



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**INSTITUTO DE ECONOMIA**

**GUSTAVO BONIN GAVA**

**O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS):  
reformas, organização, avanços e principais desafios da  
experiência colombiana**

**Campinas  
Fevereiro de 2016**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**INSTITUTO DE ECONOMIA**

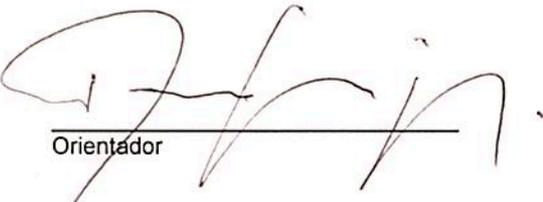
**GUSTAVO BONIN GAVA**

**O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS): reformas,  
organização, avanços e principais desafios da experiência  
colombiana**

**Prof. Dr. Denis Maracci Gimenez – orientador**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Econômico, área de concentração: Economia Social e do Trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO  
GUSTAVO BONIN GAVA E ORIENTADO PELO PROF.  
DR. DENIS MARACCI GIMENEZ.**

  
Orientador

**CAMPINAS**  
**2016**

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca do Instituto de Economia  
Mirian Clavico Alves - CRB 8/8708

G24s Gava, Gustavo Bonin, 1988-  
O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS): reformas, organização, avanços e principais desafios da experiência colombiana / Gustavo Bonin Gava. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Denis Maracci Gimenez.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia.

1. Seguridade social - Colômbia. 2. Sistemas de saúde - Colômbia. 3. America do Sul. I. Gimenez, Denis Maracci, 1974-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The General System Security in Health (SGSSS): reform, organization, progress and key challenges of the Colombian experience

**Palavras-chave em inglês:**

Social security - Colombia

Health systems - Colombia

South America

**Área de concentração:** Economia Social e do Trabalho

**Titulação:** Mestre em Desenvolvimento Econômico

**Banca examinadora:**

Denis Maracci Gimenez [Orientador]

Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias

Alessandro Cesar Ortuso

**Data de defesa:** 23-02-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Desenvolvimento Econômico



## DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

GUSTAVO BONIN GAVA

### O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS): reformas, organização, avanços e principais desafios da experiência colombiana

Defendida em 23/02/2016

COMISSÃO JULGADORA

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Denis Maracci Gimenez".

Prof. Dr. DENIS MARACCI GIMENEZ  
Instituto de Economia / UNICAMP

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Hugo Rodrigues Dias".

Prof. Dr. HUGO MIGUEL OLIVEIRA RODRIGUES DIAS  
Instituto de Economia / UNICAMP

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Alessandro Cesar Ortuso".

Prof. Dr. ALESSANDRO CESAR ORTUSO  
FACAMP

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente aos meus pais Wilma e Nelson, pelos ensinamentos eternos, pela base da educação, pelo afeto, pelo carinho, pelo exemplo moral e pelo apoio nesta caminhada.

À minha namorada Jamile Coleti, pela compreensão e pelo carinho.

Agradeço imensamente ao meu orientador, professor Denis Maracci Gimenez, que deu ideias e conselhos imprescindíveis para este trabalho a ele devo um agradecimento especial por ter aceitado a difícil missão de estudar e pesquisar os sistemas de saúde dos países da América Latina.

Aos professores Hugo Dias e Eduardo Fagnani pelas importantes contribuições no exame de qualificação, permitindo (re)estabelecer os contornos da pesquisa.

Agradeço ao professor Alessandro Ortuso por ter participado da banca de defesa, oferecendo sugestões e críticas a este trabalho.

Ao professor Hudson Pacífico da Silva pela incrível capacidade intelectual e solidariedade em me ajudar.

Ao professor Oswaldo Gonçalves Júnior com quem tenho aprendido muito.

Agradeço aos meus colegas do Programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Econômico do Instituto de Economia da UNICAMP, pelo apoio e pela convivência harmoniosa.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo financiamento deste trabalho.

Finalmente, agradeço a Deus por ter me permitido completar mais este trabalho.

## RESUMO

GAVA, G. B. Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS): reformas, organização, avanços e principais desafios da experiência colombiana. Campinas: IE/UNICAMP, 2016 (Dissertação de Mestrado).

Muitos países latino-americanos realizaram reformas significativas em seus sistemas de saúde com base em recomendações prescritas pela agenda neoliberal desde a década de 1990 – a privatização, a descentralização, a disciplina fiscal, liberalização financeira, reduziram o papel do Estado na proteção social. Esse é o caso da Colômbia e de seu Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), inspirado no modelo denominado de pluralismo estruturado e o qual teve apoio técnico e financeiro do Banco Mundial. Regulamentado pela Lei 100 de 1993, o SGSSS tornou-se um modelo paradigmático aos demais sistemas nacionais de saúde dos países da América Latina. O objetivo deste trabalho é identificar quatro dimensões acerca do SGSSS: 1) Aos direitos sociais e a saúde na Colômbia, apresentando os marcos legais da construção do SGSSS e da participação dos organismos internacionais em sua implementação; 2) A estrutura e organização do SGSSS, seus componentes, modelos de atenção e de prestação de serviços; 3) A situação em relação à universalidade, integralidade e equidade – a proteção social, o modelo de cobertura populacional e a cobertura de serviços; e 4) Ao financiamento do SGSSS – modelos de financiamento, fontes, gastos públicos e privados na saúde. A metodologia focou-se em um estudo de caso, com base em dados disponíveis de bancos de dados oficiais, literatura, relatórios técnicos e legislação. Desde sua implantação, o SGSSS aumentou a cobertura, atingindo atualmente 96% da população colombiana, no entanto, as desigualdades de acesso devido a barreiras econômicas e geográficas permaneceram como o principal desafio para o sistema. Por exemplo, apenas 28% dos usuários do Plano Obrigatório Subsidiado (POS-S), que abrange 48% da população colombiana, tinha uma consulta médica para controle de diabetes em 2007, enquanto esta proporção foi muito maior entre os usuários de outros planos – 64% para os usuários do Regime Especial (RE) e 59% para os usuários do Plano Obrigatório de Saúde (POS), o problema persiste para outras especialidades. Os indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade infantil, também estão relacionados com circunstâncias socioeconômicas e geográficas, o nível de gastos de com saúde estão estagnados em 6,8% do PIB, o mesmo nível de dezessete anos atrás. As reformas baseadas na agenda neoliberal não apresentaram avanços significativos na Colômbia para a resolução dos problemas de desigualdade de acesso aos serviços de saúde, prejudicando-se a consolidação da saúde como direito social – conforme estabelecido na Constituição Colombiana de 1991. Seguindo as recomendações desta agenda particular, o SGSSS não foi capaz de se adaptar ao contexto nacional, marcado por enormes desigualdades econômicas, sociais e culturais. Conclui-se que a resolução desses problemas não poderá ser alcançada através do tipo de reformas que limitam o papel do Estado na proteção social, em vez disso, soluções que ampliem o seu papel nas questões sociais, como a cobertura ampliada e aumento dos gastos sociais, devem ser implementadas a fim de alcançar a universalidade e equidade em saúde.

**Palavras-chave:** Seguridade social- Colômbia, Sistemas de saúde – Colômbia, América do Sul.

## ABSTRACT

GAVA, G. B.: The General System of Social Security in Health (SGSSS): reform, organization, progress and key challenges of the Colombian experience. Campinas: IE/UNICAMP, 2016.

Many Latin American countries have made significant changes in their health care systems based on recommendations prescribed by the neoliberal agenda since the 1990's – privatization, decentralization, fiscal discipline, financial liberalization, reduced role for the State in social protection etc. Such is the case of Colombia and its General System of Social Security in Health (SGSSS), which was inspired structured pluralism model and had technical and financial support of the World Bank. Regulated by Law 100 of 1993, the SGSSS has soon become a paradigmatic model of health care system to other Latin American countries. The aim of this work is to identify advances and challenges of the Colombian health care system in terms of equity. Case study research using a mix-method study, based on data available on official databases, literature, technical reports and legislation. Since its implementation the SGSSS has expanded the coverage, reaching currently 96% of the Colombian population; however, inequality of access due to economic and geographic barriers remained as the main challenge to the system. For example, only 28% of users of Subsidized Obligatory Health Plan (POS-S), which covers 48% of the Colombian population, had a medical consultation for diabetes control in 2007, while this proportion was much higher among users of other plans - 64% for users of the Special Plan (RE) and 59% for users of the Contributory Plan (POS); the problem persists for other specialties. Health indicators, such as infant mortality rate, are also related to socioeconomic and geographical circumstances. Health spending levels stagnated at 6.8% of the GDP, the same level of seventeen years ago. The reforms based on the neoliberal agenda failed to provide significant advances in Colombia to solve its problems of inequality of access to health care services, which undermined the consolidation of health as a social right - as established in the Colombian constitution. By following the recommendations of this particular agenda, the Colombian health care model was not able to adapt general elements to the national context, marked by huge economic, social and cultural inequalities. We conclude that the resolution of such problems cannot be achieved through the sort of reforms that limit the role of State in social protection; instead, solutions that enlarge its role in social issues, such as expanded coverage and increased social spending, should be implemented in order to reach universality and equity in health care.

**Keywords:** Social security - Colombia, Health systems – Colombia, South America.

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1 – A Origem e o Desenvolvimento dos Modernos Estados de Bem-Estar 6</b>	
1.1. Os Estados de Bem-Estar Social: definições e características .....	7
1.2. Estados de Bem-Estar Social: origem, desenvolvimento e tipologias .....	12
1.3. Crise ou transformação do Estado de Bem-Estar Social? .....	29
1.4. Conclusões do capítulo.....	40
<b>Capítulo 2 – As Propostas de Saúde Neoliberais e as Agências Internacionais..... 41</b>	
2.1. A política de saúde, sistemas de saúde e seus componentes principais .....	44
2.2. A agenda neoliberal de reformas dos sistemas de saúde.....	47
2.2.1 O Banco Mundial e a saúde.....	50
2.2.2 A OMS e os sistemas de saúde.....	65
2.3. O novo universalismo para o século XXI .....	68
2.4. Conclusões do capítulo.....	74
<b>Capítulo 3 – O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) ..... 76</b>	
3.1. A criação do SGSSS e a participação do Banco Mundial .....	78
3.1.1 As funções, a organização e o financiamento do SGSSS.....	84
3.1.2 Após a implementação da Lei 100 de 1993.....	91
3.2. Avanços para a “cobertura universal” .....	101
3.2.1 A política da saúde pública colombiana.....	106
3.3. Desafios para a equidade.....	111
3.4. Desafios para o financiamento .....	115
3.5. Conclusões do capítulo.....	119
<b>Conclusão .....</b>	<b>121</b>
<b>Referências .....</b>	<b>124</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Número total de IPS públicas e sua distribuição por níveis de atenção em saúde em 2010.....	90
Gráfico 2 Expansão da cobertura do SGSSS em todos os regimes de financiamento 1995-2000.....	93
Gráfico 3 Gastos em atenção à saúde segundo tipos de serviços 1995-2003.....	96
Gráfico 4 Proporção dos gastos em serviços de atenção à saúde para IPS públicas e privadas 2000-2003.....	97
Gráfico 5 Expansão da cobertura dos regimes subsidiado e contributivo 2010-2013.....	103
Gráfico 6 Proporção de usuários que realizaram pelo menos uma consulta especializada para controle de hipertensão arterial por regime contributivo em 2007.....	111
Gráfico 7 Proporção de usuários que realizaram pelo menos uma consulta especializada para controle de diabetes, por regime contributivo em 2007.....	112
Gráfico 8 Taxa de mortalidade materna para 100.000 nascidos vivos em Bogotá de 2005a2010.....	113
Gráfico 9 Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) para 100.000 nascidos vivos em Bogotá de 2005 a2010.....	113
Gráfico 10 Taxa de informalidade do mercado de trabalho colombiano de junho de 2007 a outubro de 2015.....	116
Gráfico 11 Queda da remuneração salarial 1999-2007.....	116
Gráfico 12 Gasto total em saúde (%PIB) e crescimento do PIB, de 1996 a 2013.....	117

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Propostas do Banco Mundial à Lei 100 aprovada.....	81
Figura 2 Organização do SGSSS.....	85
Figura 3 Organização do sistema privado de saúde colombiano.....	86
Figura 4 Financiamento do SGSSS.....	87

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 Alterações em benefícios na área da OCDE - anos 1990.....	37
Quadro 2 Projetos e programas financiados pelo Banco Mundial.....	53
Quadro 3 Síntese das propostas do Banco Mundial para o setor de saúde.....	60
Quadro 4 Fontes de financiamento aos regimes.....	88
Quadro 5 Cobertura do SGSSS em todos os regimes de financiamento 1995-2000.....	92
Quadro 6 Competências das esferas administrativas após a Lei 715 de 2001.....	99
Quadro 7 Cobertura do SGSSS em todos os regimes de financiamento 2010-2013.....	103
Quadro 8 Organização e prestação da APS na Colômbia 2014.....	109

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Impactos internos e externos da globalização e da pós-industrialização.....	35
Tabela 2 Os regimes de bem-estar em uma rápida comparação.....	38
Tabela 3 Tipos de EPS e participação no mercado em 2010.....	89
Tabela 4 Tipos de EPS sem fins lucrativos e total de filiados 2010.....	89
Tabela 5 Cobertura vacinal em crianças menores de um ano 1994-2003.....	93
Tabela 6 Inequidades na cobertura vacinal 1995-2005.....	94
Tabela 7 Gastos em atenção à saúde segundo tipos de serviços e tipos de prestadores 1995-2003.....	96
Tabela 8 Crescimento do PIB, desemprego e pobreza 1993-2000 (em porcentagem).....	98

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária em Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAJANAL	Caixa Nacional de Previdência
CCF	Caixas de Compensação Familiar
CRES	Comissão de Regulação da Saúde
DALY	Anos de Vida Perdidos por Incapacidade
ECOPETROL	Empresa Colombiana de Petróleo
EP	Exército do Povo
EPS	Empresas Promotoras de Saúde
FARC	Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia
FEDESALUD Social	Fundação para a Pesquisa e o Desenvolvimento em Saúde e Seguridade Social
FEDESARROLLO	Fundação para Educação Superior e Desenvolvimento
FMI	Fundo Monetário Internacional
IPS	Instituições Prestadoras de Serviços
ISS	Instituto de Seguridade Social
MSPS	Ministério da Saúde e Proteção Social
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAB	Programa de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNSP	Programa Nacional de Saúde Pública
Pnud	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POS	Plano Obrigatório de Saúde

POS-S	Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado
RC	Regime Contributivo
RE	Regime Especial
RS	Regime Subsidiado
SGP	Sistema Geral de Participações
SGSSS	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde
SISBEN	Sistema de Identificação de Potenciais Beneficiários
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOAT	Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito
UPC	Unidade de Pagamento por Capacitação

## INTRODUÇÃO

O acesso da população aos serviços de promoção, restabelecimento e manutenção da saúde constitui uma das principais formas de intervenção do Estado no campo das políticas sociais, seja a partir da provisão direta de serviços, seja oferecendo condições para a atuação da iniciativa privada na área da saúde. Com as limitações impostas pela crise fiscal dos Estados contemporâneos, comprometendo o nível de gastos públicos no campo social, e o aumento de custos dos serviços de saúde, impulsionado pela ampliação da cobertura, mudanças demográficas, incorporação tecnológica e especialização do ato médico, muitos países realizaram, nas duas últimas décadas, reformas em seus sistemas de saúde, procurando implementar, de um lado, mecanismos de contenção de custos e, de outro, métodos de gestão mais eficientes.

Estas reformas foram impulsionadas por uma agenda política neoliberal, em sua defesa estavam os pressupostos de que a crise dos modernos Estados de Bem-Estar Social, iniciada em meados da década de 1970, era derivada do mau funcionamento do próprio Estado, diagnosticada pela baixa efetividade e eficácia na resolução dos problemas demandados pela sociedade, na burocratização excessiva e no aumento intransigente do endividamento público, este último decorrido pela introdução do Estado na formulação e implementação de políticas públicas e programas na área social. Portanto, a teoria político-econômica neoliberal fornecia uma agenda de reformas ao setor público focalizada em uma redefinição do papel do Estado, ou seja, as responsabilidades assumidas no pós-guerra seriam reformuladas, deixando um espaço a ser preenchido pela iniciativa privada.

No âmbito das políticas sociais, o novo Estado deveria focar apenas no contingente populacional mais necessitado, afastando-se do papel de agente fomentador da produção e na oferta de serviços públicos, concentrando sua atenção em serviços essenciais, tais como: educação básica, saúde, saneamento, entre outros não prestados pelo mercado e no papel de regulador através da criação de agências públicas regulatórias. Ou seja, no pensamento neoliberal as políticas sociais não são consideradas como direitos de cidadania, portanto universais e garantidas pelo Estado, mas simplesmente como forma de ajudar os mais necessitados, aqueles que por variados motivos e condições não conseguem satisfazer suas necessidades através do mercado. Em síntese, o neoliberalismo transforma os cidadãos a meros coadjuvantes de uma sociedade orientada simplesmente ao mercado.

Três mecanismos principais corroboraram para a redução do Estado: em primeiro lugar a venda de empresas públicas ao setor privado por meio do processo de privatização; em

segundo lugar, a transferência da gestão pública de atividades e serviços para organismos e instituições ligadas ao terceiro setor, como as Organizações Sociais (OS); e, finalmente, a abertura à contratação de terceirizados.

A agenda neoliberal foi extremamente homogênea, apoiada por inúmeros intelectuais e fomentada pelas principais agências internacionais de desenvolvimento, entre as principais o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). Essa agenda foi proposta como um elemento central na condução das resoluções dos problemas que atingiam os países centrais e foi utilizada como mecanismo de condicionalidade para a formalização dos empréstimos dos ajustes estruturais que se sucederam à crise econômica de meados de 1980 nos países da América Latina.

O projeto político-econômico neoliberal atingiu todos os países, tanto aqueles que conseguiram desenvolver um Estado de Bem-Estar Social pujante, como aqueles de capitalismo tardio e subdesenvolvidos, os quais realizaram um esboço de proteção social aos seus cidadãos. Entretanto, os resultados foram diferentes para cada realidade e contexto político e social, o desmantelamento dos Estados de Bem-Estar não lograram as expectativas dos neoliberais, tampouco se mostrou frágil frente as inúmeras transformações derivadas dos processos de globalização, das mutações das instituições prestadoras da provisão social (Estado, mercado, família e terceiro setor), novos e predominantes tipos de composições familiares, diferentes modelos de “solidariedade” (individuais, meritocráticos e/ou universais), ao financiamento das políticas sociais (solidário, compulsório, contribuições e fiscais), das transformações do mercado de trabalho (introdução da mulher aos mais variados postos, redução e/ou aumento das jornadas, terceirizações etc.), dentre outras.

Assumisse, portanto, de que as mudanças no papel do Estado contemporâneo, determinadas pelo esgotamento do padrão de crescimento das economias dos países centrais a partir da década de 1970, produziram transformações na configuração da intervenção estatal no campo das políticas sociais que, em última instância, afetaram a forma como estavam organizados os diferentes sistemas nacionais de saúde.

Estas transformações também abrangeram os sistemas de saúde de todos os países. Na América do Sul têm sido discutidas por um número cada vez maior de gestores, profissionais da saúde e especialistas, evidenciando a importância de analisar as mudanças e os resultados apresentados em cada caso específico. Da mesma forma, o conjunto de proposições elaboradas pelas principais agências internacionais nos últimos vinte anos revela que a formulação e a

implementação de políticas públicas na área da saúde constituem prioridade na agenda internacional de discussão.

Desta maneira, podemos afirmar que as reformas dos sistemas de saúde foram impulsionadas tanto por desafios endógenos ao funcionamento dos sistemas, incluindo o aumento de custos derivado da ampliação da cobertura e da incorporação tecnológica de equipamentos médicos, quanto por desafios exógenos, incluindo a nova realidade econômica (taxas de crescimento mais baixas, precarização das relações de trabalho, aumento das taxas de desemprego etc.) e a nova realidade demográfica (queda da taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida e alterações nas taxas de dependência).

Embora diversos estudos tenham sido realizados sobre as reformas dos sistemas de saúde dos países centrais, especialmente aqueles localizados na Europa Ocidental e América do Norte, poucas análises foram feitas sobre as experiências de reforma dos países da América Sul, procurando identificar as mudanças efetuadas, assim como a natureza e a direção dessas transformações. Com exceção de estudos detalhados relativos aos principais países da Região, como Brasil, Argentina, Chile e Uruguai, a quantidade de informações sistematizadas sobre a forma de organização dos sistemas de saúde dos demais países – formato de financiamento, nível de gasto, cobertura e acesso da população, capacidade instalada, produção de serviços, participação do setor privado, etc. – ainda é limitada.

Com o intuito de garantir uma aproximação acerca dos sistemas de saúde dos países que compõem a América do Sul, a presente dissertação detém por objetivo analisar as experiências de reforma do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) da Colômbia nos últimos vinte anos.

O país e o seu sistema de saúde foram selecionados por apresentarem um modelo paradigmático de específicas reformas fomentadas pelas principais instituições multilaterais – como o BM e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A especificidade SGSSS foi de ser o primeiro sistema de saúde em buscar um ponto de encontro entre as propostas dos organismos internacionais, afastando-se do monopólio do setor público e automatizando, ao mesmo tempo, o setor privado.

O SGSSS foi desenvolvido como uma proposta do BM para a região Latino-Americana, denominado de “pluralismo estruturado” o modelo têm como objetivo a integração progressiva dos sistemas públicos e privados de saúde, tendo como um produto final um sistema

único. De acordo com seus formuladores Londoño<sup>1</sup> e Frenk<sup>2</sup> (1997), o pluralismo estruturado viria a atualizar e modernizar os antigos sistemas fragmentados dos países da Região. Para os autores, sistemas de saúde fragmentados são aqueles onde as instituições incumbidas de fomentar e operacionalizar o setor saúde estão desprovidas de qualquer mecanismo de articulação ou mesmo de integração como, por exemplo os prestadores e os seguros de saúde públicos ou privados que atuam de forma totalmente autônoma e independente, a falta de um marco jurídico que regule o setor saúde é um contexto claro da prevalência deste modelo fragmentado. Outras observações negativas são derivadas da fragmentação como: a falta de transparência aos consumidores dos serviços, a ineficiência e também a inequidade dos planos de serviços de saúde ofertados pelas empresas públicas ou privadas.

O SGSSS foi implementado para ir de encontro ao modelo fragmentado anterior, garantindo, segundo seus idealizadores, um sistema único no planejamento e na coordenação das ações de saúde. Contudo, sem as principais desvantagens dos sistemas únicos, como, por exemplo, a falta de concorrência entre o *mix* público/privado, o que irrevogavelmente levaria ao monopólio da oferta dos serviços públicos ou privados ou à falta de transparência entre as instituições e seus consumidores.

Esta foi a principal contribuição neoliberal para as reformas dos sistemas de saúde da Região. Este trabalho tem como objetivo compreender o SGSSS, fortalecendo o conhecimento acerca das suas estruturas, observando como essas estão sendo bem-sucedidas ou não nos objetivos de promover e preservar a saúde da população colombiana. Por fim, exemplos de como se dá o financiamento das ações, a relação com o setor público e privado, e o tipo de regulamentação que o Estado Colombiano realiza sobre as instituições privadas são amostras de mecanismos que interferem na qualidade da assistência à saúde e devem ser observados com especificidade.

O estudo concentra-se em demonstrar quatro dimensões acerca do SGSSS:

---

<sup>1</sup> Juan Luis Londoño (1958-2003), economista formado pela Universidade dos Andes, Colômbia, com doutorado pela Universidade de Harvard. Foi Ministro da Saúde da Colômbia durante o Governo de Cesar Gaviria (1990-1994), idealizador em conjunto com Julio Frenk do modelo neoliberal de saúde colombiano – pluralismo estruturado –, participou ativamente da elaboração e implementação das reformas do sistema de saúde colombiano, destacando-se na implantação da Lei 100 de 1993. No primeiro ano de Governo de Álvaro Uribe Vélez (2002-2010), foi Ministro da Proteção Social, falecido em 2003 em acidente aéreo.

<sup>2</sup>Julio Frenk é um dos principais idealizadores da agenda neoliberal de reformas nos sistemas de saúde para os países da América Latina. Frenk foi o fundador e posteriormente diretor do Instituto Nacional de Saúde Pública, no México e também pesquisador do Banco Mundial, entretanto, foi como ministro da saúde do México (de 2000 a 2006), em que conseguiu imprimir sua agenda neoliberal para o sistema de saúde mexicano, denominado de Seguro Popular de Saúde. De acordo com Almeida (2014), Frenk é apoiado por inúmeras fundações norte-americanas de pesquisa e desenvolvimento em políticas públicas de saúde, especialmente a Bill e Melinda Gates e atualmente é diretor da Escola de Saúde Pública de Harvard.

1. Aos direitos sociais e a saúde na Colômbia, apresentando os marcos legais da construção do SGSSS e da participação dos organismos internacionais em sua implementação;
2. A estrutura e organização do SGSSS, seus componentes, modelos de atenção e de prestação de serviços;
3. Situação em relação à universalidade, integralidade e equidade – a proteção social, modelo para a cobertura populacional e cobertura de serviço; e
4. Financiamento do SGSSS - modelos de financiamento, fontes de financiamento, gastos públicos e privados na saúde.

A dissertação está organizada em três capítulos, além desta introdução e da conclusão final.

O Capítulo 1 – A Origem e o Desenvolvimento dos Modernos Estados de Bem-Estar, fornece uma discussão sobre o tema da proteção social, buscando identificar as teorias explicativas a respeito da origem, do desenvolvimento e da crise dos sistemas de proteção social.

Os sistemas de saúde dos países centrais também foram afetados, em alguma medida, pela crise do Estado e dos sistemas de proteção social. Neste contexto está inserido o Capítulo 2 – As propostas de Saúde Neoliberais. Neste capítulo levantamos as principais recomendações de políticas de saúde produzidas pelas agências internacionais de apoio ao desenvolvimento, às publicações oficiais dessas instituições foram o arcabouço da pesquisa, especialmente relatórios elaborados pelas equipes técnicas do BM e OMS, também consultamos bibliografias mais recentes acerca do tema.

Finalmente, o Capítulo 3 – O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), trata das propostas neoliberais para o setor saúde incorporadas na experiência colombiana, regulamentado através da Lei 100 de 1993. Partiu-se de uma análise documental sobre as quatro dimensões acima citadas, utilizando-se também de referências bibliográficas atuais e de dados quantitativos de diversas publicações acadêmicas, governamentais e de instituições do terceiro setor.

Ao final, realizamos nas conclusões a identificação dos principais êxitos, vulnerabilidades e desafios ao SGSSS.

## **CAPÍTULO 1 – A ORIGEM E O DESENVOLVIMENTO DOS MODERNOS ESTADOS DE BEM-ESTAR**

Este capítulo inicial tem como objetivo apresentar ao leitor as principais correntes teóricas que tratam da origem e do desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*<sup>3</sup>). A metodologia utilizada consistiu principalmente de pesquisa documental, procurando identificar as diversas interpretações existentes na literatura sobre o tema analisado, as tipologias utilizadas por cada autor consultado, as características principais de cada modelo, o seu desenvolvimento e as opiniões divergentes sobre a crise ou as transformações em que passam os Estados de Bem-Estar contemporâneos.

O capítulo está dividido em quatro itens além desta pequena introdução. Inicialmente buscou-se realizar uma discussão a respeito das características, conceitos e definições que cercam a temática da proteção social. Em seguida são demonstradas as principais características dos sistemas de proteção social e as principais tipologias são desdobradas e exemplificadas, procurando injetar conteúdo histórico-institucional. O penúltimo passo foi o de inserir as principais teses que abordam o tema da crise ou transformações dos sistemas de proteção social. Ao final, realizamos uma conclusão do tema.

---

<sup>3</sup> Neste trabalho os termos *Welfare State* e Estado de Bem-Estar Social possuem o mesmo sentido.

### 1.1. Os Estados de Bem-Estar Social: definições e características

É denominada de proteção social o conjunto de intervenções com características públicas ou privadas, as quais promovam ações sistêmicas ou mesmo isoladas, orientando-se na proteção aos indivíduos, os quais se encontram em situações de vulnerabilidade social (velhice, doença, desamparo social etc.) ou de risco<sup>4</sup>. De acordo com Di Giovanni (1998, p.10), sistemas de proteção social “são as formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros”. A partir dessa interpretação, o sistema de proteção social deve compreender e diagnosticar situações de fragilidade social, ampliar a capacidade e os meios para que as famílias ou indivíduos revertam a situação de insegurança, prevenir a presença e o agravamento das inseguranças e riscos sociais por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e sociais, da completude em rede e da articulação com as demais políticas governamentais e reconhecer e afirmar os direitos sociais no campo da cidadania.

Os processos de industrialização e de urbanização trouxeram uma expansão, iniciada no século XIX, de complexas relações sociais e o aparecimento de novos riscos para os indivíduos. A natureza e a necessidade de proteção social foram alteradas com estes processos e se passou a reconhecer a “questão social”. Seu enfrentamento se daria pela organização, formulação e implementação de políticas sociais (Di Giovanni, 1998). Portanto, a compreensão acerca da política social é dada pela institucionalização das ações de proteção social pelo próprio Estado. A política social avançou na formação dos modernos Estados de Bem-Estar Social, confirmando condições que incluíssem a mobilização operária e a própria capacidade da sociedade na construção de coalizões políticas.

Após a compreensão acerca do desenvolvimento e conceituação da política social e da proteção social, podemos definir os Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States*, como uma resposta das demandas crescentes por seguridade social<sup>5</sup> e igualdade socioeconômica entre as classes sociais, em um contexto de transformações no mercado de trabalho e em sua divisão social. A segurança anteriormente presente nas famílias e nas associações foram desconstruídas através do processo de industrialização. Portanto, como destacam Fleury e Ouverney (2008, p.8), o *Welfare State* pode ser considerado “um mecanismo de integração que neutraliza as

---

<sup>4</sup> Partilhamos da definição de riscos de Beck (2010), para este autor os riscos podem ser sociais, políticos, econômicos e individuais. Ou seja, os riscos foram multifacetados, transformados a partir da sociedade moderna/industrial para a emergência da “sociedade de risco”, nascida na pós-industrialização.

<sup>5</sup> Pasinato (2009, p.34) ressalta que o “termo seguridade social foi utilizado pela primeira vez pelo governo norte americano do Presidente Roosevelt (1933-1945) com a publicação do *Social Security Act*”.

características destrutivas da modernização, e sua essência reside na responsabilidade pela seguridade e pela igualdade”.

A emergência e desenvolvimento dos modernos Estados de Bem-Estar é interpretada por Rosanvallon (1997) como a ampliação progressiva do Estado-protetor clássico, este definido como um mecanismo de garantia aos direitos civis e de propriedade, ambos com a determinação de redução aos riscos individuais e familiares nas sociedades. O Estado moderno passa então por uma transformação, incluindo instrumentos de proteção social, através do desenvolvimento de ações e práticas voltadas para a provisão de certos serviços públicos, com a preocupação de promover políticas redistributivas e de fomentar ações de regularização entre capital-trabalho.

Dois demarcações bem específicas acerca do desenvolvimento e a implantação dos sistemas de proteção social são identificadas através da leitura especializada: a primeira, como mencionado anteriormente, acontece logo após os processos de urbanização<sup>6</sup> e de industrialização nos países centrais, dando origem a políticas sociais com incumbência de organizar e proteger uma grande parte da população pauperizada pelas recentes transformações sociais – sobretudo na questão capital-trabalho; a segunda, logo após a Segunda Guerra Mundial, com o amplo desenvolvimento dos sistemas de proteção social dos países da Europa Ocidental. Neste contexto, a infraestrutura composta pela regulação dos mercados pelos Estados e assentados por uma importante estratégia de manutenção de políticas sociais, do pleno emprego e de ampliação massiva do consumo foram as premissas de um desenvolvimento econômico e social sem precedentes na história do sistema capitalista.

Castel (1998) realiza uma análise das transformações da sociedade capitalista, com grande embasamento teórico em sua obra. Com o fim da Segunda Guerra Mundial e também da ordem liberal, a gestão econômica, política e o desenvolvimento social – com a inclusão de direitos sociais, além dos políticos e civis – garantiriam a instalação nos países desenvolvidos do Estado de Bem-Estar Social. A formação de um tripé liderado pela proteção social universal; a política macroeconômica equilibrada com a área social e o pleno emprego; e, por fim, a busca pelo desenvolvimento econômico calcado em melhorias significativas da distribuição de renda e de riqueza, transformaram a sociedade dos países desenvolvidos.

---

<sup>6</sup> De acordo com Hobsbawm (1995), a mudança social mais impressionante do século XX foi o fenômeno da urbanização.

Nas palavras de Castel:

[O] Estado dirige a economia. Constrói uma correspondência entre objetivos econômicos, objetivos políticos, objetivos sociais. Circularidade de uma regulação que pesa sobre o econômico para promover o social e que faz o social o meio de tirar de apuros a economia quando esta se abate (CASTEL, 1998, p.487).

