurance companies.¹⁷ Access to privatized social security funds - recently termed "the mañana pension bonanza" in a trade journal¹⁸ - creates multi-billion dollar capital pools available for reinvestment by participating corporations.

The growing Latin American upper middle class comprises a potential new market for managed care.^{12,19} While poverty and income inequality have

worsened,²⁰ the number of families with incomes high enough to purchase private health insurance has increased. Executives anticipate that managed care will attract wealthier consumers, due to the advantages of a regular primary care provider, continuity of care, and the management of costly subspecialty services and high technology. Payment for managed care premiums will come from a combination of employer contributions, patient copayments, and social security funds.

Investors have shown enthusiasm for strong economic growth rates (for instance, 7.0 percent annually in Chile and 5.5 percent in Argentina), the currently low proportion of population covered by private insurers, and the small percentages of gross domestic product currently spent on health insurance.^{12,21,22} These circumstances imply a rapid rate of growth after managed care is introduced.

Economic "globalization" also has facilitated multinational investment in managed care. Previous trade barriers have fallen through such treaties as the General Agreement on Trade and Tariffs (GATT), the North American Free Trade Agreement (NAFTA), and the Common Market of the South (MERCOSUR, covering the southern cone of South America). The global operations of multinational corporations have led them to seek managed care benefits for employees based abroad. For example, corporations with Mexico City operations, including IBM, Johnson & Johnson, Bristol-Myers Squibb, and Hewlett-Packard, have formed a consortium to enhance managed care efforts.²³

Policies of the World Bank and Other Multilateral Lending Agencies

The World Bank and other multilateral lending agencies favor the privatization of public services and the entry of managed care corporations into Latin American markets. As defined by these agencies, "structural adjustment" policies require privatization, reduced public-sector expenditures, and repayment of prior loans.^{7,19} In 1996, foreign debts ranged from 21.3 percent of gross domestic product in Guatemala to 360.3 percent in Guyana, with an average of 42.4 percent for Latin America as a whole.^{24, p 260} Countries that fail to implement structural adjustment are threatened with the cut-off or drastic reduction of loans, credit to buy essential imports, and food aid.²⁵ Within Latin American governments and corporations, politicians and managers collaborate with lending agencies in the implementation of structural adjustment policies.

In the widely debated 1993 World Development Report, entitled "Invest In Health," the World Bank argued that inefficiencies of public-sector programs hindered the delivery of services as well as the reduction of poverty.⁷ This report advocated incentives for private insurance, privatization of public services, promotion of market competition, and emphasis on primary care and prevention. Through this document and subsequent policies, according to Latin American critics, the World Bank has promulgated an ideology that "health is a private matter and health care a private good."²⁶

Specifically, the World Bank has supported managed care initiatives that convert public health-care institutions and social security funds to private management and/or ownership. These initiatives entail new loans and thus increased foreign

debt for participating countries. Access to capital held by public-sector social security funds has become an important incentive for investment by multinational corporations.

Other multilateral lending agencies have participated in the same reform strategies. The Inter-American Development Bank offers lines of credit for changes in organizational structure and physical plant consistent with privatization. In Argentina, this bank has collaborated with the World Bank in supporting the conversion of public hospitals to become "hospitals of self-management" (*hospitales de auto-gestión*), in which managed care principles require the hospitals to compete with private hospitals in the market for patients covered under social security programs.²⁷ The support of public hospital reform in Colombia has proceeded along similar lines.²⁸

The International Monetary Fund conditions its new loans on macro-economic indicators that give evidence for public-sector cutbacks, privatization, and the introduction of managed care, partly to reduce public expenditures and national deficits.²⁹ Pressures exerted by the Fund encourage private management of services and social security funds previously managed in the public sector.

Corporate Strategies for the Exportation of Managed Care

Multinational corporations have used several strategies to enhance the exportation of managed care. One strategy involves the "trade show" approach, through which corporations organize conventions or presentations at professional meetings to build interest in managed care principles.¹¹ Health-care leaders from

Latin American nations who attend such meetings frequently receive financial assistance from corporations and/or the World Bank.^{19,30}

Another strategy encourages U.S. corporations to invest in joint ventures with local companies that contribute an already established name and clientele.³¹ Joint ventures help circumvent national laws that restrict foreign ownership.¹² Most managed care joint ventures do not replicate the staff-model principles of some U.S. health maintenance organizations, such as employing salaried physicians whose income is not substantially at risk on a year-to-year basis.¹² Instead, the Latin American ventures involve several elements: investor ownership; for-profit status; a designated, enrolled population; prepayment for services; and a contracted physician panel that assumes financial risk in providing primary and specialty care. These arrangements also usually include some degree of social security financing and the introduction of private management or ownership in public programs.

Table 1 summarizes the Latin American activities of the main multinational corporations involved in managed care.

Aetna. With a \$300 million investment, Aetna has acquired 49 percent interest in Sul America Seguros, the largest insurance company of Brazil, with 1.6 million managed care enrollees.^{12,32,33} Through its Chilean subsidiaries, the corporation covers 60,000 members. Aetna has purchased interests in the *ISAPREs*, the publicly subsidized managed care organizations introduced during the Chilean dictatorship. Aetna's managed care operations also have expanded rapidly in Peru and Mexico; the Mexican venture ("Méximed") provides services along the

U.S.-Mexico border.²³

CIGNA. CIGNA has initiated managed care operations throughout Latin America.¹³ In Brazil, CIGNA manages 2.5 million enrollees through a joint venture with a large bank and a prepaid health plan. This CIGNA venture serves enrollees through a network of more than 1,400 hospitals, 3,800 clinics, and 10,500 physicians.¹² CIGNA Salud ISAPRE in Chile provides managed care coverage for about 100,000 lives. In Guatemala, CIGNA covers 40,000 lives through its managed care system.¹³ CIGNA also is expanding rapidly in Argentina and Mexico.

Principal. The Principal Financial Group, predominantly a life insurance company, offers services through an agreement with Qualitas Médica, an Argentine managed care organization.^{13,34} In Brazil, Principal is associated with a prominent bank which holds controlling interest in a large managed care organization, Saúde Bradesco.³⁴ Principal also has entered into a managed care joint venture with a large insurance corporation in Argentina. In Chile, Principal has partnered with a major bank in a joint venture for managed care development.¹³ In Mexico, where it controls several life insurance companies, Principal plans to diversify into managed care.¹³

American International Group. This corporation has obtained a 49 percent partnership with a major Brazilian insurance company diversifying into managed care.³³ By obtaining the right to administer public and private pension funds in Mexico, Chile, Argentina, Peru, and Colombia, the corporation has obtained additional capital to finance managed care expansion. Since many Latin American

countries link pension plans to health-care benefits, this corporation's activities have set an important example.²³

The EXXEL Group. This multinational investment fund pursues managed care operations in several Latin American countries. In Argentina, EXXEL purchased three older prepaid health plans to form the country's largest managed care organization, whose enrollment tripled during 1996. EXXEL has recruited several U.S. managed care executives to administer its Argentine operations. Among its consultants, EXXEL lists two former U.S. ambassadors to Argentina. EXXEL also plans to enter the managed care markets in Brazil, Chile, and Uruguay.¹² In other markets, EXXEL holds controlling interests in restaurants, supermarkets, credit card services, music stores, former public utilities, a private mail service, duty free shops, and tax collecting agencies at airports.³⁵

EXXEL manifests a new development in international managed care, since it redirects U.S. investments into Latin American markets without traditional reporting requirements or regulatory controls. By incorporating in the Cayman Islands, the EXXEL Group circumvents the reporting requirements for bank accounts, other assets, and taxation required by the Securities and Exchange Commission and other U.S. regulatory agencies. In promotional materials, EXXEL lists major U.S. investors, including Brown University, Massachusetts Institute of Technology, Columbia University, Princeton University, and the Ford Foundation.^{36, pp 36-39} However, in their annual reports and in our interviews with their investment officers, these U.S. institutions do not report investments in EXXEL. The investments that EXXEL reports apparently are reinvestments of

shares that the U.S. institutions have purchased in mutual funds, and of which the institutions' investment officers are not necessarily aware.

Impact on Health Care and Public Health Programs

As in the United States,^{1,37,38} concerns about managed care in Latin America have focused on restricted access for vulnerable groups and reduced spending for clinical services as opposed to administration and return to investors. Copayments required under managed care plans have introduced barriers to access and have increased strain on public hospitals and clinics. In Chile, approximately 24 percent of patients covered by the *ISAPRE* managed care organizations receive services annually in public clinics and hospitals because they cannot afford copayments averaging 8.6 percent of the *ISAPREs'* overall collections.³⁹ Self-management (*auto-gestión*) in Argentina's and Brazil's public hospitals requires competition for capitation payments from social security funds and private insurance, as well as patients' copayments. To apply for free care at these public institutions, indigent patients now must undergo lengthy means testing; at some hospitals, the rejection rate for such applications averages between 30 and 40 percent.⁴⁰

Public hospitals in Argentina that have not yet converted to managed care principles are facing an influx of patients covered by privatized social security funds. For instance, in 1997, public hospitals in the city of Buenos Aires reported approximately 1.25 million outpatient visits by patients who were covered by the privately administered social security fund for retired persons. Before turning to

public hospitals, these elderly patients had encountered barriers to access due to copayments, private practitioners' refusal to see them because of nonpayment by the social security fund, and bureaucratic confusion in the assignment of providers.⁴¹

As for-profit managed care organizations have taken over the administration of public institutions, increased administrative costs have diverted funds from clinical services. In Argentina, after the EXXEL Group obtained contracts to manage the 19 public hospitals in the province of San Luis, administrators have sought to reduce the proportion of uninsured patients. To attract patients with private insurance and social security plans, Buenos Aires' public hospitals have begun to hire management firms that receive a fixed percentage of billings.⁴¹ Administrative and promotional costs account for 19 percent of the Chilean ISAPREs' annual expenditures.³⁹

Latin American managed care organizations also have attracted healthier patients while sicker patients gravitate to the public sector. In Chile, the ISAPREs have aimed to capture capitations for younger workers without chronic medical conditions. As a result, only 3.2 percent of patients covered by the ISAPREs are more than 60 years old, in comparison to 8.9 percent of the general population and 12.0 percent of patients seen at public hospitals and clinics.³⁹

Resistance to Managed Care and Alternative Proposals

The exportation of managed care is encountering opposition, which varies among countries. In Ecuador, a coalition comprised of unions, professional

associations, educators, and Native American organizations is resisting the introduction of private managed care operations within public services.⁴² Physicians and public health activists affiliated with the Brazilian national labor party (*Partido dos Trabalhadores*) has opposed privatization of public services under managed care organizations. Community-based organizations in Ecuador and Brazil have worked toward alternative proposals that would strengthen public services at the municipal level. In other countries like Argentina, Chile, and Colombia, managed care organizations have encountered less organized resistance.

Professional associations and unions have organized campaigns against the entry of managed care organizations into public systems. In Chile, the national medical association (*Colegio Médico*) has resisted the expansion of the *ISAPREs* through the use of the public national health fund (*Fondo Nacional de Salud, FONASA*).⁴³ Participants in the Latin American Association of Social Medicine (*Asociación Latinoamericana de Medicina Social*) have coordinated informational campaigns about managed care and have promoted alternative proposals to strengthen municipal public services.⁴⁴ An international coalition of unions representing public-sector workers, Public Services International, has helped organize opposition to managed care in several countries.⁴⁵

Evaluating Managed Care Throughout the Americas

As their expansion slows in the United States, managed care organizations predictably will continue to enter new markets abroad. Because our study focused

on selected countries, our ability to generalize to managed care initiatives throughout Latin America remains limited. For instance, certain corporations based in Europe (including Spain's Santander Financial Group, Intersanitas, and Bilbao Vizcaya Bank; Germany's Allianz; and Switzerland's Zurich Investment Group) recently have entered the Latin American managed care market, and their practices may differ from those that we have observed. Furthermore, some countries like Colombia have initiated mixed reforms that include elements of managed care along with other innovations to improve access for underserved populations.²⁸ Further observations of variations among Latin American countries will clarify the eventual impacts of these new managed care arrangements.

Meanwhile, policy evaluations of managed care should consider its effects on health services throughout the Americas. That the opening of managed care in Latin America is viewed by investors as such a potentially lucrative business opportunity justifies continuing scrutiny. As public-sector services and social security funds are cut back, privatized, and reorganized under managed care, with the support of international lending agencies, the effects of these reforms on access to preventive and curative services will hold great importance throughout the Latin American region. Based on the mixed effects of managed care in the United States, the outlook for Latin America's peoples is not clearly favorable.

We are indebted to Carolyn Mountain of the University of New Mexico for outstanding bibliographic assistance.

APPENDIX

The institutions and investigators participating in the WHO-sponsored study of managed care in Latin America are the University of Buenos Aires, Argentina

(Lic. Celia Iriart, principal investigator; Lic. Silvia Faraone, Lic. Marcela Quiroga, and Francisco Leone, M.D.), the University of Campinas, Brazil (Emerson Elias Merhy, M.D., Dr.P.H., principal investigator; Florianita Coelho Braga Campos, M.A.); the Group for Research and Teaching in Social Medicine (*Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social*), Santiago, Chile (Alfredo Estrada, M.D., principal investigator; Enrique Barilari, M.D.; Silvia Riquelme, M.D., Jaime Sepúlveda, M.D., Marilú Soto, M.D., Carlos Montoya, M.D.); the Center for Research and Consultation in Health (*Centro de Estudios y Asesoría en Salud*), Quito, Ecuador (Arturo Campaña, M.D., principal investigator; Jaime Breilh, M.D., M.A.; Marcos Maldonado, M.D., Francisco Hidalgo); and the University of New Mexico (Howard Waitzkin, M.D., Ph.D., principal investigator; Karen Stocker, M.A.). The study's overall coordinators are Lic. Celia Iriart (principal investigator) and Howard Waitzkin, M.D., Ph.D. (co-principal investigator).

REFERENCES

1. Kuttner R. Must good HMOs go bad? *N Engl J Med* 1998;338:1558-63, 1635-9.
2. Glaser WA. The competition vogue and its outcomes. *Lancet* 1993;341:805-12.
3. Jacobs A. Seeing the difference: market health reform in Europe. *J Health Polit Policy Law* 1998;23:1-33.
4. Waitzkin H. The strange career of managed competition: military failure to medical success? *Am J Public Health* 1994;84:482-9.
5. Light DW. Lessons for the United States: Britain's experience with managed competition. In: Wilkerson JD, Devers KJ, Given RS, eds. *Competitive managed care: the emerging health care system*. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
6. Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada. Washington, DC: Pan American Health Organization (HSP/SILOS-40), 1996.
7. World development report 1993. Invest in health. Washington, DC: World Bank, 1993.
8. Ginzberg E, Ostow M. Managed care - a look back and a look ahead. *N Engl J Med* 1997;336:1018-20.
9. Moseley F. The falling rate of profit in the postwar United States economy. New York: St. Martin's Press, 1991.
10. Verdera F. Adam Smith on the falling rate of profit. *Scot J Pol Econ*

- 1992;39:100-10.
11. Lewis JC. Latin American managed care partnering opportunities. Presented to the Eighth Congress of the Association of Latin American Pre-paid Health Plans (ALAMI). São Paulo, Brazil, November 8, 1996.
 12. Kertesz L. The new world of managed care. *Modern Healthcare* 1997 (November):114-20.
 13. A Healthy Trend. *LatinFinance* 1996;83:55.
 14. Iriart C, Leone F, Testa M. Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales (Argentina)* 70;1995:5-21.
 15. Felt-Lisk S, Yang S. Changes in health plans serving Medicaid, 1993-1996. *Health Affairs* 1997;16:125-33.
 16. Buchanan JL, Leibowitz A, Keesey J. Medicaid health maintenance organizations: can they reduce program spending? *Med Care* 1996;34:249-63.
 17. Asociación Gremial de ISAPREs de Chile. *Las ISAPREs: hacia la modernidad en salud*. Santiago, Chile: CIEDESS, 1996.
 18. Tangeman M. The mañana pension bonanza. *Institutional Investor* 1997;31(2):69-72.
 19. Welsh J. Here's a bunch of doctors willing to make house calls. *World Trade* 1995;8(11):24-6.
 20. Report on Economic and social progress. Washington, DC: Interamerican Development Bank, 1997.
 21. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. *Latin America and the Caribbean: Total gross domestic product*. Santiago, Chile: CEPAL, 1997 (www.eclac.org/english/Publications/bal97/tablea-1.gif).
 22. Scmitt F. Aetna stake gives it entree into Brazil's life insurance market. *National Underwriter* 1997;101(7): 57.
 23. Cenicerros R. Managed care makes inroads in Latin America. *Business Insurance* 1997(October 6):3-4, 6.
 24. Inter-American Development Bank. *Latin America after a decade of reforms: economic and social progress, 1997 report*. Washington, DC: Johns

- Hopkins University Press, 1997.
25. McAfee K. Storm signals: structural adjustment and development alternatives in the Caribbean. Boston: South End Press, 1991.
 26. Laurell AC, López O. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. *Int J Health Services* 1996;26:1-18.
 27. Iriart C. La reforma del sector salud en Argentina. In: *Reforma en salud: lo privado o lo solidario*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1997.
 28. Asociación Colombiana de la Salud. Performance evaluation of public hospitals under a new entrepreneurial form. *Informing & Reforming* (Newsletter of the International Clearinghouse of Health System Reform Initiatives (ICHSRI, Mexico City, Mexico) 1997;4 (www.insp.mx/ichsri/Newslett.html)).
 29. Guitián M. The unique nature of the responsibilities of the IMF. Washington, DC: International Monetary Fund (Pamphlet Series 46), 1992.
 30. Acevedo D. America's latest export: managed care. *Med Econ* 1996;73(23):71-79.
 31. Ostermiller M. Riding the insurance investment wave. *Best's Rev* 1998;98(11):63-65.
 32. Smith L. Aetna invests \$300 million in Brazilian joint venture. *Best's Rev* 1997;97(11):30.
 33. Companies and finance: the Americas; World's insurers take up Brazilian policy; Economic reforms have made the country one of the world's fastest growing insurance markets; 'American International Group' to pay \$500m to enter joint venture with Unibanco Seguros. *Financial Times London Edition* *Financial Times* 1997;9/10:40.
 34. The Principal Financial Group, www.principal.com, Sept 9, 1997.
 35. Fuente de las empresas del Exxel Group. *Revista Noticias Editorial Perfil* (Buenos Aires) 1997 (December):8.
 36. Arce HE. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. Santiago, Chile: United

Nations (Proyecto CEPAL/ GTZ), 1997.

37. Bodenheimer T. The HMO backlash - righteous or reactionary? *N Engl J Med* 1996;335:1601-4.
38. Carrasquillo O, Himmelstein DU, Woolhandler S, Bor DH. Can Medicaid managed care provide continuity of care to new Medicaid enrollees? *Am J Public Health* 1998;88:464-6.
39. Estrada A, Barilari E, Sepúlveda J, Soto M. Atención gerenciada en Chile: Informe final. Santiago, Chile: Centro de Investigación y Capacitación en Salud, 1998.
40. Iriart C, Leone F, Testa M. Evaluación de los hospitales estatales de la Provincia de Tierra del Fuego. Ushuaia, Argentina: Instituto de Servicios Sociales, 1995.
41. Iriart C, Faraone S, Leone F. Atención gerenciada en Argentina: Informe final. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires, 1998.
42. Hidalgo F. Reforma del estado y sociedad civil en el marco de propuestas alternativas. In: Reforma en salud: lo privado o lo solidario. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1997.
43. Román O. Equidad, un fundamento de la dimensión de la salud. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)* 1997;38(1):13-15.
44. ALAMES Boletín Informativo (Argentina) 1998;11(22):3.
45. Public Services International, world-psi.org, April 1998.

CAPÍTULO III - ATENÇÃO GERENCIADA: A REFORMA SILENCIOSA

Neste capítulo exponho a modalidade de introdução da atenção gerenciada, no que diz respeito à articulação - muitas vezes contraditória e conflitiva - entre processos macro e micropolíticos e, entre os próprios defensores do projeto neoliberal, locais e internacionais. Também analiso o processo de reacomodação que os primeiros fazem para subsistir e que tem como resultado a modalidade particular que a reforma vai adquirindo.

As análises tomam o caso argentino por considerá-lo um paradigma dos objetivos que o neoliberalismo, representado neste caso pelo Banco Mundial, outras agências multilaterais de crédito e seus governos aliados propõem-se conseguir nos países latino-americanos. A reforma do sistema de saúde argentino permite mostrar o modo de operação destes organismos e dos governos para vencer as resistências que encontram no cumprimento de seus objetivos.

Em 1991 tem início a etapa de desregulamentação da economia argentina e imediatamente começa o processo de reforma do sistema de saúde, sob os novos perfis definidos pelo Banco Mundial¹¹. Estes perfis implicam abandonar os projetos específicos destinados a programas ou áreas muito limitados, e abordar o processo de reformas do sistema de saúde como um conjunto, com o objetivo central de reduzir a participação estatal no financiamento, administração e prestação, e aumentar a privada (Buse & Gwin, 1998).

As análises que aqui se apresentam centram-se na desregulamentação da

¹¹ Neste ano, são reformulados os projetos com financiamento do Banco Mundial que tinham sido aprovados em 1985, destinados a áreas parciais, tais como Promoção e Proteção, Recursos Humanos, Educação para a Saúde e Descentralização; e se desenvolvem outros destinados à reforma dos serviços estatais de assistência (fundamentalmente hospitais) e à seguridade social médica (Iriart et al., 1999).

seguridade social médica, fundamentalmente, as obras sociais dirigidas pelo sindicalismo. Este último teve um papel central no desenvolvimento da seguridade social médica na Argentina, nos últimos cinquenta anos. O processo de reforma teve que considerar este dado, visto que a maioria das obras sociais são sindicais, isto significa que o arrecadamento de aportes e contribuições do item salário, são designados a organizações dirigidas por representantes sindicais da área de atividade à que corresponde cada obra social. Estas organizações diferem legalmente do sindicato, porém são seus líderes que designam ou assumem a condução das obras sociais.

Dado que a massa financeira que movem estas instituições é uma porcentagem muito alta do total gasto em saúde¹², o sindicalismo adquiriu ao longo dos últimos anos um importante poder no espaço sanitário. Isto permitiu-lhe, até o processo atual, atuar como sujeito nas tentativas feitas de transformar o sistema argentino¹³. O sindicalismo conseguira impor os projetos com que se opunha a qualquer tentativa de controlar o financiamento que administrava.

Os resultados que apresentamos mostram como o atual processo de reforma está subordinando aos grupos sindicais, que passam a atuar como atores dentro das propostas impulsionadas pelo Banco Mundial e executadas pelo governo nacional. Ao analisar este processo evidenciam-se também as disputas

¹² Segundo dados apresentados pelo Dr. Alberto Díaz Legaspe, Director Provincial de Capacitación da Provincia de Buenos Aires, em um curso de capacitação provincial e posteriormente publicados por um jornal de saúde, *Salud para todos*, e tomando como fonte um estudo do Ministerio de Salud de la Nación, realizado com financiamento do Banco Mundial; o gasto da seguridade social representava 41% do total do gasto em saúde para 1993, enquanto o gasto estatal era de 23% e o privado de 36% (Díaz Legaspe, 1994).

¹³ As duas tentativas mais importantes, desde a consolidação do sistema baseado na participação do sindicalismo como administrador dos fundos da seguridade social foram em 1973 durante o governo peronista, que tentou unificar o sistema sob o controle estatal (Sistema Nacional Integrado de Salud) e, em 1985 durante o governo radical que pretendeu algo semelhante, porém baseado na concepção de seguro de saúde.

que se dão no seio do próprio neoliberalismo já que, maioritariamente, os grupos sindicais que administram obras sociais, são os mais ligados ao projeto de reconfiguração da economia argentina, para inseri-la no capitalismo globalizado.

A atenção gerenciada tem um papel central nestas disputas e reacomodamentos ainda que o modo em que opera é silencioso, já que os governos não tornam explícito que é a forma escolhida, nem existe um projeto global declarado. O que podemos observar é a difusão de seus princípios, através de cursos, jornadas, congressos e publicações, e que a implantação se realiza, fundamentalmente, a partir do caminho aberto pelos processos de desregulamentação da seguridade social. Estes processos abriram o caminho à introdução dos capitais financeiros internacionais, que compram empresas de seguros, pré-pagos e prestadores, e/ou se inserem como administradores de obras sociais ou realizam convênios de prestação com elas. Desde estas posições introduzem a atenção gerenciada como modalidade organizacional.

Caracterização do estado de situação da seguridade social médica argentina¹⁴

Desde que surge, o sistema de saúde na Argentina apresenta uma fragmentação profunda, consolidando-se desde a década de quarenta em base à existência de três subsetores diferenciados jurídica e financeiramente: o estatal, o da seguridade social médica e o privado.

Para o fim deste artigo apresentarei resumidamente o subsetor da

¹⁴ Esta parte do artigo está baseada nos trabalhos desenvolvidos por Susana Belmartino e Carlos Bloch do Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario, Argentina e publicados em sua revista *Cuadernos Médico Sociales*. Ver as referências bibliográficas. Também utilizo a informação recolhida ao longo de meus próprios trabalhos de investigação (Iriart et al., 1994; Iriart, 1997), e trabalhos de assessoria a obras sociais.

seguridade social médica - obras sociais -, por ser este o âmbito no qual pode-se observar com nitidez a forma em que os capitais transnacionais operam para captar o financiamento da seguridade social, objetivo declarado de seu ingresso na América Latina (Stocker et al, 1999). Este objetivo está relacionado à massa financeira que administra a seguridade social e à quantidade da população que cobre (63% do total da população, quer dizer, quase 20 milhões de pessoas).

A seguridade social cobre em sua maioria os trabalhadores do mercado formal (ativos e passivos), e as pensões por velhice ou incapacidade. Compreende organizações que, se bem têm sua atividade regulamentada por normas oficiais integram o patrimônio de entidades (geralmente sindicais) que administram o aporte obrigatório dos assalariados. Este setor estava consolidado até 1993, momento em que tem início o processo de fusões, por 370 obras sociais¹⁵. Este número elevado obedece a que cada área de atividade criou sua própria obra social, ou mais de uma, nas ramificações que diferenciaram as do pessoal hierárquico do não hierarquizado.

A afiliação dos trabalhadores em relação de dependência às obras sociais é obrigatória (população cativa). O financiamento é realizado através dos aportes e contribuições deduzidos da massa salarial, correspondendo ao empregador cobrir uma porcentagem, enquanto da outra se encarrega o empregado (leis

¹⁵ Este dado corresponde à informação da Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) para o ano 1990. Segundo dados do mesmo organismo, em 1998 existiam 297 obras sociais regidas por leis nacionais, que cobriam 53% da população total do país. Deste total de obras sociais, 209 eram sindicais. Em relação à população afiliada, estas possuíam 59% do total de beneficiários das obras sociais nacionais. Cabe esclarecer que falamos em passado porque pelo processo de reconversão de obras sociais que se desenvolve desde o estado, com apoio financeiro do Banco Mundial, produzem-se permanentes fusões, associações, ou o desaparecimento de obras sociais. O funcionario responsável desde o Ministerio de Salud de la Nación, que se encarrega deste projeto, não pode, na entrevista que fizemos, especificar o número exato de obras sociais em esse momento (abril de 1998) dado que o processo de eliminação de obras sociais está-se desenvolvendo neste período com toda intensidade.

23.660 e 23.661 e suas modificações). Historicamente a porcentagem total era de 9%, correspondendo 6% aos empregadores e 3% ao trabalhador, mas atualmente, como veremos adiante, esta porcentagem mostra tendência a reduzir-se sob o argumento da necessidade de diminuir o custo laboral argentino, para conseguir competitividade internacional.

Dadas as diferenças salariais por áreas de atividade, existem obras sociais "ricas e pobres". Isto marcou uma grande heterogeneidade nas coberturas oferecidas e determinou que em muitos casos os afiliados às obras sociais com menos recursos, fossem atendidos nos serviços estatais, enquanto os trabalhadores de melhores ingressos, não satisfeitos com os serviços que sua obra social lhes dava, costumavam duplicar sua cobertura aderindo-se a planos de pré-pagos de saúde. Isto significou que as obras sociais tiveram, além dos subsídios oficialmente estabelecidos pelo sistema¹⁶, este tipo de subsídios indiretos fornecidos pelas instituições estatais e pelos próprios afiliados.

As obras sociais têm por missão financiar prestações de atenção à saúde, mais precisamente de atenção médica (legalmente, são obrigadas a destinar um mínimo de 80% de seus ingressos a estas práticas). Para isso contrataram predominantemente os serviços com o setor privado pois praticamente não desenvolveram capacidade prestacional própria¹⁷. O subsetor privado determinou historicamente o gasto da seguridade social e as políticas prestacionais. No

¹⁶ Até 1995 existiu um fundo de redistribuição administrado pelo estado e formado por 10% de aporte de cada obra social que, segundo a letra da norma, deveria ser dado às obras sociais de menores recursos. Nunca funcionou deste modo senão que foi outorgado às que exerciam maior pressão política sobre o governo de turno.

¹⁷ Segundo dados do cadastro realizado pelo Ministerio de Salud de la Nación, en 1980 a capacidade de prestação das obras sociais era 4% da capacidade total instalada no país. Para 1995 essa capacidade estava reduzida a 1,4% (MSAS, 1996).

primeiro caso porque os contratos eram por prestação e no segundo porque eram as decisões dos prestadores as que comandavam o processo. O paciente podia decidir inicialmente sobre o tipo de especialista que consultava, depois começava sua carreira dentro do sistema baseado nas indicações médicas. As obras sociais não exerciam controle sobre a qualidade e necessidade das práticas indicadas (os controles eram basicamente de caráter financeiro). O gasto teve, a partir da década de 80 um aumento inusitado, devido ao crescimento dos custos e a que os prestadores estimularam a demanda através da “sobreprestação” e excessiva prescrição de estudos de alta complexidade e de medicamentos.

Esta modalidade prestacional baseada nas decisões dos prestadores, assim como a aceleração do desfinanciamento da seguridade social, pelo aumento do desemprego, do subemprego, do trabalho informal e da deterioração do salário real conduziu a profundas disparidades entre os ingressos e os egressos das obras sociais. Este processo levou estas instituições a situações de absoluta insolvência financeira, o que as impedia de cumprir com os pagamentos aos prestadores. Diante da falta de pagamento, estes suspendiam unilateralmente os serviços, ou cobravam de forma direta dos usuários aranzéis adicionais aos pagamentos combinados com a obra social.

Para a população dependente das obras sociais, a última metade da década de 80 e o início da de 90 foi um período de grandes limitações de seus benefícios, já que quantidade e qualidade dos prestadores reduziu-se consideravelmente, estabeleceram-se pagamentos conjuntos para as práticas de média e alta complexidade, e múltiplas travas administrativas foram

implementadas. Estas situações levaram a que parte dos afiliados, especialmente os de baixos ingressos, os pertencentes às obras sociais de recursos menores ou habitantes de províncias com menor cobertura de prestação, se vissem forçados a recorrer aos hospitais estatais para atender sua saúde. Desta maneira foi estabelecido um subsídio desde estes à seguridade social.

A decisão dos dirigentes gremiais de oferecer cobertura através de prestadores privados foi, também, artífice e condicionador do crescimento e modalidade adquirida por este subsetor. Com efeito, os prestadores privados cresceram à custa dos contratos com a seguridade social e também entraram em crise, e em alguns casos faliram quando estas, especialmente a partir da década de 80, não puderam cumprir os contratos¹⁸.

As propostas de desregulamentação

O crescente gasto sem controle é um dos pilares sobre os que se apoiam os diagnósticos que falam da crise financeira da seguridade social. Com este argumento justificou-se a necessidade de uma profunda reforma que tendesse ao controle administrativo do gasto e tornasse eficientes as instituições da seguridade social diminuindo a população cativa, e obrigando-as a concorrer pelos afiliados (FIEL, 1991, 1995; OSAM, 1991; ANSSAL, 1991). Estes diagnósticos tomam pouco em conta a diminuição constante da massa de recursos que arrecada a seguridade social, produto do crescimento da desocupação, subocupação e do mercado informal de trabalho, da estagnação e

¹⁸ A comparação entre o cadastro de recursos em saúde de 1980 e o de 1995 mostra o crescimento do setor privado na oferta prestacional apesar das constantes crises da seguridade social. Observa-se que o setor privado incrementou sua participação desde 44,6% a 55,2% (estes dados consideram todo tipo de estabelecimentos, com e sem internação) (MSAS, 1996).

ainda da diminuição do valor do salário, assim como da diminuição nas porcentagens de contribuições patronais (que tendem a diminuir o que, desde o governo e os empresários, se define como alto custo laboral).

Na segunda parte da década de 80 iniciam-se algumas tentativas de resolver a crise financeira. Estas tentativas sempre estiveram delineadas separando os processos micropolíticos dos macropolíticos, pelo que as soluções que inicialmente foram propostas tinham como objetivo realizar um ajuste de caixa, quer dizer, que os egressos não fossem maiores do que os ingressos. Estas iniciativas eram desenvolvidas dentro dos marcos intra-institucionais, pelo que cada obra social propiciava os ajustes que sua condução decidisse. Assim foi como algumas obras sociais deram início a ensaios de convênios por captação entre a seguridade social e os prestadores privados, e/ou suspenderam serviços (saúde mental, odontologia), atividades ligadas à promoção como turismo e recreação, e préstimo de serviços sociais (creches, subsídios por préstimos extraordinários, entre outros).

A partir de 1991, desde o aparato estatal e desde setores ligados ao capital financeiro, começar-se-á a propiciar a reforma do sistema em seu conjunto. Neste ano aprova-se o Decreto 2284 de desregulamentação da economia, que inclui a profissão médica (entre outras) e a seguridade social. Este decreto expressa a decisão política do governo menemista de romper com o poder das corporações.

No tema de saúde inicia-se a ruptura de duas corporações fortes, a médica e a sindical. Esta política é muito importante para os processos posteriores de reforma do sistema de saúde, porque por um lado, proíbe às

instituições que controlam a matrícula profissional (colégios) de atuar como representantes de seus associados nas contratações com terceiros. No caso da profissão médica, estabelece que os contratos com a seguridade social têm que ser realizados pelos profissionais de modo individual. Isto subtrai destes profissionais, um enorme poder de negociação já que, quando as obras sociais não cumpriam os contratos, era o conjunto dos profissionais aderidos a um colégio ou federação, que interrompia os serviços, deixando os usuários sem nenhuma possibilidade de obter atenção com a cobertura da seguridade social. Isto gerava forte pressão sobre a obra social e o estado, para resolver o paliar a situação. A negociação através de suas organizações também outorgava aos profissionais grande poder de negociação do valor dos honorários e tarifas¹⁹.

A quebra do poder corporativo dos médicos e outros profissionais de saúde, pode ser lido como uma defesa da seguridade social porque a partir desta legislação os contratos foram renegociados e as obras sociais conseguem reduções muito importantes nos valores das prestações, e em muitos pode-se, inclusive, renegociar a dívida. No entanto, também o processo de desregulamentação avançou sobre a seguridade social, porém mais lentamente. Esta lentidão originou-se, fundamentalmente, no fato de que a reforma da seguridade social serviu como forma de pressionar o sindicalismo quando era necessário que os grêmios limitassem os conflitos sociais e que seus

¹⁹ A desregulamentação das formas de contratação está contemplada, além do mentado decreto, no 9/93 e no 576/93. Este processo foi, obviamente, muito questionado pelos dirigentes gremiais médicos. Numerosos artigos, especialmente, nas revistas da Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, da Confederación Médica de la República Argentina, assim como de diversos colégios, mostram a preocupação deste grupo profissional pelas consequências que estas normas teriam. Também expressa-se em numerosos artigos a preocupação por encontrar novas formas jurídicas que permitam aos grêmios médicos manter um papel importante dentro do sistema de saúde e assim poder reter a massa de associados e os ingressos que haviam-nas convertido em poderosas instituições.

representantes no Poder Legislativo votassem leis de privatização da previdência social, de flexibilização laboral, e de redução dos custos laborais a tirar dos empregadores numerosas cargas sociais.

Este processo coloca-se em evidência ao analisar os diferentes decretos e resoluções ministeriais que, desde 1993, são aprovadas em relação à desregulamentação das obras sociais. Desde o primeiro destes decretos, o 9/93, sucedem-se numerosas normas que reiteram a legalização de alguns temas aos que o sindicalismo resiste muito. Este é o caso da livre escolha da obra social por parte dos afiliados, que está presente neste decreto, mas que somente vai efetivar-se em 1997. As discussões feitas públicas durante diferentes etapas do processo de desregulamentação da seguridade social e das reformas trabalhistas e previdenciárias, mostram esta complexa trama de relações entre o governo - de extração peronista, e portanto, com um vínculo histórico com o sindicalismo - e os dirigentes sindicais.

Na desregulamentação da seguridade social também ficam em evidência os diferentes interesses representados por diversos aparatos de estado (Economia, Saúde e a própria Presidência, entre outros). Em alguns momentos, eram os técnicos do Ministério de Economia, como representantes dos setores mais concentrados e transnacionalizados, com uma visão mais tecnocrática do problema do sistema de saúde, que pressionavam pela aprovação de normas que avançaram mais rapidamente nas reformas. Em outros, ou à luz dos conflitos políticos que surgiam, desde o Ministério de Saúde ou desde a própria Presidência, a operacionalização dos decretos era contida ou diluída. A constante

observada é o jogo entre as discussões sobre as reformas trabalhistas e previdenciárias, e as concessões feitas ao sindicalismo na desregulamentação da seguridade social.

Estas demoras na aplicação das normas também foram produto da pressão que os sindicalistas puderam exercer, e que retardaram os temas referidos à realização de padrões, e à unificação da arrecadação, quer dizer, que não chegue de forma direta a cada obra social, senão que seja o órgão de controle impositivo quem arrecade e logo derive a cada instituição. A finalidade explicitada, desde o governo, era a de tornar o sistema transparente, através da fiscalização por parte do aparato estatal. Numerosas tentativas de conhecer a massa de dinheiro que administravam estas instituições havia fracassado no passado, fundamentalmente, pelo grande poder do sindicalismo. A operacionalização destas questões era agora indispensável para que pudesse regulamentar a mudança de obra social. Estes retardamentos na aplicação dos decretos possibilitaram aos dirigentes sindicais readequar-se em um novo cenário e, com certeza, foi parte da negociação com eles²⁰.

Aquilo expresso nas entrevistas feitas a importantes funcionários da representação de Argentina do Banco Mundial e do Ministerio de Salud y Acción Social (responsável pelo Programa de Reversión de las Obras Sociales), coincide ao assinalar que a estratégia utilizada pelo Banco Mundial e o governo, ao difundir a necessidade da reforma da seguridade social médica, teve passos sucessivos devido à complexidade que este setor tem em Argentina, sendo o

²⁰ Um funcionário de alto nível político do Ministerio de Salud, disse na entrevista que "... se bem a reforma da seguridade social não havia passado pela discussão no Poder Legislativo, tinha sido muito negociada com os principais atores (neste caso o sindicalismo)."

sindicalismo um protagonista central. Isto levou, segundo suas expressões, a que fosse um processo gradual e muito mais lento do que o previsto por alguns atores, incluído o Banco Mundial. Em palavras do responsável do Programa de Reconversión “a transformação está sendo possível pelo trabalho feito para convencer o sindicalismo de que um programa gradual de reconversão poderia dar-lhes uma vantagem no mundo globalizado, onde compartimentos estagnados não permanecerão. Esta persuasão conseguiu que os sindicalistas aceitem que as consultorias internacionais se incorpore às obras sociais, para analisar quais são as falhas mais importantes do sistema e propor os planos de reconversão”.

As normas aprovadas nos permitem analisar os conceitos fundamentais que, através da articulação entre processos macro e micropolíticos, o governo, com a assistência técnica e financeira do Banco Mundial, está introduzindo no sistema de saúde argentino, para sua radical transformação. Nesta transformação a desregulamentação das obras sociais é um componente central, daí a importância de desenvolver um processo mais lento, mas onde cada passo vai-se solidificando e seja de desarticulação difícil.

Um dos conceitos centrais que se instala na reforma da seguridade social é o da livre escolha de parte dos afiliados, como forma de melhorar a eficiência ao introduzir a concorrência para captá-los e, conseqüentemente, pelos recursos financeiros²¹. A introdução da liberdade de escolha, limitada ao mudar-se de obra social dentro do próprio sistema, gerou uma série de processos estruturais e ideológicos. Por um lado, implicou a individualização dos aportes e contribuições,

²¹ A liberdade de escolha é estabelecida e regulamentada através de vários decretos: 9/93, 576/93, 1141/96, 1142/96, 638/97 e 1301/97.

transformando-o, sob o argumento de que é salário diferido, em propriedade de cada trabalhador. Com isto quebrou-se o conceito de solidariedade grupal sobre o que estava sustentada a seguridade social, já que cada trabalhador pode retirar sua cota e levá-la a outra obra social, desfinanciando a primeira. De fato é o que está acontecendo, já que quem tem salários mais altos é o objetivo (explicitado nas campanhas de captação de novos afiliados) das obras sociais que desenvolveram acordos com o setor privado de pré-pagos, como veremos mais adiante ao analisar o modo como o capital financeiro se insere no processo de desregulamentação.

Os promotores da livre escolha, eixo central em muitos dos projetos que circularam desde 1991, assinalam que a catividade fere o princípio de soberania do consumidor, eliminando a concorrência e subtraindo incentivos para melhorar a qualidade e quantidade de serviços oferecidos. Assim também, colocam que não é eqüitativo dado que se tem serviços iguais indiferentemente do aporte realizado. É interessante como se utiliza o conceito de eqüidade ligado ao direito de que quem aporte mais receba mais, e não que receba de acordo com as necessidades assistenciais, sem considerar o aporte feito (FIEL, 1991; 1995).

Dentro da concepção de transformar a saúde em um bem privado de obtenção individual, habilita-se e propicia-se, com a livre escolha e a diminuição dos aportes patronais²², a oferta de serviços adicionais com pagamento extra do bolso particular. Isto aprofunda a concepção individualista, segundo a qual, quem ganha mais pode ter melhores possibilidades para atender sua saúde. Em outras

²² A redução de aportes patronais se estabelece nos Decretos 2.609/93, 375/95 e 292/95.

palavras, conseguir uma boa saúde depende, segundo este conceito, da habilidade individual para melhorar a renda que permita ter acesso a mais e melhores serviços.

Por outro lado, a livre escolha procura um efeito estrutural fundamental: qual es a concentração da seguridade social. Este objetivo é declarado explicitamente pelo Presidente Menem em 1991²³. Este efeito é induzido pela possibilidade de desfinanciamento que pode significar a perda de um importante número de afiliados, e especialmente os de salários maiores, com conseqüente necessidade de fusionar-se, associar-se ou desaparecer, já que também foi estipulado que as obras sociais com menos de 10.000 afiliados, o aquelas sem capacidade de cobrir o Programa Médico Obligatorio²⁴ seriam obrigadas a alguma destas ações. Outra medida que busca concentrar é a que estabelece que as famílias ou os indivíduos com mais de uma obra social deverão optar por uma delas, que receberá todos os aportes.

Este processo levou as obras sociais a adotar o modelo das instituições privadas, investindo grandes somas em publicidade, em estudos de mercado, em mudanças na infra-estrutura física para modernizar as instalações e a mobília, e em vestuário para modificar a imagem dos empregados. Porcentagens importantes dos empréstimos outorgados pelo estado e o Banco Mundial dentro do Programa de Reconvención das Obras Sociais foram destinados à campanha

²³ Esa é a primeira vez que se explicita oficialmente a decisão do governo de diminuir o número de obras sociais. Menem diz no Discurso de Apertura do II Congreso Nacional de Salud "Dr. Ramón Carrillo", dezembro de 1991 que, das 370 obras sociais regulamentadas por leis nacionais, devem ficar 30.

²⁴ Este Programa foi estabelecido pelo Decreto 492/95 e regulamentado pela Resolución ministerial 247/96. Supõe uma quantidade e diversidade de prestações que muitas obras sociais de fato não oferecem e não poderiam fazê-lo com o arrecadamento que têm, e apesar que outro decreto, o 292/95, plantea que se garante uma cota mínima mensal de \$ 30 para os trabalhadores titulares, que será contribuída pelo Fondo Solidario de Redistribución quando las cotas do trabalhador não cheguem a essa cifra.

comercial e superaram amplamente o montante destinado a temas específicos da reforma do modelo prestacional e da melhora da eficiência que é o que derivaria em benefício para os usuários²⁵.

O aprofundamento da desregulamentação

Poderíamos concordar com muitas das reformas desenvolvidas desde o aparelho de estado, a partir de 1991, se nos ativéssemos somente ao texto das normas e projetos. O sistema tal como foi conformado em Argentina, como em muitos outros países latino-americanos, não cumpriu com as necessidades da população, mas, geralmente, foi utilizado pelos dirigentes para seus interesses particulares, fossem políticos, sindicais ou estritamente pessoais. No entanto, é necessário pôr as normas e projetos em seu contexto, para ver como estão operacionalizando-se, quês articulações e conflitos têm gerado e quês nova configuração têm os resultados desses processos.

O sindicalismo aceitou a inexorabilidade da reforma que estava instalando-se e gerou algumas ações para manter seu poder de decisão na administração dos fundos da seguridade social. Para isto procedeu à criação de administradoras *ad hoc* às quais transferiam parte dos fundos administrados sob forma de contratos capitados. Estas administradoras, nas que os próprios sindicalistas tinham participação atuavam como intermediárias entre os usuários e os prestadores²⁶. Em outros casos, diretamente propuseram reformular os contratos

²⁵ Obtivemos informação confidencial das porcentagens designadas nos empréstimos outorgados à obra social de petroleiros. Desta informação desprende-se que enquanto à modificação do modelo de prestações e à introdução do médico de cabeceira, eram destinados U\$S 61.000, o programa de marketing e comercialização contava com U\$S 1.563.000.

²⁶ A primeira que desenvolveu esta modalidade foi a obra social de empregados de comércio, com mais de um milhão de afiliados. O Secretario General deste grêmio formou uma administradora à que a obra social entregou a administração de seus fundos.

com os prestadores tendo como base a modalidade de risco compartilhado ou contratos capitados, e/ou reorganizaram as obras sociais dentro de uma modalidade, basicamente em relação à imagem, mais próxima à da medicina de pré-pagos.

No entanto, desde o governo e o Banco Mundial, a intenção era, como vimos, que as mudanças fossem mais radicais e envolvessem o conjunto da seguridade social médica, quer dizer, que não dependessem da vontade dos dirigentes das obras sociais. A idéia que jaz sob o processo de reforma oficial, aponta à articulação dos diferentes setores sob o comando da lógica do mercado, onde todos os subsetores (estatal, privado e seguridade social) compitam pela obtenção de fundos. Também se estimula desde estas posições pagamentos maiores do bolso particular de parte da população e a participação ativa do setor privado como administrador e prestador.

Esta necessidade de aprofundar a reforma, em parte pela pressão dos organismos financeiros internacionais fez que, no final de 1994, o governo nacional solicitasse apoio financeiro ao Banco Mundial para a realização de um estudo da situação da seguridade social e de projetos para apoiar a operacionalização das normas sancionadas (PARSOS, 1995). Baseando-se no documento elaborado com este financiamento, denominado Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales, assinou-se o Decreto 439/96 pelo qual o governo e o Banco, estão de acordo em financiar em conjunto o Programa de Reconversión das Obras Sociales (PROS)²⁷.

²⁷ Para a execução deste Programa obtiveram-se os empréstimos 4002-AR / 4003-AR / 4004-AR, Projeto BIRF-PNUD ARG 96/005. O Banco Mundial outorga 150 milhões de dólares e o governo argentino deve colocar 210 milhões de contrapartida nacional, a través de fundos provenientes da mesma seguridade

Os empréstimos que foram oferecidos foram muito atrativos para os dirigentes das obras sociais, já que poderiam obter até três meses de arrecadamentos (tendo como base a média dos últimos doze meses), que seria devolvido em até 15 anos, com três sem taxação e juros de 3,75% anuais (MSAS, 1996).

O Programa apresenta três componentes a ser reconvertidos: a) o financeiro, que permite às obras sociais com dívida prestacional, solicitar fundos para saldar as mesmas; b) a planta de pessoal, que implica que aquelas obras sociais que estejam superdimensionadas poderão solicitar fundos para pagar indenizações por demissões; e c) o fortalecimento institucional, que é financiamento para desenvolver sistemas gerenciais e de operação, redefinição da estrutura, capacitação dos recursos humanos, sistemas de comunicação com os organismos de controle e reconversão dos sistemas de prestações médicas para cumprir com o PMO. Isto pode ser solicitado para todos ou algum dos componentes.

O processo de reconversão é pautado por três etapas: a) etapa de adesão, a obra social que decide participar da convocatória, assina um convênio, no qual se estabelece sua adesão às Políticas Sustantivas y Instrumentales de Salud de la Nación (Decreto 1269/92) e aos princípios do Programa de Reconversión de Obras Sociales; b) etapa de pré-qualificação, para ser pré-qualificada e ter acesso a financiamento deverão contar com não menos de 10.000 beneficiários até a data de apresentação e cumprir com os requisitos legais, financeiros e

contáveis, administrativos e prestacionais, para isto devem fazer um diagnóstico de situação. A pré-qualificação habilita à formulação do Plan de Reversión como passo prévio à qualificação final; e c) etapa de qualificação, as obras sociais terão que apresentar seu Plan de Reversión. O PROS outorga assistência financeira para a seleção e contratação de serviços de consultoria de assistência técnica para sua elaboração. As obras sociais devem aceitar que uma consultoria faça o Plan, e deve escolher de uma lista de 160 consultorias internacionais qualificadas pelo Banco Mundial.

Se obtém o crédito, o acompanhamento e o controle são realizados pela Gerencia de Monitoreo y Evaluación del Programa de Reversión, que depende do Ministerio de Salud de la Nación, quem eleva logo os planos e informes de evolução a uma empresa privada integrante da consultoria internacional Casals International Ltda., que realiza a aprovação final.

O Banco Mundial, apesar de ter uma participação minoritária no financiamento, é quem estabeleceu as pautas da reconversão e colocou às consultorias internacionais que realizam os diagnósticos, os planos de reconversão e a monitoragem final. Também é interessante o interesse que despertou entre os dirigentes gremiais a possibilidade de aceder a estes empréstimos, apesar de que as condições impostas implicavam, em muitos casos decisões muito difíceis, tais como aceitar que uma consultoria externa tenha acesso a toda a informação sobre a obra social, a demissão de pessoal, a venda de hotéis, centros de recreação e centros assistenciais, para cumprir com uma das exigências fundamentais que é aplicar o 80% à contratação de prestações

médicas. Pouco tempo antes de implementar-se os empréstimos a Confederación General del Trabajo tinha anunciado sua desaprovação²⁸.

No entanto, segundo o funcionário estatal de quem depende o PROS, quase todas as obras sociais apresentaram projetos de reconversão, ainda que não todas qualificaram (a fins de 1998, segundo um dado extra-oficial, 90 obras sociais haviam obtido o empréstimo). O governo e o Banco continuaram evoluindo e a fins de 1998, também foi aprovado o PROS para reconverter as obras sociais provinciais, que são os outros componentes da seguridade social da Argentina, não regulamentadas por leis nacionais, que têm um número de afiliados muito importante, já que cobrem aos empregados estatais das províncias e outros organismos dessas jurisdições.

Além das normas e projetos

Em outro artigo (Iriart et al, 1999) mostramos a entrada de capitais financeiros multinacionais nos sistemas de saúde de Argentina, Chile, Brasil e Equador. Nesta parte analiso como, a partir dos processos de reconversão da seguridade social médica descritos anteriormente, estes capitais, que estão fazendo vários anos à espera da desregulamentação dos fundos que administram as obras sociais na Argentina, têm incrementado estratégias que lhes permitissem ingressar como administradores desse fundos. Este processo tem sido desenvolvido apesar de que as normas de desregulamentação não os habilitam legalmente. No entanto, aproveitaram-se das brechas legais e fizeram acordos

²⁸ Ao ser aprovado PMO, em junho de 1996, um plenário dos máximos dirigentes da Confederación General do Trabajo declarou que apoiavam esta iniciativa, mas rejeitavam o empréstimo concedido por o Banco Mundial. Assinalaram que isto era a ante-sala da desregulamentação na que as obras sociais teriam que concorrer com as pré-pagas pelos afiliados. Também solicitaram que fossem derogados dois decretos que estabeleceram a livre escolha, pois achavam que seria colocada em prática com os empréstimos (Diario Clarín, 7/6/96)

com alguns grupo sindicais, ainda com a desaprovação de outros, no sentido de que a concorrência era desleal, já que os afiliados eram induzidos a optar pelos pré-pagos, através dos convênios que estes tinham com as obras sociais.

Com estas alianças consolidam-se os critérios de mercado no âmbito da seguridade social, onde até pouco tempo primavam critérios solidários. Estes novos critérios de mercado podem ser observados nas promoções realizadas durante os dois períodos que houve, até agora, para que os afiliados troquem de obra social (1997-1998). A publicidade (televisiva, por rádio e nos meios gráficos) estava em muitos casos realizada diretamente pelas empresas de pré-pago e mostrava as vantagens de se ter cobertura privada, através do sistema de seguridade social. As promoções telefônicas, postais e pessoais eram dirigidas aos afiliados de maiores ingressos, jovens, com famílias reduzidas e que provinham de empresas que não estão morosas no pagamento dos aportes e contribuições. É oferecida a possibilidade de ter coberturas médicas superiores ao Programa Médico Obligatorio (PMO) e prestadores diferenciais, mediante pagamentos adicionais.

Neste ponto colocaram-se em evidência as disputas dentro do próprio setor sindical aliado ao governo. Em abril e maio de 1998, os principais meios de comunicação refletiram a falta de acordo entre os grupos sindicais que administram obras sociais. A condução da Confederación General del Trabajo (CGT) questionou fortemente os dirigentes (todos membros de essa central) que tinham realizado acordos com a medicina de pré-pagos, e solicitaram ao governo que interviesse proibindo o tipo de publicidade que estava sendo feito, por

considera-lo desleal e ilegal. No entanto, apesar de declarações de que estava sendo estudando o problema, o governo nada fez por freiar estes mecanismos para atrair afiliados (Diario Clarín 5/5/98; 7/5/98; 10/5/98).

Contudo, se bem que a oposição do sindicalismo a que as empresas de pré-pago captassem diretamente seus afiliados foi intensa durante os primeiros anos de 1990, o avanço do capital financeiro internacional no setor privado de pré-pagos e prestadores e seu poder de pressão sobre o governo, tem feito que muitos dirigentes sindicais reavaliem sua posição. Neste sentido observa-se que os dirigentes mais ligados ao projeto neoliberal, e que manejam as maiores obras sociais têm optado por dar impulso a convênios de prestação com as empresas compradas por estes capitais, e inclusive tem feito acordos em relação ao gerenciamento direto ou a que captem a cotação do afiliado e dêem uma porcentagem à obra social²⁹.

Alguns exemplos específicos permitem mostrar este modo de operação³⁰:

1) O Banco Provincia, que é o banco estatal da província de Buenos Aires, unificou todas suas seguradoras com o nome genérico de Provincia Asegurar e lançou no mercado dos novos produtos: Provincia Vida e Provincia Salud.

Provincia Salud recebe o aporte de investidores norte-americanos, o fundo de investimento administrado pelo International Manager Care Advisors (IMCA), uma

²⁹ Neste sentido, é importante considerar que durante 1996 o governo transferiu várias obras sociais de administração mista (estado-sindicatos) aos grupos sindicais majoritários dentro da condução, que eram afins com a política oficial. Estas obras sociais que concentram um grande número de afiliados, foram o Instituto de Servicios Sociales Bancarios, o Instituto de Obra Social que dá cobertura aos empregados estatais de numerosas repartições, e o Instituto de Obra Social de Economía.

³⁰ A informação analisada foi obtida de entrevistas com dirigentes gremiais e assessores de obras sociais e da informação obtida pelos investigadores que simularam querer trocar de obra social e solicitaram informações às empresas cujas propagandas apareceram nos meios de comunicação. Também os próprios investigadores, por ser afiliados a obras sociais sindicais e em alguns casos ter um ingresso superior aos U\$S 1.000 receberam promoções postais.

empresa de saúde de New York criada por um fundo de investimento de 540 milhões de dólares. Recebem desde a França a assessoria da CNP Assurances, uma empresa estatal que é a maior seguradora do rubro na Europa, com 17 milhões de apólices e que tenta acompanhar a oferta de negócios bancários com a de seguros. Também recebeu o investimento de 26 milhões de dólares da Insurance Partners (um fundo norte-americano que movimenta 500 milhões de dólares).

O aporte que recebe do International Manager Care Advisors (IMCA), é feito através dos seguros Zurich e AON, as universidades Stanford, Duke e Harvard e o Chase Manhattan, dirigido por Mike Tabac, quem tem cumprido um papel fundamental na organização do sistema de saúde dos Estados Unidos e que foi mentor do novo plano de saúde imposto desde a Casa Branca. Administrou, entre 1982 e 1986, a Healthamerican Corp., a primeira pré-paga que cotizou na Bolsa, com 1.100.000 afiliados e 650 milhões de dólares em ingressos anuais.

Com este apoio financeiro e a experiência gerencial, Provincia Salud lançou-se a captar afiliados da seguridade social durante a abertura da troca de obra social de 1998. Para isto utilizou os convênios de prestação assinados com a Mutual de Empleados del Banco Provincia com a obra social que monopoliza o pessoal da pirâmide de rendas e característica horizontal (OSPERYH), com a de empregados de organismos de controle externo (OSPOCE), com a de metalúrgicos (Ossimra) e com a de pessoal hierárquico (OSJERA). Também fez acordo para gerenciar a Obra Social de Empresarios Pequeños e Medianos

(Osdepym).

Através de estes acordos de prestação e gerenciamento com obras sociais, fizeram durante o período de livre escolha de obras sociais (maio-junho 1998) uma forte campanha publicitária para captar afiliados da seguridade social. Este processo que, como assinalamos, não está legalmente habilitado, é realizado através de oferecer a incorporação a alguma das obras sociais com as que têm convênio. O trâmite exigido legalmente é realizado pelos gestores da instituição frente aos organismos correspondentes.

Ao solicitar informação aos promotores estes esclarecem que não todos os afiliados a obras sociais são aceitos, somente aqueles que têm ingressos superiores a U\$S 1.000. Ao aprofundar sobre a modalidade prestacional, os promotores do Banco informam que o afiliado terá uma credencial de Provincia Salud, pelo que não tem que se preocupar em saber a qué obra social está inscrito, já que, no caso desta reincidir o contrato com o Banco, este passará o afiliado a outra das obras sociais com a que tenha convênio. Também indicam que o trato será exclusivamente com Provincia Salud, que em nenhum caso o afiliado deveria ir à obra social designada. Mais ainda, provavelmente nem saberá qual é.

Com o aporte, que corresponde a um salário base de U\$S 1.300 pode assegurar-se um grupo familiar constituído pela mãe e 2 filhos no "Plan Rojo", com o que outorgam o PMO, com médico de cabeceira encarregado de todos os trâmites necessários quando exista a necessidade de requerer outros especialistas ou práticas aos pacientes que estejam sob sua atenção, e com os

co-pagamentos que estabelece o PMO. O único produtor na cidade de Buenos Aires para internações e práticas é um hospital de coletividade, denominado Britânico, e apesar do período de livre escolha já ter sido aberto quando foi iniciada a promoção, não contavam com a listagem de médicos de cabeceira. Para ter acesso a um plano com menores co-pagamentos, no exemplo que tomamos, teria que pagar U\$S 36 extras mensalmente.

2) O HSBC Banco Roberts é dono da “pré-paga” Docthos, cuja pasta de clientes está formada por 100.000 pessoas de classe média alta e média. Desde este pré-pago foi realizado um acordo de gerenciamento com uma obra social de empresa, OSDO, das hoje extintas empresas Duperial e Orbea, e solicitou à Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) autorização para atuar como obra social “aberta”, quer dizer, que pudessem captar afiliados das obras sociais sindicais nos períodos de livre escolha.

Durante o primeiro repasso de afiliados, realizado em 1997, OSDO e Witcel (do Exxel Group) foram as obras sociais de empresas que receberam mais passes. Assim, OSDO, que tinha 33.000 beneficiários, recebeu 72.300 novos adeptos, com um salário de U\$S 1.300 em média (mais do dobro da média de todo o sistema). A busca de novos afiliados foi dirigida a captar grupos inteiros e de atividades determinadas (muitos destes novos afiliados eram bancários). A maioria dos passes não foi realizada pelos empregados com clara consciência da opção que faziam, senão por uma estratégia de marketing que armava um cenário em que vários pré-pagos vinham oferecer seus serviços, no entanto, e sustentados em acordos prévios com a área de recursos humanos das empresas,

as pessoas passavam de forma massiva à OSDO. Os afiliados captados desta forma têm credencial, cartilha de prestadores e planos de Docthos. Igual ao Província Salud, com o desconto de obra social oferecem o serviço básico exigido pelo PMO, ao passo que, com aportes adicionais oferecem coberturas mais amplas, livre escolha de médico, etc.

Em 1998 lançam uma intensa campanha publicitária, apesar de que pelas queixas apresentadas pelas obras sociais sindicais e as de empresas (das que forma parte OSDO) o governo assinou o Decreto 1301/97 que proíbe os afiliados das obras sociais sindicais de passar às denominadas obras sociais de empresa

3) Outro exemplo desta modalidade de captação é representada pelo pré-pago AMSA, que é um dos mais antigos do país (36 anos), com a mais importante pasta própria entre os pré-pagos (240.000 afiliados) e com o maior número de convênios de prestação com obras sociais (10 obras sociais sindicais)³¹.

Através destes convênios, em 1998, lançaram uma forte campanha publicitária para captar afiliados da seguridade social médica, porém utilizando uma modalidade diferente das empresas anteriores, já que propunham que, se os afiliados de obras sociais queriam receber prestações de AMSA deveriam optar por alguma das dez obras sociais que tinham convênio com o pré-pago.

4) O caso da Unión Argentina de Sistemas de Salud (UNASS) representa a situação de algumas obras sociais que fusionaram-se, formando um consórcio que, por sua vez, associou-se a uma empresa gerenciadora. UNASS é o consórcio formado pelas obras sociais de plásticos, pintura, vidro, borracha e

³¹ Informação jornalística local (Diario Clarín, 5/98) e internacional (The Wall Street Journal, 6/8/98)) informou que Aetna, uma das seis maiores seguradoras de Estados Unidos, assinou uma carta de intenção para adquirir 49% deste pré-pagamento.

mineração, associadas com a International Medical Group Latin American Inc. (IMG), subsidiária de uma multinacional com matriz em Indianápolis (Estados Unidos), especializada na administração de coberturas médicas. IMG está instalada desde 1997 em Argentina e desde alguns anos antes em Brasil, Chile, Colômbia e Venezuela. Seus donos são a seguradora norte-americana International Medical Insurance Company (IMIC) e a seguradora inglesa Wasa International.

5) A obra social de bancários, denominada Solidaridad, também delegou o gerenciamento a uma consultoria internacional; neste caso Cooper & Lybrand. A gerenciadora internacional referida é a encarregada de monitorar as finanças e a administração, enquanto a consultoria denominada CBA se encarrega de outorgar as prestações médicas.

Informação jornalística local (Clarín 29/4/98) indica que há conversações entre Cigna (uma das seis maiores seguradoras dos Estados Unidos) e Solidaridad para que a primeira invista na obra social. Segundo a informação do Subsecretário de Regulación e Control e de um funcionário do Banco Mundial, Solidaridad e Seguros são as obras sociais mais evoluídas no processo de reconversão.