O equilíbrio entre desenvolvimento econômico e de regulações por parte do Estado foram ampliadas para outros setores, alcançando a educação (ensino básico universal), a saúde pública (direito à saúde como uma responsabilidade do Estado), do planejamento familiar, entre outras áreas sociais. Os trabalhadores urbanos passam por um assalariamento massivo, com as prerrogativas da proteção social que o próprio posto de trabalho oferece. O surgimento de caixas de aposentadorias e pensão, as quais inicialmente estão em poder dos empregadores e trabalhadores, passam para o Estado, em um claro processo de provisão de direitos através da formação dos Estados de Bem-Estar. Algumas categorias como a dos mineradores e ferroviários são as primeiras a receberem estes benefícios, posteriormente as demais categorias assalariadas são contempladas (CASTEL, 1998).

O assalariamento dos trabalhadores passou então de uma categoria de custos para os empresários para um determinante da “demanda global”. Como afirma Mattoso (1995), esta “demanda global” teve como papel principal a elevação dos padrões de consumo dos cidadãos dos países desenvolvidos. O novo padrão de desenvolvimento abarcou em suas bases econômicas e industriais em uma ampliação do Estado – no prolongamento da sua gestão econômica e social. O Estado compatibilizou-se com os sindicatos na formação da força de trabalho, em prol do processo de acumulação e do consumo, “favorecendo, então, que os níveis salariais e de consumo se tornassem compatíveis com o novo padrão tecnológico e de produção industrial de massa” (MATTOSO, 1995, p.27).

Por fim o Estado de Bem-Estar Social não foi destinado apenas aos trabalhadores assalariados, houve uma crescente oferta de salários indiretos, com o foco em inativos como, por exemplo, a aposentadoria. Este recurso teve uma ampliação em sua cobertura e de crescente aumento, com base nas variações dos preços, dos benefícios. Mattoso (1995, p.46) afirma: “Estas formas do *Welfare*, se bem tenham sido resultado de lutas e consolidarem um direito conquistado, também se constituíram em mecanismos econômicos e de preservação da mão de obra necessária à grande indústria”.

Estas premissas contribuía para, em primeiro lugar, fortalecer e ampliar a criação de empregos na esfera pública<sup>7</sup> como, por exemplo, a criação de vagas em escolas, centros de assistência social e em demais equipamentos e bens públicos operacionalizados pelo Estado, e em segundo lugar, proporcionarem aumento do consumo pela sociedade, ao permitirem que gastos anteriormente privados como em saúde e educação, passassem a ser canalizados para a compra de mercadorias e produtos industrializados.

Dois componentes principais garantiriam uma fase estável do crescimento e desenvolvimento econômico com ascensão de políticas e programas sociais provindos do *Welfare State* nos países centrais. Para Offe (1984), os componentes eram: primeiramente, a ascensão de partidos políticos de massa (social-democrata na Suécia e trabalhista na Inglaterra, são alguns exemplos), logo após o término da Primeira Grande Guerra; e, posteriormente, o *Welfare State keynesiano*, derivado da Segunda Guerra. Para o autor, tratava-se de uma versão específica da democracia forjada para atender aos direitos das classes operárias e, do outro lado, uma política econômica de mercado compatível com esses anseios.

Para Draibe e Henrique (1988), esse processo de equilíbrio entre a política econômica *keynesiana* e os ciclos de políticas sociais garantiu o prolongamento dos Estados de Bem-Estar Social nos países centrais. De um lado, a política econômica regularia os mercados e estimularia o crescimento econômico, potencializando a demanda e a produção efetiva em um dado momento. Do outro, as políticas públicas de proteção social amorteceriam os conflitos. O crescimento virtuoso do capitalismo pós-guerra encontraria assim suas bases de expansão e de desenvolvimento social e econômico.

O padrão de intervenção estatal detinha por objetivo promover a acumulação de capital para o fortalecimento do crescimento econômico, as políticas econômicas – fiscal, monetária e cambial –, em conjunto com a realização de altas taxas de investimentos públicos diretos, permitiram a manutenção desse modelo. A montagem de uma rede ampla de proteção social nos principais países desenvolvidos representou uma tentativa – bem-sucedida – de assegurar níveis mínimos de renda e de consumo através de políticas redistributivas.

Múltiplos estudiosos do tema *Welfare State*, procuraram e ainda buscam explicitar não apenas o seu surgimento, mas também as causas centrais das diferenças no desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar Social nos países capitalistas. Como veremos a

---

<sup>7</sup> Ao analisar a questão do emprego público, das fontes de renda pública ou do salário social como um dos principais pilares do *Welfare State* nos países desenvolvidos, King (1987), demonstra que esses mecanismos ofertados pelo Estado constituiriam em mais de 50% do emprego e da renda em alguns países como a França, Dinamarca e Suécia.

seguir esta literatura é bastante ampla, e como ficará claro no decorrer do capítulo, aponta diferentes causalidades para o surgimento do *Welfare State* nas sociedades contemporâneas.

## 1.2. Estados de Bem-Estar Social: origem, desenvolvimento e tipologias

As origens dos modernos Estados de Bem-Estar Social podem ser identificadas em dois padrões que se estendem até o final do século XIX: o inglês e o alemão.

O caso inglês é datado pela implantação, ainda no século XVI, das Leis dos Pobres (*Poor Laws*). Segundo Pasinato (2009), as Leis dos Pobres privilegiavam o assistencialismo, ocorrendo *ex post*, quando a família e o próprio indivíduo falhavam na obtenção de uma mínima proteção social através do mercado de trabalho ou pela iniciativa privada. Ou seja:

Inicialmente, essas leis estabeleciam o dever de assistência aos pobres pela sociedade civil, garantindo um padrão de vida mínimo aos doentes, idosos e inválidos através de instituições públicas onde os beneficiários recebiam alimentação e alojamento (PASINATO, 2009, p.28).

Estes estabelecimentos foram denominados de casas para pobres (*poorhouses*). De acordo com Pasinato (2009), as Leis dos Pobres foram modificadas em 1834, com a promulgação da Nova Lei dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*). Para a autora, a nova legislação buscou uma centralização das políticas de auxílio aos desassistidos, com a criação de uma Comissão Nacional, cujo o objetivo era de controlar operacionalmente o sistema, estabelecendo duas prerrogativas centrais: a primeira constituiria que nenhum indivíduo em condição de trabalhar poderia receber benefícios provindos da Lei dos Pobres; e a segunda era de que os estabelecimentos deveriam demonstrar péssimas condições, contribuindo assim para o desencorajamento da população na tentativa de reivindicar algum tratamento nestes locais.

Seguindo a história, devemos nos ater ao caso alemão. Para Benevides (2011), a implantação do seguro social na Alemanha, por Bismarck, no final do século XIX, representou uma transformação no Estado, tornando-o interventor na área social. De acordo com a autora, o seguro social foi estabelecido pela burocracia alemã, com a prerrogativa de garantir – mediante uma contribuição compulsória realizada por empresários e empregados –, uma proteção mínima em casos representativos de inatividade trabalhista como doença e velhice.

Seguindo as mudanças em prol da criação de um Estado interventor, foram criados o seguro saúde e o seguro de acidentes de trabalho, em 1883 e 1884, respectivamente. O primeiro teve como objetivo permitir uma série de serviços de saúde para os trabalhadores alemães, como demonstra Benevides (2011), o pagamento era realizado tanto pelos empregadores (um terço) como pelos empregados (dois terços). O segundo detinha a incumbência aos empregadores em fornecer indenizações e/ou tratamentos de saúde aos seus trabalhadores em casos de acidente de trabalho. Não menos importante é a criação do direito à aposentadoria, em 1889. Entretanto, como foi possível compreender, estas medidas

estabelecidas pelo Estado Alemão foram disseminadas apenas à classe trabalhadora, ou seja, os instrumentos de proteção social eram fornecidos para os que participavam ou que já teriam participado ativamente do mercado de trabalho.

De acordo com Lavinias e Cobo (2009), a importância dada pela implantação do seguro social e dos benefícios previdenciários alemães é de sua reprodução aos demais países da Europa Ocidental. Países como a Suécia inovam na articulação de políticas sociais mínimas, ou seja, não necessariamente relacionadas com contribuições prévias.

Outro destaque da implantação do seguro social e das mudanças com a imposição de uma política social voltada aos trabalhadores e aos seus familiares é destacada pelas autoras ao afirmarem que:

O seguro social rompe com o padrão da assistência à pobreza, que era caracterizado por uma intervenção residual, ocasional, diferenciada, discricionária e local, e garante inclusão, através da compulsoriedade das contribuições. Ademais, vai garantir benefícios padronizados (após definir riscos-padrão), normatizados, de forma automática e imparcial, com base em direitos e obrigações, numa lógica radicalmente oposta à da assistência aos pobres (LAVINAS; COBO, 2009, p.5).

Como salienta Fiori (1995), não existem na história da origem e do desenvolvimento dos modernos Estados de Bem-Estar Social uma linearidade ou uma convergência entre os tipos de sistemas de proteção social. É possível diagnosticar uma evolução dos sistemas de proteção social em todos os países – respeitando as suas especificidades –, de maior ou menor grau de proteção aos seus cidadãos. Entretanto, para o autor em plena Segunda Guerra Mundial, em 1942, é publicado na Inglaterra o Relatório sobre Seguro Social e Serviços Afins (*Social Insurance and Allied Services*), o qual ficou conhecido como Relatório Beveridge – político membro do Partido Conservador Britânico e idealizador do documento.

Cinco pilares estavam circunscritos no Relatório Beveridge: em primeiro plano, a garantia de uma renda mínima universal; em seguida, a inclusão de um serviço de assistência médica também universal; em terceiro plano a ampliação do ensino; uma quarta prerrogativa foi composta pela habitação e o planejamento das cidades britânicas, com o claro objetivo de fornecer condições mínimas de habitação e de saneamento básico; finalmente, a busca incessante pelo pleno emprego, o qual, nas palavras de Pasinato (2009, p.33): “o mais difícil e essencial dos desafios, a ser resolvido através da adoção de políticas keynesianas de estímulo a demanda agregada”.

O financiamento do Plano de Seguridade Social era orquestrado pelo pagamento de contribuições sociais de todos os cidadãos britânicos ativos. Em outras palavras, há um fatura

com o modelo anterior de proteção social ancorado apenas nos indivíduos que participassem do mercado de trabalho, desta forma o Estado assumiu para si a condição de garantir benefícios e programas sociais a todos os cidadãos, em uma clara posição de garantir direitos de cidadania a qualquer indivíduo. Um exemplo dado por Pasinato (2009), é a oferta de educação básica para todas as crianças britânicas, independentemente das condições socioeconômicas de seus pais.

A importância do Plano Beveridge se daria em 1948, com a promulgação pela Organização das Nações Unidas (ONU) da Declaração Universal dos Direitos Humanos, muitos objetivos do Plano Beveridge estariam contidos neste documento, portanto, as características norteadoras dos modernos sistemas de proteção social viriam a ser concebidos com as prerrogativas fomentadas pelo Plano Beveridge, de 1942. Entretanto, a implementação dos Estados de Bem-Estar Social nos mais diversos países não obedeceriam uma característica similar ao caso inglês, como bem define Pasinato (2009, p.35), cada país “obedeceu às especificidades históricas da constituição dos Estados, resultando em estruturas e amplitude de cobertura diversos”. Portanto recorrer aos estudos tipológicos se faz necessário para uma melhor compreensão acerca do fenômeno *Welfare State*.

Em conformidade com os trabalhos de Esping-Andersen (1991), Arretche (1995) e Kerstenetzky (2012), a história sobre a origem e o desenvolvimento dos modernos Estados de Bem-Estar social<sup>8</sup> é documentada por diversos pesquisadores e especialistas, entretanto, como ressaltam os autores consultados, é possível dividir os argumentos teóricos em dois grandes grupos: o primeiro grupo composto pelos autores ligados ao processo de industrialização e ao desenvolvimento econômico do modelo de produção capitalista e, em outro grupo, estariam os autores que teorizam sobre a origem dos Estados de Bem-Estar Social decorrente da organização institucional e/ou política dos países.

No primeiro grupo encontram-se estudos que apontam mudanças estruturais, explicadas através do processo de industrialização, crescimento econômico e democratização de direitos sociais e políticos, como as principais causas para a origem do *Welfare State*. De acordo com essa corrente de pensamento o aparecimento dos modernos Estados de Bem-Estar Social é um processo de desenvolvimento econômico e social progressivo, de melhoria inevitável aos seres humanos (MACGREGOR, 2014).

---

<sup>8</sup> Para a reflexão que se segue, partimos do trabalho de Gosta Esping-Andersen (1991), Marta Arretche (1995) e Célia Kerstenetzky (2012), sob os títulos: *As três economias políticas do Welfare State, Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas* e *O estado do Bem-Estar Social na idade da razão*, ao mesmo tempo que buscamos, em alguns casos, a contribuição original dos autores citados nestas obras.

A industrialização permitiu que os países centrais se tornassem mais semelhantes quanto aos seus principais arranjos institucionais e seus sistemas de proteção social. De acordo com esta vertente, a combinação de tecnologia moderna e uma economia avançada produziram uma padronização entre as sociedades. Além disso, para esta linha teórica, os partidos políticos e demais instituições públicas são supostamente neutras na realização destas mudanças.

Como apontam Arretche (1995) e Kerstenetzky (2012), apesar desses trabalhos serem grandiosamente esclarecedores ao explicar o processo de institucionalidade de um conjunto efetivo de políticas sociais, pecam ao precisar profundamente às diferenças de desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social entre os países. Em outras palavras, estes estudos demonstram pouco poder explicativo no que tange em esclarecer por que os países não seguiram uma linha simétrica de desenvolvimento do *Welfare State*.

As teorias estruturalistas recorreram a evidenciar em seus estudos e tipologias um pequeno número de países. Esta vertente analítica também se objetivou inicialmente em estudar exclusivamente variáveis econômicas como, por exemplo, o gasto social medido como proporção do Produto Interno Bruto (PIB).

Para Arretche (1995), o primeiro autor que se destaca pela interpretação da origem do *Welfare State* como evolução do processo capitalista de produção é Haroldo Wilensky (1923-2011). Para Wilensky (1965 apud Arretche, 1995), o processo de industrialização nos países centrais permitiria avançar no aumento gradativo dos gastos sociais. Além disso, de acordo com este autor, as semelhanças entre os países advêm do processo de enriquecimento – muito embora estes países tenham desenvolvido diferenciações quanto aos direitos e liberdades civis, existem muitas semelhanças entre eles quanto aos programas sociais e seus respectivos gastos sociais.

Entretanto, Arretche (1995) afirma que o processo de industrialização não implica apenas em uma elevação dos gastos públicos com a proteção social, mas também interfere na divisão social do trabalho, tornando as relações sociais mais complexas. Como coloca a autora:

Em suma, este conjunto de mudanças no que tange à dependência do trabalhador em relação à situação do mercado de trabalho, com relação à natureza e bases da especialização do trabalho e no que tange a uma significativamente crescente possibilidade de mobilidade social teria implicações profundas sobre o sistema familiar, isto é, sobre o tamanho das famílias, sobre as formas de educação das crianças, sobre as modalidades de reprodução social, etc. Tais mudanças exigiriam uma resposta, uma solução sob a forma de programas sociais, os quais visariam garantir a integração social, contornando os problemas de ajustamento do trabalhador e das famílias (ARRETCHÉ, 1995, p.7).

Ainda na leitura de Wilensky (1965 apud Arretche, 1995), o sistema político possui uma fraca correlação com o desenvolvimento do *Welfare State*. As maiores correlações são derivadas, portanto das variáveis de desenvolvimento econômico e do esforço de expansão de seguridade social, ambas medidas pelos gastos públicos. Os gastos sociais são ampliados gradualmente segundo o autor e este aumento é o resultado da natureza do desenvolvimento burocrático de instituições envolvidas apenas com a implementação de programas sociais para certos grupos sociais periféricos. Esping-Andersen (1991), chama a atenção pelo fato da definição estruturalista de Wilensky não abordar a mobilização da classe trabalhadora.

A crítica a metodologia empregada por Wilensky é composta, segundo Arretche (1995) pelo uso excessivo e apegado as regras estatísticas formuladas e utilizadas pelo autor:

Ao adotar como variável dependente exclusivamente o indicador "volume de gasto em programas sociais" e como variáveis independentes indicadores econômicos e demográficos, o autor está fadado a obter conclusões a partir das regularidades encontradas na correlação destas variáveis, estabelecendo como fator mais importante aquele que apresenta maior correlação positiva e assim por diante. (ARRETCHÉ, 1995, p.9-10).

Seguindo a linha teórica estruturalista, Richard Morris Titmuss (1907-1973) é seguramente um dos autores mais importantes para a compreensão do fenômeno. Titmuss (1974) postula – assim como Wilensky –, que o *Welfare State* surge como resultado do processo de industrialização. Esta perspectiva demonstrará que o processo permitiu que os próprios governos dos países desenvolvidos – através de programas de saúde, educação e nutrição –, proporcionassem um nível mínimo de vida para seus cidadãos.

O contexto de desenvolvimento industrial da Inglaterra – país onde o autor desenvolveu seus estudos –, entre as décadas de 1950 e 1960 repercutiriam em um avanço dos programas e serviços sociais, revelando uma maior presença de necessidades, tanto para a classe proletária como para as classes médias em formação, segundo Titmuss (1974), a própria sociedade inglesa teria presenciado um período de “expectativas crescentes<sup>9</sup>”, tais expectativas implicariam e um processo de desenvolvimento dos serviços sociais e sua abrangência de cobertura para diferentes grupos seriam necessárias e sobretudo reivindicadas.

Para Aureliano & Draibe (1989), os estudos comparativos sobre o Estado de Bem-Estar Social tendem a evidenciar quais são as condições e as raízes históricas – revelando

---

<sup>9</sup>As “expectativas crescentes” passam a ser necessidades sociais, uma vez que estas últimas são construídas socialmente (Arretche, 1995). As necessidades sociais são necessidades oriundas da interdependência social: elas são definidas pela vida em sociedade, como o padrão de vida corrente, e têm sua origem em dependências que são nelas criadas. As dependências sociais como doença, envelhecimento, incapacidade etc. são de cunho natural, o processo de industrialização nos países centrais trouxe um novo tipo de dependência social, derivadas do processo da divisão social do trabalho, mudanças tecnológicas, entre outras (Kerstenetzky, 2012, p.22-3).

variações formais e substanciais –, com a identificação de padrões e/ou tendências reproduzidas em diversos países, estes, por sua vez, podem ser interpretados nos movimentos de exclusão e de inclusão em aspectos de programas e políticas redistributivas, níveis de cobertura populacional, entre outros indicadores. Em seu estudo, as autoras detectam nestas variações ascendências e condições sobre as histórias distintas de cada modelo de *Welfare*, notando que existem padrões mais progressistas (maior número de políticas sociais inclusivas), mais conservadoras (modelos baseados em *status* sociais e políticos), modelos institucionalizados e estatizados (como os modelos de *Welfare* dos países escandinavos), modelos mais aproximados com as características privatistas e residuais (países como os Estados Unidos, onde os benefícios sociais são distribuídos apenas pela provação de meios) entre outros paradigmas.

Nesse sentido Titmuss (1974), deteve-se como o primeiro a arquitetar uma tipologia própria, baseada nos estudos comparativos sobre o Estado de Bem-Estar Social, deste trabalho o autor sintetiza três modelos/regimes:

**A.** O *The Residual* ou **Modelo Residual**, este modelo é caracterizado pela observação de que as políticas sociais intervêm posteriormente (*ex-post*), ou seja, quando os meios naturais – família, rede de parentesco e o próprio mercado –, não conseguem apresentar condições para acolher as necessidades do indivíduo ou do grupo desassistido. A intervenção é temporalmente limitada, isto é, limitando-se ao período pelo qual é necessária, sendo assim o modelo é caracteristicamente relacionado à seletividade e reduzido para grupos previamente selecionados.

**B.** O segundo modelo *The Industrial Achievement Performance* ou **Modelo Meritocrático–Particularista**, fundado no pressuposto que cada indivíduo deve ter condições de atender a suas próprias necessidades a partir da sua produtividade e mérito próprio. As políticas sociais devem agir apenas parcialmente para corrigir as imperfeições mercadológicas, ou seja, as políticas são uma espécie de complementação aos infortúnios individuais.

**C.** Por fim, o denominado de *The Redistributive Model* ou **Modelo Institucional Redistributivo** é onde são encontradas as principais vertentes do *Welfare State* como a solidariedade, universalidade de programas, redistribuição de renda mínima, entre outros atributos. O *Welfare* é percebido como um elemento principal e importante, o modelo foge do mercadológico anterior,

oferecendo políticas e serviços públicos fora do mercado, garantido por direitos sociais.

Como foi possível compreender nos dois modelos iniciais, o papel principal de fornecer auxílio e cobertura para a população que necessita é de exclusividade do mercado. No primeiro modelo, a política social é apenas residual, ou seja, de uso exclusivo de camadas marginalizadas, as quais não conseguem ou não podem recorrer ao mercado para atender suas necessidades básicas. No segundo modelo, as políticas sociais agem em complementariedade, uma vez que o Estado assume lacunas que o mercado não pode preencher. Este modelo pressupõe a existência de um pequeno *Welfare State*.

Para Esping-Andersen (1991), a tipologia de Titmuss (1974) permitiu uma abertura da análise anteriormente classificada apenas pelos gastos sociais e suas correlações com a existência de um *Welfare State*. Ao incluir relações entre os programas universalistas *versus* os direcionados, os critérios de seleção dos beneficiários, os tipos de serviços e benefícios e de introduzir “em que medida o nível de emprego e a vida profissional fazem parte da ampliação dos direitos do cidadão”, Titmuss (1974) lançou as bases para a construção de uma metodologia de estudos comparados dos modelos/regimes de *Welfare State* (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.100).

Para Di Giovanni (1998, p.23), a metodologia de Titmuss (1974) baseia-se em duas grandes categorias: “De um lado, a relação Estado *versus* mercado e, de outro, os grupos e os estratos destinatários destas garantias e prestações”. Segundo o autor, outros pesquisadores introduziram novas variáveis para aperfeiçoar a tipologia, por exemplo, no modelo *meritocrático-particularista*, a lógica da distribuição das prestações e das garantias estaria relacionada com uma proposição clientelista de certas classes sempre apegadas ao Estado, portanto a distribuição de benefícios não provinha apenas do mérito próprio e de uma maior produtividade. Podemos diagnosticar esta afirmação no exemplo alemão com a massificação da proteção social baseada na estratificação social do país, permitindo uma certa leva de privilégios para determinadas classes sociais, ocorrendo uma distribuição desigual de benefícios e pensões.

Acompanhando as interpretações críticas à metodologia de Titmuss, MacGregor (2014) afirma que o último modelo – *institucional redistributivo* –, dificilmente será composto apenas por políticas sociais universalistas, de acordo com a autora, existem políticas segmentadas para determinados grupos sociais, ou seja, há um *mix* de serviços públicos

universais e de outro lado, serviços ofertados pelo mercado que tendem a complementariedade da seguridade social.

Como foi apontado anteriormente, ao tentar esboçar os diferentes regimes de *Welfare*, Titmuss (1974) perdeu o poder explicativo de identificar alterações entre o desenvolvimento do fenômeno através dos anos. Sendo assim, Aureliano & Draibe (1989), colocam que o autor deixou de apresentar explicações acerca da existência de um relativo peso histórico do Estado, do próprio mercado e do terceiro setor na organização da proteção social. Ainda para as autoras, o poder político dos partidos foi deixado à margem nesta explicação.

De acordo com Fleury (1994), é frequente encontrar em qualquer país que desenvolveu um regime de *Welfare State* em sua constituição, diferentes programas e políticas sociais, os quais podem ou não fazer parte de um ou outro modelo apresentado por Titmuss (1974). Outras críticas são relatadas pela autora, como a ideologia social-democrata presente na elaboração da análise comparada, assim como o desenvolvimento da pesquisa apenas aglutinando um pequeno número de países, sobretudo europeus.

O desenvolvimento dos modernos Estados de Bem-Estar também foi objeto de análise de autores marxistas. De acordo com esta vertente, as despesas com os programas e políticas sociais aumentavam para satisfazer aos interesses do capital e barrar o avanço do socialismo real. O'Connor (1979) descreve três tipos de despesa do Estado que garantiriam sua hegemonia: (i) o investimento social, o qual levaria ao aumento da produtividade e, consequentemente, a uma maior lucratividade; (ii) as despesas sociais, necessárias para garantir e reproduzir a harmonia social entre as diferentes classes sociais e; (iii) gastos com consumo social, os quais reduziriam os custos de reprodução do trabalho levando necessariamente ao aumento do lucro.

Para O'Connor (1979), gastos com seguridade social e outras áreas sociais são, portanto, necessárias para reproduzir e assegurar uma adequada reprodução da força de trabalho, dando proteção coletiva contra a insegurança do trabalho e de outras variáveis intrínsecas da vida moderna, além de permitir uma maior eficiência e produtividade sobre os trabalhadores.

Outros dois trabalhos significativos nesse sentido de mudanças estruturais são *Cidadania e Classe Social*, de 1950 e *Política Social*, de 1967, ambos escritos por Thomas Humphrey Marshall (1893-1981). Os estudos demonstram que a expansão dos direitos políticos é o que leva à conquista dos direitos sociais e a propensão ao desenvolvimento do *Welfare State*. Para Marshall, há certa ordem intrínseca e cumulativa na conquista de direitos na sociedade.

Sendo assim, primeiramente são concedidos os direitos civis, depois os direitos políticos e, em seguida, os direitos sociais.<sup>10</sup>

Seguindo o arcabouço histórico teórico de Marshall, Rosavallon (1997) demonstra que o Estado de Bem-Estar é uma continuação – com reformas e melhorias indiscutíveis – do antigo Estado Protetor Clássico. A ampliação dos direitos de propriedade privada e da vida ganham contornos a partir do século XVIII, os movimentos democráticos e igualitários do período, principalmente na França, recebem destaque nas idealizações liberais do período, os direitos civis são ampliados para todas as classes sociais: o sufrágio como direito do cidadão e a garantia de uma proteção econômica são colocados pelo Estado em construção. O movimento democrático do período dará contornos para uma ampliação destes direitos, resultando no Estado-previdenciário. Para Rosavallon (1997), o Estado de Bem-Estar exprime a ideia de substituir a incerteza religiosa que imperou durante o período anterior pela certeza da proteção institucional do Estado.

Em suma esses autores da vertente estruturalista, assumem uma posição que atribuem indiscutivelmente as origens e o desenvolvimento do *Welfare State* como um subproduto do desenvolvimento da industrialização e do sistema capitalista de produção. O fenômeno portanto, decorre através de uma crescente necessidade social aos desarranjos produzidos pela industrialização e pelo processo de evolução do sistema capitalista de produção, com um aumento extraordinário de riscos para os inúmeros trabalhadores e demais cidadãos.

O segundo grupo de teorias possui grande heterogeneidade, buscando compreender como as instituições de um determinado país e o conflito entre as classes sociais afetaram e ainda afetam a emergência e desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social. Os autores destacados por Arretche (1995) desta corrente de pensamento são, respectivamente, Theda Skocpol<sup>11</sup>, Ann Shola Orloff<sup>12</sup> e Margareth Weir<sup>13</sup>.

A abordagem institucionalista é muito útil no estudo de políticas comparadas entre países e estudos de caso, além de permitir uma reconstrução histórica de cada país. Porém, de acordo com Arretche (1995), a corrente de pensamento não leva em conta o impacto independente que grupos sociais ou mudanças sociais possuem na configuração de políticas públicas formuladas pelo Estado. Portanto, o grupo de pesquisadores que se apoiam na

---

<sup>10</sup> Marshall descreve este ciclo de direitos sociais observando apenas o caso inglês.

<sup>11</sup> *Protecting Soldiers and Mothers*, de 1992

<sup>12</sup> *The Politics of Pensions*, de 1993.

<sup>13</sup> *The Politics of Social Policy in the United States*, de 1988.

capacidade de mobilização de poder da classe trabalhadora no interior de diferentes matrizes de poder conseguiu demonstrar as causas e as diferenças entre o surgimento do Estado de Bem-Estar Social nas sociedades capitalistas desenvolvidas. Em outras palavras, o conflito entre as classes sociais é a causa para explicar o surgimento e desenvolvimento do *Welfare State*. O crescimento da classe trabalhadora permitiu a institucionalização de políticas sociais promotoras de melhores condições de vida.

As contribuições de Gosta Esping-Andersen (1991) são primordiais para a compreensão acerca do fenômeno do *Welfare*, segundo Arretche (1995), este autor estabeleceu uma espécie de “ponto sem volta” no debate sobre as origens do *Welfare State*. Como primeiro pilar de sua tese, o autor se propõe em analisar analiticamente as formas institucionais de prestação de serviços sociais e seu caráter distributivo, destacando-se uma classificação (tipologia) de variabilidades nas formas de intervenção estatal na área social. O segundo pilar é dado ao demonstrar a existência de uma correlação entre os diferentes *Welfare State* e as possíveis condições políticas para sua origem e desenvolvimento, fornecendo uma explicação fértil e bastante original para o debate e explicação do fenômeno.

O embasamento teórico utilizado por Esping-Andersen (1991) para definir e distinguir os três regimes de *Welfare* foram: a relação entre o privado e o público na provisão de serviços para as sociedades, a desmercantilização<sup>14</sup> dos bens e serviços sociais e a mobilização das classes sociais, a estrutura da coalização política formada nos países centrais e o legado da institucionalidade do regime.

Em seu trabalho seminal, Esping-Andersen, *As três economias políticas do Welfare State*, de 1991, há uma tipologia elaborada pelo autor onde propõe três tipos de *Welfare State*:

**A.** O modelo **Liberal**, no qual os Estados Unidos é o melhor exemplo, segue o predomínio de assistências por meio da provação de meios, com redução das transferências universais e planos modestos de previdência social. Apenas os indivíduos excluídos do sistema capitalista serão cobertos pelos programas e políticas, portanto, os benefícios são focalizados, de modo que não prejudiquem o esforço e o trabalho natural individual. Podemos compreender que as sociedades que aderiram ao modelo Liberal são caracterizadas por enormes desigualdades socioeconômicas, pois são altamente mercantilizadas, ou seja, cabe ao indivíduo buscar no mercado a maioria dos bens e serviços necessários.

---

<sup>14</sup> Para Esping-Andersen (1991, p.102), “A desmercantilização ocorre quando uma prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado”.

**B.** O modelo **Conservador**, presente em países como Alemanha, Áustria, França e entre outros países da Europa Central. Estes países possuem em comum a ética prevalecente da Igreja Católica e, portanto, fortemente comprometido com a preservação da família tradicional. De acordo com Esping-Andersen (1991), o teor corporativista e de lealdade ao Estado é uma das características deste modelo, as questões de mercado nunca foram um problema sério para estes países, entretanto, o que predominou foi a preservação das diferenças de *status* e de direitos como o seguro social sendo pagos apenas para homens em detrimento às mulheres. Ainda para o autor, o modelo representa a característica central da subsidiariedade, ou seja, o Estado irá atuar apenas quando forem esgotadas todas as capacidades do indivíduo e de sua família em prover seu crescimento socioeconômico.

**C.** O último modelo, denominado de **Socialdemocrata** está presente nos países de origem nórdica (escandinavos), são considerados pelo autor sociedades altamente inclusivas e que contam com grande distribuição de serviços públicos universais e transferências monetárias, ambos detêm a funcionalidade de garantir uma sociedade mais igualitária e com alto grau de desmercantilização. Em outras palavras, onde o indivíduo possui pouca dependência do mercado de trabalho para usufruir-se de uma condição de vida melhor. Porém, o Estado fortalece e incentiva a iniciativa privada.

O último conjunto de trabalhos sobre a origem e desenvolvimento do *Welfare State* estabeleceu-se como a teoria mais bem-sucedida. As teorias que surgiram posteriormente levaram em conta as influências destes autores.

Entretanto, para Lewis (1992 *apud* Orloff, 1997), os trabalhos de Esping-Andersen (1990) não levaram em conta variações significativas acerca das relações de como os Estados de Bem-Estar Social afetam as relações de gênero entre países frequentemente classificados pela análise comum de membros do mesmo tipo de regime. A Alemanha e a França, por exemplo, são consideradas, pela classificação de Esping-Andersen (1991), modelos de *Welfare* conservadores, porém, existem grandes diferenças quanto aos programas e políticas sociais para as mães que trabalham nos dois países. Assim para Lewis (1992 *apud* Orloff, 1997), a abordagem sublinha o fato de que as dimensões da variabilidade das relações de gênero não se correlacionam perfeitamente com as dimensões relacionadas com as classes sociais.

Seguindo as críticas ao modelo de Esping-Andersen, Siaroff (1994) argumenta que a literatura existente não pregaria a devida atenção à forma como a desigualdade de gênero é incorporada nas políticas e programas sociais dos Estados de Bem-Estar. O autor, baseia-se em uma série de indicadores de igualdade de gênero e desigualdades no trabalho e no bem-estar para formular uma tipologia mais congruente aos regimes de *Welfare*. Segundo Siaroff, as religiões também são importantes marcos para a emergência de sistemas de proteção social mais igualitários frente às diferenças de gênero e família, sendo assim, a metodologia incorpora o aspecto da religião como instrumento de análise. A tipologia de Siaroff (1994) pode ser assim resumida:

**A. O modelo Liberal Protestante:** programas e políticas sociais que garantiriam o mínimo necessário, entretanto a situação de gênero é relativamente igualitária, com poucas diferenças salariais entre homens e mulheres no mercado de trabalho, alguns programas sociais são disponibilizados para as mães, entretanto são minimalistas em se tratando da cobertura. Exemplo de países onde há existência deste modelo: Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

**B. Democracias cristãs avançadas:** não existem muitos incentivos para as mulheres entrarem no mercado de trabalho, porém existem estímulos para que as mulheres fiquem de fora do mercado de trabalho. Alguns países onde prevalece este modelo: Áustria, Bélgica, França e Holanda.

**C. Socialdemocracias protestantes:** o regime privilegia o bem-estar social das mulheres ao realizar aportes financeiros para as mães de família, as diferenças salariais no mercado de trabalho entre os gêneros são mínimas. Países que servem como exemplo deste modelo: Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia.

**D. Mobilização de movimentos feministas tardios:** países com ausência de protestantismo, as prestações familiares são pagas ao pai de família e a própria implementação do sufrágio universal feminino é relativamente nova. Os países que corresponderiam a este modelo: Suíça, Grécia, Espanha, Portugal, Itália e Japão.

A tipologia de Siaroff (1994) mesmo levando em conta variáveis de gênero demonstra uma forte relação com a caracterização anterior de Esping-Andersen (1991). Apenas o último tipo – o regime caracterizado pela introdução tardia dos movimentos feministas –, é considerado apenas como um complemento da análise e, portanto, não poderia modificar a tipologia inicial (ARTS e GELISSEN, 2002).

Outra crítica de autoras e autores feministas à tipologia de Esping-Andersen (1991) foi de estabelecer conceitos vagos no que diz respeito ao universalismo e focalização<sup>15</sup>. As autoras feministas argumentam que o universalismo é considerado apenas como um “universalismo masculino”, uma vez que a grande maioria dos sistemas de proteção social dão menor prioridade aos interesses e necessidades das mulheres.

Para MacGregor (2014), existe uma infinidade de tipos de universalismo, mais ou menos inclusivos, e com mais ou menos capacidades de efetuar políticas redistributivas. Os regimes liberais, com políticas de provação de meios são ainda piores, focando apenas nas populações extremamente pobres.

Além disso, sob a questão do gênero para a classificação dos regimes de *Welfare*, Draibe (2007) afirma:

As mulheres se relacionam com o Estado sob distintos perfis e uma multiplicidade de relações: como cidadãs, como esposas dependentes de marido, como mães, como viúvas, mulheres sós com responsabilidade de chefia de família, trabalhadoras assalariadas, clientes e/ou consumidoras (DRAIBE, 2007, p.49)

Ainda para Draibe (2007), as teorias de origem e desenvolvimento dos modernos Estados de Bem-Estar baseados em uma estrutura de gênero, sob a ótica das autoras feministas (Orloff, 1997; Skopcpol, 1992), não lograram um grande êxito para as pesquisas do fenômeno. Segundo Draibe (2007), ao levantarem questões pertinentes ao gênero e a novas formas da composição familiar como variáveis acerca da formação dos regimes de *Welfare*, as autoras deixaram lacunas ao não estabelecerem padrões para outras questões de suma importância como as relações entre o Estado e mercado ou os processos de mercantilização. Em outras palavras, não conseguiram levar em conta as questões econômicas e sociais que cercam a formação do Estado de Bem-Estar Social na sociedade capitalista.

Uma crítica importante dada a tipologia de Esping-Andersen (1990) foi a de não descrever em sua caracterização inicial alguns países do Mediterrâneo, com características similares entre si. Itália, Portugal, Espanha e Grécia apresentam um elevado número de pessoas não cobertas pelos programas sociais estatais, sendo assim uma característica dualista, onde os

---

<sup>15</sup> Para Standing (2010), o termo focalização geralmente é compreendido como o direcionamento de benefícios ou serviços apenas para certa população em condição de vulnerabilidade social. Os procedimentos para a execução das políticas focalizadas estão concentradas na realização de testes de elegibilidade, procurando relacionar se um indivíduo ou domicílio possui uma renda abaixo ou acima de uma linha de pobreza estipulada por cada país. Portanto, a focalização de benefícios é direcionada para determinados grupos sociais considerados pelas autoridades como merecedores e necessitados de assistência social. Dois erros graves são apontados por Standing (2010) na implementação da focalização como instrumento de distribuição de benefícios ou de serviços: a tendência de excluir um grande número de beneficiários pela carência do poder real da elegibilidade em testes de meio e, em segundo lugar, a inclusão de beneficiários que não precisam dos mesmos.

trabalhadores formais usufruem-se de uma certa proteção do Estado em detrimento de outros trabalhadores informais ou mesmo desempregados. Outra característica presente nos quatro países se dá pela forte presença da família no papel principal de fornecer proteção social aos seus indivíduos que a compõem<sup>16</sup>. Os benefícios sociais também se mostram como peculiares nestes países, a providência social é dada por um sistema de saúde universal, enquanto não existem programas de assistência social diretos. Por fim, estes países apresentam programas discricionários para seus cidadãos, em outras palavras os benefícios sociais são operacionalizados de acordo com o clientelismo e corporativismo (DRAIBE, 2007).

A tipologia de Ferrera (1996) separa os países Mediterrâneos (Itália, Grécia, Espanha e Portugal) em um cluster, dando suas características principais em um modelo denominado de “modelo de bem-estar social do sul”. Seu estudo é concentrado em quatro dimensões acerca dos sistemas de proteção social: as principais regras de elegibilidade para o acesso aos programas sociais, quais são as condições em que os benefícios são concedidos, os seus regulamentos para financiar a proteção social e, finalmente, as disposições organizativas para assegurar a administração dos variados modelos de proteção social. Sendo assim, sua metodologia abarca na divisão em quatro modelos de *Welfare State*:

**A.** O modelo **Anglo-Saxão**, a cobertura dos programas sociais é muito alta, a assistência social provém de uma certa quantidade de testes de meios, o sistema de seguridade é financiado de maneira mista e a estrutura organizacional é altamente integrada e gerida por uma administração pública. Os países que contemplam este modelo são: Irlanda e Grã-Bretanha.

**B.** Modelo **Bismarckiano**, há uma forte ligação entre a posição de trabalho e direitos sociais beneficiando proporcionalmente à renda, o financiamento é orquestrado através de contribuições, os benefícios de assistência social são, em sua grande maioria, razoavelmente substanciais e, por fim, os regimes são administrados principalmente por sindicatos e organizações de trabalhadores. Alemanha, França, Bélgica e Holanda são os melhores representantes deste modelo.

**C.** **Escandinavo**, este modelo detém como princípio a proteção social como um direito de cidadania, a cobertura dos programas é universal, os benefícios fixos são relativamente generosos e cobrem vários riscos sociais, o

---

<sup>16</sup> O conceito de familização é descrito por Draibe (2007) como sendo o papel decisivo da família na proteção social de seus indivíduos. Transferências materiais e imateriais entre familiares, em especial, aos cuidados dados pelas mulheres é uma das principais características que cercam este conceito.

financiamento é feito através de receitas fiscais. Suécia, Suíça, Dinamarca e Noruega representam este padrão.

**D. “Bem-Estar social dos países do sul”**, possuem um sistema fragmentado de garantias correlacionadas com empregados do mercado formal, existem benefícios generosos (pensões para aposentados) sem uma articulada rede de proteção mínima, a saúde é tratada como um direito de cidadania, o financiamento da seguridade social é feito através de contribuições e da cobrança de alguns impostos direcionados. Os países que o compõem são: Itália, Grécia, Espanha e Portugal.

Ao atualizar seu estudo Esping-Andersen, em 1999, adicionou o grau de “desfamiliarização” – tal conceito foi traduzido livremente, permitindo compreendermos que representa o quanto um indivíduo possui de não dependência familiar ou quanto este possui de capacidade de comando sobre recursos econômicos. O conceito foi introduzido pelo autor para preencher os espaços criticados pelas autoras feministas sobre as questões de gênero (DRAIBE, 2007).

Ainda sobre algumas críticas a tipologia de Esping-Andersen (1990), Arts e Gelissen (2002), elaboram um trabalho no qual demonstram variados modelos feitos por múltiplos estudiosos do surgimento e desenvolvimento do *Welfare State*. Entretanto, para os autores, se existe um modelo superior ao de Esping-Andersen (1990) é difícil de se determinar. A conclusão do estudo é de que dada a natureza empírica das recentes obras que forneceram alternativas ao modelo central, não devem existir objeções acerca da incorporação de suas descobertas, entretanto essas novas tipologias são minimamente diferenciadas da principal – exceção feita para a tipologia de Ferrera (1996).

Segundo este raciocínio Di Giovanni (1998), relata que as configurações históricas e as lutas políticas compostas, sobretudo por membros da classe operária e políticos ligados ao partido social-democrata, transfiguraram em variados tipos de *Welfare State*. As tipologias e os variados modelos de classificação visaram explicar as principais virtudes/limites de cada modelo, permitindo também a comparação entre eles (DI GIOVANNI, 1998).

Sendo assim, podemos destacar quatro componentes principais da formação de um Estado de Bem-Estar Social:

1. A desmercantilização dos bens, serviços e repasses destinados à população, independentemente da posição social que o indivíduo ocupa no mercado de trabalho ou da sua possibilidade de compra na esfera privada;

2. A concessão de benefícios e transferências aos indivíduos independentemente do pertencimento deste em uma família ou grupo social, o acesso aos benefícios de bem-estar é, portanto, separado da ótica da proteção familiar, para uma ótica de direitos sociais inalienáveis;

3. A institucionalidade de um modelo dominante de financiamento: voluntário, compulsório, de base fiscal ou contributiva, ou mesmo de um *mix* entre estas diferentes formas de financiamento; e

4. Dos traços culturais, dos credos e regulações religiosas, à estrutura familiar de poder e do lugar da mulher na sociedade e no mercado de trabalho.

Para Draibe (2007), este conjunto abrangente de componentes e dimensões enriquece os enfoques sobre os diferentes modelos/regimes de *Welfare State* e permite concluir que nenhuma tipologia está isenta da limitação imposta pelo próprio processo de sua formulação em tipos ideais ou mesmo na classificação de específicos Estados de Bem-Estar.

Consequentemente, a leitura destes pesquisadores permite uma compreensão da existência de quatro fases no desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar: a primeira constituída pela construção e desenvolvimento, a segunda fase é de consolidação, a terceira é dada pela expansão do Estado de Bem-Estar até a década de 1970, por fim, a quarta fase é destinada ao período de crise dos modernos Estados de Bem-Estar.

A fase de construção deriva do final do século XIX, onde temos a emergência de novos modelos de políticas sociais. Os países desenvolvidos lograram implementar políticas e reformas para garantir melhores soluções para os problemas sociais como a desigualdade social, pobreza, saúde pública, educação, acidentes de trabalho, entre outros. Esta fase é acompanhada por experimentações acerca de quais políticas e programas seriam escolhidos em detrimento a resolução dos problemas, foi também uma fase onde a oposição aos programas e políticas foi mais aguda, o período entre guerras é o marco final desta passagem.

A fase de consolidação é dada pela elevação dos gastos sociais em todos os países, segundo Pierson, 1998 (*apud* Kerstenetzky, 2012), este aumento de gastos se deve as reformas do período anterior, em especial para as reformas previdenciárias, trabalhistas e a implementação dos sistemas nacionais de saúde e de educação. O período é marcado pela ascensão de programas voltados para toda sociedade.

O período em destaque é do pós-guerra, a política econômica *keynesiana* é fortalecida e ampliada, a busca em fornecer o pleno emprego para os trabalhadores é a característica principal deste momento que irá perdurar até meados da década de 1970.

A quarta fase – denominada de “crise” do Estado de Bem-Estar Social será tratada no próximo subitem deste capítulo.

### 1.3. Crise ou transformação do Estado de Bem-Estar Social?

Os pressupostos do declínio dos sistemas de proteção social tornaram-se dominantes a partir da década de 1970, por conta da perda de dinamismo das principais economias mundiais. O pensamento liberal-conservador (neoliberal) influenciou e ganhou espaço no meio político, econômico e acadêmico. A distribuição de renda e o desenvolvimento econômico, advindos da estrutura implementada pelo Estado não eram mais uma preocupação das sociedades ocidentais. Novos problemas como a inflação em crescente processo de aceleração, a liberdade ao mercado e, por fim, a defesa aos interesses individuais acima dos interesses coletivos viraram questões centrais ao debate contra as políticas intervencionistas dos Estados nacionais.

De acordo com Esping-Andersen (1991, 1995), todos os modelos de *Welfare* foram objetos de críticas constantes por parte de inúmeros atores políticos, econômicos e de diferentes classes sociais. Mesmo o modelo socialdemocrata sofreria de inúmeras transformações de inspirações neoliberais. Entretanto, de acordo com Fiori (1995), as críticas ao *Welfare State* foram iniciadas anteriormente ao momento de crise, as bases políticas da direita liberal-conservadora e da própria nova esquerda dos anos de 1960 detinham semelhanças pois criticavam abertamente o modelo herdado do pós-guerra. A demanda por uma participação popular mais direta na concepção e implementação de políticas estatais era uma crítica da nova esquerda. Do outro lado, a direita fomentava uma tempestade de argumentos contrários ao intervencionismo estatal herdado do pós-guerra.

Seguindo a tradição da crítica marxista, O'Connor (1997), estabelece que o crescimento econômico baseado essencialmente no consumo de massa exigia do Estado a oferta crescente de serviços públicos e da implementação de políticas públicas de âmbito social. Ao Estado caberia então uma forte pressão para realizar estes anseios derivados das mais diversas classes sociais. No entanto, mesmo com o aumento de impostos e de diversas outras políticas colocadas em prática para solucionar a crise, os resultados alcançados foram de constantes déficits públicos e desequilíbrios econômicos, frustrando parcelas significativas dos cidadãos. Além da crise econômica, somou-se a crise de autonomia do Estado.

Outro eixo colocado para a crise dos sistemas de proteção social advém da interpretação de Offe (1984), na qual a crise foi um colapso entre o acordo pré-existente entre trabalhadores e a classe empresarial, firmado após a Segunda Guerra Mundial, tal acordo era balizado pelo crescimento salarial robusto da classe trabalhadora e a concordância, por parte dos empresários, das políticas redistributivas. O período de baixo crescimento econômico

ceifou este acordo, contribuindo para o reflorescimento de velhos impasses como a negociação salarial coletiva/individual, de direitos sociais e trabalhistas.

Em sua conclusão Offe (1984) denota que a estagnação econômica (baixo crescimento econômico em conjunto com uma inflação crescente) corroeu as relações entre as classes sociais, como coloca o autor:

[...] as condições de não crescimento destroem a base das relações de cooperação entre os atores coletivos; a confiança o respeito mútuo e a reciprocidade são questionados e as elites organizacionais envolvidas começam a considerar as coalizações anteriores, as alianças e as redes rotineiras de cooperação problemáticas e necessários de revisão (OFFE, 1984, p.383).

Seguindo as premissas de que a crise e a gestão da crise do *Welfare State* não poderia ser tratada apenas em suas manifestações econômicas, Rosanvallon (1997), institui que a crise se deu pelo desgaste do modelo solidário entre as classes sociais e Estado, portanto, a natureza da crise deveria ser interpretada entre a sociologia e a política. Desta forma, o autor propõe uma leitura de três questões centrais para a compreensão da crise além da esfera econômica: a perda de valores como igualdade, da solidariedade e, finalmente, do compromisso *keynesiano*.

Questões como de igualdade como finalidade social perdem forças no desenvolvimento do sistema capitalista, de acordo com o autor, ao atingir um certo nivelamento a igualdade perante políticas redistributivas de renda não passam a ser respaldadas pela própria sociedade. Os gastos sociais tornam-se apenas meros mecanismos sem intenção política, transferindo o valor igualitário apenas como uma política redistributiva, tutelada pelo Estado. A solidariedade também foi institucionalizada pelo Estado. Em outras palavras, anteriormente as provisões de segurança social eram feitas por grupos e famílias, ao instituir práticas de segurança social, o valor da solidariedade foi perdido através de um processo de transferência ao Estado. Estas duas novas perspectivas sociais demonstram para Rosavallon (1997) uma desorganização social, contribuindo amplamente pela crise do Estado de Bem-Estar.

O autor também faz referência a crise do modelo *keynesiano*, fruto da estagnação econômica, como mencionado por Offe (1984). As altas taxas de crescimento econômico, de pleno emprego das forças de trabalho, de grande produtividade e de aumento de salários reais, serviram de base para um assentamento dos problemas como da igualdade como finalidade social e da solidariedade tutelada pelo Estado. Contudo, o compromisso *keynesiano* não conseguiu prosperar mais em um ambiente de derrocada, permitindo que os problemas oriundos da perda dos valores fossem aglutinados e fortalecidos.

Todavia, foi a interpretação econômica da crise fiscal dos Estados de Bem-Estar Social a mais disseminada, espalhando a nova visão liberal-conservadora – neoliberal – sobre as funções que caberiam nas novas interpretações acerca do papel do Estado. Um sistema de proteção social que atingisse a universalidade e que fosse baseado em princípios de redistribuição de renda entraria em conflito com esta visão. Os custos crescentes dos sistemas de proteção social – o previdenciário e de saúde como os principais – decorreriam, principalmente, de uma demanda por serviços públicos da população mais necessitada. O debate econômico focou-se: na transição demográfica; produtividade no trabalho somada com as transformações no padrão produtivo; maior flexibilização dos mercados de trabalho e uma piora na redistribuição da renda e da riqueza (POCHMANN, 2004).

Com a vitória de Margaret Thatcher, na Inglaterra, em 1979, e de Ronald Reagan, nos Estados Unidos, em 1980, o pensamento liberal-conservador foi amplamente difundido para o resto do mundo, na forma de projetos neoliberais de reforma dos Estados. Estas reformas acabariam confrontando radicalmente os Estados de Bem-Estar social, segundo Fiori (1995), contribuindo para uma desaceleração pragmática dos programas sociais.

O neoliberalismo é antes de mais nada uma teoria político-econômica. O bem-estar humano, segundo esse pensamento, deve ser pautado pela total liberdade individual e suas virtudes empreendedoras em um contexto de ampla proteção à propriedade privada, livre mercado e livre concorrência. Assim destaca Harvey (2014, 12), o papel do Estado passa a ser apenas de “preservar uma estrutura institucional apropriadas a essas práticas”.

Como discorre o autor:

As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício (HARVEY, 2014, p.12).

A vertente neoliberal passou a ser uma resposta perante a crise fiscal dos Estados nacionais após 1970. Tornou-se hegemônica em todos os países da Europa e nos países recém-criados após o desfecho na URSS. Todos os países tomaram medidas neoliberais como a desregulamentação financeira, retirada do Estado nas áreas sociais e privatizações de empresas públicas. De acordo com Harvey (2014), o neoliberalismo tornou-se dominante ao ser defendido por um seleto grupo de especialistas, os quais ocupam posições importantes em organismos internacionais como o FMI, na Organização Mundial do Comércio (OMC) e no BM. Em última instância, o neoliberalismo transformou-se em um modelo de pensamento, o

qual afeta “às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo” (HARVEY, 2014, p.13).

Segundo Anderson (2012), os governos Thatcher (1979-1990) foram os pioneiros nas realizações neoliberais na Europa. Responsáveis por iniciarem: cortes de impostos sobre os rendimentos mais altos do país; aumentarem as taxas de juros; contraírem a emissão de moeda; enfrentarem de forma agressiva sindicatos e grevistas; diminuírem as normas e regulações sobre o fluxo de capital financeiro; criação de desemprego massivo e corte de gastos sociais. De acordo com o autor:

E finalmente – esta foi uma medida surpreendentemente tardia –, se lançaram num amplo programa de privatização, começando por habitação pública e passando em seguida a indústrias básicas como o aço, a eletricidade, o petróleo, o gás e a água. (ANDERSON, 2012, p.12).

Os governos neoliberais de Thatcher e Reagan administravam em nome das frações da elite capitalista e iam contrariamente aos direitos dos trabalhadores e aos benefícios por estes últimos alcançados através da luta social. De acordo com Anderson (2012), o governo Reagan desatou a gastar recursos nas áreas de segurança e militar, respondendo competitivamente com a URSS, lançando os Estados Unidos em uma corrida armamentista e criando severos déficits econômicos – paradoxalmente, revogando a matriz neoliberal de cortes de restrição orçamentária.

O neoliberalismo espalhou-se pelo mundo, alcançando Austrália e Nova Zelândia, este último país serviu como o principal exemplo de desmonte do seu *Welfare State*, o neoliberalismo passou a ser uma ideologia, concentrando-se não apenas em governos de direita, mas sobretudo, em governos ditos socialdemocratas (ANDERSON, 2012).

O neoliberalismo teve êxitos, sobretudo na diminuição das taxas de inflação e no aumento nas taxas de lucro, entretanto o crescimento econômico jamais conseguiu chegar novamente aos patamares das décadas de 1950 e 1960. Entretanto, o modelo não conseguiu entregar uma “reanimação do capitalismo avançado mundial” (ANDERSON, 2012, p.15). Com altas taxas de desemprego e de aumento do grau de desigualdade entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o neoliberalismo não logrou os frutos almejados.

Anderson (2012), ao realizar um balanço das propostas neoliberais e suas realizações na prática destaca que o aumento das taxas de lucro não necessariamente contribuiu para o crescimento econômico dos países que adotaram a cartilha neoliberal. Segundo o autor, a prerrogativa da desregulamentação financeira permitiu uma inversão das taxas de lucro para a especulação financeira em detrimento da esfera produtiva. Em outras palavras, durante os

anos 1980, há um crescimento exacerbado dos mercados financeiros e seu prolongamento para todos os continentes, as transações financeiras superaram, em demasia, os fluxos comerciais de mercadorias e produtos. Outro ponto negativo ao neoliberalismo é a sua derrota em tornar os Estados de Bem-Estar menores, como veremos neste subitem, os gastos sociais continuaram a aumentar gradativamente.

O desmonte dos Estados de Bem-Estar perante a ideologia neoliberal e as transformações sociais no período são analisadas por distintos autores. Com enfoques diferentes alguns sustentam que o *Welfare State* está passando por uma série de adaptações sob as novas bases que moldam o sistema capitalista, como a globalização, a desindustrialização, as novas estruturas de classe, as composições familiares, as novas relações de gênero e democratização – mais radicais em determinados grupos de países e pormenorizadas em outros. Outros autores denotam uma certa presença da remercantilização dos sistemas de proteção social e do recuo da participação do Estado no provimento da proteção social (KERSTENETZKY, 2012).

A adaptabilidade dos Estados de Bem-Estar Social se daria frente aos novos riscos apresentados pelas mudanças da própria sociedade e pela economia. Nesta última temos o advento da globalização, com a abertura econômica e comercial dos países centrais e mais abruptas nos países pobres ou em desenvolvimento.

Para Stiglitz (2007), o conceito de globalização pode ser interpretado como uma integração e intensificação da interdependência das relações sociais, do fluxo internacional de ideias e de conhecimento e, finalmente, do compartilhamento de diversas culturas. Neste trabalho a globalização é recortada na especificidade econômica, onde processos como da expansão extraordinária dos fluxos do capital internacional, do acirramento da concorrência nos mercados internacionais e a maior integração entre os sistemas econômicos nacionais são a base deste conceito<sup>17</sup>.

Desajustes também ocorreram no mercado de trabalho, os programas e as políticas sociais existentes não compartilhavam mais as novas necessidades e riscos. As novas demandas

---

<sup>17</sup> De acordo com Chesnais (1995, p.242), “Em 1992, os financiamentos internacionais líquidos (créditos bancários, euro-ativos, obrigações internacionais) registrados junto Banco de Compensações Internacionais (BIS) alcançavam 4,94 trilhões de dólares, contra 1,23 trilhão de dólares em 1982”. Ainda para o autor, a globalização foi construída sob o alicerce das inovações financeiras, através do acúmulo de desregulamentações e da perda de especializações de instituições monetárias e creditícias. A abertura econômica representou também um passo grandioso para a transformação dos mercados financeiros internacionais desregulados e autônomos frente aos mercados nacionais. Em última análise podemos compreender o processo de globalização como uma perda das soberanias nacionais para o deslocamento frente aos agentes econômicos transnacionais como grandes corporações multinacionais, utilizando-se das novas tecnologias de comunicação. Harvey (2014), chama a atenção para a construção dessas tecnologias como definidoras da “compreensão do tempo-espaço”, ou seja, “quanto mais ampla a escala geográfica (o que explica a ênfase na “globalização”) e quanto mais curtos os períodos de tempo dos contratos de mercado, tanto melhor (HARVEY, 2014, p.13).

emergentes como a estrutura ocupacional mais diferenciada e heterogênea e as alterações da estrutura familiar propuseram novas formas de exclusão social. Para Kerstenetzky:

Mudanças tecnológicas limitativas ao crescimento do emprego, proeminência da economia dos serviços e avanço da economia do conhecimento foram fatores que impuseram menor segurança no emprego e relações de trabalho mais precárias, requerimento de maior qualificação do trabalho, desemprego duradouro e dualidade no mercado de trabalho – riscos relativamente desconhecidos do *welfare state* industrial e que solicitariam respostas adaptativas de um *welfare state* pós-industrial (Kerstenetzky, 2012, p.73).

De acordo com Taylor-Gooby (1985 *apud* MacGregor, 2014), a partir de 1975 os regimes de bem-estar nos países desenvolvidos passariam por reformas e mudanças. Alterações no mercado de trabalho e a introdução das mulheres nos mais variados postos de trabalho contribuíram para a ocorrência de mudanças nas sociedades industrializadas. Outras alterações ocorreram no período de 1970 e nas décadas seguintes – o advento da globalização financeira é uma das principais características deste período. Para MacGregor a globalização acirrou a competição internacional entre os Estados nacionais, as políticas sociais deveriam então ser repensadas com o advento da competição entre os Estados nacionais.

Para Gough (2001), o impacto da globalização afetou os sistemas de proteção social em todo o mundo, em seu trabalho o autor sustenta que a globalização em sua esfera econômica alterou o equilíbrio entre as forças que existiam nos “trinta anos gloriosos”. As mudanças dos fatores externos ligados a globalização e dos fatores internos, este interligado ao processo de pós-industrialização dos países desenvolvidos pode ser sintetizado na Tabela 1 abaixo.

**Tabela 1** Impactos internos e externos da globalização e da pós-industrialização

<b>Fonte</b>	<b>Mudanças</b>	<b>Consequências para os países desenvolvidos (exemplos)</b>
<b>Globalização (Externo)</b>	Concorrência comercial	Desindustrialização; desemprego para empregados com pouca/baixa mão de obra qualificada
	Mobilidade do capital e da produção industrial	Aumento da concorrência fiscal; ocorrência de "Dumping social"; redução do poder de barganha de trabalhadores e do próprio Estado
	Internacionalização dos mercados financeiros	Perda da intervenção estatal na economia
<b>Pós-industrialização (Interno)</b>	Lento crescimento da produtividade no setor de serviços e perda de empregos no setor industrial	Aumento do desemprego, aumento da desigualdade de renda e riqueza entre classes
	Envelhecimento	Aumento dos gastos com pensões e despesas com saúde
	Transformação das famílias	Menor número de indivíduos nas famílias, mais mulheres no mercado de trabalho
	Amadurecimento dos direitos sociais	Crescimento dos gastos sociais

**Fonte:** Adaptado de Gough, 2001, p.166.

Houve também a introdução de organismos internacionais na prescrição de políticas econômicas e sociais para os países centrais e posteriormente para os periféricos. Instituições, FMI, BM, OMC e agências internacionais das Nações Unidas como a OMS e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), e conjunto com Organizações não-governamentais internacionais e nacionais (ONGs). De acordo com MacGregor (2014), esse aglutinamento de instituições geraram um discurso global sobre o melhor tipo de política social a ser seguido. Para a autora neste contexto surge um mercado global privado formado por inúmeras empresas prestadoras de ramificados serviços sociais e mesmo de saúde – os mercados desregulamentados favoreceram ainda mais o surgimento destes serviços privados.

A crise e suas perturbações levaram a adaptações e revisões dos principais componentes dos regimes de bem-estar – o direito universal derivado da cidadania deu lugar a uma definição menos formalizada e mais discursiva do direito social. Houve um movimento generalizado dos países centrais em alterar significativamente os meios e as políticas de provisão social para seus cidadãos, a busca foi incessantemente em direção a perspectivas

minimalistas de proteção social. A opção de políticas e programas focalizados foi a norma e não a exceção.

Pierson (1996) ao comparar entre os anos de 1979-1990 quatro países (Inglaterra, Estados Unidos, Alemanha e Suécia), com diferentes modelos de *Welfare* demonstra que na Inglaterra a guinada à direita foi a mais radical entre os três casos analisados. Segundo o autor, um sistema de dois partidos se revezando no poder (Conservadores e Socialdemocratas), deu lugar a consecutivas vitórias dos Conservadores. O movimento operário sofreu repetidas derrotas em face das flexibilizações das leis trabalhistas. Entretanto, como discorre Pierson:

Mesmo na Inglaterra, onde ideologicamente o Partido Conservador tem controlado um dos sistemas políticos mais centralizados a mais de uma década, as reformas têm seguido uma linha incremental em vez de reformas radicais, deixando o *Welfare* britânico em grande parte intacto (PIERSON, 1996, p.173, tradução nossa).

Pierson (1996) utiliza-se do argumento de aumento sucessivos dos gastos sociais para promover a ideia de que não houve mudanças radicais nos sistemas de proteção social dos quatro países analisados. Muitos programas sociais passaram por um aumento das regras de elegibilidade ou mesmo por reduções de benefícios. Para este autor, durante o período de duas décadas (1980-1990), algumas mudanças nas políticas sociais foram inevitáveis.

A própria Inglaterra e posteriormente a Suécia são casos emblemáticos de que as opções radicais pelas reformas de cunho neoliberal não foram tão radicais como se esperava que acontecesse. De acordo com Pierson (1996), mesmo com o poder político concentrado nas mãos do Partido Conservador, o intento de diminuir o Estado de Bem-Estar ao mínimo não logrou o sucesso esperado. As lutas políticas e sociais com o objetivo de aumentar os programas e os gastos sociais foram vencedores do embate entre Conservadores e Socialdemocratas. Para o autor, os cidadãos beneficiários de prestações sociais são relativamente mais bem-organizados e também possuem a característica de punir políticos que promovam cortes em benefícios e gastos sociais.

Para King (1988), o desmantelamento dos Estados de Bem-Estar não poderia seguir uma linha de reformas e da perda sucessiva de benefícios sociais. O autor sintetiza seu argumento ao lançar a tese de que “os Estados de Bem-Estar possuem suas estruturas e benefícios entrelaçados às estruturas sociais que eles próprios remodelaram” (King, 1988, p.53). Em outras palavras, o Estado de Bem-Estar assumiu uma série de direitos de cidadania ao seu desenvolvimento, aglutinando formas desmercantilizadas de proteção social, alterando, inclusive, as percepções e as demandas pessoais ao mercado – uma vez que este não poderia fornecer melhores auxílios financeiros e/ou serviços públicos.

Nas palavras de King:

Eu argumento que a perspectiva e a base não-mercantil ou desmercantilizada do estado de bem-estar contemporâneo são traços distintivos que simplesmente não se coadunam com o sistema generalizado de produção de mercadorias das democracias industriais, mas, pelo contrário, têm um impacto sobre toda a estrutura social, remodelando-a por completo; a extensão das formas não mercantilizadas de trabalho representadas pelas instituições e práticas do estado de bem-estar altera as percepções pessoais acerca da natureza das relações de mercado e de seu alcance efetivo. Isso é pouco surpreendente, dado que o descontentamento com as relações de mercado alimentou muitas das demandas originais por serviços públicos e auxílios financeiros (KING, 1988, p.76).

Nesse sentido, segundo Pierson (1996), o crescimento dos gastos sociais reconfigurou o terreno das políticas sociais dos Estados de Bem-Estar, implementando gradativamente os programas sociais de acordo os novos interesses dos trabalhadores, consumidores e prestadores de serviços sociais.

Os processos de remercantilização e a diminuição do Estado de Bem-Estar pode ser encontrada a partir de uma série de alterações em benefícios nos países da OCDE, a partir da década de 1990. O Quadro 1, elaborado por Pierson (2006, *apud* Kerstenetzky, 2012), são demonstradas algumas destas alterações.

**Quadro 1** Alterações em benefícios na área da OCDE - anos 1990

<b>Tipo de benefício</b>	<b>Mudança</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Aposentadorias</b>	Aumento da idade para aposentar-se	RU, NZ, IT, JP
	Extensão do período para requerer aposentadoria plena	FR, PT, IR, FI
	Redução da base para ajuste dos benefícios com base na inflação	RU, FR, ES
	Teste de meios para a aposentadoria	Áustria, DN, AUS
<b>Incapacidade</b>	Novos limites de duração, benefícios reduzidos	RU, EUA, HO, NO
	Testes mais estritos de incapacidade	RU, EUA, HO
<b>Desemprego</b>	Redução na duração dos benefícios	BE, RU, DN, EUA
	Redução no nível dos benefícios	AL, IR, NZ, Suíça
	Elegibilidade reduzida	HO, RU, BE
<b>Benefícios para famílias</b>	Valor real declinante ou elegibilidade decrescente	RU, ES, HO

Fonte: Pierson, 2006 *apud* Kerstenetzky, 2012, p.74.