Discussão

O processo de reforma da seguridade social médica na Argentina permite

analisar como o sindicalismo - que até a década dos 90, havia sido capaz de situar-se como sujeito nas questões sanitárias - vai-se desfigurando, passando a ser um ator a jogar um papel subsumido pelas propostas neoliberais. Estas, têm no Banco Mundial um poderoso representante que, atuando a nível macropolítico, abre os espaços, disciplina os atores e difunde sua ideologia.

O sindicalismo argentino como sujeito das políticas, isto é, com capacidade de defini-las, de tornar a incerteza um caminho para a certeza que ele possa instalar, foi apenas um representante de seus próprios interesses, e não dos setores que supostamente representava, os trabalhadores. Neste ponto, o que agora temos, à luz dos processos desencadeados pela reforma é que sua qualidade de sujeito está sendo definida em um cenário em que outros agrupamentos sociais, não vêm ocupando este papel e lugar.

Por anos, discutiu-se na Argentina, a impossibilidade de se mudar radicalmente a estrutura do sistema de saúde, pela particularidade que oferecia a presença sindical na administração dos fundos da seguridade social médica. Por anos, os setores mais "progressistas" pensaram que a única coisa possível era a permanente negociação com este ator para obter mudanças favoráveis para a população.

Sem dúvida, eram outras as épocas, o movimento sindical tinha a força que lhe dava uma classe trabalhadora poderosa, inserida em um modelo de acumulação de pleno emprego, com uma distribuição de riqueza na qual a massa salarial representava em torno de 40%. Neste movimento sindical, e logo após a derrota sofrida por aqueles que aspiravam a uma sociedade mais igualitária,

surgiram como poderosos, os setores mais ligados ao projeto capitalista. Os que pensavam e pensam em serem parceiros dos setores mais concentrados da economia, mas que na realidade, neste atual processo de reforma que vem sendo vivido, não passam de sócios minoritários.

A partir da reconfiguração do capitalismo depois de meados dos 70, o capital financeiro necessita de novos espaços onde alocar seus excedentes e obter lucros (Lozano & Feletti, 1997; Iriart et al., 1999). Saúde é um deles, e o é, não somente na tradicional indústria de tecnologia e medicamentos, mas também na administração e financiamento. Porém, a massa mais importante de financiamento era/é administrada pelos estados e pela seguridade social, que em alguns países é estatal, em outros, como na Argentina, pertencem a organizações da sociedade civil. Por isso, para implantar a reforma, isto implica na necessidade de desarticular os sistemas tal como tinham funcionado nas etapas anteriores, quando o estado e outras organizações cumpriam uma função ativa na acumulação capitalista. Tinha que se transformar o sentido comum no qual a solidariedade e o direito à saúde passavam por formas organizacionais, nas quais o estado tinha um peso importante como seu sustentáculo e os trabalhadores tinham o direito a terem serviços diferenciados, por serem elementos centrais na acumulação capitalista.

Nesta etapa, tem que se implantar outras modelagens, tem que se instalar o conceito de que a liberdade de mercado representa melhor a população que seus antigos representantes políticos e/ou sindicais. Ensinar que se deve romper com as representações delegadas e assumir o gerenciamento da própria vida.

Instalar processos macropolíticos destinados a devolver, a cada beneficiário da seguridade social sua cota, que assim ficaria em condições de buscar o melhor para si, além de induzir desta maneira que as instituições prestadoras, desejosas de captar seus bens (o dinheiro), melhorassem dia a dia.

Os processos que se desenvolveram a partir do começo dos 90 ocorreram em todos os níveis da vida coletiva, estruturais e ideológicos, e estão modificando rapidamente o sentido comum. Sem dúvida, estes processos operaram sobre uma base da vida social. Este é o caso, por exemplo, na Argentina, quando as pessoas não se sentem mais, depois do retorno da democracia (em 1983), representadas nem pelos políticos, nem pelo sindicalismo hegemônico. A corrupção e a traição de muitos dirigentes políticos e sindicais, que têm mostrado sem velamento os interesses sociais que defendem e de comum acordo com os dos setores mais concentrados do capital, tornam mais fáceis aos discursos de cunho neoliberal a imposição de soluções mercado-centradas, que sejam vistas como verazes e naturais.

O solo sobre o qual operam estas propostas neoliberais é o conhecimento, por parte da população, de que os fundos da seguridade social foram administrados para satisfazer os interesses dos grupos sindicais e políticos que os controlam, que os benefícios são desiguais, já que quem detém mais informações e são beneficiários de uma política clientelista, obtém mais do que está inscrito como direito para o conjunto da sociedade, que os trabalhadores "donos das obras sociais" - nas palavras dos dirigentes sindicais quando tinham que enfrentar os que ambicionavam o controle de suas ações - foram maltratados,

desinformados e desprotegidos. Suas contribuições foram usadas para desenvolver um modelo de assistência que favorecia o setor privado, ainda que, muitas vezes, por falta de serviços deste setor os beneficiários tivessem que recorrer aos hospitais públicos. Os dirigentes sindicais constituíram-se em senhores dos fundos de seguridade social e construíram instituições segundo o que consideravam que seus representados ansiavam, e que segundo suas perspectivas, era o de serem atendidos pelo setor privado, para assim terem os mesmos direitos que as classes "abastadas".

O próprio sindicalismo criou uma identificação com a imagem de que a boa atenção e a qualificada assistência está no setor privado. Em sua maioria, não apoiou financeiramente os hospitais estatais, nem agora que estão obrigados legalmente. Antes, simplesmente "glosavam" os serviços privados aos seus afiliados, porque suas contas não fechavam, e as pessoas então tinham que recorrer aos públicos. Agora, preferem dar a administração dos seus fundos a gestores, a quem os hospitais estatais devem reclamar os pagamentos. Estes gestores negam-se a fazê-los, e como não são as obras sociais os serviços estatais não podem reclamar legalmente a cobrança sob o amparo legal. Aliás, este suporte jurídico foi definido, no nível macropolítico, pelo governo e o Banco Mundial, ao estruturarem os processos de financiamento da transformação dos serviços hospitalares estatais, em hospitais públicos de autogestão.

A partir do estado e dos organismos multilaterais de crédito advoga-se a necessidade de tornar transparente as relações que se estabelecem no sistema de saúde, para que os usuários tenham clareza sobre o que acontece com seus

recursos, saibam o que pode fornecer cada serviço, e então, possam tomar decisões “inteligentes”, informadas. Porém, está claro que é estruturalmente impossível a transparência de um sistema, porque sempre há um ponto que fica fora e que é capaz de desorganiza-lo, desestrutura-lo (Badiou 1990, Benasayag, 1997, 1998) a opacidade permanece. Assim, ao lado de uma silenciosa instalação deste novo significante, a atenção gerenciada, aparecendo como aquele processo que contém todos os bons atributos da liberdade de mercado, oculta-se o novo sujeito, o capital financeiro internacional e os processos micropolíticos que estão operando e modificando estruturalmente o sistema.

A partir dos setores que lutaram e procuraram implantar o neoliberalismo, desenvolveram-se a nível macropolítico um conjunto de normas legais e de projetos que produzem efeitos no espaço micro. Estes efeitos não são reflexos diretos daquelas normas e projetos, porque neste espaço operam instituídos e instituinte singulares, que vão conformando a situação específica que não pode ser revelada por estas normas e projetos. Neste espaço, é onde, ao se olhar o agir dos atores envolvidos, pode-se observar a emergência do capital financeiro internacional como sujeito capaz de provocar atos que transformam radicalmente o sistema.

O capital financeiro, como vimos, busca os interstícios, e ao atuar produz efeitos de sentido que reconfiguram estrutural e ideologicamente a situação. Sem dúvida, hoje na Argentina, a situação do sistema de saúde é radicalmente outra. O processo está sendo comandado pelas decisões administrativo-financeiras, já que neste processo de reforma provocou-se a desarticulação da corporação

médica, inclusive como um elemento chave para subordinar as decisões clínicas às administrativas.

Estes processos estruturais e ideológicos analisados que vão configurando um novo estado de situação têm também interstícios e pontos de não sentido que permitem pensar em sua desestruturação. As análises que consideram os fatores estruturais, mas não de modo exclusivo, têm por intenção mostrar as configurações que se estão produzindo, para buscar pontos de fuga. Estas análises não podem considerar de forma reduzida os determinantes estruturais que nos atam a ações possíveis de serem previstas a partir do estado atual do sistema, porque este estado atual só permite pensar no aprofundamento do projeto neoliberal. Em troca, devem propiciar um posicionamento analítico, crítico, dos processos em curso para conhecer o porque e o como do estado de situação, e assim tornar possível o encontro de pontos de não sentido que permitam desnaturalizar o processo. Isto possibilitará no nosso entender, que os projetos alternativos que existem tornem-se mais potentes, para permitir a transformação deste sentido comum opressivo que se instalou em muitas de nossas sociedades, inclusive ao viabilizar o forjamento de novos sujeitos no cenário. Porém, este é assunto para outras reflexões.

ANEXO: CONHECENDO O SISTEMA ARGENTINO (sua reforma nos 90)

O presente informe é parte do relatório final da equipe de investigadores argentinos da pesquisa "Atención Gerenciada en América Latina: su papel en la reforma de los sistemas de salud". A equipe foi coordenada por Celia Iriart e esteve formada por Silvia Faraone, Francisco Leone e Marcela Quiroga.

O trecho que apresento procura descrever a transformação que na última década vem ocorrendo no setor saúde argentino, considerando como analisador a importação de modelos de atenção gerenciada. Tentando também descrever e analisar as propostas em debate, a legislação existente e os projetos de financiamento internacionais sobre a reforma da seguridade social médica. Além, de analisar os projetos de lei de regulação das entidades médicas de pré-pagamento e seu debate nos marcos das audiências públicas levadas a cabo na Comissão de Assistência Social e Saúde Pública do Senado, recopiar e analisar informações sobre o ingresso de capitais transnacionais no setor saúde.

Este informe foi produzido no bojo da pesquisa como um todo e tem a finalidade de produzir mais informações detalhadas sobre o sistema argentino que é pauta deste capítulo. Ao final da tese anexamos as leis, mantendo o texto no original em espanhol, como foi gerado pela equipe de pesquisadores argentinos coordenados por mim.

Reforma da seguridade social médica

Em nosso país, o tema da cobertura através das obras sociais está ligado fundamentalmente ao conceito de "trabalhador", quer dizer, à integração ao mercado formal de trabalho, com um desenvolvimento e conformação pelo ramo de atividade ou pelo lugar de inserção trabalhista.

Estas instituições tiveram origem em empreendimentos de grupos mutuais, e posteriormente foram universalizadas. Em todos os casos o componente solidário e de redistribuição, com objeto de justiça, esteve presente conceitualmente.

Nosso sistema de seguridade social médica é de caráter obrigatório, legalmente institucionalizado a partir da década de 70. Sua estrutura

organizacional teve presente, em todas as etapas de sua formação, a intervenção de entidades gremiais, representativas dos trabalhadores do setor respectivo, com sua condução e com graus de responsabilidade variáveis: desde observadores e assessores, ou membros do Diretório com representação, até a dependência direta do grêmio, como acontece com as obras sociais sindicais.

Juridicamente, estas instituições enquadram-se como entidades de direito público não estatal com individualidade administrativa, financeira e de contabilidade (quadro 1):

ENTIDADES REGIME NACIONAL	OBSERVAÇÕES
Sindicais	Por ramo de atividade, com condução sindical.
Estatais	Dependentes dos Ministérios, Secretarias ou Empresas Estatais, administradas pelos organismos a que pertencem.
Por Convênio	Criadas através de acordos entre uma Empresa e a organização gremial; administradas pela empresa.
Por Adesão	Entidades excluídas do regime nacional, mas que aderem-se ao mesmo voluntariamente.
Lei 21.746	Correspondentes ao pessoal de grandes Empresas Estatais criadas por uma disposição especial.
Administração mista	Institutos criados por leis especiais, cuja condução é exercida por um diretório integrado pelo Estado, beneficiárias e empregadores.
Pessoal de Direção e Superior	Estão excluídas dos convênios coletivos de trabalho
De Empresas	Por empresa de trabalho.

Quadro 1: Obras sociais nacionais
Fonte: Elaboração própria.

Existe, além disto, um conjunto de obras sociais excluídas deste regime: Forças Armadas, Forças de Segurança, Polícia Federal, Polícia Militar, Poder Judicial, Congresso Nacional, Universidades, Obras Sociais Estaduais e da

Prefeitura de Buenos Aires, hoje Cidade Autônoma¹.

A conformação por ramo de atividade ou lugar de trabalho foi marcando uma atomização do sistema com um importante número de entidades. Existem atualmente - segundo dados da Gerência de Planejamento, Departamento de Registro Nacional das Obras Sociais, 6 de fevereiro de 1998 - 297 obras sociais nacionais² (quadro 2)

Obras Sociais	quantidade
Entidades criadas ou por criar	13
A.D.O.U.S.	21
Federações	4**
Por adesão	4
Sindicais	209
Estatais	2
Por Convênio de empresa	19
Pessoal de Direção	24
Administração mista	1
Lei 21.476	3
De empresas	1
TOTAL	297

Quadro 2: Quantidade de obras sociais do regime das leis 23.660 e 23.661, agrupadas por tipologia institucional.

Fonte: ANSSAL, fevereiro 1998

Atualmente, estas entidades cobrem 53% da população total do país. A dimensão em relação ao número de beneficiados, segundo a natureza institucional, varia consideravelmente, e se observa para 1997 que 59% dos beneficiados correspondem às obras sociais sindicais e 26% às de administração mista, enquanto que no outro extremo as obras sociais por adesão contam somente com 2%, as de empresas com 1.7% e as correspondentes à lei 21.746 com 0.2%.

¹ Dado o caráter deste trabalho dedicaremos-nos em forma especial às obras sociais de regime nacional.

² Deve-se destacar que o número de entidades existentes chegou a ser de aproximadamente 370 obras sociais em circunstâncias históricas de emprego pleno.

ENTIDADES	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Sindicais	7.099.79 2	7.319.02 4	7.585.00 3	8.031.90 8	6.699.84 9	9.508.33 0
Estatais	763.512	522.968	354.889	225.042	133.354	118.184
Por Convênio	216.143	92.855	46.159	88.609	53.120	72.711
Por Adesão	60.740	47.899	45.723	47.735	29.639	51.057
Lei 21.746	60.367	60.176	41.232	42.505	4.267	36.476
Administração mista	8.784.29 7	8.612.14 5	7.973.35 8	7.933.21 8	8.291.22 4	5.284.27 8
Pessoal de Direção	964.081	940.145	579.358	965.431	1.146.62 9	1.154.40 7
De Empresas	25.054	26.628	29.862	29.862	30.505	23.611
Especiais	-	4.467	4.572	4.821	6.175	7.249
TOTAIS	17.973.9 86	17.626.3 07	16.660.1 56	17.369.1 91	16.394.7 62	16.256.3 03

Quadro 3: Beneficiados totais (inclui beneficiados e familiares) de obras sociais segundo natureza institucional. Período 1990/1995.
Fonte: ANSSAL, 1995

ENTIDADE	1997		
	TITULARES	FAMILIARES	TOTAIS
Sindicais	3.527.690	5.791.014	9.318.70 4
Estatais	34.228	54.287	88.513
Por Convênio	27.349	55.641	82.983
Por Adesão	12.782	19.521	32.303
Lei 21.746	1.006	2.907	3.913
Administração mista	2.709.665	1.309.262	4.018.91 7
Pessoal de Direção	442.565	806.148	1.248.71 0
De Empresas	8.725	18.003	26.728
ADOS	23.725	47.409	71.134
De outra natureza	371.201	429.688	800.889
TOTAIS	7.158.914	8.533.880	15.692.7 94

Quadro 4: Beneficiados de obras sociais segundo natureza institucional.
1997

Fonte: ANSSAL.1997

As obras sociais nacionais são as que neste momento concentram a atenção no debate em torno à transformação do sistema, operando-se desde o início dos anos 90 importantes mudanças no setor: naturalizam-se as posições que consideram o âmbito sanitário como um mercado e as instituições da seguridade social como participantes naturais da licitação distributiva, convertendo a saúde em um bem passível de compra pelos indivíduos de modo particular.

Sob esta lógica emergem projetos de reforma, propostos por setores oficiais e não oficiais e normas legais que, através de imposições de bancos internacionais, gerarão a construção do modelo de desregulamentação deste subsetor.

Projetos de reforma propostos por atores nacionais

No processo de desregulamentação do sistema existente, diferentes atores em confronto vão consolidando-se: a direção sindical, as corporações profissionais, os empresários da saúde e os sanitaristas, que historicamente participaram do debate, aos quais somaram-se atores vinculados ao capital financeiro, setores que impõem uma lógica economicista na análise desta problemática. Coloca-se uma disputa básica com os setores sindicais, que são acusados de corrupção e manipulação de clientes, tentando afastar as corporações, procurando impor a lógica dos interesses privados nacionais e internacionais.

O tecido no qual ocorre estas disputas vai constituindo uma trama complexa onde diferentes atores avançam e recuam em seus objetivos. Apesar das grandes tentativas por parte dos setores "oficialistas", não se consegue institucionalizar a reforma em todos seus aspectos. Isto acontece principalmente porque as obras sociais pressionaram os sindicalistas em negociações que exigiam que os grêmios limitassem a conflitividade social, e que seus representantes no Congresso votassem as leis de privatização da previdência

social, as de flexibilização trabalhistas e as que reduziram os custos do trabalho retirando dos empregadores vários encargos sociais.

Neste contexto aparecerão, a partir de dois diferentes setores, projetos que tentam instalar os dispositivos em debate. Estes projetos serão altamente transcendentais já que marcarão o rumo das transformações que fixar-se-ão mais tarde através das diferentes normativas. Os mais relevantes são: os apresentados pela Fundación de Investigaciones Económicas (FIEL)³ – projeto 1991 e projeto 1995 -, e o conhecido como proposta para uma Organización Solidária de Atención Médica (OSAM), apresentado por um grupo de técnicos do Ministério de Economía⁴ e a proposta do ANSSAL⁵.

A proposta de 1991, apresentada pela **Fundação FIEL** destaca, como pontos importantes em relação ao regime de obras sociais, que sua estrutura nega aos beneficiados a possibilidade de escolher com quem contratar seu seguro de saúde, ferindo a soberania do “consumidor”, e eliminando a possibilidade de concorrência, o que subtrai incentivos para superar em quantidade e qualidade os serviços prestados. Censura a dispersão do gasto administrativo e a duplicação da cobertura, assim como a dissociação entre ingressos em função da base de contribuição do sistema que o une ao salário. Estabelece como causa importante do desequilíbrio a contratação por ato médico e atribui aos pacientes uma tendência ao excesso de consumo, produto do reduzido preço das prestações ou da inexistência destas. Todas as variáveis estão delimitadas em um contexto de ausência de “mercado competitivo”.

³ A Fundación Fiel foi criada em 1964 pela Cámara Argentina de Comercio, a Bolsa de Comercio de Buenos Aires, a Unión Industrial Argentina e a Sociedad Rural. A proposta do ano 1991 é extraída de um documento em esboço que circulou no âmbito sanitário e a do ano 1995 de uma publicação do CEA denominada “O sistema de seguridade social: una proposta de Reforma”.

⁴ O inspirador deste projeto foi Osvaldo Giordano, da Fundación Mediterránea e assessor do então Ministro de Economía, Dr. Cavallo, quem dava impulso também à participação das entidades de medicina prepaga.

A síntese que aqui se apresenta foi extraída do último rascunho apresentado.

⁵ Esta foi apresentada no marco do II Congresso Nacional de Saúde “Dr. Ramón Carrillo”, realizado em dezembro de 1991. Este Congresso teve como objetivo analisar a situação da saúde e particularmente da seguridade social. Participaram os representantes designados pela ANSSAL, pelas obras sociais, pelos organismos representativos dos prestadores, pelos organismos estatais reitores da política de saúde nas diferentes jurisdições, além de outras instituições, profissionais e diretivas vinculadas aos temas analisados. Da publicação do documento deste congresso foram extraídos os elementos desenvolvidos aqui.

A partir deste diagnóstico, FIEL realiza uma proposta de reforma que tem como base um sistema estruturado em três segmentos: Programa Nacional de Saúde, Sistema de Seguro de Saúde e Entidades Privadas.

A proposta para o Sistema de Seguro de Saúde, com cobertura para os trabalhadores em relação de dependência e trabalhadores autônomos, tem caráter obrigatório e é estruturada sobre a base do princípio de livre escolha da prestadora de serviços. Este sistema estaria financiado por aportes e contribuições sobre o salário que variariam entre 1% e 2% para a cobertura de um plano básico, porcentagem que implicaria uma diminuição importante do custo da mão de obra. As prestadoras de serviços poderiam oferecer planos alternativos financiados por aportes individuais. Incorporam-se prestadoras de serviço aos seguros privados. O documento designa ao setor público um papel de financiador da cobertura dos indivíduos sem capacidade de pagamento – indigentes, incapacitados, doentes mentais, doentes crônicos, etc. - e estabelece que as entidades privadas de saúde atuariam sem nenhum tipo de regulamentação, exalta o papel das empresas que tendem a concentrar a totalidade das práticas prestadoras de serviços.

A segunda proposta, apresentada pela **FIEL** e pelo **Consejo Empresario Argentino (CEA)**, em 1995, aprofunda o diagnóstico desenvolvido no projeto anterior e avança ainda mais na definição de reforma.

Neste documento destaca-se que as obras sociais têm uma importância escassa desde o ponto de vista das produções de serviço assistenciais devido ao pouco desenvolvimento da capacidade instalada e a falta de equipes próprias de profissionais, o que levou estas organizações a depender de contratações junto ao setor privado, e mais recentemente, aos hospitais públicos. Enfatiza-se a ausência de concorrência entre as diferentes entidades, reiterando que isto é produto da impossibilidade da livre escolha.

O documento põe ênfase na análise do modelo de financiamento adotado pelas obras sociais. Estabelece que o mesmo corresponde ao de um sistema de distribuição limitado ao interior de cada obra social - os recursos de cada entidade são destinados a prover os mesmos serviços para todos os beneficiados,

independentemente do aporte efetuado por cada um deles -, destaca-se que este mecanismo tem sido utilizado historicamente como argumento para considerar o sistema como solidário. Esta qualificação, segundo estes analistas, é paradoxal ao se observar os recursos disponíveis (per capita) nas diversas obras sociais, além disso destacam que o esquema de distribuição é substituído por uma iniquidade horizontal significativa, já que indivíduos nas mesmas condições que realizam o mesmo aporte recebem benefícios diferentes, impondo-se um divórcio entre os aportes individuais e os serviços recebidos, incluindo que os afiliados no sistema atual estão impedidos de efetuar pagamentos adicionais com a finalidade de obter maior ou melhor cobertura.

Ao sistema de financiamento das entidades - baseado no salário e no cálculo de base atuarial que reflete o custo da atenção médica -, atribui-se a ruptura do vínculo entre os recursos contributivos de cada associado e seus prováveis usos, considerando que a dissociação entre ingressos e egressos de cada entidade marca a dificuldade de garantir, de modo simultâneo, a viabilidade financeira do sistema e a cobertura de produção de serviços. Destaca-se também que a política seguida pela seguridade social não reconhece a existência de uma restrição financeira, o que gera uma deterioração na qualidade dos serviços ou uma cobertura menor que a anunciada. Outro aspecto destacável da análise é a designação de recursos para fins alheios aos dos serviços assistenciais.

Baseado nisto e partindo dos mesmos critérios anteriormente estabelecidos no documento de 1991, avança-se ainda mais em algumas definições.

Ao tema da livre escolha une-se a de que o seguro será contratado de modo temporário através do empregador.

Abre-se o mercado à concorrência entre entidades, tendo sido estabelecido que aquelas que desejam qualificar-se terão caráter privado regulamentado pelo Estado - não introduzem restrições adicionais à participação na oferta, nem se discrimina de nenhum modo as instituições -, a não ser a pressão para estas incorporarem todos os beneficiados que solicitem isto, desde que não esteja preenchido o número máximo de vagas.

As taxas serão fixadas livremente. No entanto, destaca-se que as mesmas terão como característica serem iguais no caso dos indivíduos que pertencem a

mesma categoria de risco, tendo os mesmos benefícios e residindo na mesma área. Como requisito, as entidades terão como obrigação oferecer um plano de cobertura standard (PCE), modificável com o tempo, e que contenha os benefícios básicos definidos pela agência reguladora. Contudo, podem ser incluídos planos mais amplos que o PCE. Também se estabelece liberdade para fornecer os serviços assistenciais de modo direto ou através de terceiros.

O financiamento do sistema está apoiado em aportes individuais sem estabelecer uma proporção fixa do salário, o requisito indispensável é a obrigação de contratação por grupo familiar, um plano correspondente ao PCE.

Tem-se em vista a constituição de um Fundo de Seguro Integrado por uma contribuição obrigatória sobre as remunerações, cuja finalidade seria auxiliar o financiamento do PCE dos grupos de menores recursos.

Em relação ao controle das entidades, propõe-se a criação de uma autoridade de aplicação, tanto em relação ao cumprimento dos contratos com os afiliados como no que se refere às questões técnicas vinculadas à sua atividade.

O documento também coloca que dado que esta reforma implica uma mudança significativa na organização do mercado de atenção médica, é importante ter presente aquilo que se denominaria um período de transição - não menor que seis meses.

Neste processo destaca-se a existência de duas questões:

- Em primeiro lugar, a determinação da conveniência de outorgar algum privilégio especial às obras sociais que funcionam hoje no sistema, para facilitar sua reconversão. Neste sentido, estabelece-se que o objetivo da Reforma é proteger os beneficiados do sistema e não as entidades que participam dele. Sob estas condições o documento pleiteia que não existem argumentos sólidos que justifiquem a ajuda financeira do processo de reconversão das obras sociais. Também marca a inexistência de alguma razão para outorgar a estas entidades uma reserva de mercado temporária que, segundo expressa, traduzir-se-ia em uma concorrência desleal com as potenciais seguradoras ingressantes.

- Em segundo lugar, a crise de cobertura que pode ocorrer devido a incerteza de quais entidades permanecerão ou não no mercado. Em relação a este aspecto

propõe-se que, entre o anúncio da reforma e seu posterior funcionamento, a autoridade de aplicação exerça uma forte supervisão da fluência de fundos e da de cobertura. Por sua vez, para as obras sociais com menos de 5.000 beneficiados, que no novo esquema não poderão sobreviver, estipula-se como conveniente outorgar-lhes um novo prazo, por volta de dois meses, para que participem de um processo de fusão, ou, em sua impossibilidade, para que sejam fechadas. Neste último caso, se advoga a redistribuição voluntária dos afiliados entre as entidades que tenham similar arrecadação per capita. Tratamento igual é proposto para as entidades que apresentam problemas ou que não ofereçam informações sobre o fluxo de fundos e cobertura. Finalmente, estabelece-se um período de três meses, logo após o anúncio da reforma, para que as obras sociais que ainda estejam no sistema comuniquem sua intenção de participar do novo. As que não o fizerem, receberão um tratamento similar ao já descrito anteriormente.

No que diz respeito ao Fundo de Redistribuição, o documento propõe que a partir do anúncio da reforma até sua implementação, a divisão seja efetuada de modo exclusivo em relação inversa aos recursos per capita das entidades que permaneçam no sistema.

A proposta do **Ministério de Economía** - Organização Solidária da Atenção Médica (OSAM) - surgiu em forma de decreto para ser posto em vigência pelo executivo e circulou pelos diferentes gabinetes, âmbitos do poder legislativo e corporações profissionais, empresariais e sindicais, procurando a viabilidade política para a sua promulgação⁶. Este projeto estabelece como ponto de partida que a crise da seguridade social médica é produto das regras do jogo sob as quais se desenvolveram estas entidades, como: a excessiva regulamentação normativa, a incapacidade do Estado para exercer o poder regulador, a existência de populações cativas e o regime financeiro que não garante um tratamento igualitário para todos os trabalhadores.

⁶ Além de Giordano, já citado, participaram A.Torres e A.C. Riobó, que realizaram mais de 40 rascunhos a pedido da Secretaría de Coordinación Técnica e administrativa del MEyOSP, dos que os dois últimos foram trabalhados coordenadamente com a secretaria equivalente del MSyAS a cargo do Lic. Diego García.

Para superar estas problemáticas propõe-se uma nova organização baseada em quatro premissas: a) a definição clara e simples da fronteira reguladora - definição de serviços básicos obrigatórios -; b) a livre afiliação e incorporação de novas instituições; c) a universalidade - o alcance a todas as pessoas em condições iguais -; e d) a criação de um novo regime financeiro.

Dentro disto, destacam-se:

- A criação no Ministério de Saúde e Ação Social, das Direções Técnicas, Administrativas, da Superintendência de Serviços Médicos e Econômico-Financeira para substituir a ANSSAL.
- A afiliação única a uma obra social.
- A liberdade de escolha da prestadora de serviço e a possibilidade de mudança.
- O estabelecimento de um programa de serviços básicos.
- A incorporação como produtoras de serviços de outras entidades diferentes das obras sociais.
- A incorporação dos serviços públicos como produtores de serviços com orçamento estatal diferenciado.

Estabelece-se um regime financeiro através da criação de uma cota em separado de atenção médica - CUPAM - obtida da divisão da arrecadação por aportes e contribuições, pelo número total de beneficiados do sistema. Segundo esta proposta o Sistema Único de Seguridade Social (SUSS) será o encarregado de redistribuir as CUPAM às entidades produtoras segundo o número de beneficiários creditados.

Para o desenvolvimento da proposta o documento considera imprescindível contar com padrões atualizados de beneficiados, sendo possível o ingresso dos trabalhadores autônomos a uma CUPAM.

A partir desta norma as leis 23.660 e 23.661, sobre as Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde, respectivamente, perderiam efeito.

Para esta proposta a diferenciação das produtoras de serviço seria dada pela quantidade de afiliados que aderissem.

A proposta da **ANSSAL** parte de um diagnóstico que marca a ausência de uma política de saúde coerente e consistente desde a década de 70, o que, segundo os analistas determina que as obras sociais cumpram com um papel regulamentador sem a existência de uma planificação de acordo com as prioridades e os papéis. Também destaca que o sistema de cobrança utilizado pelas obras sociais contribuiu para tirar a transparência em relação as mesmas – produtor de serviços privado obsoleto em muitos aspectos, desarticulado em outros, favorecendo a tendência à violação das pautas contratuais.

O documento destaca que o regime legal teria que flexibilizar-se, limitando-se à fixação de regras substanciais e gerais e facultando o órgão de aplicação para a execução destas políticas com critérios de adaptabilidade e funcionalidade.

Afirma que a situação atual – do ano 1991 - das obras sociais é produto do fato de terem sido historicamente governadas por pessoas de fora, alheias ao sistema, encomendadas pelos governos de plantão e submetidos as suas diretivas, interesses políticos e preconceitos ideológicos; assim como ao fenômeno da burocratização, que em alguns casos chegou a proporções realmente notáveis: excesso de pessoal, carência de estrutura de custos e de controle de gestão, entre outras.

O documento refere-se de modo relevante, quanto ao diagnóstico, aos prestadores próprios, sustentando que: estão localizados de forma inadequada, produzindo uma superposição de estabelecimentos em determinadas zonas - particularmente na Capital Federal e em algumas zonas da Grande Buenos Aires - trazendo como conseqüência a carência em outros lugares e a sub-utilização dos serviços. Do mesmo modo assinala uma marcada decadência de tais prestadores por causa da falta de investimento, derivada das dificuldades financeiras em geral e do custo elevado da sua manutenção e funcionamento.

Em relação ao hospital público aponta a ausência de uma interação adequada de agentes e prestadores na base de uma política orgânica e integral de saúde.

Após este diagnóstico, os técnicos do **ANSSAL** propõem para a reforma do sistema: pautar uma população beneficiada mínima que garanta a viabilidade

econômico-financeira das obras sociais. As que não cumprirem com este requisito terão que implementar formas de associação, fusões ou incorporações que lhes permitam emergir da situação de risco em que estão.

Reduzir o gasto administrativo, tendo como base o uso de 80% em gastos de atenção à saúde e não mais de 8% em relação ao administrativo; incorporar tecnologias de gestão, modernizar seus circuitos administrativos, informatizar-se e respeitar o caráter técnico das diferentes áreas, designando a responsabilidade de conduzi-las à especialistas de "formação sólida" e a implementação de uma rede nacional de informática de saúde como requisito tecnológico insubstituível.