Países: Reino Unido (RU); Nova Zelândia (NZ); Itália (IT); Japão (JP); França (FR); Portugal (PT); Irlanda (IR); Finlândia (FI); Espanha (ES); Áustria; Dinamarca (DN); Austrália (AUS); Estados Unidos da América (EUA); Holanda (HO); Noruega (NO); Bélgica (BE); Alemanha (AL); Irlanda (IR) e Suíça.

Os países considerados pela tipologia de Esping-Andersen (1990, 1999) como modelos liberais ampliaram suas políticas residuais no contexto da crise. As reformas detiveram-se em estimular a focalização em estratos sociais mais pobres como mães solteiras e em sua maioria negras. Foram implementados programas sociais com relativas reduções das titularidades e também da redução temporal de permanência dos indivíduos na rede de proteção social ofertada. De acordo com Kerstenetzky (2012), a individualização dos riscos sociais também está presente nos dias atuais, um exemplo dado pela autora é do ajustamento do salário mínimo abaixo da inflação para trabalhadores dos Estados Unidos e na Inglaterra. Além da intensificação de políticas focalizadas em um contexto de desregulamentação do mercado de trabalho e de avanços das terceirizações.

Contudo, os regimes liberais não obtiveram êxito com suas reformas pró-mercantilização e de focalização das políticas sociais. Como bem coloca Kerstenetzky (2012), esse conjunto de países apresentou os maiores números para o indicador de pobreza, quando comparado ao regime conservador e ao socialdemocrata na Tabela 2 abaixo.

**Tabela 2** Os regimes de bem-estar em uma rápida comparação

	<b>Liberal</b>	<b>Conservador- corporativista</b>	<b>Socialdemocrata</b>
<b>Gasto social % PIB*</b>	17,6	25,28	24,8
<b>Gasto transferências % PIB*</b>	8,26	15,07	12,42
<b>Gasto serviços % PIB*</b>	9,07	9,29	11,4
<b>Gasto serviços de saúde % PIB*</b>	2,29	2,21	5,2
<b>Carga tributária*</b>	32,3	40,8	45,8
<b>Contribuições sociais % PIB</b>	3,58 (11%)	14,11 (35%)	8,58 (19%)
<b>Pobreza (mercado)</b>	26,8	27,5	27,1
<b>Pobreza (renda disponível)</b>	13,3	7,2	6,6

Fonte: Adaptação de Kerstenetzky, 2012 p.133.

\*Referentes ao ano de 2007 ou 2009. Os demais valores são médias das três últimas décadas. Gasto social, transferências, serviços, serviços de saúde, carga tributária e contribuições sociais – OCDE Statistics. Pobreza (mercado) e Pobreza (renda disponível) – Mahler, V. A.; Jesuit, D. K. (2006).

No regime corporativo-conservador, reformas com a incumbência de diminuir as titularidades dos trabalhadores aconteceram apenas em 1990, com a introdução da União Europeia como área de livre-comércio. De acordo com Kerstenetzky (2012), Alemanha, França e Bélgica realizaram reformas em seus mercados de trabalho, entretanto, como destaca a autora, nestes países o papel dos sindicatos foi de resistência aos programas de terceirizações e desregulamentações do mercado de trabalho efetuando acordos com os governos com o intuito de garantir benefícios sociais não contributivos, especialmente para os mais vulneráveis como idosos e desempregados.

Houve, portanto, uma ascendência de políticas residuais de proteção social em conformidade com as transformações sociais do período recente, entretanto, os países de regime conservador-corporativista, incorporam em sua agenda de reformas a inclusão de aposentadorias privadas, aumento da idade dos aposentados e a reinserção ao mercado de trabalho da população inativa e a privatização parcial de serviços públicos, por exemplo o do sistema nacional de saúde francês.

Por fim, no regime socialdemocrata o contexto de reformas neoliberais e de transformações no mercado de trabalho não alteraram fortemente os modelos universais de proteção social. A Dinamarca representou uma maior inclinação ao adotar políticas de ativação<sup>18</sup> para a população desocupada dinamarquesa. Segundo Abrahamson (2010), todos os trabalhadores destinatários de seguro-desemprego, em 2003, deveriam aceitar uma oferta de ativação, quando passados seis meses depois do término da primeira oferta do seguro-desemprego. Em sua conclusão o autor sintetiza que as medidas de ativação são frequentemente diagnosticadas pelos trabalhadores como uma espécie de punição por estar desempregado, além disso, a flexibilização das relações trabalhistas permitiu em um aumento da marginalização e da exclusão de 25% da população dinamarquesa produtiva vivendo fora do mercado de trabalho, portanto estão limitadas aos poucos benefícios públicos.

Os países do regime socialdemocrata também realizaram cortes em benefícios e de privatizações em alguns serviços como de aposentadoria na Suécia e de um modelo público apenas para o segmento de idosos no caso da Dinamarca (KERSTENETZKY, 2012, p.131).

---

<sup>18</sup> A década de 1990 é marcada pela ascensão de políticas sociais de ativação nos países centrais. Estas políticas tratam da emergência de um novo processo de regulação do Estado no mercado de trabalho, através da obrigatoriedade de retribuição dos benefícios recebidos através de uma postura ativa dos cidadãos, em sua grande maioria, na busca pela inserção ao mercado de trabalho.

#### 1.4. Conclusões do capítulo

A leitura destas perspectivas sobre a “crise” dos Estados de Bem-Estar, após as mudanças das últimas três décadas, coloca a crescente discrepância entre o modelo dos programas e políticas atuais do *Welfare* frente as novas demandas e riscos sociais.

A questão do trabalho também é responsável pela transformação dos sistemas de proteção social e de sua adaptação frente aos novos desafios impostos pela reorganização fordista da produção, como delineou Clarke (1990), o processo de produção em relativa transformação nada mais é do que uma relação intrínseca com as mudanças orquestradas pelo capitalismo e a concorrência entre os países, sobretudo no período de globalização. Em outras palavras, os modernos Estados de Bem-Estar estão assentados na base do trabalho nos padrões da Segunda Revolução Industrial, portanto não podem oferecer novas barreiras de proteção sem atualizar-se frente a uma nova conjuntura, sobretudo pela transição econômica em direção a uma economia baseada no setor de serviços.

Outra perspectiva é dada pela transição demográfica e social, com o declínio dos nascimentos e aumento da expectativa de vida, das novas relações de gênero e da diminuição do tamanho das famílias.

Portanto, a compreensão destes novos desafios se dá porque os sistemas de proteção social foram assentados em uma ordem social que não é mais predominante – a classe industrial homogênea, com ciclos de vida mais lineares e sem grandes diferenciações entre si. Deste modo, as demandas sociais foram se modificando com o tempo, em meio a transformações profundas da economia e da própria sociedade.

## **CAPÍTULO 2 – AS PROPOSTAS DE SAÚDE NEOLIBERAIS E AS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS**

Os sistemas de saúde dos países centrais também foram afetados, em alguma medida, pela crise do Estado e dos sistemas de proteção social. De fato, a literatura sobre o tema identifica a existência de três ondas de reformas nos sistemas de saúde, distintas em sua natureza: a primeira insere-se no final do século XIX, com a focalização de programas e benefícios para trabalhadores e pobres; a segunda onda acontece após a Segunda Guerra Mundial, esta, por sua vez, é formada pela consolidação de sistemas universais de saúde e de proteção social, transformando o direito ao acesso aos serviços de saúde em direito de cidadania; finalmente, a terceira onda ocorre nas décadas de 1980 e 1990, cujas características estão associadas ao estabelecimento de inovações capazes de criar um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos prestadores de serviços de saúde.

A terceira onda de reformas dos sistemas de saúde pode ser dividida em duas grandes fases. A primeira é inserida durante a década de 1980, onde a hegemonia neoliberal da “falência total” do Estado de Bem-Estar Social prosperou, portanto, as políticas econômicas e sociais foram desarticuladas em nome da contenção de custos e no controle de gastos e da exaltação do individual sobre o coletivo. O segundo momento é formulado a partir da década de 1990, partindo de uma crítica aos próprios modelos neoliberais construídos sobre as políticas restritivas anteriores, formulando uma nova agenda de reformas para os sistemas de saúde, com o objetivo de garantir um maior controle sobre as quantidades de profissionais, incentivar medidas de prevenção de doenças, melhorar e intensificar a produção de serviços em saúde e capacidade de leitos, assim como alterar as formas de remuneração dos prestadores de serviços, por fim essas reformas detinham por objetivo intervir na organização do sistema de saúde por meio de processos de desconcentração na condução das políticas de saúde pelo nível central (ALMEIDA, 1999 e 2014).

Também compõem a terceira onda a introdução de novos mecanismos de controle sob o uso dos serviços de saúde. O compartilhamento de custos entre usuários e empresas foi uma ferramenta introduzida neste contexto, denominado de co-pagamento, essas medidas tinham por objetivo, em primeiro lugar, diminuir o uso de serviços considerados supérfluos pelos prestadores e em segundo lugar, incrementar as receitas para a saúde, através do uso de taxas moderadoras de uso dos serviços médicos (SANTOS, 2009).

Todas essas inovações para a política de saúde foram implementadas nos países centrais<sup>19</sup>, entretanto, também foram realizadas nos países latino-americanos. A América Latina foi o principal laboratório para as experiências neoliberais, sendo que na década de 1990, este ideário era hegemônico em grande parte do continente.

As décadas de 1980 e 1990 são marcadas pela adoção de grande parte dos países latino-americanos ao Consenso de Washington<sup>20</sup>. Segundo Gimenez (2008), é na América Latina onde o projeto liberal enraizasse, o contexto da crise da dívida da década de 1980 provocou a imposição de fortes restrições ao gasto público na região. Em busca do equilíbrio fiscal, os governos adotaram políticas restritivas de gastos sociais, o Estado foi gradativamente retirando-se do cenário social, empresarial e regulatório. Ações de descentralização na organização da prestação de serviços sociais foram postas em marcha, privatizações de equipamentos públicos e de empresas estatais também foram o foco das políticas econômicas adotadas no período.

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

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

---

<sup>19</sup> Os trabalhos de Almeida (1995, 1996 e 1997), demonstram o desenvolvimento e a crise dos sistemas de saúde dos países centrais durante as décadas de 1970 e 1980. Inglaterra, Suécia, Holanda, Alemanha, Espanha e Itália seguem a experiência americana da competição administrada (*managed competition*), o eixo de atuação destas reformas foram: o controle dos gastos públicos, flexibilização da mão de obra do setor saúde, a desregulação e a reestruturação do *mix* público/privado.

<sup>20</sup> John Williamson (1992) enumera em seu texto *Reformas políticas na América Latina na década de 80*, dez reformas políticas e econômicas necessárias aos países do Cone Sul, sendo elas: disciplina fiscal, prioridades do gasto público, reforma fiscal, liberalização de financiamento, taxa de câmbio unificada entre os países da região, liberalização do comércio, livre abertura ao capital estrangeiro, privatização, desregulamentação e direito de propriedade.

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

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

A natureza e a intensidade das reformas dos sistemas de saúde na América Latina estão relacionadas, de um lado, com o conjunto de diretrizes formuladas pelas principais agências internacionais de apoio ao desenvolvimento e, de outro, com o grau de adesão dos diferentes governos a estas diretrizes da agenda internacional.

É neste contexto de reformas dos sistemas de saúde idealizadas pelo receituário neoliberal que este capítulo se insere, tentando abrir caminho para a compreensão das propostas de políticas de saúde prescritas pelas agências internacionais – OMS e BM. Para tanto utilizamos os relatórios e os documentos oficiais dessas agências e também a bibliografia pertinente ao tema.

O capítulo está dividido em três sessões, além desta introdução. A próxima sessão trata sobre a política de saúde, definindo-a para uma melhor compreensão, também são exploradas as definições sobre os sistemas de saúde e seus principais componentes. A segunda sessão discute as principais propostas de políticas de saúde fomentadas pelas agências internacionais. Na sessão três realizamos uma análise crítica das propostas ofertadas.

## 2.1. A política de saúde, sistemas de saúde e seus componentes principais

A política de saúde<sup>21</sup> pode ser definida através do glossário publicado em 1998 da própria OMS. De acordo com a agência internacional<sup>22</sup>:

A política de saúde é muitas vezes promulgada por meio de legislação ou outras formas de criação de regras que definem regulamentos e incentivos que permitem a prestação de serviços e programas de saúde e que garantam o acesso a esses. Como acontece com as demais políticas públicas, as políticas de saúde surgem de um processo de construção sistemático, com apoio em ações de saúde pública as quais se baseiam evidências disponíveis, integrando as preferências da comunidade, as realidades políticas e a disponibilidade de recursos (OMS, 1998, p.10).

Conceituar políticas de saúde permite a compreensão de que seus desdobramentos repercutem na implementação dos sistemas de saúde. Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela OMS (2000), como um conjunto de atividades com objetivo inicial de promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem outros propósitos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; a prestação de serviços eficientes; e o acolhimento humanizado dos cidadãos.

Neste trabalho concordamos com a definição de sistemas de saúde através da elaboração de Lobato e Giovanella (2012), onde as autoras propõem a definição de sistema de saúde como:

Um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade (LOBATO e GIOVANELLA, 2012, p.107).

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

---

<sup>21</sup> De acordo com Almeida *et al* (2003), as políticas de saúde são relativamente “novas”, datando apenas da segunda metade do século XIX. Anterior a este período, as políticas de saúde estavam aglutinadas no âmbito social, não possibilitando sua emergência e descolamento como um discurso da saúde como bem público e como campo específico de intervenção do Estado. As políticas de saúde, portanto, não foram estabelecidas de maneira linear, tampouco uniforme. Além destas particularidades, as políticas de saúde foram determinadas através do tempo, respondendo de maneira variada às demandas sociais de cada período.

<sup>22</sup> Partilhamos da definição de Mattos (2001), onde agência internacional corresponde às instituições regidas pela participação de pelo menos três países em sua constituição, em sua sustentação financeira e política.

Os componentes que integram os sistemas de saúde são: a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento e as organizações.

Segundo Lobato e Giovanella (2012), o principal componente é a cobertura, que por sua vez representa quantos cidadãos estão cobertos pelo sistema de saúde de um determinado país. A cobertura é ampliada também ao conjunto de ações e de serviços prestados pelos diversos sistemas de saúde. A cobertura pode ser universal ou segmentada. No primeiro caso, todos os cidadãos possuem acesso aos serviços e ações de saúde, ao contrário do segundo, onde uma parcela da população ou determinados grupos populacionais usufruem-se do acesso, a renda, por exemplo, pode ser utilizada como indicador de diferenciação de acesso.

O financiamento representa os recursos econômicos disponíveis para a sustentação dos sistemas de saúde. Duas prerrogativas estão inseridas neste componente: os recursos econômicos que são responsáveis na sustentação dos sistemas de saúde e a alocação destes recursos no interior do sistema, esta prerrogativa é mais dinâmica, ou seja, depende muito mais das decisões tomadas pelas organizações e pelos atores envolvidos com a implementação dos sistemas de saúde. O financiamento também pode ser público ou privado. No primeiro caso, os sistemas de saúde são sustentados pelos impostos (diretos e indiretos), contribuições sociais e de taxas específicas. No modelo privado, o pagamento se dá diretamente pelas famílias, empresas e indivíduos.

As forças de trabalho também estão inseridas nos componentes dos sistemas de saúde. São os profissionais e técnicos responsáveis pelo desenvolvimento de atividades de atenção à saúde. Médicos, enfermeiros, sanitaristas, profissionais da vigilância sanitária, agentes de saúde, entre outros.

As redes de serviços são divididas em duas ênfases principais. A primeira, corresponde aos serviços de promoção e prevenção à saúde, com características de impactar um maior conjunto da população, alguns exemplos: controle ambiental de pragas e os serviços de vigilância sanitária. A segunda ênfase corresponde aos serviços de assistência médica individual, ou seja, consultas médicas, serviços ambulatoriais, clínicas especializadas, entre outros (LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

Os serviços de saúde se organizam por níveis de complexidade, a saber: atenção primária (promoção e prevenção), atenção secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). De acordo com Lobato e Giovanella (2012), os sistemas de saúde universais são otimizados para garantir o maior acesso possível na atenção primária à saúde. Os sistemas

de saúde segmentados demonstram, por sua vez, menores alocações de recursos na atenção primária, focalizando na atenção especializada, prevalecendo o setor privado de assistência médica. Segundo as autoras, os sistemas segmentados são mais custosos e demonstram piores níveis de saúde do que quando comparados aos sistemas universais.

Equipamentos, medicamentos e suprimento para exames diagnósticos representam os insumos utilizadas para alimentar os sistemas de saúde. Existem também diferenças entre a disponibilidade de insumos para sistemas de saúde em países pobres e ricos. No grupo de países pobres, os insumos são escassos ou mesmo sua disponibilidade é alterada conforme a região em que se localizam, ou seja, regiões mais pobres detém menor número de insumos, ao contrário de regiões mais ricas, problema atenuado em países ricos.

A tecnologia e conhecimento também são importantes componentes dos sistemas de saúde, sobretudo porque representam “grande relevância para a melhoria das condições de saúde das populações, por discutir alternativas e soluções de novas técnicas, práticas, procedimentos e insumos que permitem prevenir e combater os males da saúde” (LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

Por fim, estão as organizações, responsáveis diretas pela administração dos sistemas de saúde, através da regulação e pela condução das políticas de saúde. São inúmeras organizações presentes nos sistemas de saúde. Algumas delas aparecem como principais: os ministérios de saúde, departamentos e secretarias de saúde, agências reguladoras, empresas de seguro saúde, entre outras.

## 2.2. A agenda neoliberal de reformas dos sistemas de saúde

A partir da década de 1980, mas sobretudo nos anos de 1990, iniciou-se nos países da América Latina as reformas de seus sistemas de saúde, anteriormente postas em marcha nos países centrais, as propostas de reforma concentraram-se primordialmente em conter custos, diminuir gastos, promover a concorrência da prestação dos serviços de saúde privados e públicos e, finalmente, avançar nos mecanismos de eficiência e eficácia através da flexibilização gerencial (ALMEIDA, 2014; SOJO, 2011).

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

O aumento de custos no setor saúde está relacionado, de um lado, à expansão horizontal e vertical da cobertura, e, de outro, à incorporação de inovações tecnológicas. O crescimento da cobertura significou a inclusão de novos segmentos da população como clientela dos serviços de saúde, além do aumento da oferta de novos serviços (tratamento odontológico, fisioterapia, etc.), resultando em crescimento dos gastos pelo simples fato de que houve aumento da população a ser atendida e pela inclusão da oferta de novos serviços. Já as inovações tecnológicas em saúde caracterizam-se por estarem mais direcionadas à aplicação em meios diagnósticos e terapêuticos do que em meios que venham a baratear o processo interno de tratamento. Nesse sentido, o desenvolvimento de novos equipamentos médicos trouxe consigo um encarecimento dos serviços, ao mesmo tempo em que passou a haver uma verdadeira revolução na organização dos serviços de saúde, incluindo novos patamares de concentração econômica, nova divisão social do trabalho médico e grande mudança no próprio campo da técnica médica.

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

Por último, a chamada transição epidemiológica, marcada pela mudança no perfil de morbimortalidade da população. No lugar das enfermidades infecciosas e parasitárias, típicas de países com baixo grau de desenvolvimento, o novo perfil epidemiológico passou a incluir

também as chamadas doenças crônico-degenerativas, como intoxicações, câncer, problemas de saúde mental, entre outras, configurando um conjunto de patologias próprias de um modo de vida urbano-industrial, cujo custo de tratamento é particularmente elevado.

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

As reformas dos sistemas de saúde foram incluídas nos programas de estabilização e ajuste econômico que ocorriam em grande parte dos países da região. Segundo Soares (1998), os governos latino-americanos realizaram grandes esforços para o pagamento das dívidas externas contraídas com os órgãos internacionais, uma proporção significativa do PIB foi compromissada para o pagamento, e a área social se transformou em uma fonte primordial de redução de gastos e cortes de programas sociais. Portanto, as reformas dos sistemas de saúde foram imprescindíveis para a realização dos programas de estabilização e de ajuste econômico.

Segundo Soares (1998), no Chile foi realizado a constituição de dois sistemas paralelos – o privado e o público. A administração dos fundos e a prestação dos serviços de atenção à saúde é de escolha de cada indivíduo, entretanto, como bem afirma a autora: “Neste modelo, o setor privado se arroga o direito de recusar os segurados de “baixo pagamento/alto risco” dado que sua quota não dá para pagar a prima; enquanto que o setor público, evidentemente, tem que aceitar a todos (SOARES, 1998, p.68).

Portanto, existe uma separação entre os indivíduos que podem pagar – a grande maioria compostas pelos grupos econômicos de alta e média renda –, e pessoas com baixos riscos de saúde são escolhidas pelo setor privado, em um claro objetivo de contribuir mais do que consome o serviço de atenção à saúde. Ao setor público cabe receber os indivíduos e grupos sociais com maiores riscos como pobres, doentes, crianças e idosos, ou seja, a população que mais consome os serviços de saúde e que menos contribuem para sua manutenção. De acordo com Toraño e Montoya (2011), a polarização entre o setor público e privado no Chile é emblemática, enquanto o setor privado atende apenas 35% da população, consumindo 50% dos gastos totais em saúde, o setor público cobre 65% da população chilena, consumindo 50% do restante dos recursos de saúde. Estes dados evidenciam as inequidades do financiamento e,

portanto, das possibilidades de acesso da população aos mais variados tipos de serviços e tecnologias em saúde do sistema chileno.

Outros países optaram por transformações mais graduais em seus sistemas de saúde, observando as especificidades da sociedade e do momento político e econômico de realização das reformas. Essas experiências, em grande maioria dos casos, foram incompletas, desordenadas e pontuais. Apenas o Chile realizou as grandes medidas neoliberais apontadas pelas agências internacionais de desenvolvimento. Vejamos quais foram as propostas neoliberais para as reformas dos sistemas de saúde fomentadas pelo BM e pela OMS durante os anos 80, 90 e 2000 para os países pobres e em desenvolvimento.

### 2.2.1 O Banco Mundial<sup>23</sup> e a saúde

Com a crise do Estado de Bem-Estar Social a partir da década de 1970, o BM entra na arena internacional de prescrição de ideias e políticas públicas ao setor saúde. De acordo com Rizzotto (2000, p.115), ao fornecer empréstimos aos países centrais e posteriormente aos países latino-americanos, a instituição tinha como objetivo principal de “interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público”. De acordo com a autora, o BM começa a fornecer análises ao setor saúde em meados dos anos 1960, ofertando políticas de ajuda e “combate à pobreza”<sup>24</sup> e de satisfação de necessidades básicas, entretanto, a instituição recomendava apenas “aspectos de controle demográfico”.

De acordo com Lima (2014), a concepção do BM de desenvolvimento até meados da década de 1970 foi compreendida pela crença apenas no crescimento econômico como variável-chave para alcançar melhores condições de vida e distribuição de renda – problemas que afetavam todos os países periféricos. Apenas com a ascensão do presidente Robert McNamara<sup>25</sup> no BM (1968-1981), a concepção de desenvolvimento iria transforma-se.

Nas palavras de Lima (2014):

O BM começou a sustentar a ideia de que o crescimento deveria incluir aspectos sociais e políticos ligados ao planejamento familiar, à urbanização, ao desemprego e à educação como forma de aumentar o bem-estar social e ajudar na distribuição de renda. Inovação, geração de empregos e incremento à participação comunitária eram objetivos e critérios (ou novas condicionalidades) para a aprovação dos projetos (LIMA, 2014, p.234).

Diante de um cenário de agravamento das condições de vida de uma grande parcela da população mundial, a gestão McNamara promoveu uma ampliação dos temas na área social, dissociando-se anteriormente de uma agenda de planejamento familiar, segundo Lima (2014), o Banco abriu duas frentes de combate aos problemas: a primeira era de fornecer condições

---

<sup>23</sup> A instituição é formada pelo Grupo Banco Mundial (GBM), constituída por sete organizações com diferentes formas de estruturação, gestão e instâncias de decisão. Compõem o Grupo: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird), Associação Internacional de Desenvolvimento (IAD), Corporação Financeira Internacional (CFI), Centro Internacional para Conciliação de Divergências em Investimentos (CICDI), Agência Multilateral de Garantias de Investimentos (AMGI), Instituto do Banco Mundial (IBM) e Painel de Inspeção. De acordo com Pereira (2010a), a expressão “Banco Mundial” aglutina apenas o Bird e a AID.

<sup>24</sup> A expressão “combate à pobreza” esteve inserida em diversos informes e relatórios do BM durante a gestão de McNamara, posteriormente o Banco abraçou definitivamente a causa. Como afirma Pereira (2010b), o Banco apresentou diversas políticas e instrumentos para frear a “ascensão da pobreza” nos países periféricos, de acordo com o autor: planejamento familiar, nutrição, saúde, educação, urbanização de favelas, entre outros mecanismos foram utilizados pela instituição, contudo não lograram êxito definitivo na “cruzada contra à pobreza”.

<sup>25</sup> Robert McNamara (1916-2009) foi Secretário de Defesa dos Estados Unidos durante os mandatos de Kennedy (1961-1963) e Johnson (1963-1969). Foi o primeiro presidente do Banco Mundial a não fazer parte do círculo oriundo de *Wall Street*. De acordo com Pereira (2010a, p.177), a sua gestão à frente do Banco “aproximou-se muito mais da área política do que da área econômica do Estado norte-americano”.

mínimas para a população pobre e em segundo, frear a sua expansão mediante o processo de “combate à pobreza”.

A entrada específica do BM no setor saúde ocorre com a elaboração de recomendações e pareceres técnicos derivados do documento intitulado “*Salud: documento de política sectorial*”, de 1975. Para Rizzotto (2000), os técnicos do BM acreditavam que a grande maioria dos problemas do setor saúde dos países periféricos poderiam ser resolvidos com a focalização de políticas econômicas de desenvolvimento em infraestrutura. De acordo com a autora:

Esta orientação sustentava-se na crença de que ao promover o crescimento econômico dos países “em desenvolvimento”, naturalmente as condições de saúde das populações melhorariam. Isto fez com que a questão da saúde permanecesse marginal na pauta de financiamento do Banco, apenas passou a ser recomendar aos seus técnicos que dessem mais atenção aos efeitos deletérios que os projetos financiados para outras áreas, como infraestrutura, energia ou agricultura, poderiam provocar na saúde das populações mais próximas, onde tais projetos fossem executados (RIZZOTTO, 2000, p.116-117).

Alguns experimentos foram realizados pelo BM neste período, como empréstimos para projetos específicos de controle e tratamento de doenças em regiões em que estas afetavam populações em idade produtiva. O BM ainda afirmava que não era de seu interesse destinar empréstimos específicos para implantação de reformas nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, esta prerrogativa segundo o próprio BM era de que os governos não poderiam assumir as propostas da instituição sem contrair um risco social e econômico de garantir a prestação de serviços de saúde à grande parte da população.

Entretanto, como destaca Rizzotto (2000), esta prerrogativa do Banco em não fornecer empréstimos focalizados no setor saúde escondia a influência de outros problemas não demonstrados pelo documento de 1975. O principal problema era de que à saúde, diferentemente de outras áreas como, por exemplo, infraestrutura, energia, agricultura, entre outras, não pode esperar por soluções baseadas apenas em discursos. Em outras palavras, a “questão saúde” deve ser tratada imediatamente, de forma pragmática pelos governos, a espera de resoluções baseadas apenas em discursos ou imobilidade da capacidade de resolução dos problemas de saúde tendem à intensificar os mesmos. Nas palavras da autora: “A ocorrência de doenças, o sofrimento e a morte são fenômenos que não suportam uma espera indefinida, que comumente acompanha o discurso ideológico” (RIZZOTTO, 2000, p.118).

Outra dificuldade apresentada pelo BM na oferta de propostas e, conseqüentemente de empréstimos ao setor saúde era da pouca capacidade dos técnicos e dirigentes da instituição

em formalizar projetos em conjunto com os governos e ministérios da saúde. Tal dificuldade não era encontrada pela OMS, entretanto o Banco insistia na ideia de fomentar ações conjuntas entre as duas instituições, sendo que a primeira detinha o conhecimento técnico, mas não gozava de recursos econômicos, caso antagônico do BM.<sup>26</sup>

O documento de 1975 não logrou iniciativas de mudanças vitais nos sistemas de saúde dos países periféricos. Outros aspectos e propostas foram alteradas em outros relatórios da instituição através dos anos.

Doze anos após o documento de 1975, o BM lançou o relatório intitulado *Financiando los servicios de salud em países en desarrollo: una agenda para la reforma*, em 1987. De acordo com Almeida (2005), este documento aglutinou as principais ideias de reformas dos sistemas nacionais de saúde dos países em desenvolvimento anteriormente separadas em variados relatórios e documentos que circulavam na instituição desde a década de 1980.

Para Mattos (2001), o documento apresentava uma série de propostas para a redução da responsabilidade governamental sobre os serviços de saúde. Para o autor, mesmo que os *experts* do BM tratassem qualquer interferência governamental na economia ou em áreas correlatas como inviáveis, o discurso do documento de 1987 era pormenorizado, permitindo-se um diálogo com as demais instituições de referência na área da saúde como a OMS.

De acordo com o autor:

O argumento apresentado reconhecia que a participação dos governos na saúde era responsável pela grande melhoria nas condições de saúde que se observava desde a Segunda Guerra, mas advertia que as condições que possibilitaram tal êxito no passado não continuariam a existir no futuro próximo (MATTOS, 2001, p.384).

O informe de 1987 determinava três problemas principais: 1) baixos gastos em programas de custo-efetividade; 2) grande ineficiência e altos custos dos programas e ações públicas; e 3) inequidade na universalidade dos programas e serviços públicos ofertados.

O Capítulo 2: *Reformas de las políticas* do Informe de 1987 tratava sobre quatro eixos principais de reformas aos sistemas nacionais: 1) imposição de co-pagamentos para os usuários dos serviços públicos de saúde, em especial para os serviços clínicos; 2) estimular o setor privado de seguros e planos de saúde via políticas econômicas; 3) reforçar a presença dos setores privados; e 4) promover a descentralização dos sistemas de saúde.

---

<sup>26</sup> De acordo com Banco Mundial (1975 *apud* Rizzotto, 2000, p.119, tradução da autora): [A OMS apresenta] “consideráveis conhecimentos técnicos, porém uma capacidade limitada para realizar análises econômicas. O Banco se encontra em situação contrária”

O BM (1987), afirma que todas essas medidas por si só não transpassariam os obstáculos do setor saúde. O BM então fornece no Capítulo 3: *Lo que puede hacer el Banco Mundial*, três propostas para os países em desenvolvimento. A primeira é de financiar estudos e pesquisas para que os países colocassem em prática reformas de financiamento dos seus sistemas nacionais de saúde. A segunda é de ampliar o financiamento do BM para os países que optassem por implementar as políticas de saúde fomentadas pelo relatório. Finalmente, a terceira proposta seria a realização de pesquisas feitas em parcerias do BM com as instituições governamentais na busca de resultados empíricos os quais poderiam ser utilizados como base para as reformas dos sistemas nacionais de saúde.

O Quadro 2 demonstra uma síntese dos projetos ou programas financiados pelo BM aos países em desenvolvimento.

**Quadro 2** Projetos e programas financiados pelo Banco Mundial

- Criação de uma infraestrutura básica de saúde.
- Capacitação de trabalhadores comunitários de saúde.
- Fortalecimento da logística e o fornecimento de medicamentos essenciais.
- Promoção de uma nutrição adequada.
- Fornecimento de serviços de atenção materno infantil, incluindo planejamento familiar.
- Prevenção e controle de enfermidades patológicas e epidêmicas.
- Formulação de sistemas de gestão, de supervisão e avaliação.

Fonte: Adaptado do Banco Mundial, 1987, p.54.

Após o lançamento do Informe de 1987, o BM aglutinou nos anos seguintes várias pesquisas na área de saúde. Segundo Mattos (2001), o próprio documento de 1987 seria revisto, principalmente na proposta de inserir co-pagamentos em todos os sistemas nacionais de saúde, de acordo com o autor esta medida foi perdendo força para o critério de efetividade em termos de custos dos serviços de saúde, em suas palavras:

Em seu lugar, no início de 90, surgiu a ideia de construir um critério de efetividade em termos de custo, que seria útil, principalmente, na construção de um pacote de intervenções a ser financiado pelos governos dos países em desenvolvimento. Essa foi a ênfase da pesquisa sobre as prioridades da saúde nesses países (MATTOS, 2001, p.385).

De acordo vários autores (Rizzotto, 2000 e 2014; Almeida, 2014; Laurell, 1994; Sojo, 2000 e 2011), o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 – investindo em saúde, marca à entrada definitiva da instituição no setor saúde. Em síntese, o documento demonstra um quadro genérico de indicadores e aspectos da saúde em nível mundial, contudo, o documento exhibe preocupação quanto aos países periféricos ou em desenvolvimento,

propondo uma série de políticas públicas para reformar os sistemas nacionais de saúde destes países.