Em relação aos serviços próprios o documento estabelece que não podem ter capacidade ociosa, propõe-se a abertura destas instalações para serem utilizadas por outras obras sociais através de programas e convênios; enfatiza-se a utilização dos serviços públicos através de uma nova contratualidade e não como substituto forçado de sua ineficiência.

Em relação ao ANSSAL, o documento propõe que este deverá dispor das faculdades necessárias para impulsionar, orientar, coordenar e supervisionar as políticas enunciadas antes. Estabelece-se que a ANSSAL terá que definir os conteúdos e o alcance da cobertura de saúde que obrigatoriamente terão que outorgar as obras sociais.

As normas de desregulamentação das obras sociais⁷

Os projetos descritos até aqui estão centrados no processo de desregulamentação das obras sociais tendo como objeto abri-las à concorrência com o setor da medicina de pré-pagamentos. Se bem que estes projetos, apesar de não terem sido implementados do mesmo jeito que seus redatores propunham, marcam as tendências predominantes pretendidas pelos atores mais privatistas, que a partir de posições de poder, disputam com o sindicalismo o destino destas instituições.

⁷ Neste ponto comentam-se os aspectos mais destacáveis da legislação. Para a aprofundamento, remeter-se ao anexo - final do capítulo - onde se realiza uma síntese dos principais Decretos.

Estas disputas, que estão representadas nos aparatos do Estado, resultarão em uma série de decretos do PEN, que em um complexo e sutil rearranjo do setor, o vai transformando radicalmente.

O Decreto PEN 9/93 é o que inicia as pautas substantivas que marcam o rumo deste processo, e que logo irão se expressando em normas sucessivas.

Nelas surge como conceito base a liberdade de escolha das obras sociais, instaurando-se a idéia que o beneficiado, de modo individual, é quem tem que decidir em qual instituição irá colocar suas contribuições. Isto é, fundamentado no fato de que os mesmos são de propriedade do trabalhador e constituem parte do salário indireto.

O conceito de salário indireto que foi utilizado historicamente pelos setores progressistas como bandeira de defesa dos direitos do trabalhador, apontando para um modelo solidário de distribuição dos recursos na atenção da saúde, é redefinido a partir de uma concepção individualista. Quebra-se o princípio de solidariedade e instala-se o da propriedade individual dos benefícios e contribuições.

A livre escolha é justificada na normativa como o modelo que contribui para uma maior eficiência institucional, através da concorrência que as entidades gerariam a partir da necessidade de captar afiliados, que teriam possibilidade de trocar de obra social.

A opção de troca, apesar de ser mencionada em diferentes decretos, será efetivada em outubro de 1996. Esta poderá exercer-se somente uma vez ao ano, de 1º de maio a 30 de junho de cada ano. Os afiliados que fizerem opção pela troca permanecerão na instituição escolhida até completar um ano, para depois se desejarem solicitarem uma nova troca. Não podem mudar de obra social aqueles que recebem um salário inferior a \$ 228 ou os desempregados que estejam recebendo seguro desemprego.

Duas outras medidas reiteradas nos decretos e que se articulam com as desenvolvidas até aqui, são: a obrigação do trabalhador e de seu grupo familiar de pertencer a somente uma obra social e a obrigação dos casais, quando ambos

cônjuges são beneficiados titulares, de optar por uma única entidade acumulando as contribuições. Estas duas ações ainda não foram efetivadas.

Todas estas medidas tem um peso fundamental na transformação das obras sociais. Tiveram que construir novos padrões de dados, o que implicou em uma transparência maior em relação ao número de afiliados da seguridade social médica (em geral, os dirigentes aumentavam o número para receber uma proporção maior do Fundo de Redistribuição). Além disso, foram obrigadas a realizar campanhas publicitárias que geram gastos que até então eram inexistentes, atualmente (maio de 1998) estão sendo produzidas intensas campanhas para captar afiliados. Os empréstimos do PROS têm sido utilizados, em uma alta porcentagem, com esta finalidade.

E em alguns casos o volume de investimento para a campanha comercial supera amplamente o montante destinado a temas específicos da reforma do modelo prestador e da melhora na eficiência, que é o que efetivamente redundaria em um benefício para os usuários.

Deste modo, apesar dos decretos não mencionarem de forma explícita a participação privada na oferta de serviços das obras sociais, observa-se, na normativa, uma sutil tendência em direção à participação deste setor na seguridade social médica.

De fato, na prática, numerosas obras sociais já têm realizado ações neste sentido, tais como: a assinatura de convênios com sistemas de pré-pagamento para que administrem total ou parcialmente suas pastas de afiliados e a venda de obras sociais para entidades ligadas ao capital financeiro internacional.

Em relação ao primeiro ponto, na abertura deste ano (1998) para a escolha de obra social, vários pré-pagamentos realizaram publicidade destinada a captar afiliados da seguridade social. Isto não está legalizado, mas induz aos trabalhadores a mudança para as obras sociais que têm convênio com elas, como é o caso da Provincia Salud, AMSA e Docthos, entre outros. Referindo-se ao segundo ponto, um exemplo é constituído pela compra de duas obras sociais do convênio Witcel e OSD0 (não tinham praticamente afiliados porque pertenciam a

empresas liquidadas) pelo Exxel Group e o Banco Roberts respetivamente, através das quais, ambos grupos puderam captar afiliados de obras sociais sindicais.

Outro aspecto relevante da normativa é a intenção de redução do custo trabalhista. Isto se enquadra dentro da flexibilização e ocupa um lugar importante nas negociações com os empresários. No que diz respeito aos aportes e contribuições para a seguridade social médica aparece em diferentes decretos a diminuição desta última⁸.

Com esta medida as obras sociais vêem a redução de seus ingressos impulsionando, paralelamente, a idéia de que o trabalhador melhore sua cobertura médica através da compra de planos adicionais com pagamento particular, o que gera uma tendência de equilibrar a situação financeira das entidades e a aumentar a responsabilidade individual na proteção da saúde.

Também determinam-se por um decreto do PEN as prestações assistenciais para as obras sociais através do Programa Médico Obrigatório (PMO)

O PMO consiste em uma cobertura ampla que inclui a atenção das prestações, diagnóstico e tratamento médico, não sendo possível estabelecer-se períodos de carência, nem co-seguros, nem co-pagamentos, fora dos

⁸ O financiamento das obras sociais - tanto no que se refere aos aportes pessoais, como às contribuições patronais- tem variado desde 1970 até os dias de hoje.

Com a lei 18.610/70 ficava estabelecido que 1% seria dos aportes pessoais (no caso de que o trabalhador tivesse familiares dependentes o aporte duplicaria) e 2% para as contribuições patronais, total 3%. Durante 1971, a lei 18.980, manteve o mesmo aporte.

A lei 21.092/75 aumenta em 0.5% as contribuições patronais, subindo para 3.5% o total da arrecadação sobre o salário do trabalhador.

No mesmo ano, pela lei 21.216 os aportes pessoais sobem para 2% e as contribuições para um 4.5%, resultando um total de 6.5%.

Em 1988, a lei 23.660 aumenta um 1.5% as contribuições patronais, chegando a seu ápice com 6%, aumentando o total a 9%.

O decreto 2609/93 diminui as contribuições patronais, diferenciadas segundo as jurisdições, com o objetivo de incentivar e promover a produção regional a partir da redução dos custos laborais nas atividades de produção primária, a indústria, a construção, o turismo e a investigação científica. O decreto 372/95 reduz o benefício outorgado, ao setor patronal, pelo decreto anterior mas o estende à totalidade da atividade econômica.

Finalmente o decreto 292/95 reduz novamente, sob a mesma lógica que o decreto 2609, as contribuições patronais.

expressamente indicados pela regulamentação.

Também organiza um sistema através de uma porta de entrada, que será o clínico geral, e que terá que atender o paciente pela primeira vez, sem que este possa recorrer diretamente a um especialista.

O dever mínimo das obras sociais é outorgar o PMO, no entanto, a normativa expressa que poder-se-á ter acesso a coberturas melhores ou a prestadores, através de pagamentos adicionais. Isso tem implicações no que já foi assinalado anteriormente, quanto à diminuição do custo trabalhista. Também é central o estabelecimento da diferenciação entre trabalhadores, baseada na distinta capacidade econômica para contratar maiores prestações ou melhores prestadores no próprio sistema de obra social.

Como está dito na norma estabelecida pelo PMO, as obras sociais que não possam cumpri-lo deverão fundir-se ou desaparecer. De fato, isso apontaria rumo a uma concentração do setor⁹.

Finalmente, outro aspecto importante da normativa é a imposição da obrigatoriedade de pagar aos hospitais públicos de autogestão pelas prestações que os afiliados das obras sociais recebam nos mesmos. Esta medida está fundamentada, desde o âmbito governamental, na noção de que as entidades estatais cumpriram um papel subsidiário da seguridade social, especialmente a partir da crise financeira destas durante a década de 80, que provocou que muito da população coberta se dirigisse ao setor público em busca de prestações de saúde.

Sob este argumento que questiona a capacidade de subsidiar que o Estado apresenta em relação às obras sociais, foi emergindo a idéia de que os estabelecimentos públicos obtenham fundos que estão além do orçamento, para desenvolver suas atividades.

As obras sociais questionam esta obrigação já que apontam que nem todos os hospitais estão em condições de dar as prestações que lhes são

⁹ Segundo informação extraoficial, durante 1997 e 1998 são dados de baixa 14 e 11 obras sociais respectivamente, sendo conhecida tão somente 1 fusão durante esses dois anos.

orçamentadas, e que os preços são estabelecidos unilateralmente pelo setor estatal e que não podem ser realizadas auditorias. A maioria delas, de fato, não tem feito convênios com os hospitais de autogestão.

Reconversão das obras sociais (PROS)

Para a implementação das medidas que aparecem na normativa, o governo nacional solicitou o apoio do Banco Mundial. Ao final 1994, estabelece-se uma linha de empréstimos para financiar um estudo da seguridade social médica que se traduz em um documento chamado Programa de Apoio à Reforma do Sistema de Obras Sociais, que não chegará a ser posto em prática, mas que dará lugar a assinatura do Decreto PEN 439/96, pelo qual estabelece-se um acordo entre o Governo Nacional e o Banco Mundial para o financiamento conjunto do Programa de Reconversão das Obras Sociais (PROS).

Para a execução deste Programa, foram obtidos os empréstimos 4002-AR / 4003-AR / 4004-AR, Projeto BIRF-PNUD ARG 96/005. Estes empréstimos vão se integrar com 150 milhões de dólares aplicados pelo Banco Mundial e 210 milhões de contrapartida nacional aprovada pela ANSSAL, dando um montante de 360 de milhões de dólares.

Estes empréstimos são para serem executados através do MSAS via SubSecretaria de Regulação e Fiscalização, que se encarrega da Unidade Executora do Programa de Reconversão das Obras Sociais (UEPOS). Esta Unidade funciona no prédio da Superintendência dos Serviços de Saúde e seu pessoal e atividades são financiadas com os empréstimos destinados à reconversão.

As características do empréstimo são as seguintes: a) o montante máximo para cada instituição solicitante será de até um máximo de três meses de arrecadação, segundo a média dos últimos doze meses. No caso de se requerer uma quantia superior, será avaliado pela via de exceção; b) os fundos serão administrados através do Banco de la Nación Argentina; c) o prazo de devolução do empréstimo será de até 15 anos, com três anos de carência, sendo a último cota de amortização em setembro de 2011 e a primeira em setembro de 1999; d)

os juros serão de 3,75% nominais anuais; d) cada cota do empréstimo será paga através de um mecanismo de retenção automático efetuado pela Direção Geral Impositiva (DGI) sobre a arrecadação das obras sociais que solicitem o empréstimo, para tal o PROS assinou um convênio com esta Direção; e e) os empréstimos serão desembolsados em partes, a ser definidas no Convênio de Execução, cada desembolso implicará no estabelecimento de metas cujo cumprimento condicionará o desembolso seguinte.

Os objetivos do PROS são: a) apoiar as obras sociais no processo de reconversão, assegurando a otimização da qualidade prestadora e cumprimento adequado do Programa Médico Obrigatório; b) outorgar apoio técnico e financeiro para que as obras sociais atinjam condições adequadas de equilíbrio e sustento; c) contribuir com as autoridades nacionais na adequação do limite de regulamentação pelo qual deverão serem regidas as instituições da seguridade social; e d) melhorar substancialmente os padrões de afiliados.

O programa apresenta três componentes a ser reconvertidos: a) o financeiro, que permite às obras sociais com dívida junto a prestadores de serviços, pedir fundos para cancelar as mesmas, de acordo com o estabelecido no plano aprovado; b) a estrutura de pessoal, isto implica que aquelas obras sociais que estejam superdimensionadas nesta área poderão pedir fundos para destiná-los ao pagamento de indenizações que facilitem a readequação da estrutura de pessoal às novas necessidades organizacionais; e c) o fortalecimento institucional, quer dizer, financiamento da assistência técnica para o desenvolvimento de sistemas gerenciais e de operação, redefinição de sua estrutura, capacitação de recursos humanos, sistema de comunicação com os organismos de controle e reconversão dos sistemas de prestações médicas. As obras sociais podem solicitar o empréstimo para destiná-lo a todos ou a alguns destes componentes

O processo de reconversão coloca-se em três etapas: a) etapa de adesão, a obra social que decida participar da convocatória, assinará um convênio, no que ficará estabelecida sua adesão às políticas substantivas de saúde e aos princípios do Programa de Reconversão das Obras Sociais; b) etapa de pré-

qualificação, para serem pré-qualificadas e terem acesso ao financiamento terão que contar com não menos que 10.000 beneficiários até a data de apresentação e cumprir com requisitos legais, financeiros-contábeis, administrativos e de prestação de serviços. A pré-qualificação habilita a formulação do Plano de Reconversão como passo prévio à qualificação final; e c) etapa de qualificação, as obras sociais terão que apresentar seu Plano de Reconversão. O PROS outorga assistência financeira para seleção e contratação de serviços de consultoria de assistência técnica para sua elaboração. As obras sociais que participarem deste acordo, terão que escolher este serviço em uma listagem de 160 consultoras qualificadas perante o Banco Mundial.

A formulação do plano de reconversão deverá conter: a) aspectos institucionais que implicam a descrição geral da obra social, estrutura organizacional, procedimento e sistema de controle interno, pessoal contratado por área, tipo de serviços prestados, salários, anos de serviços, etc.; b) aspectos financeiros, estado projetado da situação financeira dos próximos três anos, orçamento projetado de ingressos e gastos para os próximos quatro trimestres e para os dois anos seguintes, estrutura da dívida negociada, análise de sensibilidade da projeção financeira, estrutura de custo e sistema de auditoria; c) aspectos assistenciais, modelo de cobertura, carências, exclusões, limitações, co-seguros, taxas de uso por modalidade de contratação e sistemas de auditoria sobre a prestação de serviços; e d) aspectos orçamentários, o plano terá conter um orçamento detalhado e um calendário de pagamentos.

Uma vez que o Plano é aprovado pelo Comitê Técnico do Programa, a obra social pode iniciar a execução da reconversão. O PROS realiza o acompanhamento e o controle das condições financeiras e de execução estabelecidas no convênio através da Gerência de Monitoramento e Avaliação. Esta Gerência leva os planos e os informes posteriores de evolução à Consultoria "Sistemas de Reengenharia Informática", integrante da consultoria internacional CASALS Internacional Ltda., para sua aprovação final.

Para implementar o Plano, a Obra Social terá, em primeira instância e como condição *sine-qua-non*, que contratar uma consultoria especializada em

saúde. Nesta etapa, a consultoria pode não ser das pré-qualificadas pelo Banco Mundial. O contrato terá que incluir o montante e a estrutura de pagamento, assim como o alcance dos compromissos entre as partes. Em linhas gerais, as contratações são realizadas por cada período (de duração de três meses), e é estabelecida uma cláusula pela qual, em caso de conformidade entre as partes, a consultoria continuará com as ações durante um segundo período. O contrato contém também o mecanismo de pagamento, que inclui uma liberação no início das atividades, uma no meio das mesmas, com a prévia apresentação de um informe que preste contas do cumprimento das metas comprometidas até aí, e a última uma vez apresentado e aprovado o informe final.

Uma vez contratada a consultoria e comunicado ao PROS, este autoriza o depósito dos fundos correspondentes ao primeiro período em uma conta que a consultoria tem que abrir em seu nome no Banco de la Nación Argentina.

As autoridades da Obra Social têm que contratar uma pessoa que se encarregue da Coordenação do Empréstimo e cujos honorários são pagos com uma parte do mesmo. A função deste Coordenador é monitorar o trabalho da Consultoria e avaliar os informes apresentados por ela antes de levá-la formalmente às autoridades da UEPROS.

É considerado 1º. dia do período, aquele em que é realizada a primeira liberação de honorários provenientes do fundo designado. De aí em diante, começa-se a contar os dias que estejam estipulados no contrato, para a apresentação do informe das atividades correspondentes ao primeiro período. Neste ponto, os informes, revisados e aprovados pela Coordenação do Empréstimo nomeada pela obra social são elevados à Gerência de Monitoramento da UEPROS, que por sua vez, quando pré-qualifica favoravelmente o produto, leva-o à Consultoria "Sistemas de Reengenharia Informática" para a aprovação final. Somente no caso de que sejam aprovados os produtos correspondentes ao primeiro período, a UEPROS liberará os fundos destinados ao segundo período e assim até finalizar.

CAPÍTULO IV - CONCLUÍDO

A atenção gerenciada é um instituinte, no espaço sanitário, das profundas transformações no modelo de acumulação capitalista. Instala-se “silenciosamente” sob o amparo de certos “fundamentos” que, com o apoio (como difusores) de muitos sanitaristas, estão se tornando hegemônicos e facilitam a transformação do senso comum a respeito da concepção do processo saúde/doença/atenção (Campos, 1994). Estes “fundamentos”, que vou retomar do artigo que integra esta tese, “A atenção gerenciada na América Latina”, são sustentados e difundidos pelos governos, pelos organismos multilaterais de crédito e cooperação, e aceitos e repetidos acriticamente por muitos dos “peritos” em saúde (até há pouco tempo pública) como eixo da reforma. São eles:

- a crise da saúde tem causas financeiras;
- o gerenciamento introduz uma “nova” racionalidade administrativa indispensável para sair da crise;
- é imprescindível subordinar as decisões clínicas a esta nova racionalidade para diminuir custos;
- a eficiência aumenta ao se separar o financiamento do atendimento, e ao se generalizar a competição entre todos os setores (estatal, seguridade e privado);
- deve-se desenvolver o mercado de saúde porque é o melhor regulador da qualidade e dos custos;
- não se deve subsidiar a oferta, e sim a demanda;
- a flexibilização das relações de trabalho, neste caso na saúde, é o melhor

mecanismo para conseguir eficiência, produtividade e qualidade;

- a administração privada é mais eficiente e menos corrupta que a pública;
- os pagamentos à seguridade são propriedade de cada trabalhador;
- a desregulamentação da seguridade possibilitará ao usuário a liberdade de escolha, para optar pelo melhor administrador de seus fundos;
- a passagem da condição de usuário/paciente/beneficiário à de cliente/consumidor é uma garantia para se exigir que seus direitos sejam respeitados;
- a garantia da qualidade está dada pela satisfação do cliente.

A incorporação destes “fundamentos” enquanto cosmogonia irreflexiva vê-se facilitada pelos processos de ajuste estrutural de nossas economias ao capitalismo globalizado. Esta denominação genérica é, como assinalam Feletti e Lozano, a consolidação de uma nova ordem econômica mundial, na qual a economia assume um grau de internacionalização diferente e mais profundo que em etapas anteriores, baseado na confluência de dois fatores: a absoluta privatização dos fluxos financeiros e a organização da produção em escala planetária. Ambos em poder de conglomerados empresariais de propriedade associada multinacional, e sustentada por um novo paradigma tecnológico (Feletti & Lozano, 1997).

A premissa de que a crise setorial é de caráter financeiro está ligada aos diagnósticos que assinalam como problema estrutural dos estados latino-americanos o crescente déficit fiscal, e a necessidade de atuar para sua eliminação. Acontece que o déficit fiscal tem um componente que não é tomado

em consideração na hora de propor as formas de solucioná-lo. Este componente é constituído pelas enormes transferências de recursos para o pagamento da dívida externa. Pelo contrário, define-se que o déficit é provocado pela ineficiência estatal no manejo de empresas produtivas e de serviços, e dos crescentes gastos sociais, enquanto que os planos de ajuste estrutural acertados com os organismos internacionais de crédito têm como premissa básica o pagamento da dívida externa.

O Plano Brady, firmado em 1992 por vários países latino-americanos, entre eles o Brasil e a Argentina, é um dado que deve ser tido em conta na hora de analisar as reformas que em nossos países se realizam. Este Plano significou a reestruturação a longo prazo e de maneira definitiva da dívida externa com os banqueiros estrangeiros.¹⁰ Neste acordo estiveram implicadas as privatizações das empresas estatais de produção e serviços, já que no caso argentino, por exemplo, a massa de dinheiro que o Estado teve que reunir para cumprir com os requisitos de comprar os bônus de garantia da dívida e regularizar em efetivo uma parte do atraso da mesma foram obtidos com o dinheiro que proveio das privatizações.

A paulatina retirada dos Estados latino-americanos como grandes fiadores

¹⁰ Este acordo é um esquema de pagamento que suprime as amortizações periódicas do capital, ao trasladá-las a um pagamento único e total do capital devido quando se vence o acordo, aos trinta anos. Durante este tempo só devem pagar anualmente os juros da dívida. É um sistema complexo de compra de bônus do Tesouro dos Estados Unidos, com os quais se garante o pagamento, e de regularização dos pagamentos atrasados. Com este acordo os bancos credores obtiveram a certeza do pagamento com bônus que revalorizaram a dívida. A dívida latino-americana se cotizava a 35% de seu valor antes do acordo e depois receberam bônus de reconhecimento de 65% a 100% do montante devido (Clark, 1993; Vasquez, 1996). A obrigação contraída com os devedores significou um novo período de fluxo de capitais para a América Latina e o estrito cumprimento do pagamento dos juros. Segundo dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento o endividamento da América Latina representava em 1990 38,8% do PIB e 42,4% em 1996. A dívida aumentou na razão de 7% anual, enquanto que o PIB latino-americano cresceu na razão de 3,3% anual. Os juros da dívida em 1996 representava 15% dos orçamentos oficiais dos países latino-americanos (BID, 1997).

da saúde (entre outras políticas sociais) obedece nesta fase do modelo de acumulação, então, à necessidade de liberar recursos públicos (empresas e dotações orçamentárias) para o pagamento da dívida externa, mas tem outros dois componentes importantes:

a) por um lado, os estados deixam de cumprir um papel na reprodução da força de trabalho. Isto se deve centralmente à transformação do paradigma tecnológico que se produz no atual modelo de acumulação. Esta nova organização produtiva requer menos mão-de-obra porque sustenta a produção na informática e na robótica, e porque a expansão do consumo se realiza pela diversificação dos produtos (constantes inovações em modelos e tipos de bens e serviços) e não pela produção em massa, como ocorria na etapa anterior (Coriat, 1992; Reich, 1991; Rifkin & Heilbroner, 1994). Ou seja, os trabalhadores deixam de ter interesse para o capital como consumidores, e o salário deixa de ser um componente da demanda, para transformar-se em um componente dos custos de produção que devem ser reduzidos. É assim que o Estado deve mudar o papel assumido na etapa de acumulação anterior em relação à provisão de saúde e educação (funções características do estado de bem-estar). As empresas reorganizadas de acordo com o novo paradigma tecnológico não necessitam de toda a população economicamente ativa (nem sequer como exército de reserva).

b) Por outro lado, o capital financeiro requer novas áreas de inversão e lucro, onde colocar os grandes excedentes líquidos de capital que circulam pelo mundo em mãos privadas.¹¹ A saúde é uma delas, e com base nestas demandas

¹¹ A crise capitalista de meados dos anos 70 determinada por um excesso de liquidez, que por sua vez foi provocada pela retirada do capital da produção, ao diminuírem as taxas de ganhos — produto do crescimento dos salários e do aumento no valor das matérias-primas — levou ao ressurgimento do sistema

do capital impôs-se a necessidade de liberar a massa de recursos, até o momento nas mãos do Estado ou da seguridade social médica, para que sejam captados pelo capital financeiro, especialmente o multinacional.

Esta nova modalidade implica outro “fundamento” da reforma, que é a transformação da população em compradores “livres”. De fato, para que esta massa financeira tenha significação para o capital, o conjunto da população deve converter-se em clientes, tanto os que têm poder aquisitivo próprio, como os cobertos pela seguridade social médica, como os indigentes. Com esta intenção desenvolvem-se os mecanismos macropolíticos que permitem individualizar as cotizações para a seguridade social médica, para que cada pessoa disponha dela. Também se procura transformar o orçamento estatal, destinado à atenção médica da população sem capacidade econômica, em um subsídio à demanda, isto é, que os fundos busquem a pessoa que “optará” ou será incluída na capitação de uma administradora.

Os impulsores da reforma também propiciam que, para baixar os custos, as instituições de administração e prestação compitam pela capitação destes fundos, para o que se deve criar o mercado de saúde. Isto implica que tanto as instituições públicas como as privadas e as de seguridade social devem ofertar serviços e ter possibilidade de captarem financiamento em “igualdade” de condições. Os hospitais transformam-se em empresas sociais, hospitais de auto-gestão, organizações sociais ou qualquer outra denominação que os transforme juridicamente para captar financiamento extra-orçamentário. As instituições de

bancário internacional privado, já que foi o depositário destas massas de dinheiro. Os fluxos financeiros assim criados começaram a circular pelo mundo em busca de rentabilidade (Feletti & Lozano, 1997).

seguridade social serão abertas, e deverão competir pelos afiliados que, donos agora de sua cotização, poderão levá-la à instituição pública ou privada que lhe pareça mais conveniente. O desenvolvimento destes mecanismos, segundo esta lógica, fará com que as instituições estatais e de seguridade social preocupem-se com sua eficiência, já que não contarão com fundos seguros, provenientes do orçamento global que o Estado lhes destine ou de cotizações cativas.

Os processos assinalados até agora supõem uma rearticulação do sistema, já que se operam complexos mecanismos macropolíticos de desregulamentação das instituições estatais e de seguridade social médica, e de regulamentação das empresas de medicina "pré-paga" e de produtores de serviços privados. No caso da atividade privada tende-se a estabelecer regulamentações no que se refere a montantes de garantia, cumprimento de programas de atenção, etc., que, pelo menos no caso da Argentina, mostram uma clara intenção dos grupos internacionais de pressionar para que as exigências sejam de tal magnitude que só a estes capitais seja possível cumpri-las.¹² Tanto os mecanismos macropolíticos, desenvolvidos para as instituições estatais e de seguridade social, como os destinados às empresas privadas, mostram um claro objetivo de concentrar este setor da economia para que seja rentável (*The Wall Street Journal*, 06/08/1998, 13/01/1999).

Outro elemento central das propostas neoliberais baseadas na atenção gerenciada é que se deve introduzir a racionalidade administrativa, para o que se considera indispensável subordinar as decisões clínicas e separar o

¹² No Anexo III analisam-se as Audiências Públicas realizadas pela Comissão de Saúde do Senado da Argentina, nas quais convidaram-se aos representantes das empresas de pré-pagamentos a discutir os projetos de lei de regulação deste setor (Comisión de Salud del Senado de la Nación Argentina, 1997/8).

financiamento do atendimento. Enfatiza-se que o constante aumento dos custos deve-se ao sobre-atendimento, crescimento do valor dos honorários, uso abusivo de tecnologia de alta complexidade e prescrição de medicamentos de alto custo por parte dos médicos, e à falta de controle por parte do Estado, da seguridade social e/ou dos usuários. O mecanismo que propõem é a criação de “compradores inteligentes”. Estas organizações que poderão ser públicas, privadas ou mistas administram o financiamento de capitações destinadas a um determinado número de pessoas, para o que devem comprar atendimento ao menor custo e da melhor qualidade. Isto está em relação com o estabelecimento do mercado de saúde no qual competem todos os produtores de serviços (estatais e privados) e todos os administradores de financiamento (estatais, semi-estatais e privados). Desta maneira, só os mais eficientes sobreviverão a esta regulação do mercado.

A maneira pela qual o controle administrativo se efetiva é através da absoluta normatização das práticas e do estabelecimento de algoritmos para cada diagnóstico e tratamento.¹³ Os profissionais de saúde devem se ater a estas normas construídas com base na medicina da evidência. Qualquer possível desvio do estabelecido deve ser consultado com os administradores, que em última instância decidirão que cobertura se pode oferecer. Para que os profissionais cumpram estes requisitos, eles devem firmar contratos com as administradoras, com cláusulas mordças pelas quais não podem informar aos pacientes da existência de diagnósticos e/ou tratamentos que os gestores não

¹³ Na Argentina, num claro subsídio ao sector privado de atenção gerenciada, partindo do estado (no âmbito do Programa Nacional de Garantía de Calidad), com a participação das sociedades científicas, e com o apoio financeiro da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), normatizaram-se numerosos procedimentos clínicos que foram sancionados como normas ministeriais.

estejam dispostos a pagar (Waitzkin, 1994). Subjacente a isto encontra-se uma análise de custo/benefício, ainda que apresentada como verdade cientificamente comprovada por estudos epidemiológicos, que mostram a força da “evidência” e definem o efetivo e o inefectivo. Entretanto, como se viu nos Estados Unidos, o efetivo ou o inefectivo está fundamentalmente relacionado com o prêmio do seguro pago pelo paciente. Os pacotes básicos para aqueles pacientes que pagam prêmios baixos e mais amplitude clínica para os que pagam mais (Waitzkin, 1998). Na América Latina servem de instrumento para a focalização, as cestas básicas, os cálculos do subsídio à demanda, entre outras medidas de “racionalização” do sistema. Quer dizer, são uma clínica e uma epidemiologia a serviço de cobrir o mínimo e medir os riscos suportáveis (Breilh, 1998).

A subordinação da racionalidade clínica à gerencial exigiu o processo de desregulamentação das corporações profissionais, em especial a médica, e dos produtores de serviços, que descrevi no último artigo. De fato, estas corporações são uma lacuna nos processos de reforma que se quer impor nos países latino-americanos, uma vez que se considera que se não for eliminado o seu poder de representar seus associados, nos contratos com a seguridade social e os pré-pagamentos, não é possível diminuir os custos e subordiná-las às políticas da reforma. Os processos de desregulamentação estabelecem lutas entre os profissionais mais antigos e consolidados na profissão e os mais jovens ou migrantes de outros países. As administradoras e os produtores de serviços começam a baixar o valor dos contratos ou salários, precarizam-se as condições de trabalho e, em geral, captam os novos profissionais com dificuldades para

entrar no mercado de trabalho.¹⁴

Juntamente com estes processos vão sendo instituídos outros dirigidos ao pessoal de saúde dos serviços estatais e da seguridade social. As análises dos "peritos" propõem a necessidade de modificar as relações de trabalho nestas instituições, já que consideram a falta de incentivos - negativos e positivos - aos funcionários como a causa de não se preocuparem em ser eficientes e oferecer serviços de qualidade. Para isto é proposta a flexibilização das relações trabalhistas nos serviços estatais e de seguridade social médica. Os trabalhadores, em especial os profissionais, passam a trabalhar com contratos com base na produtividade, sem estabilidade no emprego, com benefícios limitados em alguns temas (licença por enfermidade), e sem benefícios em outros (férias, aposentadoria, cobertura médica), em alguns casos também lhes é exigido que assinem sua demissão juntamente com seu contrato de trabalho. Na Argentina, para realizar estas mudanças na forma de contratar pessoal, utilizou-se a construção de novos hospitais, para os quais se contratou trabalhadores com base nestas condições.¹⁵ Outra modalidade que se gerou foi a de que o pessoal incrementa suas receitas, através da arrecadação obtida com pagamentos à vista

¹⁴ Este foi o caso dos pré-pagamentos comprados pelo Exxel Group na Argentina que tinham entre seus produtores de serviços prestigiosos profissionais e centros assistenciais. Pouco a pouco redefiniram as formas de contratação e os montantes, pelo que muitos deixaram de prestar seus serviços, a empresa contratou profissionais mais jovens, aos quais submeteu a um regime de trabalho diferente e embora os assegurados tenham se queixado, até o momento não mudaram a política. De fato o que esperam é que ao transformar-se o conjunto do sistema as outras empresas realizarão uma política semelhante com a qual nem a população nem os profissionais terão opções (esta informação foi obtida de entrevistas com profissionais de saúde ligados a esta empresa, executivos da mesma, e assessores de pré-pagamentos).

¹⁵ Este processo é muito utilizado na Província de Buenos Aires, em especial nos municípios da área metropolitana, onde com créditos internacionais se construíram numerosos hospitais, e para serem postos em operação o governo provincial contratou o pessoal segundo estes mecanismos. Em muitos casos abriram-se com um escassíssimo número de pessoal, com o que a demanda continuava recaindo sobre os antigos hospitais, mal equipados e com pessoal dentro de outro regime de trabalho, que diante do excesso de demanda, maus equipamentos e falta de insumos, continuavam mostrando "sua ineficiência". (Dados obtidos em entrevistas com pessoal de saúde e população atendida nestes novos e velhos hospitais).

realizados pela população e pelos seguros médicos.¹⁶ No Equador utiliza-se outra forma de subordinar o pessoal, a nova Constituição, aprovada em 1998, no capítulo dos direitos civis, em seu artigo 10, “proíbe a paralisação, a qualquer título, dos serviços públicos, em especial os de saúde, educação, justiça, seguridade social...” (Campaña et al., 1998).

Antes das mudanças estruturais desenvolve-se um intenso processo de divulgação ideológica destas idéias, instala-se o debate no interior das instituições. Os trabalhadores que passaram privações pessoais e institucionais adotam em muitos casos o discurso possibilista. Geram-se disputas de interesses no interior dos serviços, rapidamente instalam-se temas tais como, que categorias de trabalhadores ou que serviços têm direito a cobrar porcentagens mais altas da redistribuição, que áreas podem ou devem ser privatizadas (em especial, as que implicam manejos de pessoal mais conflitivos ou equipamentos mais caros), a que pacientes destinar os serviços (indigentes ou com coberturas), pensa-se em remodelar o plano físico fazendo-o mais acolhedor para os pacientes com capacidade de pagamento, realizam-se complexos estudos financeiros para estudar como arrecadar fundos extra-orçamentários, etc.¹⁷ Pouco a pouco o

¹⁶ Este mecanismo foi legalmente aprovado na Argentina, pelo Decreto de Hospitales de Autogestión do ano de 1993.

¹⁷ Pude observar estes processo e discutir com pessoal de níveis distintos de condução de instituições de saúde da Argentina, tanto da área metropolitana como do interior do país, entre 1991 e 1996, enquanto cumpri funções de assessoria sobre descentralização hospitalar e atividades docentes em diversos pontos da Argentina. Parece-me interessante citar um exemplo neste sentido. O Instituto Nacional de Investigación Fataala Chaven (que investiga e produz reativos para Chagas e outras enfermidades parasitárias) ao iniciar o processo de descentralização apresentou um exaustivo estudo de seus produtos e serviços, com o valor que podia cobrar por eles. Desta maneira concluíam que podiam auto-financiar-se. Simples e óbvias perguntas desmoronaram seu castelo: a que população atendem e a que hospitais vendem seus reativos? É claro que dadas as doenças de que se ocupam, seus potenciais compradores eram os pobres das províncias pobres do interior do país, os que migravam delas para os bairros mais carentes da área metropolitana, e os hospitais dessas províncias, que carecem muitas vezes dos recursos mais elementares. Obviamente, a conclusão foi que não poderiam cobrar de ninguém se pretendessem continuar com sua tarefa de investigação e controle das enfermidades de que se ocupam, já que a única coisa que conseguiriam é que a população pobre não seja atendida. Também cabe assinalar que muitos dos

sistema de saúde se desarticula em instituições isoladas que disputam receitas, em serviços dentro de cada instituição que vêem os outros como competidores e os usuários como "clientes", aos quais mais que satisfazer é preciso poder cobrar, sem discriminar a real possibilidade que se tem para fazê-lo. Estabelece-se uma luta de pobres contra pobres, porque obviamente os usuários dos estabelecimentos estatais são, geralmente, os de mais baixas receitas, ou com coberturas da seguridade social parciais e/ou com co-pagamentos que não podem assumir. Recusam-se muitos pacientes, que perambulam até encontrar algum serviço que não cobre. Estes se vêem sobrecarregados e são postos como exemplo de ineficiência, enquanto os outros são recompensados com prêmios implantados pelo Estado para a "qualidade total".¹⁸

A mesma lógica, como descrevo no último artigo, se estabelece para as instituições de seguridade social, com o que as de maior êxito serão aquelas capazes de captar a população com cotizações mais altas e desprender-se da que contribui pouco. Assim, umas desaparecerão ou deverão fundir-se, e outras serão administradas pelos capitais multinacionais. Estas lutas no interior da seguridade social se estabelecem com mais força entre o próprio sindicalismo, e entre este e as empresas de capital financeiro que lutam por inserir-se. Por sua vez, desenvolve-se também uma luta com as instituições estatais que exigem

trabalhadores que participaram deste estudo não eram defensores do modelo neo-liberal, mas diante das restrições orçamentárias aceitaram irrefletidamente as propostas que lhes eram feitas pelo Ministério da Saúde da Nação.

¹⁸ Isto aconteceu na Argentina entre 1993 e 1995, por exemplo, no caso de dois grandes hospitais da área metropolitana de Buenos Aires, o "Eva Perón" que não cobrava e tentava não recusar a crescente demanda que recebia, em especial pela recusa de um hospital próximo de menor complexidade, o "Belgrano", que havia implementado ao pé da letra o Decreto de Hospital de Autogestión e selecionava os pacientes com cobertura da seguridade social ou com possibilidades de pagamento de bolsillo. O Belgrano obteve o Premio a la Calidad Total, implementado pelo governo nacional. O "Eva Perón" iniciou um processo de lutas internas e mudanças de condução, até que foi adequado às normas da reforma neo-liberal.

pagamentos à seguridade social, sob o suposto amparo da legislação que as habilita a receber fundos desta. Para os produtores de serviço estatais, ser eficiente é arrecadar pagamentos da seguridade social e dos pacientes, em especial da primeira. O problema é que, para a seguridade social, ser eficiente é gastar o mínimo possível. Desta forma vêem-se exemplos na Argentina de como a seguridade social alia-se às administradoras multinacionais para evitar pagar aos hospitais ou como o Hospital de Clínicas, o maior hospital universitário do país, que aderiu à auto-gestão desde a sanção do decreto em 1993, está em janeiro de 1999 numa crise de financiamento porque o Congresso cortou o orçamento universitário na parcela que corresponde aos hospitais, e as obras sociais devem-lhe 6 milhões de dólares, que não consegue cobrar.¹⁹ Este exemplo é interessante porque durante os últimos anos o Hospital de Clínicas foi posto como exemplo de auto-gestão, de fato estabeleceu um sistema administrativo que lhe permitia cobrar ou, melhor dito, faturar uma porcentagem muito alta dos atendimentos (segundo seu diretor só atende a 30% de indigentes).

Para produzir estas reconfigurações, o estado, os organismos multilaterais de crédito, os capitais multinacionais e seus aliados locais operam, então, simultaneamente no nível macropolítico, sancionando e pondo em discussão legislativa normas que vão legalizando as mudanças que se propõem realizar, e no nível micropolítico, fragmentando as instituições estatais e de seguridade social. Enquanto se resolvem as lutas internas, com conseqüências que agravam a situação das instituições e dos trabalhadores, da parte do Estado se começa a

¹⁹ Em uma entrevista à imprensa no dia 5 de janeiro de 1999, o diretor do hospital informou que o hospital funciona com os insumos mínimos, que há dias em que não tem oxigênio, soros ou antibióticos. "Se continuar assim corremos o risco de fechar as portas em março", declarou (*Clarín*, 5/1/99).

cortar orçamentos e por em vigência a legislação. Estes processos quebram a idéia de conjuntos, de direitos coletivos e de solidariedades. A crítica centra-se em que não é eqüitativo que as pessoas que mais pagam recebam os mesmos serviços que aqueles que contribuem menos. Provoca-se uma quebra nas instituições solidárias, semeando-se com inteligência a idéia de luta entre agrupamentos sociais. Também se difunde, apoiando-se em exemplos de corrupção, de ineficiência e de desinteresse pela coisa pública, que o estado e a seguridade social estatal ou paraestatal são maus administradores porque não têm interesses econômicos a defender, salvo os pessoais de funcionários e sindicalistas. Por isto é necessário que o estado e as instituições de seguridade social deixem de ser os administradores e/ou produtores de serviços para grupos populacionais, que os indivíduos sejam os próprios administradores de seus fundos e os levem às instituições que considerem que lhes oferecerão melhores serviços.

Neste ponto cabe nos aprofundarmos a respeito de um outro "fundamento" para reformar nossos sistemas, que é o de transformar a população em cliente. Segundo estas posições, isto possibilitará exigir o respeito de seus direitos e sua satisfação como cliente será a garantia da qualidade dos serviços prestados. Estas idéias ligadas à ideologia da "soberania do consumidor" pressupõem, como assinalamos em outro trabalho, que "... o usuário de um serviço de saúde é um consumidor individual, livre para decidir, para escolher um ou outro serviço de saúde, sem determinações ou condicionamentos de qualquer tipo. (...) Ignoram-se os mecanismos de reprodução das relações assimétricas instituição-paciente que

operam, em grande medida, mediante o consenso dos usuários” (Iriart & Nervi, 1990). Este consenso não é uma aceitação passiva, mas uma articulação conflitiva pela qual se aceita ou valoriza certo tipo de atenção, à luz de outras experiências que puderam ser mais conflitivas ou iatrogênicas. Além disso, pretende-se desconhecer que os direitos do consumidor em nossos países nunca tiveram uma vigência real, que o desamparo da população ante os produtores de bens e serviços é total e que, em geral, não existe um desenvolvimento dos direitos individuais. Nossa modalidade cultural de defesa foi de caráter mais coletivo, de modo que, ao impor-se, no que respeita à saúde, as modalidades do mercado, estes “novos” indivíduos estão absolutamente indefesos, já que se desarticularam as redes solidárias, as pessoas em geral desconhecem quais são seus direitos e é muito limitado o desenvolvimento de mecanismos sociais ou legais que permitam sua defesa.

Pois bem, estes fundamentos sustentados com força pelos promotores da reforma, e centralmente pelo Banco Mundial, enquanto representante dos capitais financeiros internacionais, podem ficar mais claros quanto a seus reais objetivos se considerarmos, por exemplo, dois artigos recentemente aparecidos no *The Wall Street Journal* sobre as privatizações no sistema de atenção à saúde na Argentina. Estes dois artigos assinalam que “a Argentina tornou-se um intenso objetivo das companhias de saúde dos Estados Unidos. É o lugar onde se pode ver a revolução acontecendo, porque gasta mais *per capita* em saúde do que qualquer outro país na América Latina. O país é rico em serviços médicos, com cerca de quinhentos programas diferentes de seguro de saúde (entre seguridade

social e privados), metade dos quais estão dirigidos por grêmios. Tem mais médicos por habitantes do que os Estados Unidos, a França e o Canadá. E, como nos países vizinhos, a reforma é uma questão política sensível para o partido governante, que usou os subsídios para manter vínculos com os grêmios durante anos. Entretanto, agora um número de forças combinaram-se para produzir mudanças. O governo da Argentina, necessitando cortar o orçamento, quer limitar seu papel na saúde. O Banco Mundial concedeu um empréstimo para reestruturar as dívidas do sistema de seguridade social sob a condição de que se favoreça mais a competitividade. Nos últimos dois anos, o governo fez com que as obras sociais competissem entre si. O Congresso discutiu um projeto de lei para que os planos privados tenham padrões mínimos de qualidade. O resultado foi uma sobrevivência dos mais aptos, realinhados em seguros de saúde para ganhar posições quando fundos de inversão, firmas de gerenciamento médico e companhias de seguros estão se envolvendo mais”. Os artigos indicam que segundo o Boston Consulting Group dos Estados Unidos, o sistema da Argentina pode absorver um bilhão em inversões. Assinalam também que recentemente o governo onerou os seguros privados com o imposto ao valor agregado, que afetará em especial as pequenas companhias, que serão assim pouco a pouco eliminadas e seus assegurados captados pelas grandes HMOs. Ainda assinalam que estas mudanças profundas farão com que milhões de latino-americanos recebam benefícios médicos (*The Wall Street Journal*, 06/08/1998; 13/01/1999 - tradução própria).

De fato, a reforma do sistema de saúde na Argentina, como em outros

países latino-americanos, promete escassas inversões, dado o desenvolvimento da infra-estrutura de atenção e da formação de recursos humanos, e muito rendimento para os capitais multinacionais. Com relação às promessas dos benefícios que a população terá, a pergunta que se impõe é: quem poderá contratar os serviços destas seguradoras? Segundo dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento, outro organismo internacional de crédito, aliado ao Banco Mundial nestas reformas, a taxa de desemprego aumenta desde 1989 de forma quase ininterrupta, apesar da recuperação do desenvolvimento econômico experimentado na região. Assinala com especial preocupação o caso da Argentina, que apesar de ter um crescimento da produção *per capita* de 3% anual esteve acompanhado de um crescimento de quase 7% no desemprego. Esta publicação mostra que para 1996 (medição de abril-maio) a taxa de desocupação na Argentina foi de 17,1% da população economicamente ativa e de 12,6% para a sub-ocupada. Também destaca como um fato preocupante o crescimento do emprego informal e menciona novamente a Argentina entre os países com maior porcentagem. Acrescenta que, segundo dados da OIT (Organização Internacional do Trabalho), de cada 100 empregos criados na América Latina durante os anos 90, 84 foram no setor informal (BID, 1996). Segundo dados oficiais da Argentina, 10% (1,4 milhões) destes desocupados estava em estado crítico por pertencer a famílias abaixo da linha da pobreza ou de áreas rurais, cujas famílias apresentavam necessidades básicas insatisfeitas, e têm renda familiar baixa ou nula. A cada trabalhador desocupado se somam três, quatro e até cinco familiares. Na Grande Buenos Aires 27,9% da população

estava abaixo da linha da pobreza em outubro de 1996. Nesta região, que é uma das de maior emprego, há 4,6 pessoas por família pobre e 5 pessoas por família com necessidades básicas insatisfeitas. A província de Buenos Aires em conjunto tem 40% dos desocupados urbanos abaixo da linha da pobreza, em Formosa são 77%, em Neuquén 63%, em Chaco 61%, em Salta e Santiago del Estero 60% (Ministério do Trabalho da Nação, 1997).

Que seguro pode comprar, ou em que hospital tarifado pode ser atendida esta enorme quantidade de população com receitas baixas ou nulas? De fato em nenhum, e embora da parte do governo se declare reiteradamente que o financiamento estatal cobrirá esta população e que se está estudando a forma de estabelecer um seguro público centrado no subsídio à demanda, não se avançou nada neste projeto. O certo é que se no início dos anos 90, quando a porcentagem da população sem cobertura da seguridade social era muito menor,²⁰ o Estado decidiu limitar sua participação como provedor de serviços de atenção em seus próprios estabelecimentos por falta de recursos financeiros para fazê-lo, como poderá agora cobrir este maior número de população, quando a crise fiscal se agrava dia a dia, e quando se estabeleceram uma série de mecanismos pelos quais para cobrir a população deverão recorrer ao setor privado como administrador e produtor de serviços? (Arce, 1997). Embora se estabeleçam os pacotes básicos, de que tanto se fala em nome da equidade, o Estado neoliberal, preso ao pagamento da dívida externa e a beneficiar os conglomerados multinacionais, não tem recursos para enfrentar o financiamento

²⁰ Nos últimos doze anos 5 milhões de pessoas ficaram sem cobertura da seguridade social (González García, 1997).

desta enorme massa de marginalizados do sistema.

De fato a análise de alguns exemplos concretos dos efeitos sobre o acesso e os custos nos processos de reconfiguração dos sistemas de saúde da Argentina e do Chile - os dois países, dos estudados por nós, onde a penetração do capital financeiro no sistema de saúde está mais avançada - mostram as incoerências desta reforma anunciada para aumentar a equidade e o acesso à saúde. A proposta é a retirada do estado como financiador da seguridade social e dos privados, para que destine os escassos recursos estatais aos carentes, mediante o estabelecimento de pacotes básicos, que poderão ser prestados pelo setor privado ou estatal. Estes pacotes constituem um paradoxo do sistema, já que a equidade significa de nossa perspectiva que cada pessoa receba segundo suas necessidades e não segundo suas receitas ou contribuições ao sistema. Falar de equidade implica falar de coletivos com desigualdades sociais que se devem compensar (Merhy, 1995). Só se vai oferecer-lhes algo mínimo para não dizer explicitamente que ninguém se ocupará dos marginalizados do sistema. Isto, além do mais, no nível do discurso, porque nos fatos as coisas ocorrem de maneira ainda pior. A população com recursos escassos ou sem eles não recebe atenção, como veremos na continuação dos exemplos, e o Estado não deixa de subsidiar o capital.

Na Argentina, devido às dificuldades encontradas para executar as cobranças da seguridade social, a maioria dos hospitais implementaram a cobrança direta aos pacientes, e a privatização de certos serviços que, por seu alto custo têm dificuldades para financiar, como é o caso dos serviços de

diagnóstico e tratamento. Para isso, eles foram entregues a empresas privadas, normalmente pequenas, ainda que recentemente se observe a tendência à aparição de convênios com a indústria de tecnologia médica e outras empresas privadas de produção de serviços, que trazem a tecnologia, concedem ao hospital uma quota de atendimentos para pacientes carentes (a experiência mostra que “sempre estão cobertos” e que os pacientes sem capacidade de pagamento passam a engrossar a longa lista de espera), e usam a infra-estrutura física e administrativa do hospital (Días Muñoz, 1991). Isto foi implementado nos principais hospitais da cidade de Buenos Aires e o que as entrevistas realizadas com chefes de serviços apuram é que a problemática com relação ao acesso é que os pacientes, em geral, obtêm a consulta, mas quando lhes é indicado um exame, não retornam, já que a partir daí lhes é cobrado. Os valores solicitados são os mesmos que no setor privado fora do hospital (por exemplo duzentos dólares por um eletrocardiograma), que são impossíveis de assumir para a enorme quantidade de população que se encontra na situação que descrevemos mais acima.

Com relação à cobrança direta dos pacientes por parte das instituições estatais, uma avaliação dos hospitais da província de Tierra del Fuego, onde se cobra dos pacientes inclusive a consulta, mostraram que apesar de o setor estatal ser o predominante nesta província, (em recursos e qualidade), a taxa de uso das camas do hospital foi, em 1995, de 50%, e a consulta externa, muito baixa, já que as médias de consultas em relação às horas de trabalho médico atingiam cifras de 30 minutos para cada paciente, o que na realidade oculta uma enorme

quantidade de horas ociosas. Isto está vinculado à restrição ao acesso imposta pelo pagamento à vista. Nestes hospitais observam-se longas filas para conseguir a isenção de pagamento e a maioria das pessoas perde a possibilidade de obter a consulta no dia em que concorreu, já que as isenções raramente se resolvem no momento. Também se observou uma alta porcentagem de negação ao acesso gratuito (entre 30 e 40% dos casos), já que os parâmetros de avaliação da situação sócio-econômica implicavam a declaração de bens, a partir da qual, em geral, se concluía que quase todas as pessoas podiam pagar.²¹ Da parte do hospital, segundo revelou em uma entrevista o próprio Ministro da Saúde da Província, estas receitas por pagamento à vista só cobriram em 1994, 2% do orçamento hospitalar, entretanto, negava-se a deixar de realizar estas cobranças, porque as via como uma forma de disciplinar a população, para que limitem o uso dos recursos públicos (Iriart, 1995).

Outra modalidade que se implementou na Argentina foi a entrada de empresas administradoras privadas com fins lucrativos, quer seja como administradoras totais ou parciais dos hospitais estatais. Estas experiências estão no início e, segundo informação de funcionários hospitalares e assessores de obras sociais, estas empresas cobram uma porcentagem variável do que faturam (nos hospitais da cidade de Buenos Aires a porcentagem fixada é de 2,5% do faturado, não do efetivamente cobrado). Estas empresas pouco a pouco começam a normatizar condições de acesso dos pacientes, já que para obter seus benefícios devem garantir que o maior número de usuários tenha cobertura da

²¹ Na avaliação considerava-se como um dado central a propriedade de automóvel, que quase todos os grupos familiares têm, por ser uma região com temperaturas muito baixas e sem meios de transportes públicos.

seguridade social ou dos seguros privados, para poder faturar.

Enquanto os hospitais realizam estas experiências para obter recursos extra-orçamentários, aumenta a demanda dos que não podem pagar. Segundo dados do governo da cidade de Buenos Aires, os atendimentos do conjunto de seus trinta e três hospitais (consultas e internações) não superava há alguns anos as dez mil diárias, enquanto que agora chegam a trinta e cinco mil. Outro dado, que se inscreve na preocupação de cada jurisdição de não subsidiar a outra, é observado neste informe quando analisa que das 8,3 milhões de consultas que houve no ano de 1997, 56% correspondeu à população da província de Buenos Aires, que consumiu 400 milhões dos 900 milhões do orçamento da cidade para seus hospitais. A menor porcentagem do gasto se deve a que basicamente realizam consultas ambulatoriais e não utilizam os serviços mais complexos. Isto pode ser devido à situação descrita mais acima, de que só as consultas são gratuitas. O informe refere inclusive que também um número elevado de consultas correspondem a pacientes cobertos pela seguridade social e indica que os hospitais da cidade de Buenos Aires realizaram, em 1997, 1.250.000 consultas de pacientes que tiveram de ser cobertos pela obra social de aposentados (PAMI). Estas pessoas recorreram ao hospital público por encontrar diferentes tipos de barreiras ao acesso: co-pagamentos, corte dos produtores de serviços por falta de pagamento da obra social, mudanças no sistema de contratação com os produtores de serviços, que passou a ser gerenciado por administradoras privadas e implicou numerosas complicações para a designação dos pacientes aos produtores de serviços e restrições às práticas (Secretaria de Saúde da

Cidade de Buenos Aires, 10/1998).

A modalidade de contratação do atendimento de seus associados estabelecida pela obra social de aposentados (PAMI, a maior do sistema) é através de contratar administradoras às quais paga por contratos capitados. As administradoras, por sua vez, fazem contratos por capitação com os produtores de serviços, ficando com uma porcentagem variável, segundo a capacidade de negociação. Existem denúncias, perante uma Comissão de Deputados que investiga irregularidades nesta obra social, de que estas administradoras ficam com até 40% do valor das capitações. Existem inúmeros conflitos com relação aos contratos realizados por esta obra social, e as conseqüências são que os pacientes anciãos ficam sem cobertura pelos conflitos entre os produtores de serviços e as administradoras. Um caso recente foi o ocorrido com os anestesistas que cortaram seus serviços por falta de pagamento e isto implicou no cancelamento de 3.000 operações, algumas de urgência. O conflito durou quarenta dias. As autoridades do PAMI disseram que era um conflito entre as gerenciadoras e os produtores de serviços, que o PAMI nada tinha a ver com isso. Esta é a forma pela qual as obras sociais, ao contratar a intermediação do atendimento, se desresponsabilizam perante os usuários, que ficam absolutamente desamparados (*Diário Clarín*, 14/07/1998).

No Chile ocorrem coisas similares, depois da criação do sistema privado de seguridade social, em 1981, ao permitir-se que se criem instituições privadas que administrem o financiamento da seguridade social estatal, constituído por 7% de salário dos trabalhadores, mais outras contribuições definidas por diversas leis,

estas novas instituições (ISAPRE) em primeira instância se dirigiram a captar os afiliados de salários mais altos, porque sua contribuição ao sistema era maior. O organismo estatal que administra os fundos da seguridade social (FONASA), repassa-os para a ISAPRE escolhida pelo afiliado. Estas empresas atuaram em condições de vantagens máximas, já que podiam selecionar os pacientes que incorporavam, evitando os pacientes da terceira idade, crônicos, ou com enfermidades catastróficas (podiam fazer isto quando a pessoa solicitava a filiação ou depois de um ano; atualmente regularam-se algumas modificações que limitam isto). Ao retornar ao sistema público, é o FONASA que deve se ocupar de dar-lhe a atenção que necessitam e desta maneira se constitui em ressegurador das empresas privadas, sem ter a possibilidade de atuar como seguro e competir com as ISAPREs na captação de todo tipo de afiliados. Deve também encarregar-se dos afiliados de uma ISAPRE no caso em que esta vá à bancarrota (Lei 18.469 de 1985). Desta maneira está legalmente autorizado o subsídio do Estado às empresas privadas.

Segundo informação dada pelo Ministro da Saúde do Chile, como um exemplo do subsídio do setor estatal ao privado, assinala que 14% dos egressos do Hospital Salvador, 14% do Hospital Pediátrico Calvo Mackenna e 22% do Instituto de Neurologia eram pacientes de ISAPREs. As autoridades de saúde estimam que o montante da dívida dos seguros privados com os estabelecimentos estatais alcança 15 milhões de pesos chilenos por ano (aproximadamente 3,5 milhões de dólares). Por outro lado, uma pesquisa revelou que 24% dos afiliados a ISAPREs recebem atenção médica em estabelecimentos estatais, sem informar

de sua cobertura, estimando-se que o subsídio oculto desta maneira ao setor privado alcança quase 5% da receita das ISAPREs (Estrada et al., 1998).

Outro dado de interesse na reforma chilena é a análise da discriminação por sexo e idade. As cotistas do sexo feminino são 45% da carteira das ISAPREs, apesar de representarem 50% da população economicamente ativa. Isto se deve em parte a que as mulheres recebem salários mais baixos que os homens (65% das receitas masculinas) e que representam para as seguradoras maior risco. Com relação à idade, no conjunto das ISAPREs observa-se que a porcentagem de maiores de 60 anos é de 3,2%, enquanto que na população geral é de 8,9% e perto de 12% entre os cobertos pelo Estado.

É interessante também contemplar os dados das ISAPREs chilenas relativos à porcentagem do gasto de administração e promoção, porque isto supõe uma enorme quantidade de dinheiro que não se usa em dar coberturas aos afiliados, e que mostra a ineficiência no uso dos recursos. Segundo a Superintendência de ISAPREs, estes gastos situam-se em torno de 19% (19,6% em 1994 e 19,0 em 1997). São muito elevados os custos em promoção e vendas, que estão na ordem de 5% e observa-se uma tendência a incrementar estes gastos, já que o número de agentes de venda elevou-se entre 1996 e 1997 de 5500 para 7000 agentes, devido ao fato da tendência de incorporação de novos afiliados ser decrescente (captavam 20% em cada ano entre 1988 e 1990; 16,9% em 1992; 14,4% em 1993; 6,9% em 1994; 4,12% em 1995). Por isso a evolução dos gastos para manter ou aumentar a carteira de cotistas levou a uma redução da eficácia do sistema, que teve que aumentar em 19 vezes o gasto com publicidade, em 20

vezes os gastos com salários (pela necessidade de contratar mais pessoal), e 21 vezes o gasto com comissões por vendas. Também é importante considerar o dado sobre o lucro operacional que é de 3,2% na atualidade, notando-se uma diminuição em relação aos anos anteriores, ainda que, dada a baixa inversão, os lucros são altos, alcançando níveis próximos de 30% (Estrada et al., 1998).

Após de haver refletido sobre o estado da situação da institucionalização da reforma neoliberal, qual é a importância de realizar este tipo de pesquisa que analisa os mecanismos macro e micropolíticos, que operam para instituir a reforma sob atenção gerenciada no nível estrutural e ideológico?

Da perspectiva teórica que propus na Introdução, a intenção destas análises é desconstruir a trama que naturaliza a saúde como bem de mercado. A problematização realizada não tem entre seus objetivos mostrar a injustiça destes processos, nem assumir o papel de vanguarda ou de representantes das vítimas. Consideramos que nossa posição científica e política não deve estar a serviço de uma tomada de consciência que provoque a rebeldia, porque sustentamos que não basta ter consciência da injustiça para rebelar-se, só à luz da emergência de projetos alternativos a injustiça pode ser re-significada e provocar a rebelião. A massa de excluídos experimenta cotidianamente a injustiça, conhecendo-a, reconhecendo-a e sofrendo-a. Os trabalhadores, profissionais e não profissionais, também estão vivendo as condições opressivas de trabalho que estão sendo impostas, sentindo a impotência de seus direitos avassalados e sua incapacidade para dar resposta à crescente demanda que recai sobre eles.

A reconfiguração da situação sob o imaginário neoliberal, ajudado como

assinalamos por “golpes”, para “mostrar” onde está o poder e quem comanda as mudanças, colocaram a maioria dos usuários e trabalhadores do sistema de saúde no lugar de espectadores. À luz do pensamento pós-moderno imperante, a realidade tornou-se algo que os indivíduos devem gerir, ocupando cada um o papel e o lugar designado. Estes mecanismos produzem desresponsabilização, já que os trabalhadores, sentindo-se impotentes, justificam seu descompromisso pelo temor às represálias que podem sofrer se levantam a voz, se reúnem ou apoiam os usuários. Estes conformam-se em obter o que podem por temor de serem mais castigados se protestarem, além do mais, para quem reclamar se não há mais responsáveis, só administradores de uma situação que os sobredetermina (Campos, 1994).

Os mecanismos que se instituem facilitam a fragmentação da informação intra e interinstitucional, os trabalhadores conhecem muito parcialmente os processos que estão ocorrendo, mesmo dentro das instituições em que trabalham. O capital globalizado cria contrapartes pequenas, fragmentadas, feudalizadas. Daí falarmos de reforma “silenciosa”, porque se observam muitas dificuldades para generalizar um debate sobre o que está sucedendo no conjunto da situação sanitária, para conectar as relações entre os microprocessos em que cada um está implicado com as macropolíticas, e ainda com as micropolíticas das próprias instituições.

O neoliberalismo propõe as soluções como universais abstratos, válidos em todo tempo e lugar, desvalorizando os processos específicos, locais e institucionais. Tudo responde a uma ordem superior, natural, na qual somos

apenas pequenas partes que devemos cumprir com a missão imposta que, na maioria das vezes, é a de ser espectadores deste "mundo". Esta ideologia necessita que tudo se torne consistente, funcione em uma totalidade e unidade. As diferenças que tolera são aquelas que podem ser assimiladas pelo estado da situação. Ou seja, pode aceitar reivindicações que não questionem o sistema em seu conjunto, não pode aceitar a cumplicidade entre usuários e trabalhadores para se negar que a saúde seja uma mercadoria. Não pode aceitar que os médicos tomem a decisão ético-política de cumprir seu juramento hipocrático e não com razões administrativo-financeiras de redução de gastos ou de exigir os papéis de seguros ou pagamentos. Para os trabalhadores da saúde (todas as categorias e postos de trabalho) a única situação é a clínica e isto implica tratar a pessoa que demanda com todo o saber e os meios que tem a sua disposição. (Campos, 1991; Merhy & Franco, 1998).

O sistema administrativo que se pretende impor necessita que o trabalho morto comande o processo, necessita burocratizar ao máximo as relações clínicas, tirar-lhe o caráter de relações inter-subjetivas (Merhy, 1997, 1998a y b). Necessita de instituições burocratizadas que atendam enfermos como vítimas indistintas ou estatísticas, que se reduza à abjeção de decidir que enfermos o sistema pode curar, e quais devem ser reenviados para morrer nos subúrbios pobres. (Badiou, 1994).