Para Rizzotto (2014, p.262), o BM entrou definitivamente no campo da saúde por inúmeras variáveis, contudo duas são destacadas pela autora. A primeira correspondeu ao alto volume de recursos empregados pelo setor privado e público no setor<sup>27</sup>. Em um segundo momento, a expansão das ações do Banco estivera interligada pela ascensão de empresas privadas no “complexo médico-hospitalar”, fruto das reformas e transformações neoliberais realizadas, principalmente, nos países subdesenvolvidos.

O relatório apresentou também um novo indicador para mensurar a “carga global de doença” (em inglês: *global burden of disease*) das populações. Esta nova metodologia teria como base a união entre os componentes de mortalidade e morbidade, transformando-os em um único indicador. Diferentes dados epidemiológicos e estatísticas vitais seriam integrados nesse mesmo indicador, o indicador ganhou o nome de *Disability-adjusted life years* (DALY)<sup>28</sup>, definido assim como um parâmetro de mensuração do tempo perdido devido à mortalidade prematura e do tempo vivido com incapacidade (MURRAY e LOPEZ, 1996).

De acordo com Murray e Lopez (1996), o DALY comporta dados de mortalidade (anos de vida perdidos devido uma morte precoce) e dados de morbidade (gravidade e tempo de duração de uma dada patologia). Os autores estimam os dados de mortalidade precoce com a expectativa de vida japonesa, pois é a maior de todas. Os dados de morbidade são apresentados por uma série de ponderações e reflexivas à perda de capacidade funcional de cada indivíduo. Ao final, cada óbito ou caso notificado são computados aos DALYs correspondentes para cada pessoa.

Na interpretação de Almeida (2014):

Em outras palavras, a carga de doença foi estimada em termos de anos de vida perdidos por incapacidade e o custo-efetividade da intervenção foi avaliado pelo custo do ganho por diminuição dos anos de vida perdidos por incapacidade (ALMEIDA, 2014, p.220).

Segundo Almeida Filho (2013, p.64), a proposta inicial do DALY foi reformulada, incorporando duas funções de correção ao indicador: “1) um desconto para anos ainda não vividos, equivalente à noção de taxa de juros para pagamentos futuros; 2) uma ponderação por

---

<sup>27</sup> Segundo Rizzotto (2014, p.262), o setor saúde movimentava em 1990, 8% do PIB mundial, em 2007, o montante de recursos alcançou a cifra de 9,7% do PIB.

<sup>28</sup> De acordo com Almeida (2014, p.220), DALYs pode ser encontrado na literatura especializada em português em duas traduções: “Anos de Vida Perdidos por Incapacidade” ou “Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade”.

idade, destinada a corrigir o valor dos anos vividos em relação a cada etapa do ciclo de vida”. Ainda para o autor há uma falácia de ordem econométrica na elaboração do DALY, onde:

Implica considerar que processos de produção de saúde, de relações sociais e de mercadorias são relativamente isonômicos e que, portanto, metodologias econométricas seriam adequadas para apreender variações e disparidades em determinantes e efeitos sobre a saúde na sociedade (ALMEIDA FILHO, 2013, p.68).

Concordamos com a análise de Almeida Filho (2013), de que a saúde não pode ser considerada como uma mercadoria. Portanto, não pode ser produzida de forma linear, armazenada, investida ou mesmo redistribuída como a renda.

Os indicadores econômicos revelam uma abordagem nova na concepção custo-efetividade e podem ser utilizados para analisar objetivos primários. Entretanto, tal abordagem encontra-se restrita em países subdesenvolvidos e pobres, os quais em sua maioria, não apresentam sistemas de informação em saúde completos a apresentam fortes desigualdades sociais.

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

Outro questionamento acerca do DALY é observado por Rizzotto (2000), onde a autora apresenta um equívoco da mensuração proposta pelo indicador:

Tal indicador é apresentado como parâmetro para a implementação de políticas de saúde, devendo ser utilizado para medir e antecipar a eficácia das ações propostas. Note-se que a morte de uma criança recém-nascida, tem valor zero neste cálculo, da mesma forma, a morte de um idoso conta pouco em termos de valores perdidos ou ganhos (RIZZOTTO, 2000, p.140).

Seguindo esta lógica apresentada por Rizzotto (2000), os serviços públicos em saúde, destinados aos recém-nascidos e idosos seriam marginalizados, pois não apresentam – como reforça a autora – “alto valor agregado” para que investimentos públicos ou privados sejam estabelecidos.

Vários objetivos estão pormenorizados no relatório de 1993. De acordo com Laurell (1994), dentre os principais está a forte compatibilização com a doutrina neoliberal, na qual a saúde é interpretada como mais uma mercadoria, portanto passível de comercialização na esfera privada. Secundariamente, as políticas de saúde deveriam seguir as prioridades dos ajustes econômicos. Em outras palavras, diminuir os gastos públicos em saúde em nome da eficiência e eficácia – os mantras neoliberais repetidos exaustivamente pelo relatório. Outro objetivo é de fomentar uma agenda de políticas de promoção e prevenção à saúde dos mais pobres, propondo aos Estados nacionais ações nesses campos – esta abordagem permitiria ter baixos custos e alta efetividade de acordo com o BM (1993).

O BM sugere que o papel do Estado seja reduzido para três ações: (1) a produção dos bens públicos deve ser restrita para os grupos sociais mais pobres; (2) ao Estado cabe fomentar medidas de regulação para controlar, quando for necessário, as imperfeições do mercado de serviços de saúde; e (3) algumas ações de promoção e prevenção em saúde devem ser realizadas pelo Estado em parceria com ONGs como, por exemplo, campanhas de vacinação, tais medidas, de acordo com o relatório, forneceriam externalidades aos indivíduos (BANCO MUNDIAL, 1993, p.55-6).

Nessa perspectiva podemos compreender a saúde como um serviço ou um bem de mercado, o qual está regido pelas leis econômicas de oferta e demanda. Portanto, nessa definição, a saúde não pode ser elevada como um direito social e fundamental de todo cidadão e do qual faz parte o direito à vida e, por fim, deve ser garantido pelo Estado. Assumindo a primeira definição de saúde, o relatório enfatiza três atores privados essenciais para a condução das reformas dos sistemas de saúde: (1) as pessoas e sua família; (2) as instituições e os organismos privados não lucrativos; e (3) as instituições privadas que operam no mercado do setor saúde e possuem fins lucrativos (BANCO MUNDIAL, 1993).

De acordo com Mattos (2001), o relatório demonstra um discurso ponderado quanto a prestação de serviços públicos quando comparado ao Informe de 1987. Apenas serviços públicos como de combate aos vetores de agentes causadores de enfermidades ou o controle e tratamento de doenças contagiosas entrariam na definição de saúde pública proposta pelo Banco. Para o mercado estas ações não são lucrativas ou mesmo não existem subsídios governamentais generosos para a sua realização, portanto não há interesse privado em realizá-las. Nesta visão, as medidas de regulação são imprescindíveis e legítimas pois não interferem com as atividades e a liberdade do mercado, contribuindo ainda para compensar suas imperfeições. As medidas seletivas e focalizadas de combate à pobreza estariam justificadas

desta forma, porque este conjunto social não consegue via mercado sua independência, consequentemente caberia ao Estado o fornecimento de serviços públicos mínimos e de baixo financiamento público.

Como destaca Mattos (2001):

Mesmo nesses casos, o documento concebe que, em alguns lugares, existe a alternativa de subsidiar organizações não-governamentais. Caberia ao governo, muito mais que assumir a prestação, incentivar a competição entre provedores de serviços, inclusive entre provedores públicos e privados com ou sem fins lucrativos (MATTOS, 2001, p.387).

Os sistemas nacionais de saúde deveriam ser divididos em dois subsistemas, por um lado o público e de outro lado o privado. Nas palavras de Rizzotto (2014):

O subsistema público deveria oferecer serviços de saúde pública, destinados aos segmentos mais pobres da sociedade, compostos de ações de prevenção e promoção da saúde, realizadas por profissionais com pouca qualificação e oriundos da própria comunidade e, também, um pacote de “serviços clínicos essenciais” com procedimentos destinados às gestantes, controle de doenças transmissíveis e atendimentos destinados a doenças comuns em crianças, como diarreias e infecções respiratórias (RIZZOTTO, 2014, p.262).

O subsistema privado atenderia a população que poderia pagar os serviços e as diferentes modalidades ofertadas pelos planos de saúde privados.

Como bem destacou Laurell (1994), o Banco foi fiel em sua concepção de saúde como bem privado, apoiando-se na ideologia individual – neoliberal –, fornecendo uma análise rasa, desconhecendo toda a determinação social e econômica em que se encontram e atuam os atores privados e públicos no setor saúde. De acordo com o Banco Mundial (1993, p.38): “O que as pessoas fazem com sua vida e a de seus filhos afeta sua saúde muito mais do que qualquer coisa que os governos façam<sup>29</sup>. Portanto, a responsabilidade da saúde cabe aos indivíduos e seus familiares, os quais devem realizar uma conduta de vida saudável e resolver seus problemas de saúde adquirindo serviços e seguros de saúde no âmbito do mercado.

Muitas das propostas formuladas pelo Banco estão concentradas no âmbito familiar. No entanto, a mulher é ressaltada como o principal ator na promoção e prevenção à saúde – cabe a este grupo social a realização de cuidados exclusivos com seus filhos e demais entes familiares. Políticas de educação para alavancar os níveis de instrução de meninas e mulheres deveriam ser tomadas pelos países subdesenvolvidos e pobres, pois existiria, segundo o BM (1993), uma correlação entre maiores níveis de educação para mulheres e queda da mortalidade infantil.

---

<sup>29</sup> Lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos afecta a su salud mucho más que cualquier cosa que hagan los gobiernos.

Para Laurell (1994), a grande finalidade destas propostas é de fortalecer a capacidade da própria família – especialmente das mulheres – em prover cuidados de saúde, particularmente de classes sociais abastadas, substituindo assim as atividades ofertadas pelos serviços públicos de saúde.

Para as instituições e os organismos privados não lucrativos como ONGs, cabe estabelecer a oferta de serviços de saúde para populações pobres. Ainda de acordo com o BM, algumas ONGs podem e devem ser financiadas pelo próprio Estado, pois apresentam-se como instituições mais eficientes quando comparadas às públicas. Nesta proposta é possível compreender o BM como principal articulador da desinstitucionalização da atenção à saúde através das privatizações, terceirizações e de quaisquer mecanismos de flexibilização no setor saúde.

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

A ineficiência do setor público é explicada pelos gastos localizados na alta complexidade (atenção secundária e terciária). De acordo com o próprio relatório, os países periféricos como Brasil e Venezuela gastavam, em 1980, de 70% a 75% dos gastos totais em saúde em hospitais e clínicas médicas revogando gastos essenciais na atenção primária (Banco Mundial, 1993, p.67). Ainda, de acordo com o relatório, a atenção primária posta em revelia pelos países periféricos levaria a população destes países em buscar soluções frente aos hospitais e clínicas de saúde, encarecendo o sistema de saúde nacional. Contudo, esse primeiro argumento não carrega em sua formulação a contextualização de que estes mesmos países estariam passando por um momento de ajuste econômico e de um rápido processo de deterioração e desmantelamento do Estado na provisão de serviços de saúde.

Segundo Laurell (1994), fora de contexto também se insere o argumento de inequidade dos serviços públicos de saúde. De acordo com o relatório, os trabalhadores que usufruem-se de sistemas privados de saúde e que também usam serviços públicos são privilegiados pelos subsídios estatais, ao contrário da população pobre, a qual optaria apenas pelos serviços públicos. Este argumento, conforme afirma a autora, não constata que a imensa maioria dos trabalhadores latino-americanos possuem como características principais a pobreza e a vulnerabilidade social tão presentes nestas sociedades desiguais. Ainda para Laurell, o relatório não apresenta em nenhum momento uma comparação entre a ineficiência e inequidade

do setor privado na resolução dos problemas de saúde. Ou seja, a grande maioria dos problemas estariam penetrados apenas nos sistemas de saúde pública.

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

Em síntese, três eixos principais são destacados pelo relatório. Em um primeiro momento é de criar um ambiente propício a que as famílias melhorem suas condições de vida. Secundariamente, tornar mais criteriosos os gastos públicos com saúde. Finalmente, o último eixo é composto pela promoção da diversificação e da concorrência das instituições públicas e privadas do setor saúde (RIZZOTTO, 2000 e 2014, MATTOS, 2001 e LAURELL, 1994).

O Quadro 3 demonstra uma síntese geral dos três eixos principais e as propostas do Relatório de 1993.

**Quadro 3** Síntese das propostas do Banco Mundial para o setor de saúde

<b>Criar um ambiente propício a que famílias melhorem suas condições de vida</b>	<b>Tornar mais criteriosos os gastos públicos com saúde</b>	<b>Promover a diversificação e a concorrência</b>
<p>As decisões tomadas em âmbito familiar são determinantes para a saúde, mas a renda e a instrução dos membros da família as restringe. Além de promoverem o crescimento econômico geral, os governos podem também contribuir para que essas decisões sejam acertadas, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotarem políticas de crescimento econômico que beneficiem os pobres (inclusive quando necessário, políticas de ajuste que assegurem gastos em saúde eficazes em função dos custos).</li> <li>• Expandirem o investimento em ensino, particularmente de meninas.</li> <li>• Promoverem os direitos e a educação da mulher, concedendo-lhe mais poderes políticos e econômicos e proteção legal contra a violência.</li> </ul>	<p>Para a maioria dos governos, o desafio está em concentrar recursos na compensação das deficiências do mercado e no financiamento eficiente de serviços que beneficiem sobretudo os pobres. Várias diretrizes de política respondem a esse desafio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir os gastos do governo com instalações de atendimento terciário, com capacitação de especialistas e com intervenções que propiciem pouco ganho em saúde em relação ao dinheiro despendido.</li> <li>• Financiar e implementar um pacote de intervenções de saúde pública a fim de combater as grandes externalidades que envolvem o controle de doenças infecciosas, a prevenção da AIDS, a poluição ambiental e comportamentos (como dirigir embriagado) que põem a vida de terceiros em perigo.</li> <li>• Financiar e garantir a implementação de um pacote de serviços clínicos essenciais. Cabe a cada país definir a composição e a abrangência de tal pacote, levando em conta condições epidemiológicas, preferências locais e renda.</li> <li>• Aprimorar a administração dos serviços de saúde do governo, mediante medidas como descentralização de responsabilidades, contratação de serviços especializados de terceiros e autonomia orçamentária.</li> </ul>	<p>Se os governos financiassem a saúde pública e pacotes nacionais de serviços clínicos essenciais, os serviços clínicos restantes poderiam ser financiados pelo setor privado ou pela previdência social, segundo parâmetros de políticas estabelecidas pelo governo. Os governos podem incentivar a diversificação e a concorrência na prestação de serviços de saúde e no seguro-saúde, mediante políticas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivem a previdência social ou privada (mediante regulamentação que promova acesso equitativo e contenção de custos) no caso de serviços clínicos não-contidos no pacote essencial.</li> <li>• Incentivem a concorrência entre os fornecedores (públicos e privados) na prestação de serviços clínicos e no fornecimento de insumos, como medicamentos, a serviços de saúde financiados pelo governo e pelo setor privado. Não se deve proteger os fornecedores internos da concorrência internacional.</li> <li>• Gerem e disseminem informações acerca de: desempenho dos prestadores de serviços, equipamentos essenciais, custo e eficácia das intervenções e credenciamento de instituições de serviços.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Rizzotto, 2000, p.136.

O relatório *Investindo em saúde* pautou o debate internacional sobre as políticas públicas de saúde para os países centrais e subdesenvolvidos, praticamente todos os governos lograram implementar políticas derivadas desse documento para reformar/transformar seus sistemas nacionais de saúde. Os governos redimensionaram seus papéis, promovendo mudanças de financiamento e provisão de serviços e ações concentradas para às populações mais pobres, o custo-efetividade foi levado com bandeira de fundo na tomada de decisões acerca da abrangência de serviços que poderiam ser gratuitos e houve também a criação em todos os países de agências reguladoras de serviços médicos. Todos estes temas estavam dentro do relatório de 1993 e seriam amplamente debatidos, o BM ganharia assim destaque internacional, tornando-se uma instituição-chave no debate acerca das políticas de saúde.

Os ajustes econômicos fomentados pelo Consenso de Washington não lograram êxito nos países latino-americanos, pelo contrário, como atesta Gimenez (2008), não apenas os formuladores do Consenso assumiram os resultados insatisfatórios como também as instituições internacionais estabeleceram novos relatórios e documentos em contrapartida aos pressupostos dos planos neoliberais para a região.

Segundo Vilas (2014):

A evidência dos efeitos nocivos da crise nas condições de vida de setores amplos da população (empobrecimento, perda ou degradação do emprego e seus efeitos sobre habitação, consumo etc.) e a evidente demora dos programas de ajuste de produzir os resultados esperados (fosse porque a reativação não foi alcançada ou porque não estimulou o **derrame** prognosticado) levaram o BM a prestar atenção ao aspecto mais evidente daqueles efeitos: a pobreza (VILAS, 2014, p.75, grifo do autor).

Nesse contexto de abordagens diferenciadas, o BM formulou o Relatório “O Estado num mundo em transformação”, em 1997. A publicação concedia um modelo diferenciado ao papel do Estado mínimo, nela o Estado foi visto e reinterpretado como necessário para a execução das políticas sugeridas pela própria agência internacional de desenvolvimento.

Ainda para Vilas (2014):

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

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

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

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

Novamente o mercado é visto como solução para os problemas que atingem as camadas mais pobres. No campo da saúde o Banco reitera suas propostas contidas no Informe de 1993 como, por exemplo, a necessidade de que as mulheres continuem recebendo educação e maior autonomia, uma vez que, são responsáveis diretas pela saúde e educação de seus filhos e familiares.

De acordo com o BM (2000), as oportunidades para os pobres passam por uma relação intrínseca entre Estado e mercado. Ao Estado cabe o desenvolvimento de políticas fiscais e monetárias estáveis para um regime macroeconômico mais eficiente e transparente, no qual permita aos investidores uma redução de seus riscos nos sistemas financeiros. Desta maneira, alega o BM (2000):

A criação de um contexto comercial adequado para as famílias pobres e pequenas firmas também pode envolver a desregulamentação e reformas institucionais complementares (por exemplo, reduzir as restrições ao setor informal, especialmente as que afetam as mulheres, e resolver o problema da

posse da terra ou deficiências de registro que desincentivam os pequenos investimentos) (BANCO MUNDIAL, 2000, p.8).

O Informe de 2000/2001, apresenta ainda, uma análise da gestão do risco social, diagnosticando que todas as pessoas são vulneráveis a múltiplos riscos provenientes de diferentes fontes. Entretanto, para o BM (2000), os pobres estão mais suscetíveis aos riscos. Assim sendo, a proteção social é definida meramente como uma gestão pública que trabalhe para ajudar comunidades, famílias e indivíduos na administração dos riscos sociais através de relações múltiplas entre educação e saúde, contribuindo para o desenvolvimento de capital humano.

A proposta mais ousada do Informe de 2000/2001 é de uma política social global, composta por três eixos, articulando-se entre o público e o privado: ao Estado cabe o combate à pobreza; a responsabilidade contra os riscos é individual; e a solidariedade é desestimulada em relação à diversificação dos riscos. De acordo com Sojo (2003), nestes termos, o BM assume uma posição contrária à universalidade, propondo uma série de redes de proteção social e de focalização dos serviços públicos básicos, reiterando a participação do mercado privado na questão social, repetindo a rejeição ao princípio de solidariedade no financiamento de políticas sociais. Ou seja, como bem destaca Almeida (2014):

De fato não houve mudança na orientação anterior e a analogia com as propostas de focalização propugnadas a partir dos anos 1980 se mantém. Ainda que se reconheça nessa proposta que os pobres estão mais expostos e vulneráveis, além de ter menor acesso aos bens em geral, o que aparentemente alude às causas da pobreza e denota alguma diferença com as propostas focalizadoras anteriores, centradas basicamente nos resultados e não nas causas da pobreza, há uma continuidade em relação ao papel do Estado no bem-estar social de suas populações (ALMEIDA, 2014, p.222).

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

- O fortalecimento do papel do Estado como agente regulador.
- Introdução da competição entre os serviços públicos e privados de saúde;
- À construção de iniciativas estatais de subsídios e incentivos – sobretudo fiscais –, para às ofertas e às demandas dos sistemas de saúde privados;
- Privatizações dos serviços de saúde; e
- Focalização dos serviços públicos de saúde aos mais pobres.

Através dessa agenda, o BM entrou em uma corrida pela hegemonia técnica e política sobre um mercado global de ideias para a saúde. Políticas concebidas dentro da instituição são lançadas ao vento como políticas de cunho global, ou seja, planejar, propor e

avaliar políticas de saúde se tornou algo universal, independentemente do país, de sua cultura e de seu desenvolvimento econômico e social.

O direito à saúde pública é considerado simplesmente como garantia de acesso aos serviços de saúde, o papel do Estado é de agente regulador, incentivando a concorrência e regulamentando o seguro e os sistemas privados de pagamento, promovendo o corte de gastos públicos nos níveis mais especializados e gerenciando a assistência via atenção primária, em última instância tornando-se um mero coadjuvante na formulação e implementação de políticas de saúde.

O próximo item demonstrará brevemente a ascensão da OMS como agência mundial de saúde e principal instituição de prescrição de políticas de saúde em nível global. Sua derrocada será analisada a partir da década de 1980, a partir das críticas e pressões – políticas e econômicas – sofridas pelas demais agências internacionais, sobretudo pelo BM e também por países membros como os Estados Unidos.

Na década de 1990, em busca de recuperar seu apoio político e econômico a OMS parte em uma guinada neoliberal de suas políticas de saúde, alinhando-se principalmente ao BM, fomentando políticas de saúde globais – como o “novo universalismo” –, aos países pobres e em desenvolvimento.

### 2.2.2 A OMS e os sistemas de saúde

A OMS pode ser definida como uma agência internacional que influencia, avalia, monitora e propõe políticas públicas no âmbito da saúde para todos os países (Matta, 2005). Segundo Almeida (2014), variadas organizações foram criadas durante o século XX com a perspectiva de monitorar e avaliar o campo da saúde nos diversos países. Contudo, em 1945 com a criação das Nações Unidas foi aprovada também a construção da OMS como uma agência mundial de saúde.

O contexto político e econômico mundial das décadas de 1960 e 1970 foram críticos para a OMS. Foi neste período que a agência internacional sofreu de inúmeras críticas por não apresentar políticas contundentes para a solução dos problemas de saúde que assolavam os países pobres. De acordo com Matta (2005), a OMS responderia às críticas apenas em 1973, com uma mudança de postura da própria instituição quanto sua influência sobre os países membros. A OMS partia então na elaboração de estudos técnicos de controle de epidemias – como a de malária nos recém-criados países africanos (Almeida, 2014).

Outros estudos focados na promoção e prevenção à saúde foram elaborados pela OMS no decorrer da década de 1970, logrando logo em 1974 a expansão de seus programas de imunização infantil, destacando a prevenção de doenças como poliomielite, sarampo, tétano, entre outras. Em 1977, a promoção e a prevenção à saúde foram destacados pela agência internacional novamente, como afirma Matta (2005, p.375), “com o objetivo inicial de propiciar um padrão de saúde que permitisse a todas as pessoas terem a oportunidade de levar uma vida social e economicamente produtiva”. Essa nova linha de promoção e prevenção da saúde ganhou destaque, intitulado de Saúde para Todos no Ano 2000, em conjunto com a Declaração sobre Cuidados Primários em Saúde foi lançada na Conferência de Alma-Ata<sup>30</sup>, em 1978.

De acordo com Matta (2005):

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

---

<sup>30</sup> Alma-Ata, na República do Cazaquistão, antiga União Soviética, recebeu 67 organizações internacionais e representantes não-governamentais e 134 países assinaram o acordo denominado de Saúde para Todos no Ano 2000. Como aponta Matta (2005, p.379): Nesse momento histórico para a saúde pública mundial, a OMS atinge o apogeu de sua influência internacional, convocando os sistemas de saúde em todo o mundo a redirecionarem sua política para a saúde como um direito humano, devendo ser construída por políticas sociais e econômicas que reduzam a desigualdade e que permitam a participação social.

A própria Declaração de Alma-Ata (1978), negava a definição de saúde como simplesmente a ausência de doenças ou de enfermidades, em sua concepção a saúde era definida como um estado de completo bem-estar físico, social e mental. Além disso, a saúde é tratada como um direito humano fundamental e sua total abrangência seria alcançada através de ações mútuas entre os demais setores sociais e econômicos.

Os documentos, campanhas e demais ações da OMS seguiriam essas definições, além de apresentarem objetivos similares como, por exemplo, o direito à saúde, participação social, equidade no acesso aos bens e serviços e pela adoção de políticas sociais amplas. A OMS ganhou destaque ao influenciar, em especial, os países pobres ou em desenvolvimento, determinando áreas prioritárias, onde a Atenção Primária de Saúde (APS)<sup>31</sup> seria a principal estratégia de transformação dos sistemas de saúde desses países. Portanto, o campo de atuação puramente técnico da agência internacional é ampliado, para propor políticas sociais, em um claro aceno de tentar diminuir as desigualdades sociais entre países pobres e ricos (MATTA, 2005, ALMEIDA, 2014 e DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Ao assumir e colocar em prática o Saúde para Todos, a OMS passou a sofrer ao longo de toda a década de 1980 duras críticas em suas propostas e iniciativas. Segundo Matta (2005), além de pressões de empresas multinacionais, os próprios países membros orquestraram um enfretamento aos embasamentos do Saúde para Todos, destacando-se o uso da pressão política e econômica feita pelos Estados Unidos. Como bem coloca o autor:

Foi o que aconteceu, por exemplo, com a determinação pela OMS das regras para substituição do leite materno, que foram duramente combatidas pelos Estados Unidos, e principalmente pela luta que a OMS empreendeu, no início da década de 1980, a favor da distribuição de medicamentos essenciais e da auto sustentação dos países em desenvolvimento em relação a esses itens (MATTA, 2005, p.380-1).

A distribuição de medicamentos essenciais foi o segundo maior confronto da OMS. Para Godlee (1994 apud Matta, 2005), a iniciativa da instituição era de fomentar além da distribuição de medicamentos, uma política de pesquisa e desenvolvimento para a produção de medicamentos dentro dos países subdesenvolvidos. As grandes empresas farmacêuticas do período realizaram vários protestos contra essa iniciativa e em 1985, os Estados Unidos – país que possuía 11 das 18 maiores empresas farmacêuticas do mundo – destinou apenas 20% do

---

<sup>31</sup> De acordo com Matta e Morosini (2009, p.23), APS é “utilizada como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”.

repassa regular de contribuições para a OMS, prejudicando massivamente a sustentabilidade financeira da instituição.

Ainda sofre o financiamento da OMS, as receitas regulares foram perdendo espaço dentro da instituição pelas contribuições voluntárias. De acordo com Walt (1994, apud Almeida, 2014), se na década de 1970, as fontes extraorçamentárias representavam cerca de 25%, ao longo das décadas de 1980 e 1990, estas passaram a representar mais da metade do orçamento da instituição, sendo que seus principais financiadores eram o BM e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e, de outro, os Estados Unidos e os países europeus.

O poder de decisão e de condução da OMS foi perdendo espaço ao longo das décadas de 1980 e 1990, apesar da grande importância da Conferência de Alma-Ata, várias críticas foram formuladas por outras agências internacionais como o BM a Fundação Rockefeller e o próprio Estados Unidos. No âmbito das críticas estava a diferenciação da APS, tomada por essas agências e países como uma APS “seletiva”. Nas palavras de Almeida (2014):

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

A combinação do novo debate acerca da APS “seletiva” e a queda do orçamento regular enfraqueceram a OMS e o seu campo de atuação e de decisão passou a ser coordenado em conjunto com os projetos financiados por outras agências internacionais ou países membros, minando a capacidade da OMS de orquestrar propostas para a saúde de forma autônoma para países pobres ou em desenvolvimento, dessa forma também contribuindo para a fragilização da OMS enquanto crescia a independência de outras agências internacionais, sobretudo, do BM, um dos principais financiadores da instituição.

Para Lima (2014), o próprio BM começou a pautar agenda da OMS, nesse sentido houve uma mudança política e ideológica dentro da própria instituição. Uma agenda uniforme e hegemônica para o campo da saúde foi colocada em prática tanto pelo BM como pela OMS a partir do final da década de 1980, em um contexto de crescente interdependência econômica e política da OMS.

### 2.3. O novo universalismo para o século XXI

Com a eleição para a direção da OMS da ex-ministra da Noruega, Gro Harlem Brundtland em 1998, a instituição ganharia uma peça-chave para a reconstrução de sua credibilidade e influencia no mercado de ideias para a saúde. O quadro de profissionais escolhidos pela nova direção eram ligados ao BM e filiados às propostas neoliberais no setor. Para Almeida (2014), sem dúvida alguma, o principal profissional contratado pela OMS foi Julio Frenk.

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

Segundo Matta (2005, p.388), a publicação do Informe de 2000 foi de fortalecer a instituição, colocando-a em destaque junto ao BM “como autoridade técnica e política para orientar e conduzir os processos de saúde globais”.

Para Fausto e Matta (2007) e Lima (2014), o Relatório de 2000 trouxe para a OMS o discurso amplamente discutido pelo BM de revitalização do papel do Estado. De acordo com os autores, a OMS propôs uma “boa gestão” dos sistemas de saúde através da minimização dos serviços prestados pelo Estado no campo da saúde. Contudo, a proposta não prescrevia apenas aos Estados nacionais que assumissem um conjunto mínimo de ações focalizadas nas camadas mais pobres, mas sim, de que o próprio deveria seguir responsável por um conjunto de serviços de saúde essenciais de alta qualidade e oferecidos para toda a população. Sendo assim, a concepção de saúde enquanto direito de cidadania foi excluída no documento, em seu lugar foi maximizada a perspectiva da seleção de serviços e ações que caberiam ao Estado realizar.

De acordo com Lima (2014):

Ajustar a função do Estado à sua capacidade se traduz, na área da saúde, pela construção de um sistema de saúde eficiente baseado no “novo universalismo” e na expansão da capacidade de pagamento do conjunto da população, inclusive dos pobres, por meio da ampliação dos planos de pré-pagamento como forma de proteger toda a população contra os custos financeiros da enfermidade (LIMA, 2014, p.244).

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

Seguindo com a leitura do Relatório de 2000, a OMS apresenta algumas distinções entre o “universalismo clássico” e a sua mais recente proposta, o “novo universalismo”. O universalismo clássico surge com a emergência e o desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar Social nos países da Europa Ocidental, ou seja, com a universalização da seguridade social, e em consequência direta, à institucionalização de sistemas públicos universais de saúde (OMS, 2000).

Com as profundas mudanças políticas e econômicas no mundo a partir da década de 1970, foi se estabelecendo uma nova forma e visão sobre um “novo universalismo”. Rejeitando-se as propostas anteriores da possibilidade de que os Estados nacionais possam oferecer a todos os cidadãos serviços de saúde, o novo universalismo é uma proposta de que ao Estado cabe à oferta de um amplo conjunto de serviços essenciais de alta qualidade, os quais devem ser dirigidos para todos os cidadãos, respeitando os limites de atuação e de financiamento dos governos. Em outras palavras, a escolha dos serviços oferecidos será observada pelo custo-efetividade de cada ação (OMS, 2000).

Ao aliar suas propostas em conjunto com o BM, a OMS reconheceu de que não é possível ofertar a todos os cidadãos, todas as intervenções de saúde, alinhando-se assim ao discurso pregado pelo BM, de que os serviços de saúde devem ser ofertados tanto pelo Estado como pelo mercado. Sob a égide neoliberal, os pacotes de serviços de saúde essenciais denotam uma nova agenda de propostas de reformas aos sistemas nacionais de saúde, com a perspectiva de prestar serviços de saúde mais eficientes em termos de custo e mais eficaz no combate à pobreza.

Portanto, o novo universalismo estaria ligado por uma interpretação da privatização da saúde por completo, ou seja, desde o controle dos fundos de pensões públicos pelo capital financeiro até a expansão (patrocinada pelo Estado) dos seguros privados de saúde como

alternativa viável ao sistema público, ou seja, “refere-se aos propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar em que possa gerar lucros” (LIMA, 2014, p.241).

Ao comparar os diferentes sistemas de saúde a OMS também logrou utilizar-se de instrumentos que fogem à realidade social, política e cultural de cada país-membro, contribuindo assim para a abertura de críticas aos seus resultados.

De acordo com Almeida et al. (2001), a análise apresentava além de problemas conceituais, problemas de ordem metodológica. Para os autores, dados necessários para calcular os novos indicadores de desempenho formulados pela agência internacional estavam ausentes para 70-89% dos países analisados.

Para Viacava et al. (2004, p.715), à falta de dados sobre o setor saúde de vários países levou “à adoção de métodos econométricos, pouco transparentes e de difícil compreensão pelos gestores, para estimar os dados da maioria dos países”, prejudicando em muito a qualidade dos indicadores criados pela OMS. Ainda para Travassos e Buss (2000, p.89):

Avaliar sistemas de saúde não é tarefa simples, principalmente quando o objetivo é comparar realidades distintas, como os sistemas dos países membros e a recente contribuição da OMS é bastante criticável. Utilizou um índice de desempenho novo e complexo, mas que, foi desenvolvido de forma hermética e não compartilhada com os países membros, sem que as bases conceituais e metodológicas deste estivessem acessíveis até a data da divulgação dos resultados. O relatório tem como referência um modelo particular de sistema de saúde, o qual questiona as políticas de saúde universalistas, consideradas de baixa efetividade.

Ao inserir novos indicadores de mensuração de custo-efetividade, a OMS assemelhou-se ao BM na formalização de critérios econométricos para analisar os sistemas de saúde.

Em 2008, ano em que se comemorava o 60º aniversário da OMS e o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata, a OMS lançou o relatório “Cuidados de Saúde Primários – agora mais que nunca” (OMS, 2008). De acordo com a OMS (2008, p.ix), quatro conjuntos de reformas devem ser realizados pelos sistemas de saúde:

1. Reformas da cobertura universal que garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e o fim da exclusão, apontando primordialmente para o acesso universal e a proteção social da saúde.
2. Reformas na prestação de serviços que reorganizem os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torna-los socialmente mais relevantes e mais capazes de responder ao mundo em mudança, ao mesmo tempo que produzem melhores resultados.

3. Reformas de políticas públicas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública com cuidados primários, seguindo políticas saudáveis em todos os setores e ampliando intervenções de saúde pública nacionais e transnacionais.
4. Reformas de liderança que substituam uma dependência desproporcionada entre, por um lado, comando e controle, e por outro, o *laissez-faire* descomprometido do Estado, por uma liderança inclusiva, baseada em negociação e participação mais adequada à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

A leitura permite afirmar que o discurso da OMS não se alterou desde o lançamento em conjunto com o BM do Relatório de 2000. O novo universalismo ou o novo conceito de “cobertura universal de saúde” foi amplamente discutido no documento, apontando que a expansão dos serviços de saúde se daria pela expansão da proteção social mercantilizada, ou seja, pelo aumento substancial de fundos comuns e de mecanismos de pré-pagamento, em uma substituição aos pagamentos diretos (OMS, 2008).

Parte-se do mesmo argumento anterior, de que a garantia de acesso aos serviços de saúde não deve ser necessariamente garantida pelo Estado. Como bem destaca Lima (2014):

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

Finalmente, o Relatório Mundial da Saúde de 2010, intitulado “O Caminho para a Cobertura Universal” (OMS, 2010), resgata novamente as mesmas propostas de reformas para os sistemas de saúde.

Para a OMS (2010), bons resultados no setor saúde só poderão ser atingidos definitivamente por políticas de financiamento bem estruturadas. A solução passa novamente pelo desenvolvimento de sistemas alternativos de financiamento da saúde, o que em último aspecto, repercutirá em uma cobertura universal em saúde.

De acordo com a OMS (2010):

Há evidência abundante que demonstra que o angariar de fundos através da obrigação de pré-pagamentos é a base mais eficiente e mais equitativa para aumentar a cobertura populacional. De fato, tais mecanismos significam que os ricos subsidiam os pobres, e que os saudáveis subsidiam os doentes. A experiência mostra que esta abordagem funciona melhor quando o pré-pagamento provém de um grande número de pessoas, resultando na subsequente agregação de fundos para cobrir os custos de cuidados de saúde para todos (OMS, 2010, p.xi-vii)

Segundo a OMS (2010), as famílias pobres arcam, mais frequentemente, com altos custos diante de doenças, em casos abruptos, levando à catástrofes econômicas e sociais. A principal barreira à cobertura universal é representada, de acordo com a OMS, pelos altos pagamentos diretos (em inglês *out-of-pocket*) feitos pelos mais pobres e também por pessoas que possuem algum tipo de plano ou seguro de saúde. Enfatiza o documento de que para se alcançar à cobertura universal os países devem providenciar uma diminuição das dependências dos pagamentos diretos realizados pela população, introduzindo medidas de contenção do financiamento direto dos serviços de saúde, melhorando assim a equidade e a eficiência de seus sistemas nacionais. A própria OMS admite que para os países pobres não é realisticamente possível uma cobertura universal em um curto prazo de tempo sem contar com o apoio externo de agências internacionais.

Algumas estratégias são descritas pela OMS como imprescindíveis para a realização da cobertura universal: 1) aumento da eficiência da receita fiscal; 2) redefinição das prioridades dos orçamentos governamentais; 3) estimular a criação de mecanismos inovadores de financiamento; 4) promover o desenvolvimento para a saúde através da ajuda internacional (OMS, 2010).

Entre os doentes e os saudáveis ou mesmo entre os pobres e ricos, a OMS (2010) demonstra um apelo feito pela solidariedade social no campo do financiamento à saúde. A recomendação da OMS é de que populações jovens e saudáveis financiem através de contribuições o sistema de saúde, para que ao chegarem à idade adulta possam usufruir regularmente dos serviços de saúde. Em síntese, defende-se assim, a esfera da partilha de riscos e de pré-pagamento, modalidades únicas para se chegar à cobertura universal.

Aos pobres e desassistidos, a OMS (2010, p.xvii) sugere, como em documentos anteriores, o subsídio governamental. As contribuições devem ser obrigatórias para que ricos e pessoas saudáveis não possam se exonerar do financiamento, o que o tornaria insuficiente a longo prazo.

Segundo a OMS (2010), os fundos que protegem poucas pessoas e mesmo a fragmentação e concorrência entre eles podem acarretar problemas diversificados:

Em terceiro lugar, os fundos comuns que protegem as necessidades de saúde de pequenos grupos de pessoas não são viáveis a longo prazo. Uns poucos episódios de doença mais caros podem levar ao seu colapso. Múltiplos fundos, cada um com a sua administração e sistemas de informação, são também ineficientes e tornam difícil a meta da equidade. Normalmente, um dos fundos providenciará elevados benefícios a pessoas relativamente saudáveis, que não quererão subsidiar os custos dos mais pobres e menos saudáveis (OMS, 2010, p.xviii).

No campo da eficiência, são inseridas cinco propostas genéricas: 1) obter o máximo de rendimento das tecnologias e serviços de saúde; 2) motivar os trabalhadores de saúde; 3) melhorar a eficiência hospitalar; 4) obter os cuidados corretos no primeiro contato, para redução do erro médico; 5) eliminar o desperdício e a corrupção; e 6) avaliar de modo crítico que serviços são necessários (OMS, 2010, p.xx).

A conclusão da OMS (2010), é de que não existe uma possibilidade única para se chegar à cobertura universal, o desenvolvimento de amplas possibilidades já estabelecidas por países desenvolvidos pode ser utilizado pelos países pobres e em desenvolvimento para se ampliar ou garantir a proteção dos ganhos previamente adquiridos em seus sistemas de saúde. A agência internacional defende ser possível através da criação de fundos adicionais e com a diversificação das fontes de financiamento, além do estabelecimento de pré-pagamentos e da constituição de fundos comuns, assegurar que as despesas de saúde e dos pagamentos diretos não se aglutinem e ao longo do tempo se agravem, impossibilitando à cobertura universal de saúde.

## 2.4. Conclusões do capítulo

Devem ser reiteradas criticamente algumas considerações acerca dos relatórios elaborados pelo BM e pela OMS. Em um primeiro momento, ao conceito restrito sobre a universalidade e equidade, ambos relacionados apenas aos fundamentos mercadológicos, onde predomina-se constantemente os mecanismos economicistas de demanda e oferta dos serviços de saúde. Além disso, a equidade é definida pelas agências internacionais como meramente uma proteção financeira para os desassistidos.

Em específico aos países da América do Sul, o direito à saúde está previsto em suas Constituições Nacionais. Assim como o Brasil, Bolívia, Equador, Paraguai, Suriname e Venezuela também mencionam o direito à saúde como responsabilidade do Estado. Outros países não mencionam a saúde como um direito constitucional, mas por meio de leis expressam tal definição, é o caso do Uruguai, o qual no ano de 2007 apresentou o direito a saúde em sua Lei de Criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SINS) (GIOVANELA et al., 2012).

O direito à saúde nos países citados é prevalecido pela ação do Estado, de forma universal, independentemente da capacidade de pagamento de seus cidadãos. O caso mais elucidativo é do Brasil, através do seu Sistema Único de Saúde (SUS), onde o financiamento é feito através de tributos e contribuições federais, estaduais e municipais. Apenas como exemplo, de acordo com a OMS (2015), os gastos totais em saúde no Brasil são 9,7% do PIB, contudo, mais da metade (51,8%) são gastos de ordem privada, ou seja, o SUS é subfinanciado, acarretando graves problemas em sua gestão. Sendo assim, eventuais subsídios ao mercado de serviços de saúde privado deslocariam recursos destinados em melhorar o sistema de saúde público brasileiro.

Inúmeros autores (Santos, 2013; Soares e Santos, 2014; Bahia, 2009; Noronha, Santos e Pereira, 2010; Ocké-Reis, 2012 e Marques e Mendes, 2014), destacam que a ampliação de mercados privados de saúde no Brasil colaboraria de forma intensa no avanço de inequidades no SUS e pioraria ainda mais a distribuição do gasto público direto e indireto para os estratos baixos e médios de renda.

A proposta de cobertura universal de saúde pode ser vista por uma série de limites sociais, econômicos e culturais, os quais estão fora do raio de ação de políticas públicas para o setor saúde. Além disso, obstáculos políticos e técnicos devem ser levados em conta quanto ao processo de implementação do financiamento através de fundos únicos ou de subsídios cruzados em países pobres ou em desenvolvimento.

A análise feita pelas agências internacionais através de indicadores se mostrou muito importante no aspecto de criar uma determinada base primária para mensurar à saúde. Entretanto, muitos países, principalmente os periféricos, não apresentam muitas informações do setor, muito menos indicadores robustos que determinem as necessidades e características de suas respectivas populações, afetando-se assim, os estudos empíricos, tanto pela qualidade da informação como pelo provimento de políticas de saúde adequadas.

Países que optaram sumariamente pela cobertura universal de saúde aos modelos propostos pela OMS e pelo BM não podem ser considerados como resultados sólidos, uma vez que a Colômbia (caso analisado neste trabalho) ainda demonstra uma experiência inconclusiva em seu sistema nacional de saúde.

Finalmente, um questionamento pode ser feito através da leitura dos documentos das agências internacionais é da clara intenção de que o setor privado amplie sua participação nos mercados de seguros e planos de saúde. Contudo esta presença é pormenorizada nos documentos, suscitando um debate acerca dos objetivos das agências internacionais em ofertar ideias ao setor saúde.

### **CAPÍTULO 3 – O SISTEMA GERAL DE SEGURIDADE SOCIAL EM SAÚDE (SGSSS)**

As propostas neoliberais para o setor da saúde foram incorporadas por inúmeros países latino-americanos. Neste capítulo, analisaremos a Colômbia e seu Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), regulamentado pela Lei 100 de 1993, proposta e implementada pelo Governo de Cesar Gaviria (1990-1994), com o apoio técnico e econômico do BM. Esse governo foi marcado pela neoliberalização da economia, pela reestruturação do Estado e descentralização da administração pública (HERNÁNDEZ, 2010, 2000 e 2005).

Para Gómez-Arias e Nieto (2014), a Colômbia realizou duas fases de reformas neoliberais. Na primeira fase, conhecida como reformas de primeira geração, ganharam forma as medidas de descentralização do Estado, liberalização da economia e criação de um ambiente propício para a iniciativa privada, através das privatizações dos serviços públicos. As reformas de segunda geração concentraram-se na ampliação da privatização em áreas sociais e na adoção da Nova Gestão Pública, quando há uma equiparação do Estado com os princípios mercadológicos das empresas privadas. De acordo com os autores, podemos compreender que a criação do SGSSS se dá em um momento de reformas de segunda geração, quando a política econômica ditou todos os trâmites das demais mudanças.

O SGSSS aglutinou elementos centrais da mercantilização da saúde, como a livre escolha de seus usuários pelos planos e seguros de saúde, fortalecendo ao mesmo tempo a capacidade de regulação do Estado a partir da criação de agências reguladoras e do financiamento solidário entre as classes ricas e pobres, característica que marcou o SGSSS como modelo de equidade financeira pela OMS, em seu Relatório de 2000 (OMS, 2000). Neste mesmo documento, o sistema de saúde colombiano apareceu à frente de todos os países latino-americanos e de importantes sistemas nacionais de saúde como o alemão, o suíço, o canadense e o dinamarquês. Para Hernández (2002), entretanto, esta avaliação encantadora acerca do SGSSS não ocultou seus problemas de equidade, cobertura e financiamento.

Desde sua concepção, o SGSSS seguiu praticamente a agenda neoliberal do BM para o setor saúde. Tornou-se um sistema de saúde paradigmático aos demais países da América Latina. Sua implementação foi baseada nos critérios da racionalidade econômica, apoiando-se nos processos de reestruturação do Estado, com a diminuição do seu papel e do peso das suas instituições.

Para Calderón et al. (2011), o modelo de financiamento do SGSSS foi e ainda é o mais difundido pelas agências internacionais aos países pobres ou em desenvolvimento. O pluralismo estruturado, criado por Londoño e Frenk (1997), foi escolhido pelo BM, e

posteriormente pela OMS, como modelo a ser implementado pelos países latino-americanos. Segundo seus autores, o pluralismo estruturado seria reconhecido como um ponto de intermediação entre o setor privado regulado e um Estado eficiente. As reformas deveriam ser rápidas no sentido de expandir a cobertura, visando à maior equidade, propiciando viabilidade fiscal e financeira ao sistema de saúde, melhorando a eficiência, a qualidade e a satisfação dos usuários.

O pluralismo estruturado é fundado na Colômbia, com a introdução de quatro funções principais: 1) regulação; 2) administração; 3) financiamento; e 4) prestação de serviços. A concorrência e a competição regulada estão presentes neste modelo, em conjunto com o subsídio aos usuários que não podem pagar por seus planos de saúde. Outras características marcam profundamente o modelo colombiano, dentre as principais: a eliminação do monopólio público sobre a seguridade social; a criação das Empresas Promotoras de Saúde (EPS) e sua concorrência através de mecanismos de regulação, definidos pelo Estado; a constituição de dois regimes de financiamento segundo a capacidade de pagamento (contributivo e o subsidiado) e a focalização dos serviços subsidiados, que se dá pela criação do Sistema de Identificação de Potenciais Beneficiários (SISBEN).

A metodologia empregada neste capítulo final foi a da análise documental sobre a forma de organização do SGSSS, através da consulta às leis, documentos técnicos, dados estatísticos disponibilizados pelos organismos públicos e privados e da bibliografia mais atualizada acerca do tema.

O capítulo se divide em quatro sessões. A primeira corresponde ao período da substituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a regulamentação do SGSSS através da Lei 100 de 1993. Outras características serão analisadas no decorrer da sessão, como a participação das agências internacionais na implementação do sistema de saúde colombiano e demais leis importantes que aprofundaram e modificaram permanentemente o SGSSS através dos anos. Seus componentes principais, modelos de prestação de serviços e níveis de atenção em conjunto com a sua cobertura serão analisados conjuntamente na próxima sessão. A sessão três apresenta o financiamento do SGSSS e a última sessão, finalmente, oferece uma conclusão do capítulo, identificando os principais êxitos, as fragilidades e os desafios do SGSSS a partir da consolidação dos resultados obtidos nos itens anteriores.

### **3.1. A criação do SGSSS e a participação do Banco Mundial**

O período de meados da década de 1970 até o final de 1980 é caracterizado pela criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) na Colômbia. Em busca de uma linha de financiamento autônoma, em contraste à fragmentação financeira anterior, o SNS foi institucionalizado por três subsectores: a assistência pública, a seguridade social e o setor privado. Para Sanabria (2012), a fragmentação financeira continuou sendo um dos principais obstáculos à implementação do SNS, sendo que duas instituições públicas – Instituto de Seguridade Social (ISS) e a Caixa Nacional de Previdência (Cajanal) – administravam recursos provindos do subsistema de seguridade social, os demais subsectores também continuaram sendo administrados de forma fragmentada.

Além do desafio da fragmentação dos seus recursos financeiros, o SNS foi marcado por grandes deficiências em sua cobertura e no acesso aos serviços de saúde. Apenas uma pequena parte da população colombiana usufruía do sistema nacional de saúde, em sua maioria, indivíduos economicamente ativos e trabalhadores do setor formal. Os mais vulneráveis – pobres, idosos e mulheres em idade reprodutiva – sem nenhum tipo de cobertura. Segundo Hernández (2010), os cálculos mais pessimistas do final da década de 1980 demonstravam estas disparidades na cobertura do SNS, quando apenas 40% da população estava coberta pelo sistema, 17% estavam amparados por modalidades de pré-pagamento, orientadas pelo setor privado. Aproximadamente 25% da população não contava com nenhum tipo de cobertura e 18% eram assegurados pelo subsector de seguridade social.

Outras características internas e externas contribuíram para a derrocada do SNS durante as décadas de 1980 e 1990. No âmbito interno, os serviços prestados pelo Estado foram considerados de pouca qualidade e de baixa eficiência por seus críticos, fomentando o debate de fortalecimento da iniciativa privada na execução de serviços e ações ao setor saúde. De acordo com Hernández (2010) e Sanabria (2012), as próprias instituições públicas distanciaram-se da administração do SNS, abrindo um vasto caminho para que empresas privadas preenchessem lacunas e ganhassem espaço na oferta de serviços e planos de saúde. Ao setor público coube apenas o papel de implementar políticas de APS como, por exemplo, controle de pragas e vetores de doenças. Ainda segundo Hernández, ocorreram, no período, várias irregularidades na formalização, execução e/ou encerramentos dos contratos entre as instituições públicas e privadas, colaborando para o aumento da corrupção dentro do próprio SNS.

No aspecto econômico, a Colômbia manteve, durante toda a década de 1980, o PIB com crescimento médio de apenas 0,9% a.a. Os fortes ajustes econômicos do período também garantiram restrições aos gastos sociais, e na saúde diminuíram de 10,2% do PIB, em 1977, para apenas 5,9% em 1986. Além da fraca economia, a ascensão do narcotráfico, sobretudo pela ampliação de forças paramilitares no país, como das Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (FARC), influenciaram nas eleições e na aprovação da Constituição Nacional de 1991 (OPS, 2002). Segundo Enciso (2001), a Colômbia não passou por grandes dificuldades econômicas durante a década de 1980, ao contrário do resto dos países latino-americanos. Contudo, o processo de abertura econômica efetuado ao final da década representou uma desvalorização da moeda local, representando uma aceleração da inflação durante toda a década de 1990.

Finalmente, no campo externo, a Colômbia aproximou-se dos principais organismos multilaterais, como o BM e o FMI, em busca de acordos econômicos e de apoio técnico. No setor saúde, a parceria entre a Colômbia e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) foi perdendo forças com a introdução do BM no mercado de ideias. Hernández (1991, 2000 e 2010 e OPS, 2002) destaca a participação do Banco em projetos de implementação do SNS ao final da década de 1980, como o denominado projeto de “Consolidação do Sistema Nacional de Saúde”, quando o processo de descentralização do modelo foi posto em marcha por meio da Lei 10 de 1990.

Nesse contexto turbulento de reestruturação do Estado e de consolidação de uma política de saúde descentralizada, foi aprovada uma nova Constituição em 1991. A Carta declara, em seu Artigo 11, a Colômbia como um Estado Social de direito, consagrando a vida como um direito fundamental e inviolável. O artigo 48 definiu a seguridade social como um serviço público, obedecendo aos princípios da eficiência e da universalidade, compreendida pela cobertura oferecida a todos os cidadãos residentes no país e em todas as fases da vida; da a solidariedade, através do apoio mútuo entre os habitantes, na garantia do acesso e sustentabilidade aos serviços através do financiamento. Além disso, a seguridade social foi considerada um direito irrenunciável a todos os cidadãos. A progressiva cobertura da seguridade coube ao Estado e à iniciativa privada. O artigo 49 refere-se explicitamente à saúde, que é definida como parte integrante da seguridade social, e um serviço público. Novamente coube ao Estado o papel de organizar, administrar e regulamentar a prestação dos serviços públicos e também de estabelecer políticas para a prestação dos serviços de saúde pelas

empresas privadas, além de exercer a administração e o controle sobre elas (COLÔMBIA, 1991).

Como é possível observar, a saúde não foi elevada à categoria de direito. Como bem observou Hernández (2010, p.127, tradução nossa): “Em meio a várias posições, a Carta Magna provou ser uma combinação forçada da social-democracia e neoliberalismo. [...] Saúde só foi declarada como um serviço público, e não como um direito [...]”.<sup>32</sup>

Formalizada a Constituição de 1991, abriu-se espaço para a introdução de variadas ideias sobre a substituição do SNS e implementação de um novo modelo baseado nas duas premissas legais, constantes na Carta. De acordo com Hernández (2010 e 2000) e Sanabria (2012), inúmeros atores políticos, econômicos, sociais e *experts* da academia iriam influenciar na formalização do SGSSS. Contudo, o principal ator político, econômico e intelectual na implementação do SGSSS foi o BM.

Segundo vários autores (Hernández, 2010 e 2000, 2002, 2003 e 2005; Bello e Romero, 2001; Almeida 2006; Pérez e González, 2012; Sanabria, 2012; e Sanabria e Chaves, 2014), as propostas dos documentos do BM foram implementadas a partir da Lei 100 de 1993. As propostas do BM para a implementação do SGSSS através da regulamentação da Lei 100 pode ser notada pela participação ativa da criação de um seguro nacional de saúde, com o financiamento sendo feito por contribuições obrigatórias para quem poderia arcar e pelo subsídio ofertado pelo próprio Estado para os desassistidos. Foram definidos pacotes básicos de serviços obrigatórios, contudo diferenciados para cada grupo social e econômico, estabelecendo assim um sistema de mercantilização dos serviços de saúde, como sugerem os artigos de seus idealizadores (Londoño e Frenk, 1997 e Londoño, 1996 e 2001).

O copagamento foi inserido no modelo colombiano de prestação dos serviços de saúde, como forma de impedir seu descontrole perante os usuários, e, também, para garantir sua capacidade econômica. Segundo Sanabria (2012), o processo de descentralização, que tinha começado no começo da década de 1990 com a Lei 10, foi mantido e ampliado posteriormente pela Lei 100. Ao final, os hospitais públicos transformados em instituições autônomas em seu gerenciamento e financiamento, garantindo então uma proposta que não fazia parte da agenda do BM. A Figura 1 faz um comparativo entre as propostas da agência internacional e a lei aprovada.

---

<sup>32</sup> En medio de múltiples posiciones, la Carta Magna resultó ser una combinación forzada entre socialdemocracia y neoliberalismo. [...]La salud sólo quedó enunciada como un servicio público, no como un derecho [...].

**Figura 1** Propostas do Banco Mundial à Lei 100 aprovada

Fonte: Adaptado de Sanabria, 2012, p.74.

O Artigo 157 da Lei 100 aprovou dois regimes de contribuição: o Regime Contributivo (RC) e o Regime Subsidiado (RS). O RC é destinado aos trabalhadores assalariados ou independentes, que ganham acima de um salário mínimo. Os pensionistas também estão inseridos nesta categoria. O regime é financiado por contribuições da iniciativa privada e dos trabalhadores. Em casos de incapacidade e licença maternidade, a proteção pode ser utilizada (COLÔMBIA, 1993).

O RS é orientado para dar cobertura para a população pobre e mais vulnerável, sem capacidade de pagamento. É financiado com base em contribuições cruzadas entre trabalhadores do setor formal e aportes do próprio governo, através da cobrança de impostos. A seleção dos beneficiados para participarem do RS é feita através do SISBEN, quando são realizados testes de meio. O órgão foi criado em 1995 e posteriormente foi incluído permanentemente como o único sistema de seleção de beneficiários ao RS e demais políticas de transferência de renda condicionada. No RS teriam particular importância pessoas mais vulneráveis, como as mães de família, as mulheres grávidas e/ou, em período de latência, os idosos e as comunidades indígenas, entre outros desassistidos (COLÔMBIA, 1993).

Existe ainda o Regime Especial (RE), em cujo modelo são incluídos os subsistemas autônomos, como dos servidores públicos, de militares, petroleiros da Empresa Colombiana de Petróleo (ECOPETROL) e demais organizações independentes que gozam de autonomia no estabelecimento de suas coberturas e estruturas de serviços de saúde (GUERRERO et al., 2011).

A novidade do financiamento foi a criação do RS para garantir a seguridade social em saúde para a população sem capacidade de pagamento. De acordo com os Artigos 157 e 162 da Lei 100, o regime foi criado para subsidiar os cidadãos para cobrir totalmente ou parcialmente seus gastos com o Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado (POS-S). Os princípios de solidariedade, universalidade e eficiência, que compõem a saúde como serviço público, estariam assim assegurados com a implementação do POS e do POS-S, entretanto, conforme afirma Calderón et al. (2011), existem diferenças profundas entre os planos contributivos e os subsidiados, e estes últimos apresentavam, para o ano de 2010, apenas 60% dos serviços oferecidos ao RC.

Deixou de ser obrigatória a filiação dos trabalhadores da iniciativa privada ao Instituto de Seguridade Social (ISS) e dos servidores públicos às caixas de aposentadoria e pensão. A lacuna foi então preenchida pela ampliação das EPS, que por sua vez, poderiam ser privadas, com ou sem finalidade lucrativa, públicas ou mesmo mistas. Portanto, a proposta foi intensificar a concorrência e incentivar o crescimento da iniciativa privada no campo da previdência social através da privatização do serviço público. De acordo com Gómez (2009, p.54), a crise econômica da década de 1990 não impediu que as principais EPS do período realizassem fusões e aquisições no setor saúde. Segundo a autora, “três das EPS privadas mais importantes (Saludcoop, Susalud e Salud Colmena) foram relatadas dentre as 25 empresas nacionais com maior rentabilidade”<sup>33</sup>.

Outro elemento de importante transformação foi a remuneração das EPS. Os pagamentos efetuados pelo Estado seriam definidos conforme a Unidade de Pagamento por Capacitação (UPC). Cada EPS é remunerada de acordo com o número de usuários filiados e também conforme a localização geográfica das suas unidades de saúde, ou seja, em regiões com maiores riscos, por exemplo, maiores taxas de criminalidade e/ou maior presença de usuários do RS, as EPS ganharão recursos adicionais, denominados de UPC-adicionais.

Em síntese, com a promulgação da nova Constituição em 1991 e com a aprovação da Lei 100 de 1993, a Colômbia abordou os principais temas dos Informes do BM de 1987 e

---

<sup>33</sup> Tres de las EPS privadas más importantes (Saludcoop, Susalud y Salud Colmena) fueron reportadas dentro del grupo de las 25 empresas nacionales con mayor rentabilidade (GÓMEZ, 2009, p.54).

1993: a eficiência, a universalidade e a solidariedade financeira na prestação dos serviços de saúde. Como já discutido anteriormente neste trabalho, a demanda por um Estado eficiente e eficaz no cumprimento das suas responsabilidades sociais foi a bandeira a ser seguida pelas reformas neoliberais no setor saúde, portanto, coube ao Estado Colombiano a necessidade de reorientar suas despesas e investimentos públicos, realizando, em última instância, políticas econômicas acima de políticas sociais.

Entretanto, o que chama a atenção com a aprovação da Lei 100 de 1993 é a carência de propostas próprias, ou seja, os preceitos da organização, financiamento e administração do SGSSS foram idealizados por uma agência internacional, não foram elencadas características sociais e econômicas intrínsecas ao contexto político, econômico e social colombiano, tampouco as reais necessidades quanto à temática da saúde da população colombiana foi elevada no processo de criação do SGSSS.

É notória, como discutido anteriormente neste trabalho, a influência de aspectos econômicos e a adoção dos novos ideais político-econômicos – neoliberalismo e globalização – nos Informes e Relatórios das agências internacionais. A reorganização do Estado colombiano seguiu preferencialmente apenas aspectos técnicos e economicistas na implementação do seu sistema de saúde, fortalecendo a reestruturação econômica exigida no momento, desenvolvendo estratégias no âmbito social, apoiadas pelo BM que, em última instância, afetaram permanentemente a esfera social.

Finalmente, é possível compreender que a atenção em saúde está quase por completo nas mãos das EPS, as quais têm como objetivo administrar os recursos públicos e privados para que hospitais e clínicas prestem serviços médicos para a população colombiana, o que na prática converte a iniciativa privada em administradora do capital pessoal de cada um dos 45 milhões de colombianos. Por fim, a principal instituição pública de saúde, o ISS, foi liquidado em 2008, transformando-se em uma organização privada.

### 3.1.1 As funções, a organização e o financiamento do SGSSS

Com a aprovação da Lei 100, de 1993, quatro funções principais podem ser elencadas para a compreensão do SGSSS: 1) regulatória; 2) administrativa; 3) financiamento; e 4) prestação de serviços.

A função de regulação cabe ao Estado. É exercida pelos órgãos estatais, e dentre os principais estão: o Ministério da Saúde e Proteção Social (doravante MSPS), a Comissão de Regulação da Saúde (doravante CRES), Superintendência Nacional da Saúde (doravante SNS).

A CRES, foi criada a partir da Lei 1122, de 2007. Entre suas funções principais, está a incumbência de administrar o Plano Obrigatório de Saúde (doravante POS) para os diferentes regimes e também definir a UPC das EPS (Calderón et al., 2011). A SNS tem a obrigatoriedade de regular as atividades dos atores do setor saúde, como as empresas privadas, públicas e mistas. Cabe ao MSPS estabelecer as políticas públicas de saúde para o setor e delegar ações e programas para as demais entidades de saúde espalhadas pelos departamentos<sup>34</sup>, distritos e municípios colombianos. Finalmente, cabe aos organismos territoriais dirigir, coordenar e monitorar o setor da saúde e implementar, dentro de sua jurisdição, as disposições nacionais elaboradas pelo MSPS.

A função de administração está representada pelas EPS públicas, privadas e mistas. Estas organizações realizam as funções de afiliação e cobrança dos usuários de ambos os regimes. As EPS também estão responsáveis pela contratação do setor prestador de serviços, sendo assim, são estas empresas que devem garantir o acesso às atividades de promoção e prevenção em saúde, assim como em todos os demais níveis de atenção.

A função de financiamento é centralizada no *Fondo de Solidaridad y Garantías* (FOSYGA). É através dos regimes contributivos que o fundo financia os diferentes modelos de planos de saúde. O RS é financiado através de 1,5% das contribuições totais do RC, somadas às demais contribuições derivadas das atividades petrolíferas e demais impostos das Entidades Territoriais, como municípios, distritos e departamentos. Outros recursos derivam de cobranças especiais, como por exemplo, através do Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito (SOAT) (GERRERO et al., 2011).

Finalmente, a função de prestação de serviços é representada pelas Instituições Prestadoras de Serviços (IPS). Estas instituições podem ser públicas (denominadas de Empresas Sociais do Estado), privadas ou mistas e são responsáveis diretas pelo fornecimento dos mais

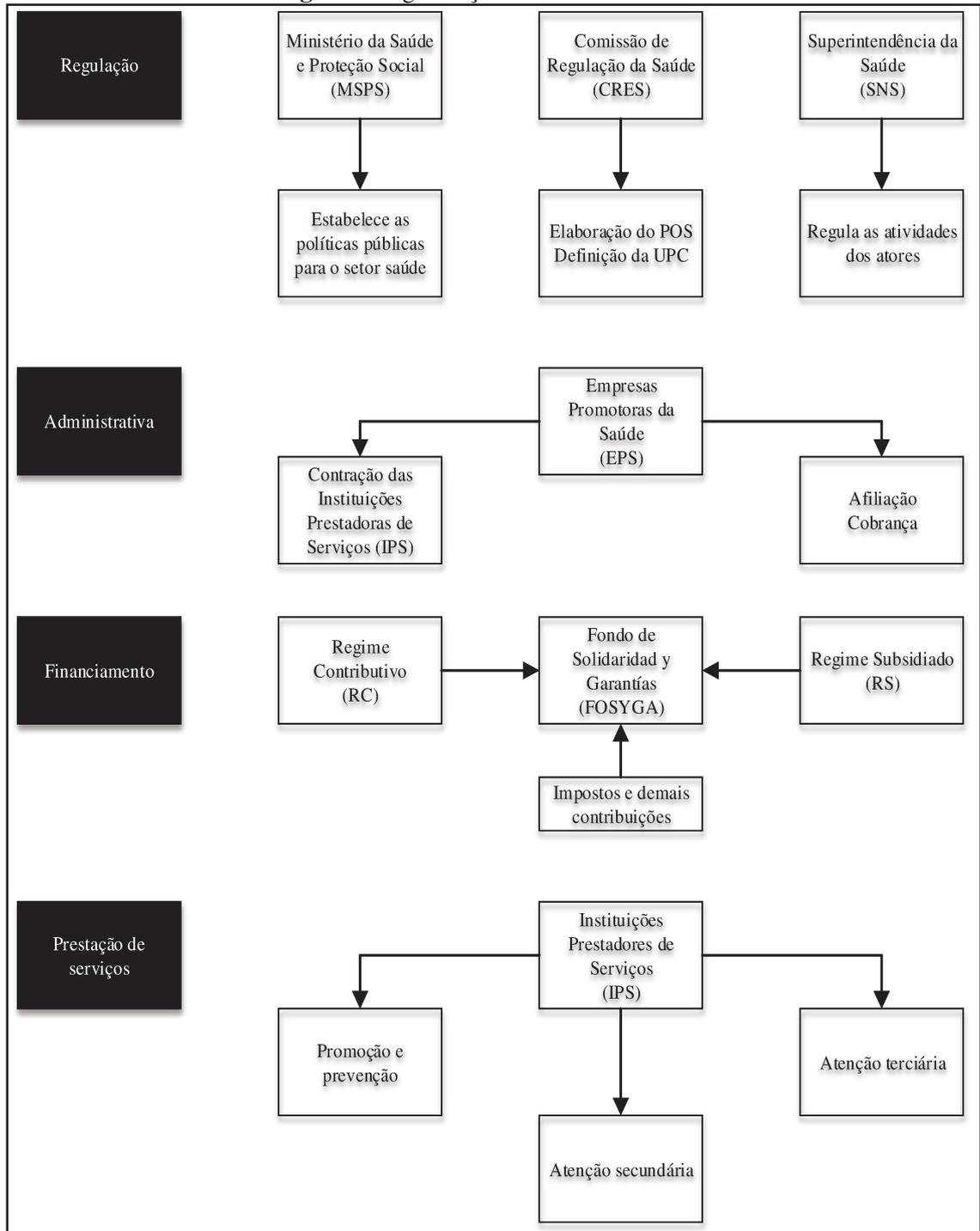
---

<sup>34</sup> A Constituição Nacional de 1991 aprovou novas divisões territoriais no país, compostas por Entidades Territoriais de segundo nível denominados de departamentos e distritos, ao terceiro nível estão estabelecidos os municípios e territórios indígenas.

diversificados serviços de saúde, desde a APS até ao nível terciário aos usuários de ambos os regimes. Os serviços são estabelecidos em contratos diretos com as EPS.