Estas reformas se sustentam sobre a delegação de nossa potência. Delegação que se opera quando se abandona o pensamento reflexivo e se entra na repetição do discurso do outro. Para sair da impotência precisamos

reapropriar-nos dos processos e neste sentido é importante reconhecer estas rearticulações complexas que se pretendem obscurecer, nas quais não se quer a nós como sujeitos pensantes, mas como opinião pública que quando muito esteja a favor ou contra. Não querem nossas propostas, só nos querem como autômatos repetidores de trabalho morto, apegado a normas, que mantenham uma adequada relação custo-benefício. Que aprendamos a administrar bem, para que cuidemos de seus ganhos e não desperdicemos os fundos com que se “deve” pagar a dívida externa.

Impõe-se desconstruir estas propostas enquanto entidades naturalizadas, sem temer que se crie um vazio, que emergjam as linhas de fuga. Nestes processos de fechamento, de determinação, é importante arriscar-se a ficar com o vazio e a angústia que isto provoca. Só nos reapropriando de uma práxis criadora poderemos abrir esta situação que nos é apresentada como total e acabada. Nossa aposta é que a possibilidade do impossível pode emergir assim e que a situação particular que enfrentamos já não possa voltar a ser a mesma. Pois bem, a ruptura do atual laço não é uma necessidade que se deduz do opressivo e injusto deste sistema, nem das leis do progresso histórico. É uma decisão, uma aposta sem garantias.

Aposta que não espera ter um projeto total e acabado de sociedade futura para poder atuar. O que postulamos é que a liberdade não é um estado que chegará algum dia, mas um ato para o qual estamos convocados a ser os protagonistas, e que não implicará o estabelecimento do reino transparente da liberdade, mas uma consistência diferente da anterior. A proposta é não esperar

encontrar novas formas totais de organização de nossos sistemas de saúde, mas propor experiências que podem ser pequenas, mas que sejam atos livres. Em cada instância na qual assumamos o compromisso de nos sentirmos convocados a desenvolver uma práxis, poderemos inventar novas formas organizativas menos opressivas, de maior cumplicidade entre trabalhadores e usuários, para lutar pela Vida, não pela sobrevivência. Propor um sistema mais racional e justo não deve ser o fim de nossos atos e reflexões, mas sua causa. A idéia não é instituir um sistema que, *a posteriori* permita a defesa da vida, mas atuar cotidianamente para isso, a partir do próprio sistema opressivo, em cada inter-relação que a situação nos proponha. Reconhecer o trabalho vivo como componente que não pode desaparecer no processo clínico e potenciá-lo, colocá-lo acima do trabalho normatizado, regulado. Pensar cada ato clínico como único e irrepetível em sua essência, enquanto inter-relação humana, e exercitar nosso desejo de sermos sujeitos dos processos que têm a nós como protagonistas (Merhy, 1998).

Ante a imagem do "mundo" como totalidade abstrata que a ideologia neoliberal nos propõe, consideramos importante opor um pensamento global e compreensivo em seu conjunto, mas uma ação restrita, no sentido de nos ocuparmos da situação específica que habitamos. Deixar de pensar que se não mudamos o mundo nada podemos fazer. A liberdade se conquista em cada lugar, em cada instante e ato. (Benasayag, 1996, Colectif Malgré Tout, 1995)

É necessário que nos esforcemos para criar novas relações, mostrar como se podem desenvolver outras experiências, para isso nossa posição a partir da pesquisa é trazer ao coletivo de trabalhadores e usuários os elementos para

analisar o contexto no qual se situam seus processos específicos. Não para considerá-los parte de uma situação determinada estruturalmente impossível de ultrapassar, e sim para que possamos re-significar as práxis, encontrar as incongruências, questioná-las e pensar alternativas.

Nos sentidos acima propostos há muitas experiências se realizando, mas também entre os diversos países, e às vezes dentro do próprio país, muita desconexão, muito desconhecimento delas. Esta é também uma tarefa que se impõe, realizar trabalhos coletivos que nos permitam ver as semelhanças e desigualdades dos processos, e divulgar as experiências alternativas. Globalizar nossa práxis, sair dos pequenos espaços onde se quer reter-nos. Estamos em processo e devemos firmar o diálogo, já iniciado, entre diversos grupos das Américas.

O intercâmbio produzido com os integrantes do Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA) da UNICAMP, a leitura de seus trabalhos que trazem conceitos teóricos valiosos no caminho que entendemos que tem que ser transitado, que mostram práxis realizadas junto a trabalhadores situados em diversos níveis institucionais e jurisdicionais (estados, municípios, serviços) foram (são) de um grande valor para a construção de um pensamento em saúde radicalmente comprometido com a VIDA individual e coletiva. Vários de seus conceitos têm uma grande potência para enfrentar este imaginário opressivo. Tais como as suas análises sobre as tecnologias leves, leves/duras e duras, as reflexões sobre o trabalho vivo, que me parece uma linha de fuga fundamental para a atenção gerenciada, a conceitualização da clínica como

atividade inter-subjetiva na qual estão comprometidos todos os trabalhadores, e muitos conceitos mais que nos ajudam a refletir sobre outras situações e contextos. Outra contribuição deste grupo são as múltiplas técnicas que desenvolveram ao longo de suas intervenções institucionais e o permanente diálogo que propiciam com outros grupos e intelectuais fora de seu espaço institucional e nacional.

Pelo exposto quero terminar tomando vários parágrafos da apresentação do livro *Agir em saúde*, porque expressam meu próprio compromisso "militante", tanto no plano científico como no político:

"... não há como disputar no plano imaginário se não houver lutas na produção de outras possibilidades imaginárias. (...)

"... temos que ser competentes em um modo de agir em saúde que esteja organicamente implicado com a produção de uma nova relação trabalhador/usuários de serviços de saúde, em todos os lugares que este processo de relação opera.

"Temos, então, como desafio, procurar politizar o cotidiano com a produção de sujeitos políticos, a partir de sujeitos institucionais em situação, que em processo publicizem as disputas de projetos, as arenas decisórias e os modos de operação do trabalho em saúde. Politizar os processos nos quais os interesses se explicitam, se organizam e agem. E nos quais as 'subjetivações' se produzem.

"Para isto, temos de construir um 'olhar coletivo e analisador', capaz de interrogar o sentido efetivo das ações de saúde a partir de interesses orientados e comprometidos por um modelo de atenção à saúde que se pautem pela criação de

relações de responsabilizações e compromissos com a defesa da vida, individual e coletiva, de modo igualitário e democrático.

“Temos de aliar nossa capacidade de atuar nos processos macropolíticos com as muitas possibilidades de intervenção nos modos micropolíticos, os quais constroem a maneira como os modelos de atenção efetivamente ‘vivem’ as possibilidades concretas da relação trabalhador/usuário, lugar que, em última instância, atua no e sobre o imaginário em saúde. E, neste caminho forjar os novos ‘atores sociais’ comprometidos com o público, de modo público.” (Merhy & Onocko (org), 1997: 13-14).

ABSTRACT

ABSTRACT

The principal topic of this thesis is the analysis of the articulation between macro- and micro-political processes, and between the structural and the subjective conditions of the reforms in Latin American's health care systems.

Managed care (MC) was chosen an "analyzer" that "silently" is establishing neoliberal reform. MC is introduced basically for multinational finance capital, especially of United States origin. In this institution the participants, as actors or as subjects of the process, are being positioned or are taking positions.

The data were obtained in the investigation, "Managed Care in Latin America: Its Role in Health System Reform", in which I was the principal investigator of a team of researchers in Argentina, Brazil, Chile, Ecuador and the United States.

The product of the research and of the reflexive thought developed is presented in the following way: characterization of the context in which the concern about this problem and the theoretical explorations arise; a section to explicate the methods utilized, three chapters, a conclusion and the necessary appendices to understand the data of study. The conclusion develops an integral analysis of the structural and macropolitical processes in their articulations with the transformations at the level of common sense, that are facilitated by the micropolitical dynamic and that produce the specific modalities that the reforms assume. Therefore ideological concepts are considered that support the reform that contains MC as "instituyente" (that are referred to as "fundamentals"), showing its articulation with macropolitical processes and the structural changes that are produced. I consider also the importance that the changes in the common sense hold, for which this "instituyente" is transformed into an "instituido" and, as such, is operationalized by the micropolitical processes that are generated in the health institutions themselves. In this process professional and non-professional workers take part. These processes are put in context by presenting same data concerning the results of structural adjustment in our economies, that put in evidence the "sin sentidos" of this neoliberal model that it is proposed as the only alternative able to make health systems efficient and equitable. I integrate into analyses theoretical concepts and alternative experiences, concerning these reforms, developed by Brazilian collective health, especially by the members of the Laboratory of Administration and Planning in Health (Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde, LAPA). I believe that these concepts and experiences constitute a "tool box" with potential to open thought in the direction of other meanings that facilitate leaving the state of situation marked by impotence, inequity, lack of access for the population, worsening of health conditions, and deterioration of the conditions of work in health institutions.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEL-SMITH, B., 1988. *The rise and decline of the early HMOs: some international experiences*. *Milbank Q* ; 66: 694-719.
2. ADMINISTRACIÓN NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD - ANSSAL, 1991. Diagnóstico y propuesta de reforma de las obras sociales, presentado en el II Congreso de Nacional de Salud "Dr. Ramón Carrillo".
3. ANGELL, M., 1993. The doctor as double agent. *Kennedy Institute for Ethics Journal*, 3: 279-286.
4. ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social), 1997. Informe de los resultados de los países de afiliados entre obras sociales. Buenos Aires: mimeo.
5. ARCE, H., 1997. *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en a configuración del sector salud en la Argentina*. Santiago de Chile: Ed. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Serie Financiamiento del Desarrollo.
6. BADIOU, A., 1988. *L'Être et l'Événement*. París: Ed. Seuil.
7. BADIOU, A., 1990. *Manifiesto por la Filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
8. BADIOU, A., 1990. *¿Se puede pensar la política?* Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
9. BADIOU, A., 1990. *Manifiesto por la filosofía*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
10. BADIOU, A., 1992. Derecho, Estado, Política. *Revista Acontecimiento*, 4: 11-23.
11. BADIOU, A., 1994. La Ética. *Revista Acontecimiento*, 8: 11-93. BADIOU, A., 1994. *Para uma Nova Teoria do Sujeito*. Río de Janeiro: Ed. Relume Dumara.
12. BADIOU, A., 1995. Conferencias de Badiou en Buenos Aires: Filosofía y política; Ética y política. *Revista Acontecimiento*, 9: 11-44.
13. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, 1996. *Progreso Económico y Social en América Latina*. Washington: BID.
14. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, 1997. *Progreso Económico y Social en América Latina*. Washington: BID.

15. BANCO MUNDIAL, 1993. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington DC: Banco Mundial.
16. BARBEITO, A. & LO VUOLO, R., 1992. *La modernización excluyente. Transformación Económica y Estado Benefactor en Argentina*. Buenos Aires: Ed. UNICEF / Losada.
17. BELMARTINO, S. & BLOCK, C., 1985. Economía, sociedad y política de salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, Argentina, 31: 5-22.
18. BELMARTINO, S. & BLOCK, C., 1988. Aportes para la discusión del sistema de obras sociales. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, Argentina, 44: 5-15.
19. BAREMBLIT, G., 1992. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos.
20. BENASAYAG, M., 1996. *Pensar la libertad*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
21. BENASAYAG, M., 1998. *Utopía y Libertad. Los derechos humanos: una ideología?* Buenos Aires: EUDEBA.
22. BENASAYAG, M.; CHARLTON, E., 1992. *Crítica de la felicidad*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
23. BENASAYAG, M. & CHARLTON, E., 1993. *Esta dulce certidumbre de lo peor. Para una teoría crítica del compromiso*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
24. BENASAYAG, M., SCAVINO, D., 1997. *Por una nueva Radicalidad, Poder y Potencia en política*. París: Ed. La Découverte.
25. BOURDIEU, P., 1988. *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
26. BREILH, J. 1989. *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. México: Fontamara.
27. BREILH, J. 1995. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación: Guía Pedagógica para um Taller en Metodología*. Quito: Ediciones CEAS.
28. BREILH, J., 1998. Conferencia: "La Sociedad, el Debate de la Modernidad y la Nueva Epidemiología. En IV Congreso Brasileño de Epidemiología. Río de Janeiro: mimeo.
29. BRESSER PEREIRA, L. C., 1995. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde: Criação das Organizações Sociais, Colóquio Técnico prévio a la XXV Reunión do Consejo Directivo do CAD, Buenos Aires: mimeo.

30. BROWN, ER., 1992. Health USA: A national health program for the United States. *JAMA*, 267: 552-558.
31. BUENO, W.S., MERHY, E., 1997. Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? Campinas, SP: mimeo.
32. BUSE, K. & GWIN, C., 1998. The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *The Lancet*, Vol 351: 665-669.
33. CAMPAÑA, A., BREILH, J., MALDONADO, M, HIDALGO, F., 1998. "Atenção gerenciada en América Latina: su papel en a reforma de los sistemas de salud: el caso de Ecuador. Informe final." Quito: mimeo.
34. CAMPOS, GWS., 1987. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
35. CAMPOS, GWS., 1991. *A Saúde Pública como Defesa da Vida*. São Paulo: Editora Hucitec.
36. CAMPOS, GWS., 1992. *Reforma da Reforma. Repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
37. CANGUILHEN, G. 1971. *Lo Normal y lo patológico*. Editora Siglo XXI. Argentina.
38. CASTORIADIS, C. 1986. *Encruzilhada do Labirinto 1*. São Paulo: Editora Brasiliense.
39. CECÍLIO, L., 1994. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
40. CERDEIRAS, R., 1991. Manifiesto político. *Revista Acontecimiento*. 1: 11 a 24.
41. CERDEIRAS, R., 1991. Hacia un pensamiento político de la política. *Revista Acontecimiento*, 1: 25-51.
42. CERDEIRAS, R., 1991. Hacia nuevas formas de hacer política. *Revista Acontecimiento*, 2: 43-61.
43. CERDEIRAS, R., 1992. Lo imposible en la política. *Revista Acontecimiento*, 4: 37-48.
44. CLANCY, C., et al., 1993. Questions and answers about managed competition. *Int J Health Serv*, 23:213-218.
45. CLARK, J., 1993. Debt reduction and market reentry under the Brady Plan.

- Federal Reserve Bank of New York Quaterly Review*, 18 (4): 38-62.
46. COLLECTIF MALGRÉ TOUT, 1995. Manifiesto. París: mimeo.
 47. CORIAT, B., 1992. *El taller y el robot. Ensayos sobre el fordismo y la producción en masa en la era de la electrónica*. México / España: Siglo XXI Editores.
 48. DIARIO CLARÍN, 7/6/96. Apoyo de la CGT al plan de salud oficial. Buenos Aires: Ed. Clarín.
 49. DIARIO CLARÍN, Bermúdez, I., 29/4/98. Traspasos: crece la pelea entre las obras sociales. Buenos Aires: Ed. Clarín.
 50. DIARIO CLARÍN, 5/5/98. Estudian suspender el cambio de obra social. Buenos Aires: Ed. Clarín.
 51. DIARIO CLARÍN, Bermúdez, I., 7/5/98. Cambiaría el trámite para pasarse de obra social. Buenos Aires: Ed. Clarín.
 52. DIARIO CLARÍN, Bermúdez, I., 10/5/98. La medicina privada ata su crecimiento a los gremios. Buenos Aires: Ed. Clarín.
 53. DIARIO CLARÍN, 14/7/98. Desatención de pacientes del PAMI. Buenos Aires: Ed. Clarín.
 54. DIARIO CLARÍN, 5/1/99. La crisis en el Hospital de Clínicas. Buenos Aires: Ed. Clarín.
 55. DIAZ LEGASPE, A., 1994. Gasto en salud. *Salud para Todos*, 2 (20): 19-21.
 56. DÍAZ MUÑOZ, A., 1991. Procesos de privatización en el Sector Salud de Argentina. Facultad de Ciencias Sociales (FLACSO), mimeo.
 57. DONZELLI, A. 1995. Modelli organizzativi e risultati dei sistemi sanitari nei confronti internazionali. Milão: Impreso.
 58. ELIAS, P., 1997. Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. México: mimeo.
 59. ELLWOOD, P, et al., 1992. The Jackson Hole initiatives for a twenty first century American health sistem. *Health Econ.*, 1: 149-168.
 60. EMANUEL, EJ, DUBLER, NN., 1995. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA*, 273: 323-329.

61. ENTHOVEN, AC, KRONICK, R., 1989. A consumer-choice health plan for the 1990s. *New England Journal Medicine*, 320: 29-37, 94-101.
62. ENTHOVEN, AC, SMITH, KW., 1971. *How Much Is Enough?: Shaping the Defense Program, 1961-1969*. New York: Harper & Row.
63. ENTHOVEN, AC., 1978. Consumer-choice health plan. *New England Journal Medicine*, 298: 650-658, 709-720.
64. ENTHOVEN, AC., 1980. *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1980.
65. ENTHOVEN, AC., 1986. Managed competition in health care and the unfinished agenda. *Health Care Financ Rev*, (suppl): 105-119.
66. ENTHOVEN, AC., 1988. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland.
67. ESTRADA, A., BARILARI, E., SEPÚLVEDA, J., RIQUELME, S. & SOTO, M., 1998. "Atención gerenciada en América Latina: su papel en la reforma de los sistemas de salud: el caso de Chile. Informe final." Santiago: mimeo.
68. FELETTI, R., LOZANO, C., 1997. *Reestructuración capitalista y endeudamiento externo Latinoamericano*. Buenos Aires: Ed. Instituto de Estudios sobre Estado e Participación IDEP/ CTA.
69. FOLHA DE SÃO PAULO, 5/98. No mês de maio de 1998 este jornal fez várias entrevistas sobre o, então chamado, Projeto de Lei de Planos de Saúde.
70. FRANCO, T., MERHY, E., 1998. O Uso de Ferramentas Analisadoras dos Serviços de Saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Campinas, SP: mimeo.
71. FOUCAULT, M.: *Microfísica del Poder*. Buenos Aires/ Madrid: Ed. La Piqueta, 1992.
72. FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS - FIEL, 1991. Diagnóstico y propuesta de reforma del sistema de salud. Buenos Aires: mimeo.
73. FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS - FIEL, 1995. El sistema de seguridad social: una propuesta de reforma. Buenos Aires: mimeo.
74. GABEL, JR, RICE, T., 1993. Is managed competition a field of dreams? *J Am*

- Health Policy*, 1993; 3: 19-24.
75. GARAMENDI, J., 1992. *California health care in the 21st century: a vision for reform*. Sacramento, California: Department of Insurance.
76. GARCÍA DELGADO, D. R., 1994. *Estado y sociedad, la nueva relación a partir del cambio estructural*, Buenos Aires: Ed. Tesis, Grupo Editorial Norma S.A.
77. GLASER, WA., 1993. The competition vogue and its outcomes. *Lancet*, 341: 805-819.
78. GLASER, WA., 1993. The United States needs a health system like other countries. *JAMA*, 270: 980-984.
79. GLASER, B.; STRAUSS, A., 1968. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine.
80. GONÇALVES, R B M., 1994. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec em co-edición com a ABRASCO.
81. GONZALEZ GARCÍA, G., 1997. Informe sobre cobertura de la seguridad social. Buenos Aires: mimeo.
82. GUATTARI, F., 1990. *Las tres ecologías*. Valencia: Ed. Pre-textos.
83. GUATTARI, F., 1992. *Caosmose*. Rio de Janeiro: Editora 34.
84. GUATTARI, F.; ROLNIK, S., 1993. *Micropolítica. Cartografías Do Desejo*. Petrópolis: Ed. Vozes.
85. HADLEY, JP, LANGWELL, K., 1991. Managed care in the United States: promises, evidence to date and future directions. *Health Policy*, 19: 91-118.
86. HONORABLE SENADO DE LA NACIÓN, 1997-98. Audiencias Públicas de la Comisión de Acción Social y Salud Pública, Análisis de los Proyectos de Ley de la Medicina Prepaga. Buenos Aires, mimeo.
87. HUBBEL, FA, et al., 1991. Access to medical care for documented and undocumented latinos in a southern California county. *West Journal Medicine*, 154: 414-417.
88. IGLEHART, JK., 1993. Managed competition. *New England Journal Medicine*, 328: 1208-1212.
89. INSTITUTO DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INDEC), 1992. *Encuesta permanente de hogares*. Buenos Aires: INDEC.

90. INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACIÓN (IDEP), 1992. "Informe de Coyuntura. El Pan Brady. Economía y Política tras el acuerdo acreedor. Buenos Aires: mimeo.
91. INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACIÓN (IDEP), 1993. "Informe de coyuntura. La Era Posbrady. Balance de una etapa 1990/92." Buenos Aires: mimeo.
92. IRIART, C., 1992. El campo sanitario: apuntes para la reflexión. *Salud, Problema y Debate*, 6: 12-15.
93. IRIART, C., 1995. Informe del Diagnóstico de Situación del Sector Salud en Tierra del Fuego. Instituto Servicios Sociales de Tierra del Fuego. Ushuaia: mimeo.
94. IRIART, C., 1997. La reforma del sector salud en Argentina. En: *Reforma en Salud: lo privado o lo solidario*. Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
95. IRIART, C. & LEONE, F., 1993. Descentralización en salud. En *Normas de descentralización para establecimientos de salud*, pp. 5-16, Buenos Aires: Ed. MSAS e PRONATASS.
96. IRIART, C.; LEONE, F. & TESTA, M., 1995. Las políticas de salud en el marco de ajuste. *Cuadernos Médico Sociales*, 71: 5-21.
97. IRIART, C.; LEONE, F.; LEIVA, L.; MOYANO, R; CURI, C. & ANAUATI, J., 1993a. Normas de descentralización para establecimientos de salud. En *Normas de descentralización para establecimientos de salud*, pp. 23-34. Buenos Aires: Ed. Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS)/ Ed. PRONATASS.
98. IRIART, C; MERHY, E; WAITZKIN, H., 1999. La atención gerenciada en América Latina. Presentado para publicar.
99. IRIART, C.; NERVI, L., 1990. Modelo médico y técnicas de investigación social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 52: 27-35.
100. IRIART, C.; NERVI, L.; OLIVIER, B & TESTA, M., 1994. *Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
101. IRIART, C. & SPINELLI, H., 1994. La cuestión Sanitaria en el Debate

- Modernidad-Posmodernidad. *Cadernos de Saúde Pública*, 10: 491-496.
- 102.KRONICK, et. al., 1993. The marketplace in health care reform: the demographic limitations of managed competition. *New England Journal Medicine*, 328: 133-135.
- 103.KUTTNER, R., 1998. Must good HMOs go bad?: the search for checks and balances. *New England Journal Medicine*, 38: 1558-63 & 1635-9.
- 104.LANGWELL, KM, et. al. 1992. *The Effects of Managed Care on the Use and Costs of Health Services*. Washington, DC: Congressional Budget Office, 1992.
- 105.LAURELL, A.C., 1995. *La salud: De derecho social a mercancía*. En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud (Auroi, A. C., coord.)*, pp. 9-31, México: Ed. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco/Ed. Representación en México de la Fundación Friedrich Ebert.
- 106.LOURAU, R., 1980. *El Estado y el inconsciente*. Barcelona: Ed. Kairós.
- 107.LOURAU, R., 1991. *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- 108.LOURAU, R., 1995. *El campo de coherencia del análisis institucional*. Buenos Aires: Ed. Cuadernos de Posgrado Universidad de Buenos Aires.
- 109.MERHY, E., 1987. *O Capitalismo e a Saúde Pública como Política*. Campinas SP: Papyrus.
- 110.MERHY, E., 1992. *A Saúde Pública como Política*. São Paulo: Editora Hucitec.
- 111.MERHY, E., 1995. *Universalidade, Equidade e Acesso Sim Mas Não Bastam*. Campinas SP: mimeo.
- 112.MERHY, E., 1997. *A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: Uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência*. Campinas, SP: mimeo.
- 113.MERHY, E. 1997. *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. En: *Democracia e Saúde*, Sonia Maria Fleury Teixeira, pp 125-142. São Paulo: Editora Lemos.
- 114.MERHY, E., 1998a. *Do protagonismo/liberdade à captura: um dilema permanente do agir e algumas de suas implicações para a prática da vigilância*

- à saúde. Campinas, SP: mimeo.
- 115.MERHY, E., 1998b. O Desafio da Tutela e da Autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. Campinas, SP: mimeo.
- 116.MERHY, E.; IRIART, C.; WAITZKIN, H., 1998. Atenção Gerenciada: da microdecisão corporativa à microdecisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? En: *Managed Care. Alternativas de Gestão em Saúde*, pp. 85-115. São Paulo: Ed. PROAHS/Ed. Fundação Getúlio Vargas.
- 117.MERHY, E.; ONOCKO, R. (org.), 1997. *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo / Buenos Aires: Ed. Hucitec / Lugar Editorial.
- 118.MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, 1993. Informe del Ministro de Salud y Acción Social a la Cámara de Diputados de la Nación. Buenos Aires: mimeo.
- 119.MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (MSAS), PROGRAMA DE ESTADÍSTICAS DE SALUD, 1996. *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina*. Buenos Aires: MSAS.
- 120.MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (Argentina), 1996. *Programa de Reconversión de las Obras Sociales*. Buenos Aires: Ed. MSAS.
- 121.MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (Argentina), 1997. *Hospital Público de Autogestión*. Buenos Aires: Ed. MSAS.
- 122.MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, 1997. Informe sobre la desocupación. Buenos Aires: mimeo.
- 123.MINUJIN, A. (coord.), 1992. *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires: UNICEF / Losada.
- 124.MINUJIN, A. (editor), 1993. *Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social de fin de siglo*. Buenos Aires: UNICEF / Losada.
- 125.MISHLER, EG. 1986. *Research Interviewing*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1986.
- 126.MUÑOZ, I.; CAMPIONE, D; RUBIO, L., 1988. Las nuevas funciones del Estado. En: *Cuadernos de la Fundación de Investigaciones Sociales y Políticas*. 10: 15-25.
- 127.NEGRI, A., 1993. *La Anomalía Salvaje. Ensayo sobre poder y potencia en B*.

- Spinoza*. Madrid: Anthropos/Universidad Autónoma Metropolitana U. Iztapalapa.
128. OLIVEROS COSSIO, R. 1992. Consideraciones y sugerencias en torno al 2% de aporte del empleador, establecido en la ley 18.566. *Salud y Cambio* (Chile), 3(9):4-5.
129. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1996. *Novas Modalidades de Organização dos Sistemas e Serviços de Saúde no Contexto da Reforma Setorial: a Atenção gerenciada*, Washington, D.C.: OPS (HSP/SIOS-40).
130. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Comisión de Consultores, 1957. "Estudio de los servicios de Salud Pública de la República Argentina". Buenos Aires, mimeo.
131. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Pedroso, O., 1957. "Informe del Consultor en Administração Hospitalaria, Dr. O. P. Pedroso". Buenos Aires: mimeo.
132. ORGANIZACIÓN SOLIDARIA DE LA ATENCIÓN MÉDICA - OSAM, 1991. Proyecto de Decreto elaborado por el Ministerio de Economía de Argentina. Buenos Aires: mimeo.
133. PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE LAS OBRAS SOCIALES (PARSOS), 1995. Proyecto Gobierno Argentino / Banco Mundial. Buenos Aires, mimeo.
134. RABINOW, P.; DREYFUS, H., 1995. *Foucault. Uma Trajetória Filosófica*, Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária.
135. REICH, R., 1991. *The Work of Nation: Preparing Ourselves for 21st Century*. Boston: Jonathan Segal Editor.
136. RIFKIN, J. & HEILBRONER, R., 1994. *The End of the Work: The Decline of the Global Labor Force and the Down of the Post-market Era*. Washington: American Library Association.
137. RELMAN, AS., 1993. Controlling costs by "managed competition" - would it work? *New England Journal Medicine*, 328: 133-135.
138. REVISTA INCOR, 02/98. São Paulo. Brasil.
139. REVISTA PRODOCTOR BUSINESS, ano 3, nº 3, 5/95. São Paulo. Brasil.

140. RODRIGUEZ CAMPOS, C., CARVALHO MALTA, D., TEIXEIRA DOS REIS, A., DOS SANTOS, A., MERHY, E., 1998. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Hucitec.
141. RUBIO, L., 1988. La unidad de las izquierdas: qué hay entre la resignación y el delirio? En: Cuadernos del Sur. 7: 21-33.
142. SCRAIBER, L., 1990. *Programação em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
143. SCHRAIBER, L., 1993. *O Médico e seu Trabalho. Limites da liberdade*. Sao Paulo: Ed. Hucitec.
144. SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1998. Informe sobre el análisis de las consultas en los hospitales de la Secretaría. Buenos Aires: mimeo.
145. STOCKER, K., WAITZKIN, H. & IRIART, C., 1999. The exportation of managed care to Latin America. Aceptado para publicar en *New Journal England Medicine*. Fecha estimada marzo 1999.
146. STRAUSS, AL., 1987. *Qualitative Analysis for Social Scientist*. New York: Cambridge University Press.
147. STRAUSS, A.; CORBIN, J., 1990. *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
148. TAYLOR, S., Bogdan, R., 1986. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Buenos Aires: Ed. Paidós Studio.
149. TESTA, M., 1993. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
150. TESTA, M., 1993. *Pensamiento estratégico y lógica de Programación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
151. TESTA, M., 1997. *Saber en salud. La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
152. THE WALL STREET JOURNAL, Torres, C., 6/8/98. "Privatization of Argentine Health-Care System Attracts U.S. Firms". New York: Ed. The Wall Street Journal.
153. THE WALL STREET JOURNAL, Torres, C., 13/1/99. International Aetna Buy largest HMO in Argentina. New York: Ed. The Wall Street Journal.
154. VASQUEZ, I., 1996. The Brady Plan and market-based solutions to debt

- crises. *Cato Journal*, 16 (2): 233-243.
155. WAITZKIN, H., 1983. *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*. New York: Free Press.
156. WAITZKIN, H., 1990. On studying the discourse of medical encounters: a critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise. *Med Care*, 28: 473-428.
157. WAITZKIN, H., 1991. *The Politics of Medical Encounters*. New Haven and London: Yale University Press.
158. WAITZKIN, H., 1994. El dilema de la salud en Estados Unidos: un programa nacional de salud o libre mercado. *Salud y Cambio* (Chile), 5 (15): 24-38.
159. WAITZKIN, H., FISHMAN, J., 1997. Inside of System: The Patient-Physician Relationship in the Era of Managed Care. In: *Competitive Managed Care: The Emerging Health Care System* (Wilkerson, J., Devers, K. & Given, R., eds.), pp. 136-161. Ed. San Francisco: Jossey-Bass.
160. WAITZKIN, H., 1998. Is Our Work Dangerous? Should It Be? *Journal of Health and Social Behavior*, 39 (March): 7-17.
161. WOOLHANDLER, S, HIMMELSTEIN, D. 1995. Extreme risk - the new corporate proposition for physicians. *New England Journal Medicine*, 333: 1706-1708.
162. ŽIŽEK, S., 1992. *El sublime objeto de la ideología*. México: Ed. Siglo XXI.

ANEXO I - PROJETO DE PESQUISA

PROJETO DE PESQUISA: A ATENÇÃO GERENCIADA - SEU PAPEL NA REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA²²

APRESENTAÇÃO

Este projeto está sendo desenvolvido por uma equipe de investigação multicêntrica, que envolve pesquisadores da Argentina, Equador, Chile, Brasil e Estados Unidos (Novo México), que se propõe a realizar um estudo comparativo das reformas dos ditos países tomando como analisador a Atenção Gerenciada (A.G.) - Managed Care -, que tem se configurado como uma política de intervenção no campo das ações de saúde, enquanto um certo território de políticas públicas, e que tem tido uma presença marcante em alguns países latino-americanos, principalmente a partir dos seus experimentos nos EUA e na Europa Ocidental.