A Figura 2 apresenta a organização resumida do SGSSS.

**Figura 2** Organização do SGSSS



Fonte: Elaboração própria.

O sistema privado de saúde colombiano é estruturado conforme a Figura 3 abaixo.

**Figura 3** Organização do sistema privado de saúde colombiano

Fonte: Adaptado de Guerrero et al., 2011, p.145.

Nele estão inseridos, em sua grande maioria, os cidadãos mais ricos, os que não possuem nenhum tipo de vínculo financeiro com os regimes contributivos, realizando pagamentos diretos para planos ou seguros de saúde privados ou para uma IPS. Como afirma Guerrero et al. (2011), o sistema privado também engloba os usuários sem cobertura alguma de quaisquer regimes de contribuição.

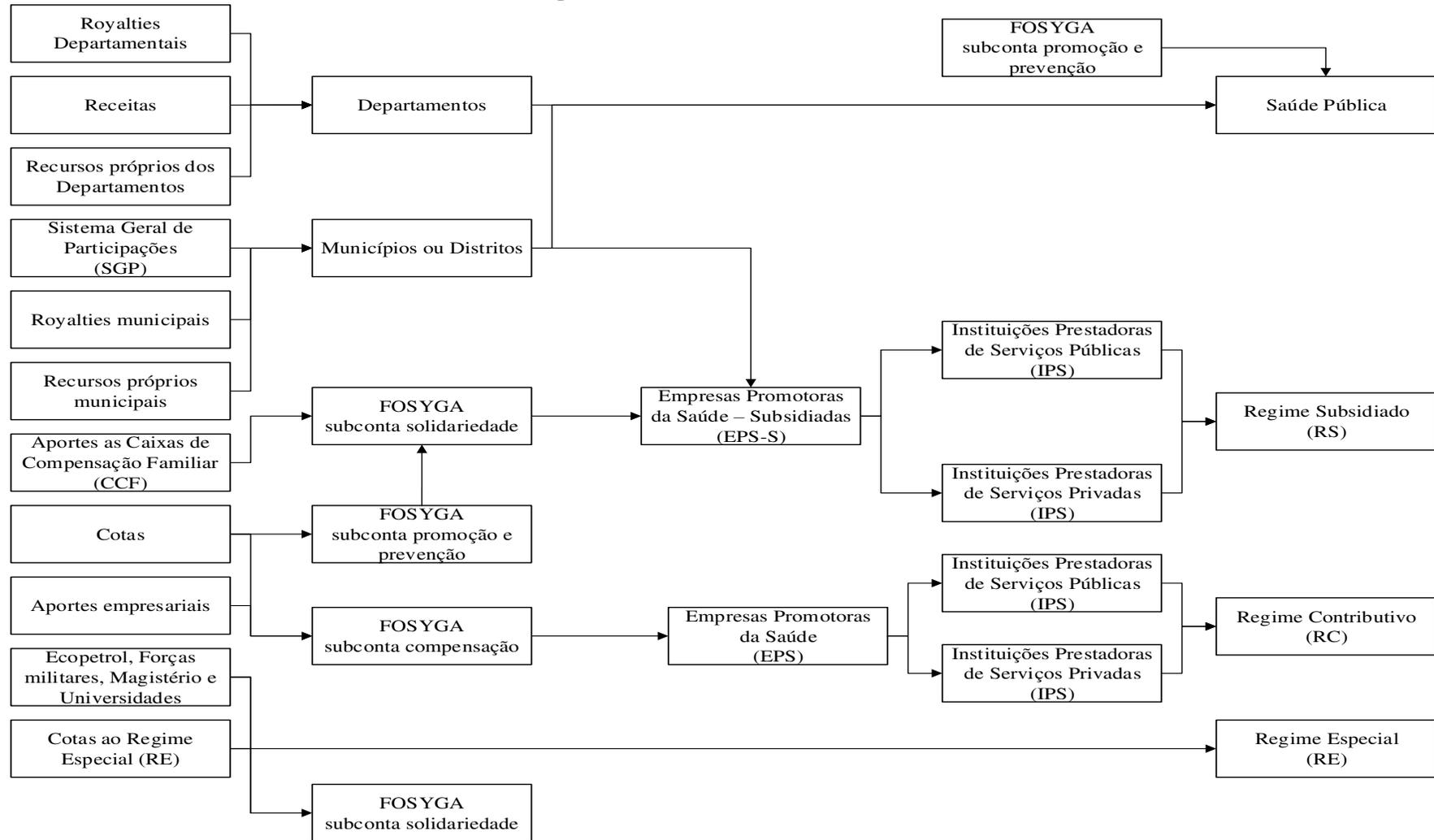
Apresentamos o financiamento do SGSSS na Figura 4 (abaixo). Por meio dela podemos compreender as diversificadas fontes de recursos. Existem recursos financeiros provindos tanto de receitas orçamentárias próprias dos Departamentos e municípios, como também das contribuições obrigatórias de empregadores e trabalhadores. Estão destacados os aportes advindos das Caixas de Compensação Familiar (CCF)<sup>35</sup> e do Sistema Geral de Participações (SGP)<sup>36</sup>.

O FOSYGA canaliza os principais recursos do financiamento em três subcontas. A primeira, promoção e prevenção, corresponde aos aportes feitos pelos Departamentos e municípios destinados às políticas de saúde pública. A segunda, solidariedade, corresponde aos recursos advindos das CCF, de uma pequena parcela das contribuições empresariais e de trabalhadores. É também financiada pelos aportes das Forças Armadas, entre outras instituições que compõem o RE, e é destinada ao RS. A terceira, compensação, está ligada ao RC, na qual a maioria das contribuições é realizada por trabalhadores e empresários (NÚÑEZ et al., 2012).

<sup>35</sup> As CCF são instituições privadas, sem fins lucrativos. Sua origem está ligada à industrialização do país e da ascensão de direitos sociais aos trabalhadores colombianos. De acordo com Acevedo Tarazona e Gil Montoya (2010), as CCF ganharam maior discricionariedade com a Constituição de 1991 e após a aprovação da Lei 100 de 1993, aumentaram seus pacotes de serviços – fomentando atividades de educação e saúde –, são financiadas através de contribuições patronais.

<sup>36</sup> O SGP é um fundo nacional administrado pelo Governo Central. Seu objetivo é transferir recursos para as Entidades Territoriais destinados para saúde, educação e saneamento básico (BANCO DE LA REPÚBLICA, 2014).

**Figura 4** Financiamento do SGSSS



Fonte: Adaptado de Núñez et al. (2012), p.15

A figura 4 (acima) demonstra como se dá o financiamento de cada um dos regimes do SGSSS. O RC possui poucas fontes de financiamento, quando comparado ao RS, além disso, conta com alíquotas já estabelecidas por leis. Os trabalhadores devem contribuir com 4,5% sobre seu salário base, os empresários complementam com 8,5%, totalizando 12,5%. Esse montante é somado ainda aos recursos do FOSYGA, através de duas subcontas (solidariedade/promoção e prevenção). O RS é financiado por inúmeros atores. Dentre os principais recursos, estão aqueles providos dos Departamentos e municípios, como royalties e recursos próprios. O Orçamento Geral da Nação também é uma fonte importante de rendimentos para este regime (NUÑEZ et al. 2012).

**Quadro 4** Fontes de financiamento aos regimes

Regime Contributivo	Regime Subsidiado (RS)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empresários (8,5%)</li> <li>• Trabalhadores (4,5%)</li> <li>• FOSYGA - subconta solidariedade (1,5%)</li> <li>• FOSYGA - subconta promoção e prevenção (0,4%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Empresa Territorial para la Salud</i> ETESA</li> <li>• Royalties (Departamentos + municípios)</li> <li>• Recursos próprios (Departamentos + municípios)</li> <li>• Rendimentos variados (Departamentos)</li> <li>• Orçamento Geral da Nação</li> <li>• Imposto sobre armas</li> <li>• Regime especial (1,5%)</li> <li>• Regime contributivo (1,5%)</li> <li>• Caixas de Compensação Familiar (CCF) (5%)</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria a partir de Núñez et al., 2012.

Em 2010, o SGSSS contava com 67 EPS, dentre as quais, 49 administravam os serviços em saúde para o RS, 24 geriam o RC e apenas 6 EPS eram mistas. Segundo dados da Tabela 3 (abaixo), as EPS privadas respondiam a 89,55% do total das EPS e, somadas as demais instituições de saúde, atendiam a 39 milhões dos cidadãos colombianos.

**Tabela 3** Tipos de EPS e participação no mercado em 2010

Tipo de entidade	Contributivo		Subsidiado		Total		% Total	
	EPS	Total afiliados	EPS	Total afiliados	EPS	Total afiliados	EPS	Afiliados
<b>Adaptadas</b>	2	64.848	0	0	2	64.848	2,99%	0,16%
<b>Mistas</b>	1	2.240.953	0	0	1	2.240.953	1,49%	5,65%
<b>Públicas</b>	0	0	4	3.437.057	4	3.437.057	5,97%	8,67%
<b>Privadas</b>	21	15.737.575	45	18.169.445	60	33.907.020	89,55%	85,52%
<b>Total</b>	24	18.043.376	49	21.606.502	67	39.649.878	100%	100%

Fonte: Adaptado de ISAGS, 2012, p.366.

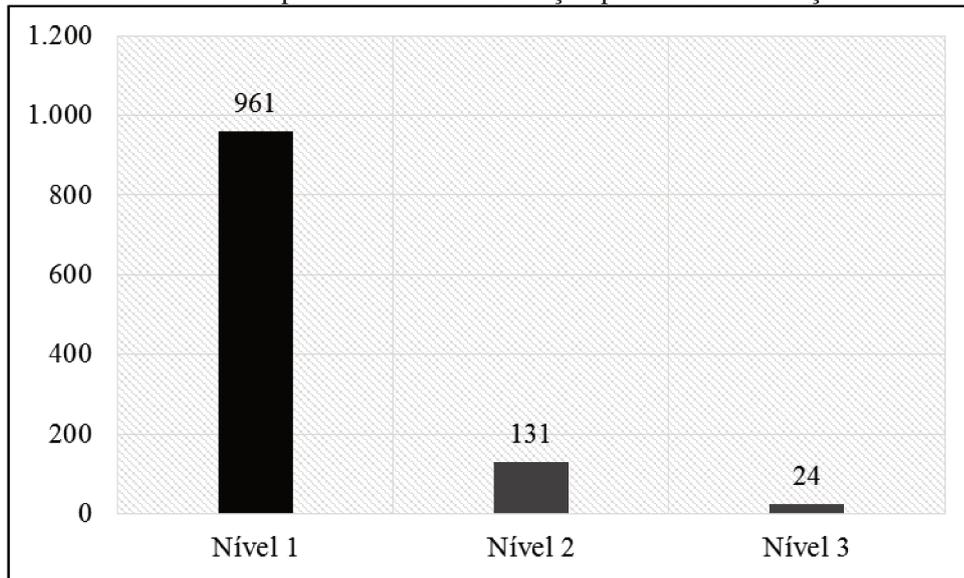
A Tabela 4 (abaixo) apresenta as EPS sem fins lucrativos, representadas em sua maioria (62,2%) pelas Caixas de Compensação Familiar (CCF), 23 destas alocadas no RS. O RC contava apenas com apenas 2 Cooperativas e 5 CCF. O total de afiliados nestas instituições foi de 22,9 milhões de cidadãos.

**Tabela 4** Tipos de EPS sem fins lucrativos e total de filiados 2010

Tipo de entidade	Contributivo		Subsidiado		Total		% Total	
	EPS	Afiliados	EPS	Afiliados	EPS	Total Afiliados	EPS	Afiliados
<b>Cooperativas</b>	2	6.447.219	0	0	2	6.447.219	4,4%	28,0%
<b>CCF</b>	5	3.349.316	23	3.954.327	28	7.303.643	62,2%	31,8%
<b>ESS</b>	0	0	9	8.116.795	9	8.116.795	20,0%	35,3%
<b>EPS indígenas</b>	0	0	6	1.128.155	6	1.128.155	13,3%	4,9%
<b>Total</b>	7	9.796.535	38	13.199.277	45	22.995.812	100%	100%

Fonte: Adaptado de ISAGS, 2012, p.366.

De acordo com trabalho realizado por Núñez et al. (2012), através da Fundação para Educação Superior e Desenvolvimento (FEDESARROLLO), o setor de prestação de serviços em saúde, em 2010, contava com mais de trinta mil profissionais autônomos, 9.019 IPS privadas e 1.116 IPS públicas, sendo que destas, 961 atendiam ao nível primário, 131 ao nível secundário em saúde e, finalmente, o nível terciário contava com 24 estabelecimentos de saúde. O Gráfico 1 apresenta estes dados para as IPS públicas (NÚÑEZ et al., 2012)

**Gráfico 1** Número total de IPS públicas e sua distribuição por níveis de atenção em saúde em 2010

Fonte: Elaboração própria a partir de Núñez et al. (2012).

### 3.1.2 Após a implementação da Lei 100 de 1993

A implementação do SGSSS não logrou uma solução definitiva para os problemas herdados anteriormente do SNS, pelo contrário, alguns obstáculos foram intensificados ao ponto de restringir o direito à saúde da população (Hernández, 2002 e 2008).

O acesso aos centros e postos de saúde em regiões rurais também foi prejudicado pela implementação do SGSSS. De acordo com Castro (2003), estes centros de saúde foram gradativamente desaparecendo, devido aos problemas financeiros e também pelo aumento da destruição organizada pelo narcotráfico. A oferta de serviços também se tornou um obstáculo para as regiões afastadas dos grandes centros econômicos; A própria iniciativa privada não intensificou seus investimentos em áreas consideradas não rentáveis, ou mesmo nas regiões de maior conflito bélico entre as Forças Armadas e os grupos paramilitares.

Ao inserir modalidades de co-pagamento, o SGSSS intensificou as barreiras à entrada ao acesso. Como é relatado por Castro (2003), em geral as empresas privadas negam a atenção para alguns problemas de saúde, como enfermidades de alto custo, além de diminuir intencionalmente o acesso a consultas e exames por seus usuários, ao impor barreiras geográficas como, por exemplo, ao estabelecer longas distâncias entre suas unidades e o local de trabalho ou de residência dos seus próprios consumidores.

A inequidade anterior herdada do SNS não foi resolvida pela implementação do novo sistema de saúde. Para Hernández (2010 e 2002), ao inserir planos de benefícios e serviços diferenciados para cada usuário mediante sua capacidade de pagamento, fortaleceu-se a questão da inequidade, quando os desassistidos não contam com planos que resolvem suas necessidades de saúde.

A inequidade é mais presente quando são analisados os dados para cada um dos distritos colombianos. De acordo com o estudo realizado em 2002 pela Fundação para a Pesquisa e o Desenvolvimento em Saúde e Seguridade Social (FEDESALUD), um dos principais problemas da implementação do RS foi a inequidade entre as regiões, quando distritos e municípios mais desenvolvidos angariavam maiores recursos financeiros do FOSYGA, pois mantinham maiores e melhores condições de diagnosticar populações em situações de pobreza e de pobreza extrema.

O

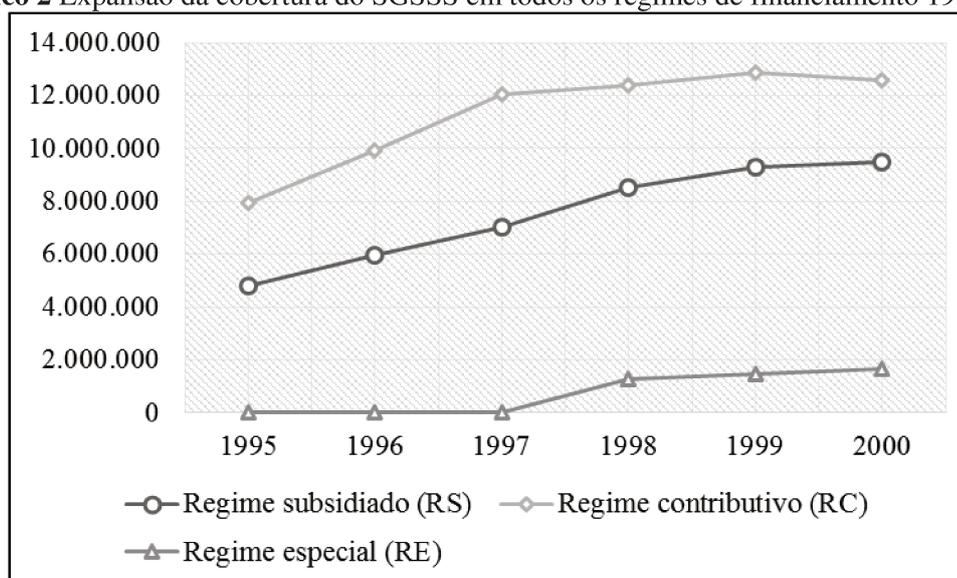
Quadro 5 e o Gráfico 2 apresentam a cobertura do SGSSS para os diferentes regimes de financiamento. O RC foi o que mais cresceu dentre todos os regimes, exibindo, em 2000, uma cobertura populacional de aproximadamente 29,75% - 12,5 milhões de habitantes

cobertos. Avançou-se também na cobertura do RS, representando, em 2000, aproximadamente 12,5 milhões de habitantes – 22,47% da população. O RE cresceu apenas 1,81%, saindo de 2,16% para aproximadamente 3,97% no período analisado, chegando a cobrir 1,6 milhões de habitantes. Ainda que a cobertura total tenha aumentado gradativamente durante o período, a população sem cobertura ainda era composta por aproximadamente 18,5 milhões de cidadãos.

**Quadro 5** Cobertura do SGSSS em todos os regimes de financiamento 1995-2000

	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<b>Regime subsidiado (RS)</b>	4.800.916	5.981.774	7.026.690	8.527.061	9.283.966	9.510.566
<b>Regime contributivo (RC)</b>	7.950.167	9.908.874	12.049.672	12.399.639	12.885.801	12.590.389
<b>Regime especial (RE)</b>	832,5	852,5	889,5	1.280.000	1.480.000	1.680.500
<b>Sem cobertura</b>	24.958.048	22.552.650	20.098.231	18.620.116	17.939.251	18.539.931
<b>Total populacional</b>	38.541.631	39.295.798	40.064.093	40.826.816	41.589.018	42.321.386
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<b>Regime subsidiado (RS)</b>	12,46%	15,22%	17,54%	20,89%	22,32%	22,47%
<b>Regime contributivo (RC)</b>	20,63%	25,22%	30,08%	30,37%	30,98%	29,75%
<b>Regime especial (RE)</b>	2,16%	2,17%	2,22%	3,14%	3,56%	3,97%
<b>Sem cobertura</b>	64,76%	57,39%	50,17%	45,61%	43,13%	43,81%

Fonte: Adaptado de FEDESALUD, 2002, p. 54.

**Gráfico 2** Expansão da cobertura do SGSSS em todos os regimes de financiamento 1995-2000

Fonte: Elaboração própria através dos dados da FEDESALUD, 2002.

No que diz respeito à APS em saúde, Castro (2003) e Gómez (2009), reforçam que a implementação do SGSSS desmantelou ações de controle e vigilância epidemiológica na Colômbia. Segundo Castro, enfermidades tropicais e infecciosas aumentaram durante a década de 1990, como os casos de malária e tuberculose. Nesse período também foram observados indicadores menores de cobertura vacinal. Ainda segundo a autora, no ano de 2002 faltaram vacinas para o controle de sarampo e em 2003, para febre amarela. O problema teria origens no debate que questionava se a vacinação seria um bem público ou privado, ou seja, sob a responsabilidade do Estado ou das empresas privadas. A em crianças menores de um ano.

Tabela 5 oferece uma análise da cobertura vacinal para o período de 1994 a 2003 em crianças menores de um ano.

**Tabela 5** Cobertura vacinal em crianças menores de um ano 1994-2003

Vacinas	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Antipólio</b>	92	94,5	93,3	84,8	74,6	77,4	81,9	80,5	82,9	92,2
<b>DPT</b>	88,2	93,5	92,3	83,9	72,5	74	77,8	77,6	80,5	91,8
<b>BCG</b>	96	103,8	103,7	97,9	84,7	79,8	90,1	84,8	87,2	96,6
<b>Hepatite B</b>	N.A.	71,3	94,6	84,8	74,7	77,3	77,5	78,1	78,3	91,7
<b>Hib</b>	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	48,3	64,6	51,6	68,9	92,7
<b>Tríplice viral</b>	N.A.	64	93,5	88	78	76,8	78,6	85,5	93,3	92,7

Fonte: Adaptado de Restrepo, 2007, p.101.

De acordo com a Tabela 6 abaixo, podemos observar a inequidade de acesso ao compararmos as proporções de cobertura vacinal infantil por padrão econômico. O primeiro quintil corresponde aos 20% mais pobres e também representa a pior cobertura, enquanto o 4º e 5º quintil (40% mais ricos) apresentam as maiores proporções de vacinação. Os dados, além de indicarem diferenças gritantes quanto aos níveis de acesso aos serviços de saúde por padrão econômico, representam, ainda, uma degeneração da cobertura através dos anos.

**Tabela 6** Inequidades na cobertura vacinal 1995-2005

	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>
<b>Q1</b>	67	60,2	52,6	63,7
<b>Q2</b>	73	72,5	66,6	67
<b>Q3</b>	83,4	73,4	70,9	77,4
<b>Q4</b>	86,5	77,8	74,2	74,6
<b>Q5</b>	84,5	79,3	71	82,7

**Fonte:** Adaptado de Martínez-Martín, 2014, p.19.

Os recursos públicos propostos para APS foram reduzidos constantemente no decorrer da década de 1990. Segundo Castro (2003), o Plano de Atenção Básica (PAB) recebeu, em 1999, recursos inferiores aos destinados no ano de 1980. Por sua vez, a autora afirma que as grandes empresas privadas do setor saúde apresentaram lucros de 30% apenas nos quatro primeiros anos da implementação do SGSSS, tornando o setor saúde um dos mais lucrativos para o período.

Com a mercantilização dos serviços de saúde, Gómez (2009) reforça que a APS em saúde foi sendo mitigada em políticas de saúde de segunda categoria, assim como a carência de vontade política, colaborando para os péssimos indicadores de saúde encontrados na Colômbia. Reforçam essa passagem os dados apresentados por Bello e Romero (2001), em que a taxa de incidência de cólera passou de 2 casos para cada 100 mil habitantes em 1993 para 11.3 por 100 mil habitantes em 1997. A mortalidade por dengue hemorrágica subiu de 0.1 por 100 mil habitantes em 1990 para 13.9 em 1998. Ainda segundo os mesmos autores, a transmissão da malária cresceu em 1998, juntamente quando houve o desmantelamento de programas estatais voltados à prevenção em nome do corte de gastos públicos em saúde, resultado: a taxa de incidência passou de 455.5 por 100 mil habitantes em 1990 para 712.2 em 1997.

De acordo com a Tabela 7 e o

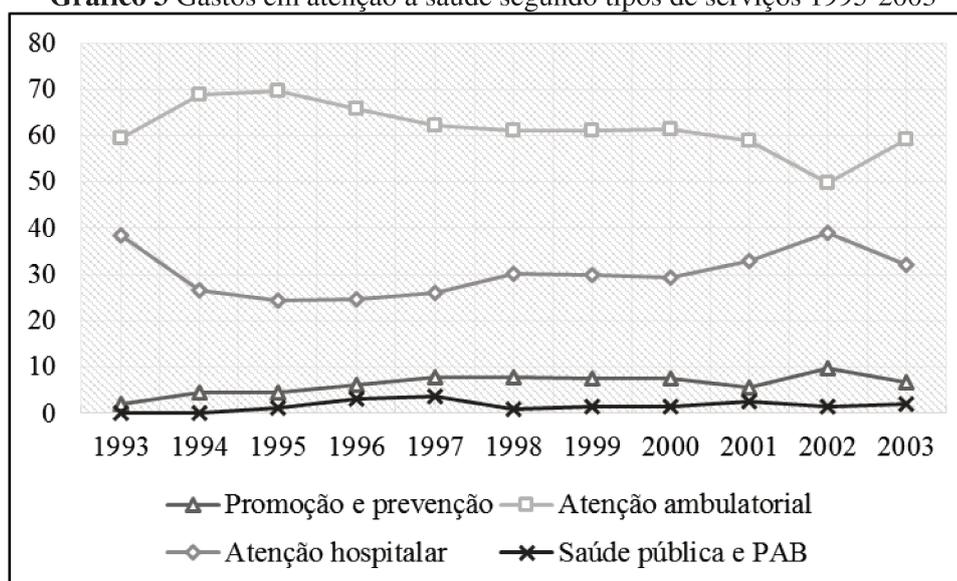
Gráfico 3, é possível observar os gastos em saúde segundo os exemplos de serviços prestados e de acordo com os tipos de IPS durante o período de 1995 a 2003. Os serviços de promoção e prevenção em conjunto com saúde pública e PAB apresentaram as menores proporções de gastos, comprovando o desinteresse da iniciativa privada e do poder público de estabelecerem políticas de saúde voltadas para APS. Os gastos em atenção hospitalar foram marcados por grande elevação durante o período analisado, partindo de 24,5%, em 1995, para 32,2%, em 2003, um aumento de 7,7%. Finalmente, os gastos em atenção ambulatorial sofreram quedas progressivas durante o período, porém ainda apresentaram as maiores proporções dos gastos totais em saúde, quando 59,3% foram destinados à atenção ambulatorial em 2003.

**Tabela 7** Gastos em atenção à saúde segundo tipos de serviços e tipos de prestadores 1995-2003

Categories	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>I. Segundo tipos de serviços</b>									
Promoção e prevenção	4,4	6,3	7,8	7,8	7,5	7,5	5,6	9,8	6,7
Atenção ambulatorial	69,7	65,7	62,3	61,1	61,1	61,5	59	49,8	59,3
Atenção hospitalar	24,5	24,8	26,1	30,2	29,9	29,4	32,9	39	32,2
Subtotal	98,7	96,8	96,3	99,2	98,4	98,4	97,5	98,5	98,1
Saúde pública e PAB	1,3	3,2	3,7	0,8	1,6	1,6	2,5	1,5	1,9
<b>Total</b>	<b>100</b>								
<b>II. Segundo tipos de IPS</b>									
Públicas	-	-	-	-	-	43,1	39	42,4	41,5
Privadas	-	-	-	-	-	56,9	61	57,6	58,5
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Gasto em atenção à saúde /GTS* (%)</b>	<b>79,1</b>	<b>60,4</b>	<b>64,2</b>	<b>66,1</b>	<b>67,5</b>	<b>69,9</b>	<b>69,7</b>	<b>67,4</b>	<b>64,7</b>

Fonte: Adaptado de Barón G, Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003, 2007, p.123.

\*GTS: Gastos Totais em Saúde.

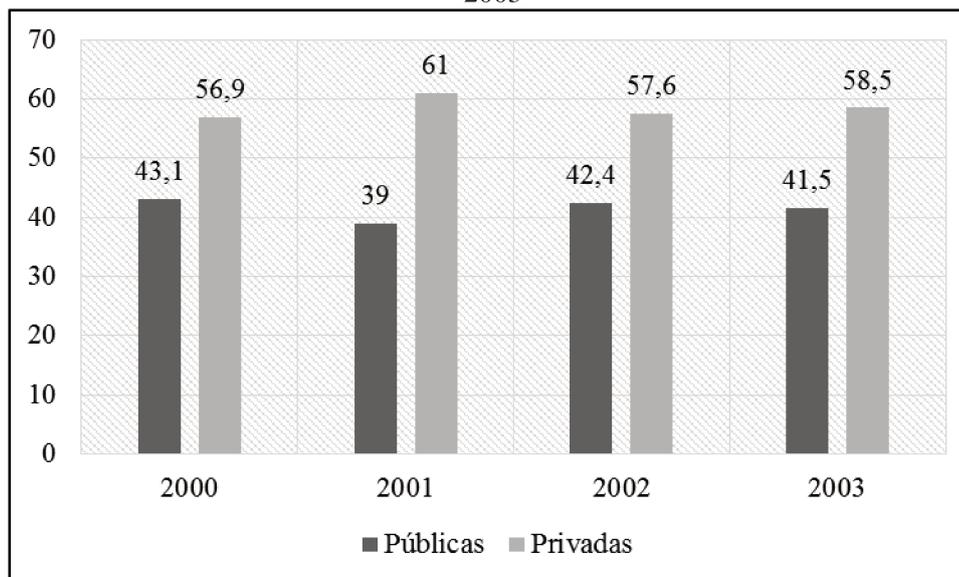
**Gráfico 3** Gastos em atenção à saúde segundo tipos de serviços 1995-2003

Fonte: Adaptado Barón G, Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003, 2007, p.123.

O Gráfico 4 retrata o crescimento dos gastos nos diferentes serviços prestados pelas IPS públicas e privadas. Em todo o período, as IPS privadas realizaram mais da metade dos

gastos, das IPS públicas. Podemos concluir que com a aprovação da Lei 100, o Estado colombiano passou de provedor de serviços de saúde para mero regulador das atividades privadas. Um Estado mínimo foi implementado na Colômbia com o ideário neoliberal de reformas econômicas, e nas políticas sociais, em última instância, reorganizou suas ações em nome da economia de mercado.

**Gráfico 4** Proporção dos gastos em serviços de atenção à saúde para IPS públicas e privadas 2000-2003



**Fonte:** Adaptado de Barón G, Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003, 2007, p.123.

A década de 1990 é caracterizada ainda por crises econômicas, políticas e pela ascensão das FARC e do Exército do Povo (EP) no território colombiano. Segundo Enciso (2001), a fase de crescimento econômico, de 1992-1994, foi marcada pelo crescimento da dívida interna e externa. Mesmo com as privatizações em marcha, a dívida externa continuou crescente. No âmbito interno, empresas se endividaram com o aumento do crédito barato, fomentado pela política monetária de sobrevalorização da moeda local. Logo em 1995, foi realizada uma política econômica mais restritiva, o fim do *boom* econômico revelaria uma Colômbia vulnerável, com baixas taxas de crescimento econômico e com setores, como o da construção civil, em crise, além de o próprio sistema financeiro ficar debilitado.

Sobre o avanço dos paramilitares no território colombiano, Barbosa (2002) salienta:

Na Colômbia, mergulhada em uma cruenta guerra civil havia mais de 40 anos, os guerrilheiros das FARC e EP controlavam, desde 1997 pelo menos, mais de 622 das 1.071 municipalidades, ou seja, quase a metade do território nacional. A escalada de violência no interior, promovida pelos paramilitares, as FARC-EP e o exército, compeliu mais de 700.000 pessoas a abandonar seus lares, nos últimos anos, elevando para mais de 1,5 milhão o total de

refugiados, número muito superior ao de albaneses étnicos que fugiram de Kosovo e o terceiro do mundo, depois dos refugiados do Sudão e de Angola (BARBOSA, 2002, p.143).

Ao contexto de crise interna, derivada dos conflitos bélicos e de uma economia fragilizada, somaram-se, do ambiente externo, as crises econômicas da Ásia e da Rússia, de 1998. A Colômbia sofreu um forte choque externo. Segundo Ensiso (2001), a deterioração das contas externas foi acompanhada pela forte desvalorização do peso colombiano, gerando uma forte saída de capitais do sistema financeiro, além dos ataques especulativos sobre a moeda colombiana. Ao final de 1999, o país afundou na pior recessão econômica de sua história. O desemprego alcançou, em 1999, a taxa de 19,4%, e a pobreza atingiu 27,83% da população em 2000. A Tabela 8 demonstra alguns dados do período.