Esta reforma, especificamente para os EUA, tem suas origens imaginárias, nas políticas militares iniciadas durante a década de 1960 nos EUA, nas quais busca inspiração para pensar as modificações na organização dos serviços de saúde, ao considerar que os mesmos entraram em um patamar de esgotamento dos recursos sociais e econômicos disponíveis para o setor saúde sem consequências positivas para a saúde da população americana. Haja visto que

²² este projeto de pesquisa é produto de um trabalho coletivo realizado por um conjunto de pesquisadores do Brasil, Argentina, Chile, Equador e EUA (Novo México) no esforço de realizar uma investigação comparativa sobre as reformas dos sistemas de saúde que vêm se implementando na América Latina nos últimos anos; considerando-se a proposta da atenção gerenciada como um "analisador" dos processos.

hoje, nos EUA, gasta-se em torno de 1 (um) trilhão de dólares no setor saúde, sem que a efetividade de suas políticas estejam demonstradas diante de países que tem gastos bem menores.

A ênfase dada, neste processo da reforma americana, foi a de colocar o conjunto das ações de saúde sob o controle administrativo, estrategicamente situado, no que se refere a efetivação dos serviços a serem prestados pelos grandes organismos empresariais, envolvidos com o seguro e o conjunto das ações assistenciais. A A.G. está mudando profundamente o sistema de saúde nos EUA, em vários países da Europa e agora em alguns da América Latina.

O grupo está estudando a difusão desta reforma nos quatro países latino-americanos que participam desta investigação; seus custos comparativos; o impacto na organização de serviços; o papel de organismos financeiros e governamentais internacionais; o papel das organizações corporativas; o impacto no setor público e privado; as implicações para a equidade; a descentralização, e a participação popular; assim como os efeitos na relação médico-paciente, relações inter-profissionais e outros aspectos da chamada micropolítica da saúde. A metodologia será histórica, qualitativa e quantitativa, para analisar os dados primários e secundários sobre a difusão e impacto da atenção gerenciada.

Palavras chaves: atenção gerenciada, competição, privatização, mix público-privado, relação médico-paciente, micropolítica do trabalho em saúde, microdecisão clínica, microdecisão administrativa em saúde.

ANTECEDENTES E MARCO CONCEITUAL

História e desenvolvimento da Atenção Gerenciada. Mesmo que a A.G. seja freqüentemente descrita como uma reforma recentemente desenvolvida (1,2), encontramos os antecedentes desta iniciativa na década de 1960, no trabalho de Alain Enthoven - economista americano (3,4,5). Em seus trabalhos, desenvolve uma proposta de "programação, planificação e orçamentação" para o Departamento de Defesa, com a finalidade de analisar os custos e benefícios de cada novo método de conduzir a guerra, tendo em foco a situação vivida com o Vietnã.

Em 1977, propõe um "plano de saúde por escolha do consumidor" baseado em uma "competição regulada no setor privado". A proposta tinha como uma de suas características a de dar um papel importante ao controle administrativo sobre as decisões clínicas, para reduzir os exames complementares e os tratamentos custosos, além de tomar como seu cenário a competição, no mercado, entre as grandes organizações de prestadores.

Esta orientação teve, durante as décadas de 1980 e 1990, o apoio do setor empresarial, onde foi visto como um método de reduzir os custos de cobertura em saúde, que as empresas tinham com os seus empregados. Enthoven e seus colegas colaboraram com os impulsionadores de Organizações para a Manutenção da Saúde (HMO), executivos de corporações e funcionários de companhias privadas de seguros, no desenvolvimento mais refinado da proposta. Na metade dos anos 80, foi colocada uma grande ênfase na "competição gerenciada", como resposta às preocupações manifestadas pelos economistas e

dirigentes empresariais, no sentido de se considerar os pressupostos de “livre-mercado”, como balizadores para as modificações necessárias a serem impressas, através de novas lógicas de “gerenciamentos”, em um programa de reforma(8).

Depois da publicação de uma proposta, revisada em 1989 (9), a coalizão que apoiava a “competição gerenciada” ampliou-se bastante, ao ponto de incorporar funcionários das grandes companhias de seguros privados dos EUA, que foram se diversificando inclusive na própria gestão de atenção à saúde (10,11). Durante a campanha presidencial de Bill Clinton, adotou-se a orientação da A.G. como componente de seu plano de governo, de um Programa Nacional de Saúde (12,13,14,15). Apesar do aparente fracasso do Plano, este modelo de reforma tem se difundido rapidamente, especialmente sob a influência das grandes empresas de seguros privados.

Difusão da Atenção Gerenciada. Enthoven e seus aliados assessoraram reformas do sistema de saúde na Holanda, Grã Bretanha, Suécia, Noruega e outras nações européias. Mesmo que os benefícios em custos, qualidade e satisfação não tenham sido demonstrados através de investigações, a Atenção Gerenciada ganhou influência, especialmente por enfatizar a competição no mercado. Iniciaram as reformas dos sistemas públicos nestes países com mudanças organizacionais, que se apoiavam na orientação da A.G. e na privatização dos serviços públicos. Após dois anos, alguns dos governos destes países reverteram parte destas políticas, pois a A.G. não conseguiu satisfazer muitas de suas expectativas (16,17,18,19).

Entretanto, este tipo de reforma tem se difundido rapidamente pela América Latina (2,20,21,22). Especificamente em países como Argentina e Chile, as reformas dos sistemas públicos colocam muita ênfase na competição entre grandes companhias prestadoras, subjugadas ao modelo americano. Em países como Equador e Brasil, começam a aparecer propostas semelhantes, porém o seu desenvolvimento ainda é incipiente. A tendência à adoção generalizada e os incertos efeitos nos custos, qualidade, satisfação e indicadores de saúde fazem com que as pesquisas sobre a A.G. tirem grande proveito de um enfoque comparativo.

Princípios da Atenção Gerenciada. Há quatro elementos essenciais da A.G., que têm sido parcialmente implementados nos EUA.

a) Grandes empresas integradas por seguradoras e prestadores que vendem planos de saúde de forma competitiva (chamadas no plano de Clinton por "associações responsáveis de saúde"). Estas empresas deveriam operar como fazem atualmente as HMO (Health Maintenance Organization) reduzindo drasticamente a prática médica baseada no pagamento por ato; atualmente os médicos e hospitais estão amplamente absorvidos pelos HMOs. Em princípio estas modificações na organização da prática médica permitiria um manejo mais específico das condições de trabalho, pela ação profissional dos gerentes de alto nível, cuja responsabilidade seria controlar as ações custosas e de interesse específico dos médicos e hospitais. Mesmo sem a aceitação do plano de Clinton, este aspecto da A.G. está aumentando rapidamente nos EUA, devido ao crescente poder das grandes empresas seguradoras.

b) Grandes organizações de compradores de seguros (no plano de Clinton “cooperativas de saúde compradoras de seguros” ou “alianças de saúde”). Estes patrocinadores de saúde na teoria podem comprar planos de grandes vendedores, organizadamente. Iniciadas as vezes por governos estaduais ou municipais, estas organizações poderiam representar a pequenos empregadores e a indivíduos, incluindo os trabalhadores liberais e os desempregados. Em teoria, estas organizações funcionariam como “compradores inteligentes”, tomando decisões planejadas a partir dos dados de custos e da qualidade dos serviços.

c) Benefícios de saúde efetivos e uniformes. O terceiro componente da A.G., tampouco implementada nos EUA, é o pacote básico de cobertura de atenção a saúde que seria extensivo à toda a população. Um comitê nacional de saúde designado definiria este pacote, ou cesta, de benefícios mínimos. Esta decisão do comitê acerca da cobertura, se apoiaria principalmente nos estudos em torno dos resultados clínicos e de eficácia - tipo medicina de evidência -, dos serviços de saúde.

d) Mudança nos códigos tributários. Estas mudanças diminuiriam a capacidade das corporações e dos indivíduos para a requisição de deduções de impostos por gastos em saúde. Especificamente as corporações e os indivíduos não poderiam solicitar deduções tributárias por coberturas em saúde, que ultrapassassem o teto básico previsto. Mesmo que as corporações e os indivíduos pudessem comprar assistência adicional sem deduções tributárias, estas mudanças no código tributário proporcionariam incentivos para comprar uma

cobertura menos cara. As mudanças nos impostos estão sendo implementadas gradualmente nos EUA.

Vantagens apontadas pela Atenção Gerenciada. Os que advogam a A.G. assinalam várias vantagens desta proposta. Na Europa e na América Latina a difusão destas vantagens apontam uma justificativa para a adoção desta perspectiva, como uma política da reforma.

a) Seus promotores assinalam que se fosse implementada junto com um Programa Nacional de Saúde, a A.G. poderia expandir a acessibilidade aos serviços de saúde, preservando um papel maior para as seguradoras privadas. Como resultado este enfoque criaria mudanças menos drásticas no atual sistema de saúde do que um plano de privatização amplo, do setor público.

b) Como a A.G. dependeria das forças do mercado para a limitação dos custos, seus incentivadores a consideram mais consistente com os principais valores econômicos e políticos imperantes.

c) A competição, deste ponto de vista, permitiria uma qualidade melhorada da assistência na medida em que os planos de atenção gerenciada teriam que disputar entre si pelos pacientes.

d) Ao ter que eleger entre planos competitivos, os consumidores também necessitariam estar mais bem informados sobre as relações custo-benefício na atenção à saúde, em parte porque lhes seriam cobrados co-pagamentos pela maior parte da assistência prestada.

Apesar de que a A.G. não está implementada nem nos EUA nem na Europa como parte da política nacional, as vantagens mencionadas são usadas

para justificar a difusão desta reforma na América Latina. Por outro lado, como a eficácia da reforma em termos de acessibilidade, custos e qualidade não estão bem estudadas, parece fundamental sua análise no contexto latino-americano. É importante examinar as vertentes que se opõem e se antagonizam a este tipo de proposta de mudanças, a partir de suas vinculações a determinados grupos de interesses sociais. Pode-se analisá-la, então, de vários pontos de vista políticos e econômicos: a diminuição do tamanho do aparelho estatal e a abertura de melhores condições para a privatização (neo-liberal); a legitimação e governabilidade (social democrática e conservadora); a eficiência funcional ao sistema e paradigma gerencial (tecnocrática) e a democratização para a equidade e participação social (popular).

JUSTIFICATIVAS E RAZÕES DO ESTUDO

Para avaliar a reforma centrada na A.G., na América Latina, deve-se considerar as incógnitas, preocupações e perguntas, que têm aparecido no debate sobre esta política nos EUA e Europa.

Incógnitas. Existem várias incógnitas em relação à atenção gerenciada que precisam ser claramente conhecidas em relação às suas implementações na América Latina:

a) A extensão dos benefícios básicos a serem cobertos pelas organizações da atenção gerenciada requerem uma avaliação crítica em termos das necessidades de saúde e dos problemas de acessibilidade de populações definidas.

b) Os detalhes de como serão financiados os programas públicos baseados na atenção gerenciada devem ser claramente conhecidos, em particular se basearem-se no aumento dos impostos para as famílias e as empresas.

c) Em cada país ou região continua sendo ambíguo se os gastos totais com a atenção à saúde vão ser cobertos através de um mecanismo de orçamentação global, ou segundo os princípios de um mercado livre.

d) Não se tem deixado claro como deverá ocorrer a transição do sistema atual para o de A.G. É importante analisar o impacto da nova política no setor público e em particular a pressão em torno da privatização feita por corporações e organismos financeiros.

e) Também é essencial analisar o grau de flexibilidade que os governos municipais, estaduais e nacionais, dispõem para promover formas variadas de cobertura e organização sob o modelo da A.G..

Preocupações. Tanto opositores quanto partidários da A.G. têm manifestados sérias preocupações:

a) As limitações demográficas de países diferentes seriam fatores limitantes do seu impacto, especialmente em regiões rurais, onde a população vive fora das áreas metropolitanas que poderiam suportar a competição de três ou mais organizações de A.G. (23,24,25).

b) Não se tem certeza de que a A.G. vai poder controlar os custos; nos EUA, os estados com os programas mais extensos de A.G. têm mostrado custos iguais ou maiores que os que não aplicaram este tipo de programa (26,27,28,29).

c) Os custos administrativos já significativos (nos EUA, mais de 25% de

todos os gastos em saúde (30)), possivelmente aumentaria ainda mais dado que a A.G. é administrativamente intensiva e a nova modelagem organizacional exigida introduziria novos agrupamentos de trabalhadores na gestão administrativa.

d) Apesar do louvável intento de utilizar estudos sobre eficácia e resultados para definir a cesta mínima e uniforme de benefícios, e avaliar a qualidade da atenção, as distintas investigações têm produzido informações verificáveis só em torno de um pequeno número de problemas de saúde e procedimentos médicos. Permanecendo, portanto, incerto como as orientações protocoladas pelos prestadores, sobre a prática médica, poderiam ser concretizadas no interior de instituições lucrativas que competem baseadas no preço (31).

e) A A.G. está introduzindo novas contradições e tensões na relação médico-paciente, nas relações entre pacientes e outros profissionais e mesmo nas relações inter-profissionais. Por exemplo, sob a A.G. o médico se encontra em um conflito basal, pois pode chegar a ser "um agente duplo". Mesmo que tenha como primeira responsabilidade, segundo a doutrina de Hipócrates, o bem estar do paciente, tem também agora que assumir uma responsabilidade com a empresa que gerencia a assistência ao mesmo paciente. Assim, um conflito ético se faz presente devido à perspectiva de reduzir os custos através da limitação de serviços diagnósticos e terapêuticos. Em certos contratos com médicos, as empresas americanas de A.G. querem que os mesmos não expressem seus desacordos ou não atuem contrários quanto às decisões dos administradores (32,33,34,35,36). Nos países latino-americanos estes tipos de problemas também

têm sido observados.

Problemas práticos. Surgem várias perguntas práticas relativas à aceitabilidade da A.G. pelos prestadores e consumidores:

a) Ao mesmo tempo que expande o poder das grandes companhias de seguro que já atuavam no campo da saúde, a A.G. provavelmente reduzirá a liberdade dos consumidores para escolher os médicos, mas o micro controle burocrático-administrativo das atividades clínico-terapêuticas possivelmente deverá aumentar.

b) Devido ao fato de que a capacidade de compra de cobertura adicional em relação à cesta básica depende do poder de compra, esta proposta aparentemente perpetuará a iniquidade e a cobertura estratificada.

c) Não está claro que a A.G. terá êxito em frear a seleção e exclusão de pacientes com riscos de enfermidades custosas, por parte das companhias de seguros, o que poderia redundar em um maior gasto para o setor estatal. Na América Latina estes processos têm tido início e merecem um estudo cuidadoso.

d) A A.G. criará provavelmente um aumento do sistema de co-pagamento e um acréscimo dos impostos a uma parte da população que atualmente está assegurada.

FINALIDADES DO ESTUDO. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS

Objetivo geral

Analisar de modo comparado os processos de reformas sanitárias na Argentina, Brasil, Chile e Equador, considerando a A.G., como modelo de gestão

que a partir dos EUA e Europa impulsiona este processo em direção aos países do terceiro mundo.

Objetivos específicos

1. Analisar a difusão das políticas de A.G. e o processo de sua implantação no interior da reforma sanitária.

Atividades: 1.a. Descrever criticamente a história do início desta reforma em cada país considerando os períodos de introdução da A.G. a nível nacional e regional.

1.b. Considerar a influência a nível de cada país das experiências desenvolvidas nos EUA e Europa da avaliação dos benefícios e problemas da reforma através da A.G..

1.c. Investigar sobre a participação de especialistas estrangeiros, de funcionários de organismos financeiros internacionais e dos governos americano e europeus, no processo de discussão e adoção dos princípios da A.G. no interior da reforma do sistema de saúde.

1.d. Considerar o papel das organizações corporativas nas propostas de reformas discutidas a nível de cada país (corporações profissionais, sindicais, empresários de saúde e do capital financeiro).

1.e. Analisar os projetos de reforma impulsionados através dos organismos de financiamento internacional (Banco Mundial, FMI, etc.).

1.f. Analisar em cada país a normativa legal em relação à reforma do sistema de saúde, no que se refere a organização dos programas e serviços de atenção à saúde.

2. Analisar a informação estatística secundária que mostra a evolução da participação dos setores estatais (em seus diferentes níveis), privado (com e sem fins lucrativos) e misto na administração, prestação e financiamento dos programas e serviços de saúde.

Atividades. 2.a. Analisar a capacidade instalada.

2.b. Analisar a evolução do gasto em saúde e a composição dos setores que participam no financiamento durante o processo de reforma.

2.c. Analisar as formas de financiamento. (orçamentos globais ou por programas, pagamento por serviço ou por captação, pré-pagamentos e co-pagamentos).

2.d. Analisar a quantidade de população assistida por cada sub-setor de saúde e sua evolução durante o processo de reforma.

3. Analisar a viabilidade destas reformas de acordo com os princípios de equidade, descentralização e participação social.

Atividades. 3.a. Analisar as formas que adotam a descentralização e a participação social nos serviços de saúde.

3.b. Obter informações sobre a acessibilidade aos serviços de atenção.

4. Analisar os efeitos da A.G. nos processos de trabalho e na relação médico-paciente, e em outros aspectos da chamada micropolítica dos serviços de saúde.

Atividades. 4.a. Obter informações sobre o papel dos administradores nas decisões clínico-epidemiológicas.

4.b. Analisar as mudanças nas relações profissional-paciente, profissional

universitário-profissional não universitário e profissional-administrador.

4.c. Avaliar a modificação dos processos de trabalho.

MÉTODOS

Será realizada uma triangulação de técnicas quantitativas e qualitativos/interpretativos para estudar os temas especificados acima. Nas seções adiante descreveremos alguns aspectos básicos deste posicionamento.

Métodos históricos. Usar-se-á métodos históricos para estudar os atores políticos envolvidos, o processo de tomada de decisão das políticas de saúde, o contexto das reformas e o seu conteúdo. Adicionalmente serão estudados os seus antecedentes históricos: indicadores sociais nacionais; indicadores de saúde; a evolução dos sistemas nacionais de saúde, a razão da reforma (problemas econômicos, políticos, perfil epidemiológico e demográfico, limitações institucionais e organizacionais, valores sociais, princípios ético-políticos).

Procurar-se-á dar uma ênfase especial na difusão da proposta da A.G., o seu processo de aceitação, o papel dos funcionários de organismos financeiros e governamentais, o papel das empresas seguradoras privadas, dos organismos corporativos, as suas implicações para a equidade, a descentralização e a participação popular. Os métodos históricos que os investigadores da Argentina (21,22,37), Brasil (38), Equador (39) e EUA (2,40) tem utilizado envolvem a análise de publicações, arquivos governamentais e privados, e entrevistas em profundidade com atores importantes destes eventos.

Em primeiro lugar examinaremos a literatura publicada e não publicada

sobre a A.G. no contexto latino-americano. Junto às bibliotecas, arquivos governamentais e de organismos envolvidos com este processo e a publicações específicas do setor, buscar-se-á os artigos e documentos sobre a A.G. e outras novas iniciativas da reforma. As mesmas fontes contém documentos sobre exposições e conferências de dirigentes e técnicos envolvidos neste processo que nos oferecem seus posicionamentos formais no campo das políticas de saúde de modo opinativos e muitas vezes contrastantes. Explorar-se-á o debate, as distinções de pontos de vista e as controvérsias.

Um destaque mais específico ao nível de cada país será dado às publicações situadas particularmente nos ministérios e organismos governamentais dos quatro países latino-americanos, além das contidas em importantes centros institucionais de enfoque da saúde pública e das políticas públicas (como a FIOCRUZ no Brasil e a Fundación Salvador Allende no Chile), e em centros de investigação (como o CEAS e GICAMS). Estes lugares contém análises menos formais das políticas, dados de investigações, posicionamentos diversificados e artigos de periódicos e revistas. Para esta fase da investigação estudaremos os arquivos criticamente para compreender a evolução da reforma e seus sentidos com ênfase na presença da A.G. em cada país.

Entrevistas focalizadas será um outro caminho de levantamento histórico. Usaremos nos países envolvidos um protocolo com perguntas abertas que se centrarão nas temáticas da difusão e implantação de reformas em torno da A.G.. As perguntas incluirão temas que darão informações sobre as origens e os processos de aceitação da A.G., além das controvérsias teóricas e práticas. Em

cada país serão realizadas entrevistas com lideranças reconhecidas da administração e gestão de serviços, das agências governamentais, associações de profissionais e participantes não profissionais de programas de saúde. As anotações e transcrições serão submetidas a analisadores comuns entre os distintos países participantes e serão subsequenteamente analisadas dentro de uma perspectiva teórica centrada em análises quantitativas e qualitativas, conforme alguns apontamentos abaixo.

Método quantitativo. Esta abordagem estará marcadamente presente na análise da utilização, dos custos e de outros aspectos empíricos que acompanham o processo de reforma. O impacto do setor público, a organização dos serviços e os custos serão estudados através de métodos quantitativos, mostrando as mudanças nas ofertas de serviços oferecidos, na sua composição, e na composição dos gastos, sobre os dados de cobertura populacional por cada sub-setor, o emprego de profissionais médicos e outros trabalhadores da saúde e a acessibilidade diferencial por tipo de estabelecimento (com A.G. ou não).

Os métodos quantitativos derivarão dos estudos de acesso e utilização que têm sido feito com particular ênfase pelos grupos nacionais do Equador e dos EUA (41,42,43). As fontes de informações serão principalmente as bases de dados sobre a organização dos serviços em cada país, mantidos pelos respectivos ministérios de saúde. As variáveis dependentes mais importantes estudadas através deste método secundário serão analisadas comparativamente entre serviços, com e sem A.G., no setor privado e público, como: número de pacientes, médicos e outros profissionais; proporções de atendimentos

ambulatoriais e hospitalares; custos destes serviços; os tipos, números e custos de programas de prevenção e promoção. As variáveis de controle incluirão os demográficos (idade, gênero, educação, trabalho, etnicidade), além do tipo de seguro da clientela. Para alguns dos dados espera-se uma fragilidade no sistema de informação vigente. Espera-se que o conjunto desta informação mais quantitativa alimente uma análise comparativa da reforma dos sistemas de saúde através de: ofertas de serviços, financiamento, seguros, mix público-privado, descentralização, acessibilidade e equidade, tipos de cobertura, entre outros.

Método qualitativo e interpretativo sobre as relações profissionais-pacientes e outros aspectos da micropolítica da saúde. Para estudar a problemática da A.G. e os seus efeitos nas relações profissionais-pacientes, inter-profissionais, etc., usaremos uma adaptação de metodologias desenvolvidas pelos grupos brasileiros, argentino e americanos (44,45,46,47,50). Especificamente aplicaremos uma investigação usando uma amostra qualitativa de atores situados no interior dos processos organizacionais em estudo. Estes atores serão pacientes, médicos, outros profissionais, do setor público e privado, sob a A.G. e não gerenciada. A investigação incluirá perguntas sobre atitudes, experiências na obtenção e ofertas de serviços, o percurso mais detalhado da dinâmica do processo de trabalho em saúde e seus desdobramentos na configuração de modelos de atenção à saúde em torno das distintas forças instituintes deste processo, em particular na ação do trabalho vivo em ato no interior das práticas de saúde (50). Serão enfocadas as modificações experimentadas nas relações interpessoais e na satisfação do cliente nestes

processos de reforma. Trabalharemos com perguntas abertas e fechadas na tentativa de explorar as distintas dimensões que envolve uma investigação deste tipo.

Há uma intenção, na medida do possível, de gravar encontros entre pacientes e profissionais no setor da A.G. e comparativamente entre os distintos países. Pretende-se também entrevistar profissionais e pacientes da rede de atenção primária do setor público e do privado em situações organizadas pelos princípios da A.G. versus não gerenciadas. Como estudado anteriormente nos EUA e México por Co-IP americano, as variáveis dependentes importantes incluirão o tempo de dar informação aos pacientes, o número de explicações e o nível técnico das explicações, em termos absolutos e como porcentagem. Procurar-se-á também trabalhar com a configuração adquirida pelos analisadores da relação intercessora trabalhador-usuário nos distintos serviços (50). Com isto esperamos estudar as mudanças que podem estar ocorrendo com a introdução da A.G. na América Latina.

Análise e interpretação de dados. Esta fase da investigação considerará cada tema apresentado acima na seção sobre objetivos específicos. Utilizar-se-á os princípios de análises reconhecidos nas Ciências Sociais que estudam as políticas de saúde e que foram implementados anteriormente por partes dos investigadores da equipe (referências assinaladas ao início deste texto).

Para a análise quantitativa dos dados secundários sobre a organização e os custos dos serviços em cada país, usaremos métodos multivariados, especialmente a regressão. Para orientar a análise, consideraremos a importância

da A.G. como uma variável independente de “dummy” (maquiadora), porque é dicotômica, em equações que incluem outras variáveis explicativas (por exemplo, setor privado versus público, outra vez como “dummy”) ou variáveis de controle (idade, gênero, educação, etc...). Quando a variável dependente é contínua, como número de visitas por ano ou custos de serviços em dólares, é apropriado usar regressão múltipla simples. Quando a variável dependente é dicotômica (por exemplo, acesso a serviços preventivos, sim ou não), é necessário usar regressão múltipla logística.

A análise quantitativa das entrevistas e das gravações também usará a regressão a técnica principal. Para as variáveis dependentes contínuas (satisfação, tempo de dar informação, etc.), a importância da A.G. versus outras variáveis explicativas será estudada através de regressão múltipla simples. Com variáveis dependentes dicotômicas (problema de acesso), a regressão múltipla logística será apropriada.

Para a análise de dados históricos e de dados qualitativos das entrevistas e gravações, usaremos técnicas baseadas nos trabalhos de Strauss e colaboradores (48), como já foi aplicado anteriormente por alguns dos membros da equipe de pesquisadores. Brevemente, o processo de análise envolverá uma série de etapas, em que as notas de campo estarão categorizadas segundo os temas que emergem durante o curso da investigação. Em primeiro lugar, as observações e notas serão postas em chave por “codificação aberta”, para produzir conceitos e categorias provisórias. Em uma etapa posterior, serão organizadas estas categorias provisórias em dimensões amplas de categorias e

sub-categorias. “Categorias centrais” serão identificadas. Serão esclarecidas variações de perspectivas de perspectivas, especialmente fontes de debates e de controvérsias.

A análise dos dados das entrevistas também usará métodos sugeridos por Mishler em seu livro de grande influência sobre questionários e investigações (49). Mishler tem documentado em profundidade as limitações de perguntas fechadas e análise quantitativa como a única técnica analítica usada. Por outro lado, tem proposto uma análise da narrativa dos dados de entrevistas, que associa ao conteúdo da discussão e ao contexto social do entrevistado. Este método especifica como o conteúdo e as conexões contextuais podem ser identificados através da clarificação das “vozes” específicas nestas narrativas. Como foi realizado em investigações recentes deste grupo de pesquisadores (45), aplicar-se-á a análise narrativa das transcrições e notas das entrevistas em particular sobre a A.G.. A análise procurará clarear as conexões entre as experiências individuais e o contexto social das distintas reformas vivenciadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo específico 1. Analisar a difusão das políticas de A.G. e o processo de sua implantação no interior da reforma sanitária.

Espera-se explicitar a relação estado-sociedade-políticas que se dá no marco dos processos de reforma em cada país. Descrever os atores políticos envolvidos, o processo de tomada de decisões sobre as políticas de saúde, os níveis de participação, e o contexto e conteúdo da reforma. Especificamente,

procurar-se-á esclarecer as arenas nas quais estes processos de reforma vão se constituindo, assim como analisar-se-á as propostas em disputa e a forma de solução dos conflitos que ocorrem. Também deverá se elucidar as razões de mudanças nos vários países, incluindo os problemas econômicos, as questões políticas, as mudanças epidemiológicas, as demográficas, e as limitações organizacionais. Analisar-se-ão os valores sociais e princípios éticos considerados em cada país. Espera-se também chegar a uma análise exaustiva das norma legais vinculadas à reforma que se institucionalizou em cada país. Logo espera-se através das análises comparativas interpretar as semelhanças e diferenças entre países e considerar a importância de difundir as experiências de maior relevância visando melhorar a visão crítica sobre a equidade e a acessibilidade da população aos serviços de saúde, assim como sobre o uso mais ou menos racional dos recursos. Nesta análise considera-se a reforma da A.G. sob os ângulos da oferta de serviços de saúde, do financiamento, dos tipos de seguros, da regulação, da descentralização e do mix público-privado. No nível organizacional considera-se a legibilidade, o tipo de cobertura e a medição da qualidade. No nível de programação se analisará a determinação de prioridades e o conteúdo das cestas básicas de serviços essenciais.

Em termos das atividades especificadas neste objetivo, espera-se que a história do início da A.G. variará entre os países, tanto em relação com o contexto histórico quanto com o político econômico. Por exemplo, no Chile, onde os princípios do livre mercado e da debilidade das organizações sindicais e profissionais imperam, espera-se uma aceitação rápida da A.G.. Por outro lado,

no Equador e no Brasil, nos quais a situação é distinta, espera-se um processo mais lento ou mesmo de grande resistência quanto a esta proposta. Espera-se também um impacto maior das experiências americanas e européias no Chile e na Argentina, que têm tradições de intercâmbio internacional mais efetivas nas políticas de saúde que o Equador e o Brasil; esta expectativa aplica-se também quanto ao papel de especialistas estrangeiros e de funcionários governamentais americanos e europeus, além da facilidade de mudanças de normativas legais.

Objetivo específico 2. Analisar a informação estatística secundária que mostra a evolução da participação dos setores estatais (em seus diferentes níveis), privado (com e sem fins lucrativos) e misto na administração, prestação e financiamento dos programas e serviços de saúde.

Espera-se poder realizar uma análise da participação dos distintos setores que atuam no campo da saúde em cada país, antes e depois da instalação dos processos de reforma sob a influência da A.G., ou não, tanto a nível da capacidade instalada como do gasto e do financiamento. Isto deverá possibilitar uma compreensão da modalidade predominante que está sendo adotada em cada país e setor (público, privado e seguridade social), o papel da A.G., e descrever o deslocamento de grupos populacionais em relação às instituições prestadoras de serviços de saúde e responsáveis pelas suas coberturas assistenciais. Com estes dados se esclarecerá informações sobre as variáveis sugeridas para as análises comparativas das reformas: oferta de serviços, financiamento, tipos de seguro, descentralização e o mix público-privado. Também se comparará as vantagens e

desvantagens da A.G. em termos de efeitos positivos e negativos, quanto ao atingimento ou fracasso em relação aos objetivos propostos, nos distintos processos desenvolvidos nos países e vinculando-os aos indicadores de saúde e de cobertura da atenção.

Espera-se grandes diferenças entre os distintos países, particularmente quanto às informações disponíveis. No Chile, provavelmente, por se ter uma capacidade instalada maior da A.G. a informação se apresentará mais rica. Não é claro como deverá evoluir os gastos de saúde durante estes processos, mas espera-se uma caracterização do financiamento da A.G. principalmente através de pagamento por captação e de co-pagamento pela população. Na Argentina e Chile espera-se uma quantidade maior de população assistida pela A.G. que no Equador e no Brasil.

Objetivo específico 3. Analisar a viabilidade destas reformas de acordo com os princípios de equidade, descentralização e participação social.

Neste objetivo espera-se o esclarecimento sobre a efetividade dos processos de descentralização e de participação social, e se os mesmos cumprem com os objetivos de tornar a gestão mais eficiente e a atenção mais eficaz; além de permitirem uma possível democratização dos serviços e uma melhora da acessibilidade.

Espera-se uma melhor descentralização e participação social na organização das políticas e dos serviços no Chile e na Argentina do que no Equador e no Brasil. Também é esperado uma maior desigualdade na

acessibilidade no Chile e na Argentina do que nos outros países.

Objetivo específico 4. Analisar os efeitos da A.G. nos processos de trabalho e na relação paciente-médico, e em outros aspectos da chamada micropolítica dos serviços de saúde.

Neste ponto a proposta pretende analisar os processos micropolíticos para conhecer as modificações provocadas no interior da reforma com a proposta da A.G., e poder avaliar os efeitos na equidade, acessibilidade e qualidade de atenção que recebe a população.

Sobre as atividades propostas espera-se um crescente papel dos administradores da A.G. de modo mais efetivo no Chile e na Argentina, onde há uma maior aceitação da proposta da A.G.. Nos países onde está implementada a A.G. de modo mais efetivo é previsto um crescimento do controle administrativo no interior do processo de trabalho.

ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

A AG é a organização de serviços de atendimento à saúde sob o controle administrativo de grandes entidades privadas. Estas entidades realizam a intermediação entre o agente financeiro, os prestadores do serviço e usuários. É um sistema que utiliza incentivos econômicos e controle da gestão para encaminhar os pacientes aos provedores incumbidos de oferecer o atendimento. Um elemento central neste sistema é a imposição da racionalidade econômica, através do controle administrativo que implica na subordinação da prática clínica. Esta racionalidade está orientada pela lógica da eficiência (que privilegia a relação custo-benefício econômico) e da concorrência do mercado. O sujeito principal é o capital financeiro, externo ao âmbito da saúde. Diante de tais informações:

1. Considera que esta modalidade de atendimento ocorre no Brasil? Como?
2. Quais os mecanismos que estão sendo utilizados para difundir esta reforma no Brasil?
3. Quais os sujeitos ou agentes locais identifica como protagonistas do processo de reforma sob a AG? Que parcela de poder lhes outorga, como vê a articulação entre os mesmos (conflitos e acordos)?
4. Quais os efeitos destacaria como os mais significativos e que podem atribuir-se ao processo de reforma sob a AG em relação à:

relação público-privado

seguridade social

processos de trabalho

relação profissionais-usuários

acesso da população aos serviços

financiamento

qualidade dos serviços

na reorganização dos prestadores do serviço (a idéia consiste em verificar se houve novas modalidades para organizar a prestação de serviços, adequando-se a AG

na redistribuição dos usuários (deslocamento de outros sistemas para os da AG?

5. Considera que a reforma sob a AG tem ou terá efeitos sobre:

acessibilidade

equidade

qualidade (associada à eficácia na melhoria dos indicadores de saúde)

a livre escolha

os custos

a eficiência

6. Tem informações se as corporações profissionais (médicas e outras) e as dos trabalhadores de saúde manifestaram suas posições perante a Reforma sob o projeto da AG?

ANEXO III

PROYECTOS DE LEY SOBRE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA: análisis de las presentaciones en las audiencias públicas en la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública del Senado²³

En el Decreto 1142/96 se establece que el Ministerio de Salud y Acción Social elevará al Poder Ejecutivo Nacional (PEN) el Proyecto de Medicina Prepaga, que deberá ser remitido al Congreso de la Nación antes del 31 de diciembre de 1996. Si bien estos plazos no se cumplieron estrictamente, este Decreto planteó la decisión del Ejecutivo de reglamentar esta actividad.

Varios fueron los proyectos presentados, incluidos algunos de fechas anteriores (de senadores y diputados), pero en las Audiencias Públicas se trataron el del PEN y el del Senador Martínez Almúvedar, Presidente de la Comisión que llevó a cabo las audiencias. Siendo el del PEN el que más se discutió.

En los Fundamentos del Proyecto del Sen. Martínez Almúvedar se destaca:

- a) como objetivo principal del proyecto, defender adecuadamente al consumidor que tiene una asimétrica información en relación a las empresas con las que contrata su cobertura médica,
- b) Garantizar que las entidades que ofrecen coberturas de salud cuenten con una situación patrimonial y financiera adecuada para cubrir el riesgo prestacional que asumen.
- c) Proponer la creación de una Superintendencia de Prepagos Médicos, en dependencias del MSAS, cuya función sea aplicar la ley y hacer un seguimiento del mercado con el expreso propósito de defender al consumidor.
- d) La evaluación y calificación de los prepagos por calificadoras externas al Estado, para contar con información independiente que pueda ser brindada a los consumidores y les permita comparar entre las distintas ofertas de manera más calificada.
- e) Se propone, asimismo, corregir el subsidio de los carenciados a las capas medias y altas, a través de obligar a los prepagos a pagarle al hospital público, haya o no contrato con ellos, por las prestaciones recibidas por sus asegurados.
- f) Se plantea la necesidad de que los prepagos que ofrecen coberturas integrales brinden como mínimo el Programa Médico Obligatorio (PMO) y que se ajusten a las normas de calidad en la atención médica dispuestas por el MSAS.

Este proyecto a diferencia del presentado por el PEN, incluye a los efectos de la regulación, a los planes de adherentes de las obras sociales, es decir, aquellas actividades de las obras sociales destinadas a brindar cobertura a beneficiarios que no están sujetos por ley a la obligación de ser cubiertos por ellas.

Por su parte, en el Proyecto del PEN aparecen como puntos centrales:

²³ Esta parte se sustenta en el análisis de las transcripciones de las versiones taquigráficas de las audiencias realizadas en el ámbito de la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública del Senado de la Nación.

a) colocar a las empresas de medicina prepaga bajo la jurisdicción de la Superintendencia de Servicios de Salud²⁴, es decir, bajo el mismo órgano que controla a las obras sociales, con lo cual las integra formalmente a la jurisdicción del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

b) La aparente prohibición, según se interpretaría del artículo 13º (es muy ambiguo), de establecer precios diferentes entre usuarios que estén en un mismo plan, y solo admitiría variación de precios teniendo en cuenta la cantidad de usuarios que se incorporen al contrato con el titular. Es decir, se prohibiría la práctica de poner precios diferentes por edad y sexo. En Argentina las prepagas establecen precios diferentes por edad, en otros países como USA, existe la diferenciación también por sexo y, es conveniente destacar que muchas empresas que están comprando prepagos son originarias de ese país o lo tienen como modelo.

c) Obliga a las prepagas a incluir solo a prestadores que cumplan con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, sin embargo, dicho Programa no tiene aún los mecanismos operativos de evaluación de prestadores y las normas aprobadas son de tal nivel de exigencia que difícilmente puedan ser cumplidas por la mayoría de los actuales prestadores.

d) Obliga, al igual que el anterior proyecto, a las entidades de medicina prepaga a abonar a los hospitales públicos de autogestión, las prestaciones que estos hayan brindado a sus asegurados y que estén comprendidas en el plan suscripto por el usuario.

e) Establece que las prepagas deberán acreditar un patrimonio neto de 250.000 \$ en el caso de las ya existentes y de 500.000 \$ las que se creen luego de sancionada la ley, asimismo dice que la Superintendencia de Servicios de Salud debe fijar las reservas técnicas que no podrán ser inferiores a las doceava parte del promedio de facturación anual de los 12 meses previos a la fecha de cierre de cada ejercicio. En el proyecto del Senador Almúvedar se señalan en forma general algunos criterios de solvencia, pero no se fijan montos.

El Dr. Peluso, Subsecretario de Regulación y Fiscalización de la Secretaría de Política y Regulación de Salud, quien representó al MSAS en las audiencias señaló que el objetivo del PEN al proponer el proyecto era dar un marco jurídico a la actividad de la medicina prepaga, que estableciera condiciones económicas mínimas para su funcionamiento, defender al usuario, que las prepagas estuvieran bajo la jurisdicción de la Superintendencia de Servicios de Salud y no en la Superintendencia de Seguros, porque se defiende a la salud como un proceso social y no como un siniestro, y se pretende que sea un mismo organismo que controle la aplicación del Programa Médico Obligatorio, más allá de quién deba brindarlo (obras sociales, hospitales públicos o empresas de medicina prepaga) y también destacó que se pretende normatizar que los hospitales públicos reciban pagos en caso de que atiendan pacientes con cobertura de la medicina prepaga.

Ambos proyectos contienen numerosas imprecisiones y seguramente serán

²⁴ La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) fue creada por el Decreto PEN 1615/96. Por este Decreto la ANSSAL se fusionó con el INOS y la DINOS, para crear la SSS en jurisdicción del MSAS.

modificados hasta la aprobación de alguno²⁵; por lo cual consideramos que más interesante que hacer un análisis exhaustivo de los proyectos es analizar las presentaciones públicas de los convocados a las audiencias, ya que muestran las disputas presentes entre los actores que participan en el ámbito de la medicina prepaga, y la de estos con las obras sociales y hospitales públicos.

Para ello es indispensable comenzar realizando una caracterización de quiénes son las entidades de medicina prepaga, ya que bajo esta denominación existen numerosas modalidades asociativas, con y sin fines de lucro. Esto nos facilitará encuadrar las disputas que aparecen entre ellos.

Caracterización de las entidades de Medicina Prepaga: Con esta denominación y, por lo tanto, que quedarían bajo la Ley de Entidades de Medicina Prepaga existe una amplia gama de instituciones:

a) Las empresas de medicina prepaga propiamente dichas, es decir, empresas lucrativas que se constituyeron para brindar prestaciones de atención a la salud de diverso tipo, a personas que pagan una mensualidad para cubrir a priori sus necesidades de atención futura.

Existen algunas que dan prestaciones integrales y otras que dan parciales (odontológicas, oftalmológicas, de emergencias médicas, entre estas últimas existen algunas integrales y otras especializadas, etc.).

Este tipo de empresa se constituyó en Argentina en la década del 60, generalmente, a partir de grupos médicos que montaron estas empresas, con escasa inversión (muy pocas tienen efectores propios) y generaron el capital para amortizar los gastos de las prestaciones a partir de los aportes de las personas que adhirieron a ese sistema. Actualmente, muchas están en venta o se han vendido y los nuevos dueños son empresas ligadas al capital financiero internacional.

Existe una amplia gama de oferta de este tipo de prepagos, desde los dirigidos a poblaciones de alto nivel socioeconómico hasta los que cubren a sectores de bajos ingresos. Esto último se desarrolló, en especial, en los últimos años a raíz del crecimiento de la desocupación y, por lo tanto, de la disminución de la población cubierta por la seguridad social médica que, en Argentina, está dirigida a los trabajadores. Este último tipo de oferta está principalmente en manos de clínicas y sanatorios que ofrecen las prestaciones a través de su propia infraestructura y en los consultorios privados de los médicos que forman parte de su oferta prestacional.

Son claramente entidades con fines de lucro. Sus actividades están gravadas con impuestos como cualquier sociedad comercial y hasta la fecha la única regulación es la provista por la ley de sociedades comerciales.

Los prepagos que cobran altas y medias cotizaciones están, generalmente,

²⁵ Según se informa en Página/12 del 28-4-98 la Comisión de Salud del Senado introdujo numerosas modificaciones al proyecto del PEN. Los que parecen más importantes son que el monto de la reserva técnica será de un mes de recaudación y el capital mínimo quedaría en 250.000 \$. También según la información periodística la ley permitiría la incorporación de prepagos parciales sin responsabilidad de brindar el PMO, lo que abriría un intersticio para el no cumplimiento de la Ley, que impuso la obligatoriedad de cumplir con el PMO a las empresas de prepago médico. Elimina la preexistencia y esto augura una suba en los valores de los contratos y una discriminación hacia los de mayor edad.

nucleados en la la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga (ADEMP) y la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA). En el interior del país existen numerosas entidades que nuclean a los pequeños prepagos.

Según datos de CIMARA y ADEMP sus asociados cubrirían a 2.185.000 personas. Mientras que el representante de la Cámara de la Pequeña y Mediana Empresa de Medicina Prepaga, que participó en las Audiencias Públicas, señaló que ellos cubre a aproximadamente 1.400.000 afiliados y facturan 600.000 dólares al año (40% del total de la facturación de toda la medicina prepaga, que se estima en 2.500.000 dólares). El representante de la Cámara de Empresas de Medicina Prepaga de Tucumán que habló también por las del NOA, dijo que la cartera de afiliados de estas entidades es de 500.000 personas. La mayoría de estos afiliados son de clase media y baja, con un salario promedio mensual de entre 200 y 300 dólares, y abonan cuotas de 5 dólares per cápita, según dijo, con lo cual sólo le ofrecen una cobertura parcial. Quien habló por la Asociación de Empresas de Asistencia Médica Prepaga del Interior señaló que reúnen a 32 empresas que brindan asistencia a 120.000 afiliados, en base a planes de entre 35 y 50 dólares.

De la sumatoria de los afiliados que estos datos aportan las empresas lucrativas estarían cubriendo más de 4.000.000 de personas.

b) Otro tipo de prepagos lo constituyen la oferta que realizan las diversas organizaciones gremiales médicas, que aprovechando la infraestructura administrativa, ofertan los servicios de los profesionales a ellas afiliados, a través de planes de cobertura prepagada.

Existen muchas de este tipo y su dimensión está en relación a la dimensión del gremio en cada área geográfica, siendo la perteneciente a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) y la de Capital Federal (FEMECA), las más importantes. Según informó en las audiencias el Dr. Giusti, representante de esta última, existen 53 entidades de este tipo en el país con alrededor de 500.000 personas afiliadas.

Estarían comprendidas en este tipo las entidades nucleadas en la Confederación Odontológica de la República Argentina, si bien ofreciendo planes parciales.

Son entidades sin fines de lucro.

Las del interior del país están representadas en las Audiencias Públicas, por la COMRA, la de Capital por sí misma.

c) Las cooperativas y mutuales que ofrecen a sus asociados planes de salud prepagados conforman otro grupo que quedaría encuadrado en la ley en discusión. Este tipo incluye en general a grupos medianos y pequeños y estatutariamente no pueden tener fines de lucro. Están exentas de impuestos. Existen varias entidades que las representan y que participaron en la audiencias públicas. Según el representante del Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual en sus registros existen 60 mutuales y cooperativas que cubren a 500.000 afiliados.

d) También quedarán comprendidos en la ley los hospitales de colectividades y los privados sin fines de lucro. Estas entidades tienen características diferentes a las clínicas y sanatorios con fines de lucro, ya que en el caso de los hospitales de colectividades, son asociaciones que se constituyeron con aportes solidarios para dar cobertura en caso de enfermedad a sus asociados. Los asociados eran de una misma colectividad, luego se ampliaron y recibieron aportes de cualquier persona que quería pagar para tener una protección en caso de necesitarlo. Los excedentes los reinvierten en infraestructura o desarrollo de programas de docencia e investigación.

Los hospitales privados sin fines de lucro son aquellos que se constituyeron a partir de apoyo estatal o particular (puede ser de los propios profesionales que los forman y de población adherente) y cuyas finalidades incluyen la docencia y la investigación. También gozan de exenciones impositivas.

Estos dos tipos de instituciones se han nucleado en la Asociación de Hospitales de Colectividades y Particulares sin Fines de Lucro. Sus miembros son: los hospitales de comunidad, Británico, Francés, Italiano, Español, Sirio Libanés, Israelita, Alemán, el Centro Gallego y un particular sin fines de lucro que es el CEMIC.

Participantes de la Audiencias: A las Audiencias Públicas fueron invitadas: las dos cámaras que nuclean a los principales prepagos, la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga (ADEMP) y la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA); la Cámara de Prepagos Médicos del Interior; la Federación Argentina de Mutuales de Salud; el Mutualismo Argentino Confederado, los Prepagos Gremiales Médicos (a través de COMRA y FEMECA); la Asociación de Hospitales de Colectividades y Particulares sin Fines de Lucro; la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI) que nuclea al Hospital Italiano, al Alemán, al Británico, al CEMIC (todos representados también por la anterior asociación), y a la Fundación Favalaro, el Sanatorio Mater Dei, el Sanatorio San Juan de Dios, la Asociación Adventista Argentina y OSDE, entidades sin fines de lucro; la Cámara de Prepagos Odontológicos; la Confederación de Clínicas y Sanatorios que tiene entre sus asociados a clínicas y sanatorios que ofrecen sistemas prepagados; y los Prepagos Gremiales Odontológicos (a través de la Confederación Odontológica de la República Argentina).

Los grandes prepagos estuvieron, sin embargo, más representados ya que también se convocó al Exxel Group (dueño de Tim, Galeno, Life), a Medicus, a AMSA y al Swiss Medical Group (que no asistió); también tuvo una representación diferencial el CEMIC (hospital privado sin fines de lucro).

Otras entidades que fueron invitadas y cuya convocatoria llama la atención, dado que nada tienen que ver con la oferta de sistemas prepagos, son las de la Cámara de Especialidades Medicinales (CAEME), que representa a los laboratorios extranjeros y el Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), representante de los nacionales.

También se convocó a OSDE (Obra Social del Personal de Dirección de Empresas) pues existe un proyecto de ley para que sea abierta a competir con los

prepagos.

Dos asociaciones de defensa de los consumidores participaron también de las audiencias (ADELCO y ADECUA). Su contribución a la discusión fue pobre.

La última audiencia estuvo destinada a que expusieran representantes de la Superintendencia de Seguros de la Nación; de la Superintendencia de Servicios de Salud; del Ministerio de Salud y Acción Social, y el Defensor del Pueblo.

Cuestiones destacadas en el debate

Regulación vs libre competencia: La mayoría de los expositores señalaron que aceptarían la regulación si se los incorporara a una oferta en competencia totalmente abierta por los beneficiarios de la seguridad social, porque de esta manera, según señaló Giordano representante de ADEMP, "regular nuestra actividad tiene sentido porque nuestras entidades estarían manejando fondos de naturaleza pública."²⁶

El representante del Exxel Group aportó argumentos a este reclamo generalizado para que el sector se desregule totalmente. Planteó que pese al gasto relativamente elevado (según estimaciones ronda los 20 millones de dólares), salud es un sector estructuralmente desinvertido. Dice que las inversiones privadas en el período 1991-96 ascendieron aproximadamente a 130 millones de dólares (de los cuales, según él, el Exxel aportó el 90%), mientras que para mantener una relación con el nivel de inversión promedio de la economía argentina, se deberían haber invertido en el sector aproximadamente 2.400 millones de dólares, ya que en el resto de las actividades económicas las inversiones fueron de 35 mil millones de dólares. Considera que esta falta de inversiones estaría indicando que es un sector que no atrae capitales por la falta de desregulación.

También realizó una caracterización muy crítica del sector, y señaló que la satisfacción de los usuarios es muy baja, tanto en términos de los costos que debe afrontar como por la calidad de los servicios. Remarcó que existe desigualdad tributaria entre los prestadores y no existe una amplia libertad de elección por parte del usuario de los servicios. Que mientras no se subsanen estas diferencias no se debería estar planteando una regulación de una actividad específica, pues según su opinión: "Necesitamos seguir creciendo, para ello resulta indispensable una libertad amplia de elección a favor de todos los usuarios de los servicios de salud, con un nuevo modelo de financiamiento y con reglas impositivas claras en un escenario de igualdad tributaria". Considera que el proyecto del PEN constituye básicamente un conjunto de normas de protección al usuario y que eso ya está contemplado en la legislación que rige los derechos el consumidor. Propuso que se fije un cronograma para la desregulación de la actividad hacia la libre competencia de los prestadores de salud.

²⁶ Las citas textuales que se utilizan al analizar las diferentes cuestiones que consideramos centrales en el debate están extraídas de las exposiciones en las Audiencias Públicas de los representantes de las entidades invitadas. Las Audiencias Públicas se realizaron el 28 de agosto, el 4, 11, 18 y 25 de setiembre de 1997.

La única posición que no refleja esta demanda aperturista de la seguridad social a la competencias la dió el representante de AMSA, quien manifestó que puede haber prepagos que no deseen inscribirse en el Registro de Agentes del Seguro de Salud, y "esto debido a que las obligaciones y requerimientos, propios de quienes manejan fondos públicos, se apartan en mucho de aquello a lo que en este momento están acostumbrados." Es interesante esta opinión ya que AMSA es un prepago, con 35 años de antigüedad, con 240.000 afiliados; en la actualidad tiene contrato de prestación con 10 obras sociales y al abrirse el segundo período de elección de obra social por parte de los afiliados (mayo-junio 1998) realiza la siguiente publicidad: "eligiendo las obras sociales que tienen convenio con AMSA usted puede utilizar ese aporte para pagar la cuota mensual de nuestra Cobertura Asistencial." Evidentemente este prepago ha evaluado que es mucho más redituable convertirse en un gerenciador de los fondos de las obras sociales, que en un captador de individuos aislados.

Defensa de los consumidores: Las propuestas de los proyectos en este sentido fueron muy criticadas por los expositores. Se cuestionó que se exigiera detallar en los contratos todas las prestaciones excluidas, indicándose que es imposible, porque los avances científicos y los intereses de laboratorios y empresas de tecnología propician permanentemente la incorporación de nuevas prestaciones, y las empresas de medicina prepaga no pueden explícitamente excluir en el momento de la firma de los contratos por desconocimiento. El Dr. Vázquez, Representante de la Cámara de Empresas de Medicina Privada del Interior planteó que "la globalización de la economía y la información pueden producir automáticos requerimientos de ciertas prestaciones o medicamentos inaccesibles en el mercado local o de precios muy elevados o lo que es peor, no lo suficientemente probados. Del mismo modo, la homologación de una nueva práctica, por la autoridad de aplicación, debería contemplar el ajuste de precios de los planes".

Este debate quedó marcado cuando el representante de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales consideró que es inobjetable el artículo que establece que toda práctica y servicio no excluido expresamente deba ser brindado.

Los prepagos cuestionaron muchos que no se puedan establecer precios diferenciales en los planes, señalándose que esto irá en perjuicio de las personas de más edad que no serán aceptadas por los prepagos. Asimismo, se cuestionó que no se puedan diferenciar los precios cuando una persona tiene una preexistencia y que el tiempo para detectar una preexistencia, por parte del prepago, sea demasiado breve (120 días), ya que es el único momento en que el prepago puede rescindir el contrato unilateralmente. CIMARA planteó que de mantenerse esto las prepagas deberán implementar un chequeo previo al ingreso que determine el estado de salud del futuro beneficiario, y esto encarecerá enormemente los precios de las coberturas. Las prepagas medianas y pequeñas son las que sostuvieron más enfáticamente la necesidad de que exista un régimen de carencias y preexistencias.

El representante de la COMRA tuvo una posición crítica con respecto a este artículo, pero en un sentido diferente a los otros comentaristas ya que señaló

que fomenta la selección de riesgo y desvirtúa el sistema de incentivos y competencia entre las entidades de medicina prepaga porque "hace depender su rentabilidad de su habilidad para detectar y expulsar a aquellos afiliados que potencialmente, puedan necesitar más servicios, en lugar de hacer que la competencia dependa de la calidad de los servicios y del buen trato al usuario".

Giordano, representante de ADEMP, a manera de conclusión señaló que "la regulación de la medicina prepaga tiene por premisa la defensa de los derechos de los beneficiarios (...) sin embargo, de aprobarse, los supuestos beneficiados cargarán con mayores erogaciones para solventar una nueva estructura del Estado (por la Superintendencia de Servicios de Salud ente que regularía la actividad) y porque un porcentaje de lo que el cliente abona, en lugar de ser destinado a las prestaciones deberá derivarse a los costos inmovilizados de reservas, tasas y contribuciones. Además las empresas deberán generar estructuras administrativas para dar cumplimiento a las exigencias de la autoridad de control, con el consiguiente crecimiento de los costos."

Con el espíritu de defender al consumidor el proyecto plantea que solo se pueden modificar los listados de profesionales y servicios, siempre que no afecten la cantidad y calidad de los mismos, pero varios representantes de cámaras y asociaciones de medicina prepaga del interior observaron que esto es imposible de cumplir en algunas regiones y con determinadas especialidades críticas, ya que cuentan con pocos o ningún prestador.

Tributación: El representante del Exxel Group cuestionó la inequidad existente en el propio ámbito de la medicina prepaga donde operan instituciones que bajo la forma jurídica de organizaciones no lucrativas y, por lo tanto, exentas de impuestos, realizan actividades propias de las empresas de medicina prepaga, por lo que representan una competencia desleal. Dijo que se debe "transparentar el concepto de solidaridad, (ya que) tal cual se conoce en nuestro medio tiene altísimos costos para la sociedad en su conjunto, porque tiene un costo en términos de gasto público para el Estado nacional derivado de los elevados montos de los préstamos otorgados a las entidades en reconversión (se refiere a los préstamos del BM), que se acrecienta con el costo de los subsidios otorgados por la ANSSAL²⁷ y por las exenciones impositivas que benefician a un amplio conjunto de entidades prestadoras de salud." Al cierre de su exposición remarcó en ese sentido que todos los prestadores, con independencia de su forma jurídica, paguen los impuestos nacionales y provinciales vigentes para las prepagas con fines de lucro, con la finalidad de mejorar los recursos del Estado y colocar a todo el sector en igualdad tributaria.

También se planteó que existen diferencias tributarias entre provincias, por lo que algunos prepagos lucrativos pagan más impuestos que otros, ya que a los impuestos nacionales, les agregan los provinciales y municipales que no son iguales en todas las jurisdicciones (como el impuesto a los ingresos brutos y a los sellos)

²⁷ Este organismo subsidia a las obras sociales cuyos ingresos no alcanzan para cubrir la cápita estipulada de 30 \$ y cubre las prácticas de alta complejidad como los trasplantes, a través del fondo solidario de redistribución. Este fondo se constituye con el 10% de los ingresos por aportes y contribuciones que reciben las obras sociales. Por lo tanto no se puede hablar en este punto de gasto público.

El representante de los Hospitales de Colectividades y Particulares sin Fines de Lucro fue muy crítico con aquellos que consideran que este tipo de instituciones tienen privilegios impositivos, porque considera que desconocen que estas entidades cumplen con el mandato de sus estatutos y realizan acciones filantrópicas y de bien público, ofrecen servicios a bajo costo, mantienen escuelas de enfermería y de técnicos en diversas especialidades, funcionan como hospitales asociados de universidades públicas y privadas, forman residentes y participan en el intercambio de becarios con instituciones internacionales. Los superávits que pudieran presentar estas instituciones se reinvierten, no se distribuyen como ganancias.

Otro participante en representación de una federación de mutuales también enfatizó que no se puede dar igual tratamiento legislativo a quienes son entidades con fines de lucro y aquellas que no lo son. Remarcó que la relación de los asociados a las mutuales no es de tipo contractual sino estatutario y que son los propios asociados quienes crean o modifican sus coberturas. Que los bienes y recursos no son para satisfacer ganancias de inversores sino para cumplir con el objetivo social de dar la cobertura estipulada.

Concentración del sector: El representante del Exxel es el único participante en las audiencias que considera que las pautas económicas que propone el proyecto PEN son "exiguas frente al requerimiento de las empresas modernas, en especial en cuanto a los montos de los capitales mínimos que no se compadecen con el riesgo asumido frente a los afiliados." Para ello propuso elevar los capitales mínimos requeridos para desarrollar la actividad a montos que permitan afrontar los riesgos económicos derivados de este tipo de prestaciones (sugiere que la base mínima sea de 7 millones de dólares y de ahí en adelante se ajuste según el crecimiento del número de afiliados) y establecer un plan que tienda a facilitar fusiones y absorciones de entidades privadas de salud, con un programa que contemple e incentive mejorar las condiciones necesarias para la adecuación del sector y que permita reunir los capitales necesarios para afrontar los riesgos por enfermedades catastróficas.

En este tema los restantes participantes, aun los vinculados a prepagos grandes, consideraron que al fijar la solvencia patrimonial se debía tener en cuenta el amplio espectro de oferta de prepagos que existe en el país, que respondían a las posibilidades regionales y locales, y que una exigencia demasiado alta los haría desaparecer concentrando la actividad en pocos grupos, limitándose el beneficio de la libertad de elección y la libre competencia. Señalaron que los pequeños empresarios de la medicina prepaga que existen en el interior desaparecerían con una exigencia de solvencia muy elevada y difícilmente serían reemplazados por empresas más grandes porque muchas zonas del interior no representan un negocio atractivo para ellas. Asimismo, varios participantes indicaron que si desaparecen este tipo de prepagos, la población por ellos cubierta tendrá que atenderse, por motivos geográficos y económicos, en el hospital público, lo que tendría un impacto en el gasto estatal difícil de prever. Asimismo, indicaron que desaparecería una fuente importante de trabajo para miles de trabajadores en todo el país.

El representante de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas

(ACAMI) expresó su preocupación por el desembarco de capitales extranjeros porque hasta ahora, según él, solo han comprado capacidad instalada y han venido a "instalar mecanismos como el médico portero, disfrazado con un eufemismo, el de médico de cabecera, que en la práctica es un sistema limitativo". Además indicó que estos inversores están descubriendo que el margen de rentabilidad no es tan alto como en otras inversiones y pretenden concentrar el mercado bajo su hegemonía.

Programa Médico Obligatorio: La exigencia del cumplimiento del PMO fue un punto muy criticado por los participantes y casi todos plantearon que debía ser revisto. Varios dieron a entender que no se está cumpliendo ni puede ser cumplido por numerosas empresas de prepago. El representante de AMSA fue el más explícito y señaló que "en Capital Federal hay prepagos que no han podido aplicar el PMO y que en el interior un 75% de los prepagos no han podido aplicar el PMO. No por una actitud rebelde sino por imposibilidad de las entidades y, especialmente, de la población que no puede hacer frente a los nuevos valores".

El representante de Medicus (uno de los prepagos más antiguos y de mayor tamaño dirigido a sectores de altos ingresos) lo cuestionó por considerar que es una forma de estandarización imposible ya que existen planes que solo cubren la internación, otros el ambulatorio, etc. Indicó que el PMO es una prestación mínima importante y completa, pero que debería exigirse que sea ofrecido en algunos planes, pero que se deje la posibilidad de ofrecer otro tipo de planes.

Varios participantes señalaron que, tanto la aplicación de la Ley que impone el PMO, como el proyecto en discusión (si llega a promulgarse), atentarian contra la actividad de la medicina prepaga en lo que hace a las empresas y otro tipo de entidades pequeñas del interior del país, ya que la mayoría se basa en cuotas bajas, prepagos y pospagos, con carencias, diferenciación de edades y preexistencias.

El representante de la COMRA se pregunta si los prepagos podrán solicitar al ANSSAL subsidios para cubrir ciertas prestaciones del PMO, como lo pueden hacer las obras sociales.

El representante de los medianos y pequeños prepagos enfatizó la necesidad de que se contemple la existencia de coberturas parciales, pues, hay mucha gente que solo puede contratar una cobertura de este tipo. También se señaló que se podría obligar a cubrir el PMO a los asociados que ingresen por convenios colectivos y no a aquellos que lo hagan individualmente, estos pueden pactar con las empresas el tipo de cobertura que desean.

El representante de la Federación de Emergencias Médicas y Medicina Domiciliaria señaló que la mayoría de los artículos no eran aplicables a las empresas que dan coberturas parciales. Además, señaló que en general estas actividades ya están reguladas por normas provinciales y municipales.

Afiliados voluntarios de las obras sociales: Se criticó que la actividad de las obras sociales que les permiten captar afiliados voluntarios, es decir, personas que deseen pagar a una obra social, como si fuera un prepago, no estuviera alcanzada por el proyecto del PEN que se discutía. Un participante señaló que, en

el proyecto del Sen. Martínez Almúvedar, que sí la contempla debería dejar en claro que los patrimonios de una y otra actividad (afiliados obligatorios y voluntarios) en las obras sociales debería estar claramente separados, para que una no subsidie a la otra.

Hospital Público de Autogestión (HPA): Numerosas críticas recibió la exigencia que los proyectos establecen de que los prepagos paguen por las prácticas que sus afiliados pudieran recibir en los HPA. El representante de la Confederación Argentina de Clínicas y Sanatorios señaló que al igual que el Decreto 578/93 de HPA, estos proyectos desvirtúan y perjudican la relación entre los prestadores y las obras sociales y prepagas, ya que las obliga a pagar a los hospitales sin auditoría, sin control y sin aranceles establecidos (esto hace que muchas veces superan el que por determinada práctica paga el prepago o la obra social a los prestadores privados). LA COMRA planteó que no todos los hospitales están en condiciones técnicas y estructurales para brindar las prestaciones que efectivamente realizan y pretenden facturar. Permite al hospital condiciones de competencia desleal y obliga a las prepagas a incrementar las primas para enfrentar este riesgo. LA mayoría de los participantes expusieron opiniones semejantes.

Programa Nacional de Garantía de Calidad: Desde la COMRA se plantea que el Programa de Garantía de la Calidad son de máxima exigencia, por lo que difícilmente puedan ser cumplidas por la gran mayoría de los prestadores.

En general, se planteó acuerdo con la idea de que los prestadores deban cumplir con este tipo de normas, pero también se reconoció la imposibilidad de hacerlo en forma inmediata en todas las regiones, ya que muchos prestadores del interior no están en condiciones de aprobar estos requisitos y que tampoco existe desde el MSAS modalidades operativas tendientes a aplicarlas.