**Tabela 8** Crescimento do PIB, desemprego e pobreza 1993-2000 (em porcentagem)

Anos	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Média
<b>PIB</b>	5,7	5,1	5,2	2,1	3,4	0,6	-4,2	2,9	2,6
<b>Desemprego</b>	8,6	8,9	8,8	11,2	12,4	15,3	19,4	17,3	12,7
<b>Pobreza</b>	-	-	-	18,82	-	-	23,53	27,83	23,4

Fonte: CEPALSTAT, 2015.

Por meio do Ato Legislativo 012, de 2000, e da Lei 715, de 2001, o ajuste econômico e as políticas sociais – em especial de educação e saúde –, iriam passar por uma nova guinada ao neoliberalismo. A Colômbia, ao apresentar um cenário econômico pior em 1990, firmou um acordo com o FMI, em 1999, por empréstimos. Para a aprovação do empréstimo, metas de transferências entre os entes federativos deveriam ser fixadas durante os três anos seguintes, e uma proposta de mudança constitucional deveria ser aprovada para tanto (ENCISO, 2001).

O Ato Legislativo 012, de 2000, modificou as barreiras para a aprovação das metas econômicas, além de determinar que as transferências diretas governamentais para os municípios colombianos passassem a operar segundo o crescimento do PIB, em conjunto com a inflação e os impostos. De acordo com Jaramillo (2000, *apud* Castro, 2003), com a modificação dos artigos que estabeleciam as transferências diretas aos municípios, o Estado reduziu em milhões seu gasto social, limitando o número de usuários do SGSSS e também o ingresso de alunos para as instituições públicas de ensino.

Segundo Castro (2003), com a aprovação das mudanças constitucionais, a Lei 715, de 2001, alterou as transferências de recursos e as competências das entidades públicas. Por

meio dessa lei, a Superintendência Nacional de Saúde (SNS) ficou responsável pela administração dos planos subsidiados de saúde. Houve também uma nova distribuição de funções entre os entes federativos. De acordo com a nova lei, coube ao Governo planejar, formular e controlar as normas políticas e os planos gerais de saúde. Os Departamentos ficaram incumbidos de adotar, realizar e executar as políticas de saúde pública fomentadas pelo Governo. Aos municípios, o cumprimento dos serviços públicos, como a atenção básica, anteriormente realizados por empresas privadas. O

Quadro 6 demonstra, resumidamente, as principais competências de cada esfera administrativa após a aprovação da lei (COLOMBIA, 2001).

**Quadro 6** Competências das esferas administrativas após a Lei 715 de 2001

<b>Governo Central</b>	<b>Departamentos</b>	<b>Municípios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulação de políticas de saúde de âmbito nacional.</li> <li>• Regulação e orientação estratégica.</li> <li>• Administração financeira dos planos de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Execução das políticas de prestação dos serviços de saúde formulados pela Nação.</li> <li>• Organização e administração dos hospitais públicos.</li> <li>• Coordenação dos sistemas de referência pública e privada.</li> <li>• Regulação e administração de contratos</li> <li>• Prestação dos serviços de atenção secundária e terciária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de serviços de APS ao regime subsidiado.</li> <li>• Identificação e seleção de beneficiários ao regime subsidiado.</li> <li>• Fortalecimento e promoção ao regime contributivo.</li> </ul>

**Fonte:** Lei 715, Colômbia, 2007.

Se por um lado os municípios colombianos saíram fortalecidos com o protagonismo da implementação das ações de saúde, por outro, o ajuste econômico privou as entidades públicas de ampliar suas capacidades de gerenciamento da APS, com baixos investimentos em recursos humanos e na própria infraestrutura. Como complementa Castro (2003), em uma última análise, a Colômbia não apresentou, até o começo da década de 2000, uma legislação que acompanhasse de perto a situação econômica de sua população – o estabelecimento de copagamentos e a segmentação dos serviços – e também não proporcionou uma política de saúde condizente com os problemas enfrentados pela maior parte dos seus cidadãos.

Alguns reflexos da crise econômica da década de 1990 podem ser observados no setor da saúde, dentre alguns, o destaque ficou com a medida audaciosa do Governo Gaviria, de transformar os hospitais públicos em empresas privadas. Anteriormente financiadas por recursos públicos, essas instituições de saúde foram obrigadas a se enquadrar no modelo de concorrência, recebendo por seus serviços, por meio das EPS. Gómez (2009) explica que

diversos problemas foram criados a partir desta nova relação, o principal deles foi uma crise de sustentação financeira dos hospitais, pois, a morosidade dos pagamentos feitos pelas EPS – alegando insuficiência de pagamento frente aos problemas econômicos enfrentados, e pela incapacidade do Estado em fornecer uma atividade regulatória concisa a estes problemas econômicos, provocou uma derrocada do sistema de atendimento da rede de atenção terciária em nível nacional.

### 3.2. Avanços para a “cobertura universal”

Como observado anteriormente, dez anos após a aprovação da Lei 100, de 1993, o SGSSS ainda não apresentava os efeitos pujantes esperados pelas propostas neoliberais para a área da saúde. O avanço mínimo da cobertura universal – restringindo-se, sobretudo, ao Regime Contributivo (RC) e a persistente inequidade ao acesso aos serviços de saúde foram apontados por inúmeros autores, tais como: (Restrepo, 2007; Gómez, 2009; Guerrero et al., 2011; e Hernández, 2010), como temas centrais para que novas reformas fossem postas em prática durante toda a década de 2000. Aqui, tomamos como exemplo as Leis 1122, de 2007, e 1138, de 2011, por reformarem a Lei 100, de 1993.

Cabe destacar que este período é marcado pela eleição do então candidato do Partido Centro Democrático, Álvaro Uribe Vélez (2002-2010), cujo programa de governo, de acordo com Gómez (2009), foi amplamente respaldado por setores da população que demandavam maiores ações de segurança e de ordem pública, dialogando maximamente com o então presidente dos Estados Unidos, George W. Bush (2001-2009), fomentando ações bilaterais entre os dois países, envolvendo a segurança pública contra as FARC e demais grupos narcotraficantes.

Uribe foi um dos principais defensores da Lei 100. Na esfera social, propôs medidas ainda mais restritivas de gastos, priorizando uma série de privatizações, cumprindo assim as recomendações e os compromissos assumidos frente aos organismos internacionais. As privatizações dos hospitais públicos foram ampliadas, e houve um aprofundamento do RS com o aumento dos subsídios, a fusão do Ministério da Saúde com o Ministério do Trabalho, além da volta de Juan Luis Londoño ao Ministério da Saúde. Segundo Gómez (2009), Londoño assumiu o Ministério com a missão de “corrigir os vícios” da Lei 100.

A gestão Londoño no Ministério da Saúde é marcada por sua posição contrária as EPS públicas, vistas pelo Ministro como amplamente ineficientes. De acordo com Londoño (2005, *apud* Gómez, 2009): era necessário iniciar “um processo de integração, fusão e liquidação destas entidades para reorganizar o sistema”<sup>37</sup>. As limitações financeiras impostas pela recessão econômica anterior, e a carência de importantes mudanças liberais para o setor da saúde, , por exemplo, os benefícios trazidos pela gestão privada e as competências mercadológicas da gestão, foram novamente debatidos em um documento fomentado pela parceira entre o Ministério da Saúde e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), apresentados pelo Programa de Apoio a Reforma (GÓMEZ, 2009).

---

<sup>37</sup> “un proceso de integración, fusión y liquidación de estas entidades para reorganizar el sistema”.

A morte do Ministro Londoño, em fevereiro de 2003, em um acidente aéreo, não diminuiu o ímpeto das reformas. As estratégias fomentadas foram seguidas pelo seu substituto, Diego Palacio Betancourt (2003-2010), quando foi realizada a Lei 1122, de 2007 (GÓMEZ, 2009).

De acordo com Restrepo (2007), o Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde deu lugar a Comissão de Regulação em Saúde (CRES), que foi, sem dúvida, a principal modificação administrativa do SGSSS, implementada pela Lei 1122, de 2007. Anteriormente o Conselho não possuía recursos técnicos e econômicos, tampouco, personalidade jurídica para fomentar modificações acerca das políticas públicas de saúde. Com a criação da CRES, houve um alargamento das funções do Estado, permitindo que esse organismo contasse com o apoio técnico e econômico do próprio Ministério da Saúde.

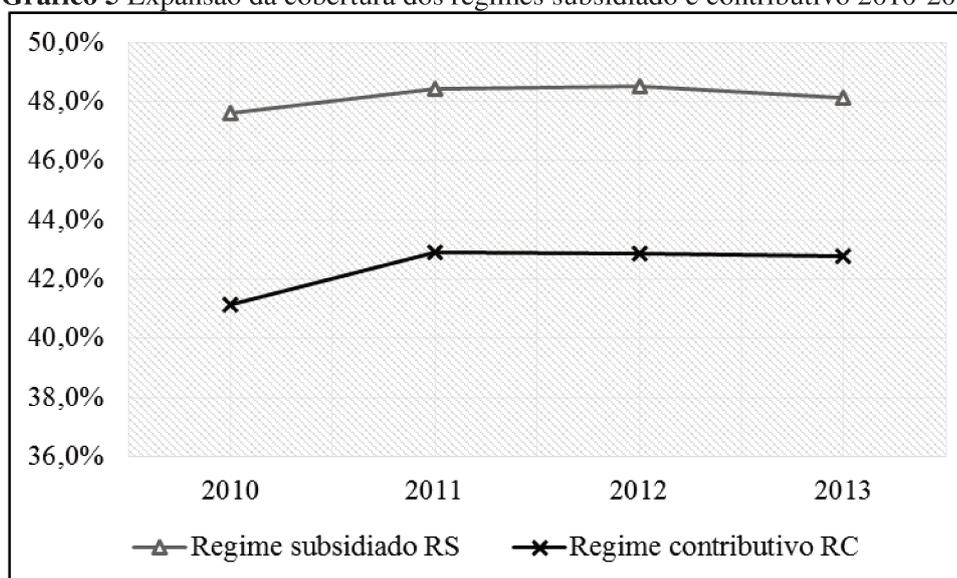
No que tange ao financiamento do SGSSS, novas regulamentações foram criadas através da Lei 1122, entre elas, o incremento da cotização ao RC por parte dos trabalhadores do mercado formal e independentes que ganhavam acima de um salário mínimo. Desta forma, a alíquota passou de 12% para 12,5%, contribuindo os trabalhadores com 4% e os empresários, com 8,5%. A soma dos novos recursos foi utilizada para financiar e ampliar o número de usuários do Regime Subsidiado (RS). O Governo e os departamentos também ampliaram seus recursos destinados ao RS, contudo, como afirma Restrepo (2007), mesmo com o aumento dos aportes governamentais, o RS continuaria sendo financiado amplamente pelas contribuições trabalhistas e empresariais.

De acordo com o Quadro 7 e o Gráfico 5, podemos observar o crescimento da cobertura do SGSSS para o período recente. De fato, a cobertura expandiu para aproximadamente 96% da população. Ainda de acordo com os dados extraídos do *Informe de Actividades* 2010-2014 y 2013-2014 do MSPS (2014), com 48,1%, o RS representava a maior cobertura, seguido pelo RC e pelo RE, com 42,8% e 5,1% respectivamente.

**Quadro 7** Cobertura do SGSSS em todos os regimes de financiamento 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Regime subsidiado RS	21.665.210	22.295.165	22.605.295	22.669.543
Regime contributivo RC	18.723.118	19.756.257	19.957.739	20.150.266
Regime especial RE	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.402.307
Sem cobertura	2.773.830	1.645.753	1.671.363	1.898.973
Total populacional	45.509.584	46.044.601	46.581.823	47.121.089
	2010	2011	2012	2013
Regime subsidiado RS	47,6%	48,4%	48,5%	48,1%
Regime contributivo RC	41,1%	42,9%	42,8%	42,8%
Regime especial RE	5,2%	5,1%	5,0%	5,1%
Sem cobertura	6,1%	3,6%	3,6%	4,0%

Fonte: Adaptado de Informe de Actividades 2010-2014 y 2013-2014, 2014, p.13.

**Gráfico 5** Expansão da cobertura dos regimes subsidiado e contributivo 2010-2013

Fonte: Elaboração própria a partir do Informe de Actividades 2010-2014 y 2013-2014, 2014, p.13.

Segundo Arévalo- Hernández (2012), as medidas tomadas pela aprovação da Lei 1122, sobretudo com a criação da CRES, e de uma maior regulamentação dos serviços privados, garantiram o fortalecimento de ações de promoção e prevenção à saúde. Houve então a substituição do Plano de Atenção Básica (PAB) pelo Plano Nacional de Saúde Pública (PNSP). O PNSP contou com a incorporação de prioridades, objetivos, metas e estratégias para à APS e

para as ações coletivas dirigidas a determinados públicos, como, por exemplo, os grupos indígenas.

A meta irreal instituída pela Lei 100, de 1993, de que a universalidade do acesso deveria ser estabelecida até 2000, nunca foi alcançada. Ante o fracasso, o Governo procurou, por meio da Lei 1122, estimular a cobertura universal, ao incrementar os recursos financeiros ao RS. Contudo, o fortalecimento do regime não obrigatoriamente melhorou a inequidade ao acesso. Como afirma Martínez-Martín (2014), o direito à saúde passou a ser compreendido como um simples acesso aos serviços essenciais, tornando a equidade limitada, e criando um vácuo persistente entre os distintos grupos socioeconômicos foi formalmente estabelecido pela Lei 1122.

A Lei 1122 nunca incluiu em suas metas a igualdade entre os planos de saúde dos cidadãos que poderiam arcar com as despesas e os demais sem a capacidade de pagamento. Esta foi uma das principais prerrogativas para que, em 2008, um evento paradigmático contribuísse para influenciar o debate acerca do direito à saúde na Colômbia e reascender a discussão da equidade ao acesso aos serviços de saúde. A Corte Constitucional da República da Colômbia realizou através da Sentença T-760/2008, um ultimato ao Governo do então Presidente Álvaro Uribe. Segundo Souza (2010):

Foram selecionados vinte e dois casos de tutela com o propósito de se ter uma amostra mais compreensível possível sobre as causas das demandas judiciais envolvendo o direito à saúde na Colômbia. Foram constatados problemas estruturais no Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde, gerados principalmente por falhas de regulação [...] (SOUZA, 2010, p.194).

Foi também constatado que as próprias EPS recusavam tratamento aos seus usuários, negando-se assim o direito à saúde, estabelecido na própria Constituição de 1991. A corrupção também esteve presente na Sentença: diversos casos foram relatados em que as EPS fraudavam resultados e inflavam seus números de atendimento com a finalidade de conseguir maiores recursos do FOSYGA. De acordo com Souza (2010), a Corte Constitucional da Colômbia compreendeu que o princípio da igualdade foi afrontado pela diferenciação do acesso aos serviços de saúde disponibilizados aos menores do RS em comparação com os menores do RC. Em suas palavras:

Com efeito, a Corte Constitucional colombiana se posicionou no sentido de declarar inconstitucional a omissão estatal compreendida num lapso de quinze anos, desde a edição da Lei 100, de 1993, sem que aja qualquer esforço governamental em direção à superação da desigualdade entre o plano subsidiado e o contributivo, que prejudica, de forma mais intensa, os menores

de idade. Para a consecução de tal objetivo, foi ordenada a ordem vigésima segunda para que, em não havendo a igualização dos dois regimes de assistência de saúde entre as crianças, nomeadamente para que o direito à saúde não seja mais desconhecido para os menores cobertos pelo plano subsidiado, a Comissão de Regulação em Saúde deverá unificar os planos de benefícios, contributivo e subsidiado (SOUZA, 2010, p.199).

Foram estabelecidos prazos e metas para o Estado colombiano garantir o direito à saúde. Segundo Gianella-Malca et al. (2009), podemos elencar três pontos principais: 1) unificação dos POS e POS-S até 2010. No caso dos planos destinados aos menores, o prazo seria até 01 de outubro de 2009; 2) cobertura universal dos serviços, que deveria ser alcançada até janeiro de 2010; e 3) transparência na determinação do POS, assim como informações acerca das EPS e IPS até 01 de junho de 2009.

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

Esse imbróglio jurídico não apresentou solução, sendo que ainda hoje a participação social nos delineamentos do SGSSS e o direito à saúde na Colômbia estão na agenda da sociedade civil e dos grandes movimentos sociais. Como afirma Borrero-Ramírez e Echeverry-López (2014), os movimentos sociais ganharam destaque da mídia com o debate acerca das privatizações da rede pública de saúde, especialmente dos hospitais, e da inequidade do acesso aos serviços de saúde, em conjunto com os fortes críticas ao modelo de proteção social desenvolvido na Colômbia. Além disso, há um empoderamento de novos atores sociais, os quais buscam soluções, também, para novas demandas sociais.

### 3.2.1 A política da saúde pública colombiana

Segundo Calderón et al. (2011), podemos descrever o processo de implementação da saúde pública na Colômbia em três fases bem diferenciadas. A primeira fase (1993-2000), corresponde ao surgimento do SGSSS através da Lei 100, de 1993, quando houve a descentralização dos serviços de saúde, criando um ambiente econômico viável de transferências entre os municípios e Departamentos. Coube a cada uma das Entidades Territoriais a incumbência de gerir seus próprios planos e estratégias de promoção e prevenção à saúde. Como visto no subitem 1.1.2 deste capítulo, os dados apresentados demonstram uma piora no quadro geral do estado de saúde da população colombiana, inclusive com o desmantelamento de ações e programas fomentados pelo antigo SNS.

A segunda fase (2001-2006) é marcada pela aprovação da Lei 715 de 2001, quando novamente foram reformadas as distribuições dos recursos entre o Governo Nacional e os municípios. Como foi mencionado anteriormente, esta lei diminuiu os recursos destinados aos serviços públicos de saúde, assim como das ações de promoção e prevenção. De acordo com Calderón et al. (2011), esta fase foi responsável por garantir maiores poderes de regulação aos municípios e Departamentos, colaborando em última instância para uma melhora dos indicadores de saúde pública.

Finalmente, a terceira fase iniciou-se com a Lei 1122, de 2007, e com ela a substituição do antigo PAB pelo PNSP. Ainda no campo jurídico, a Lei 1438, de 2011, transformou o PNSP na principal estratégia de saúde pública para os próximos 10 anos. O plano reivindicou, pela primeira vez, o papel da APS como política nacional

Recentemente, diversos trabalhos estão surgindo para analisar a APS na Colômbia, difundindo seu impacto em diferentes municípios e Departamentos. O trabalho de Rodríguez-Villamizar et al. (2012) demonstra o desempenho dos serviços públicos em saúde em seis municípios rurais do Departamento de Santander, com a aplicação de entrevistas semiestruturadas com usuários, profissionais da saúde e atores-chave da implementação da APS. Os autores percorreram três municípios com maiores indicadores de desenvolvimento e três com os menores, foram feitas estatísticas de mensuração dos resultados obtidos. A conclusão do trabalho é que os municípios que apresentavam os maiores índices de desenvolvimento humano também são aqueles onde a APS apresentou os melhores resultados, o contrário foi constatado nos municípios menos desenvolvidos. Porém, a conclusão ressalta que mesmo nos municípios onde a APS foi integrada como política de saúde principal, os indicadores de acesso, a orientação familiar para temas específicos, como a orientação sexual e

a alimentação saudável, não apresentaram diferenças quando comparado aos *scores* dos municípios menos desenvolvidos.

De acordo com Rodríguez-Villamizar et al. (2012), possíveis explicações para a dificuldade de imersão desses temas na saúde pública colombiana advêm do modelo implementado no país, ou seja, sua segmentação institucional e a fragmentação de atividades em inúmeras prestadoras de serviços, fazem com que o modelo siga rigidamente o cumprimento de contratos e planos de saúde privados/individuais entre as EPS e usuários, não privilegiando estratégias e ações da APS. Nas palavras dos autores:

Em conclusão, nosso estudo mostra que, de maneira similar, como ocorre em populações urbanas, os atributos de acesso, enfoque familiar e orientação comunitária são os que apresentam maiores problemas para seu completo desenvolvimento no processo de implementação da APS em populações predominantemente rurais. Estes resultados sugerem que os fatores de contexto, no caso colombiano, muito influenciados por um sistema de saúde baseado no mercado, supõem barreiras para o pleno desenvolvimento integral da APS (Rodríguez-Villamizar et al., 2012, p.193) (tradução nossa).<sup>38</sup>

Em Bogotá, capital colombiana, outro estudo, com metodologia similar, foi desenvolvido por Mosquera et al. (2013), no qual os autores avaliaram o programa de *Salud a su Casa*, que tem por objetivo transformar a APS em estratégia principal de saúde pública entre as famílias adstritas e as redes clínicas e hospitalares ofertadas. A metodologia inicial foi a aplicação de questionários junto aos usuários, profissionais da saúde e gestores da rede pública onde o programa foi implementado. Posteriormente, foram feitas as mesmas questões para o mesmo público-alvo do sistema privado.

Os resultados apresentados demonstraram que o programa *Salud a su Casa* pode ser considerado como um mecanismo de ascensão para APS, contudo os mesmos problemas apresentados pelo trabalho de Rodríguez-Villamizar et al. (2012) foram diagnosticados neste estudo, ou seja, o acesso aos serviços e ações de saúde, em conjunto com as orientações para as famílias, não foi bem avaliado, tanto pelos usuários da rede pública como também pelos da rede privada. Os profissionais de saúde também apresentaram os mesmos problemas, contudo na avaliação deles, existe uma carência de programas e incentivos para treinamentos e atualização profissional.

---

<sup>38</sup> En conclusión, nuestro estudio muestra que de manera similar a como ocurre en poblaciones urbanas, los atributos de acceso, enfoque familiar y orientación comunitaria son los que presentan más problemas para su completo desarrollo en el proceso de implementación de la APS en poblaciones de predominio rural. Estos hallazgos sugieren que los factores de contexto, en el caso colombiano muy influenciados por un sistema de salud basado en el mercado, suponen barreras para el pleno desarrollo de una APS integral

Os recursos financeiros destinados para a APS foram criticados pelos gestores públicos e privados como insuficientes para a implementação correta desta estratégia. De acordo com Mosquera et al. (2013), esta passagem ilustra que esforços adicionais devem ser levados em conta para a total implementação da APS em um contexto com pouca viabilidade econômica e política.

O Quadro 8 abaixo demonstra, resumidamente, como se dá a organização e a prestação de serviços para APS na Colômbia. Logo se compreende que a APS não está fortalecida no país colombiano. A segmentação do modelo pode ser notada pelo número de serviços e ações prestadas pelos diferentes atores, dentre os principais estão as EPS privadas e as Entidades Territoriais.

**Quadro 8** Organização e prestação da APS na Colômbia 2014

Dimensões da APS	
Características de denominação do modelo de atenção	<p>A APS não possui um modelo ou estratégia única, existem três enfoques principais:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ações individuais, biomédicas e assistências, realizadas pela administração privada a cargo das EPS.</li> <li>2. Ações coletivas de saúde pública, centralizadas na promoção e prevenção à saúde e às enfermidades, administradas pelas Entidades Territoriais (municípios e Departamentos).</li> <li>3. Ações interculturais, exercidas em conjunto com os povos locais e com a medicina científica.</li> </ol>
Principais unidades de atendimento da APS	<p>As unidades estão concentradas tanto no primeiro nível de atenção como no de alta complexidade, devido ao fato da APS estar organizada e administrada pelas EPS, pelas Entidades Territoriais e comunidades indígenas, tomando-se diversas formas organizativas, porém, geralmente, as unidades combinam centros tradicionais de atenção básica com equipes de saúde.</p>
Formação das equipes da APS	<p>As equipes de saúde estão organizadas em dois segmentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipes básicas (criadas a partir da Lei 1438, de 2011).</li> <li>2. Equipes de apoio ou complementares (criadas por algumas Entidades Territoriais, de acordo com seus recursos).</li> </ol>
População adstrita pelas equipes	<p>Não existem parâmetros unificados, dependendo exclusivamente de como cada unidade realiza sua APS.</p>

Fonte: Adaptado de ISAGS, 2014, p.220.

Em conjunto com o trabalho de Blanco-Santamaria (2012), podemos destacar que a implementação da APS na Colômbia é seletiva, ou seja, é realizada através de programas desarticulados, as condições de saúde e sociais são descontextualizadas, focando-se na enfermidade individual de cada cidadão, privilegiando estratégias de cuidados hospitalocêntricos e, em última instância, desvirtuando a imagem da APS fomentada em Alma-Ata em 1978.

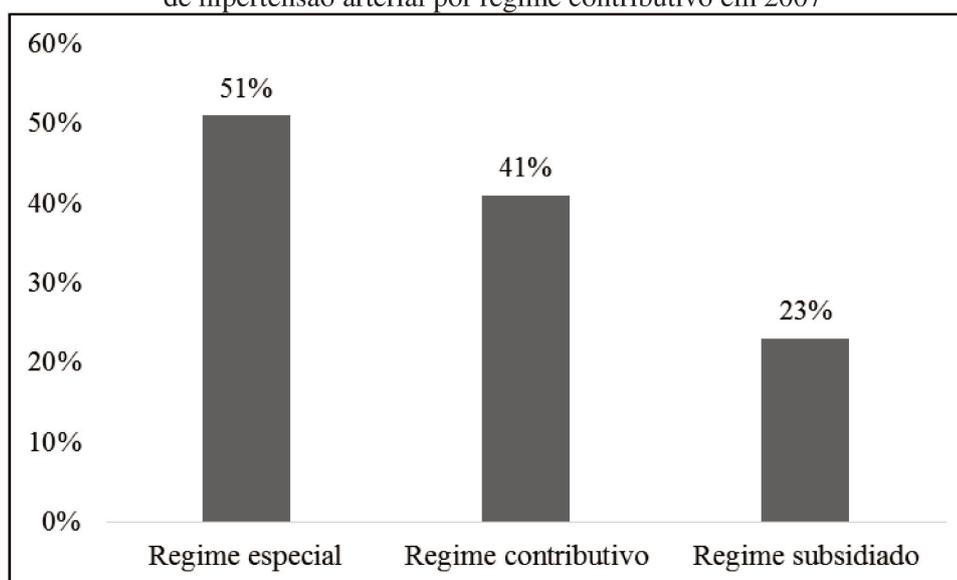
De acordo com Blanco-Santamaria (2012), a Colômbia jamais empreendeu exceto algumas experiências exitosas na capital Bogotá, esforços em busca de uma APS integral em seu território. A Lei 1438 tentou lograr novos caminhos para a implementação da APS, aprovando equipes básicas de saúde, contudo, estas equipes não são formadas por médicos, tampouco especialistas (enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, entre outros) de áreas correlatas à saúde. Esta preocupação é evidente, quando estudos comparados pelo autor concluem que equipes de saúde integradas por médicos e especialistas demonstram melhores resultados para a implementação da APS.

A própria lei aprovada não definiu novos parâmetros de regulação e gestão, ou seja, as próprias EPS iriam continuar a atuar administrativamente na APS, monopolizando as ações e estratégias em saúde pública. Segundo Blanco-Santamaria (2012), não existem motivações políticas e econômicas que fomentem um avanço da APS na Colômbia, suas ações são seletivas, com sucessos esporádicos em determinadas regiões mais desenvolvidas, colaborando para que não permaneça uma transformação social em nome do direito à saúde, ao empoderamento das comunidades e ao fortalecimento da APS integral.

### 3.3. Desafios para a equidade

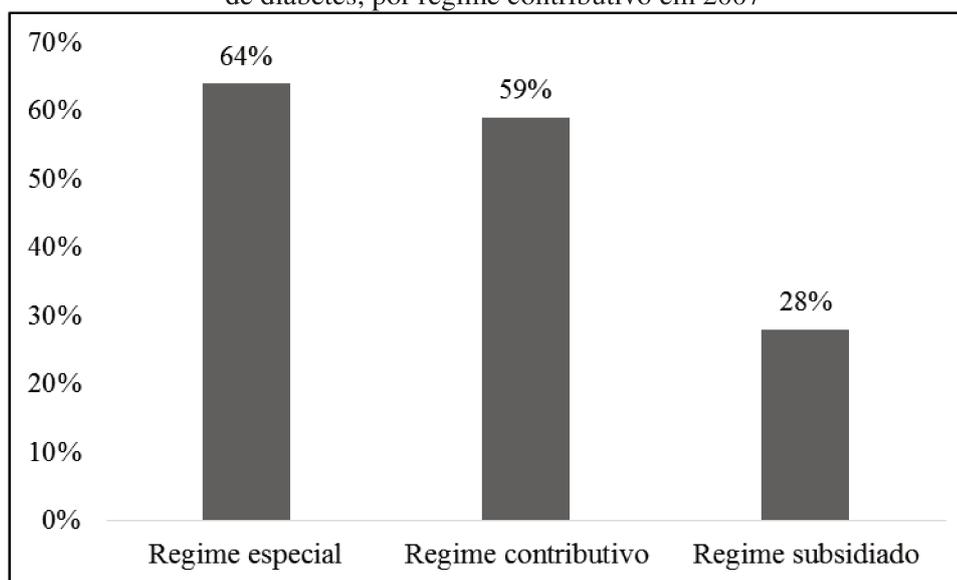
Mesmo que a cobertura se torne “universal”, ela não poderá ser analisada como uma fonte de equidade do acesso aos serviços de saúde primários, como visto anteriormente, muito menos em especialidades, como bem demonstra Martínez-Martín (2014), quando avalia a proporção dos diferentes regimes de financiamento quanto ao acesso às consultas médicas para controle da hipertensão e diabetes, realizadas em 2007. Enquanto 51% dos usuários do RE conseguiram, pelo menos, uma consulta médica para controle de hipertensão, a proporção cai para apenas 23% para os usuários do RS. O mesmo acontece quando são ponderadas as proporções para os usuários que conseguiram pelo menos uma consulta para o controle de diabetes. Novamente os usuários do RE são os que mais se utilizaram de serviços especializados, com 64%, frente aos apenas 28% de usuários do RS. Os Gráfico 6 e 7 apresentam estes dados.

**Gráfico 6** Proporção de usuários que realizaram pelo menos uma consulta especializada para controle de hipertensão arterial por regime contributivo em 2007



Fonte: Adaptado de Martínez-Martín, 2014, p.18.

**Gráfico 7** Proporção de usuários que realizaram pelo menos uma consulta especializada para controle de diabetes, por regime contributivo em 2007



Fonte: Adaptado de Martínez-Martín, 2014, p.18.

Em trabalho realizado entre 2003 e 2007 na capital Bogotá, Martínez-Martín (2012), demonstra as desigualdades de acesso aos serviços de saúde por condições econômicas e geográficas. De acordo com o autor, ao somar as ofertas de consultas médicas, as regiões mais pobres e mais habitadas da Capital (Usme e Bosa) contam com pouca disponibilidade desses serviços, o que sugere que os habitantes devam realizar suas consultas em outras localidades, gastando-se assim tempo e dinheiro para se obter acesso à saúde. São também observadas diferenças quanto à distribuição de equipamentos especializados (diagnóstico, terapia, médico-hospitalar etc.). As regiões mais ricas e urbanizadas – Chapinero, Tesaquillo e Usaquén – apresentam a melhor cobertura frente as mais pobres e rurais.

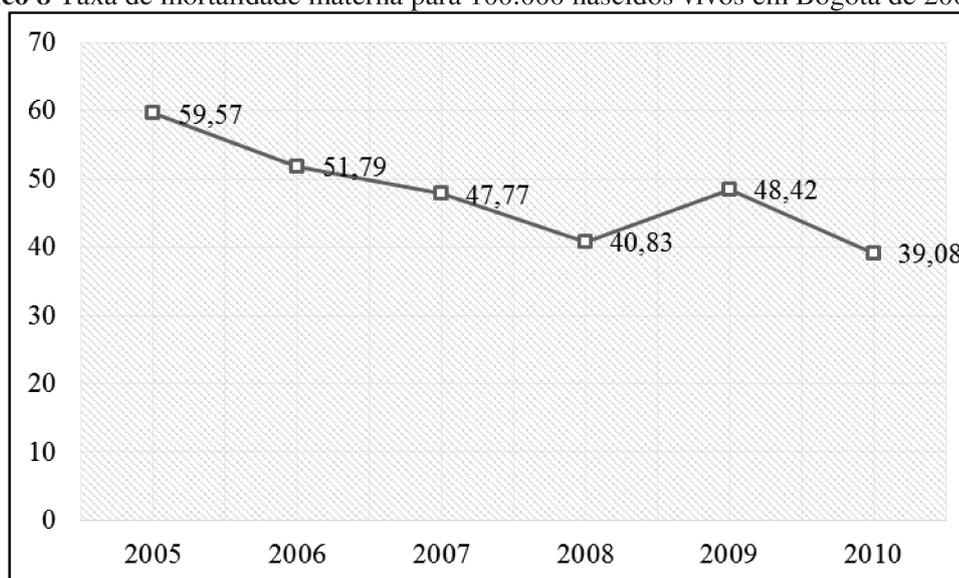
Quanto às diferenças entre os regimes, o autor reforça em sua avaliação que os usuários do RS são amplamente prejudicados quanto ao acesso aos serviços de saúde, provando mais uma vez – assim como mencionado anteriormente em seu estudo para a Colômbia que a “cobertura universal” não garantiu por si só a equidade de acesso, muito menos diminuiu as barreiras econômicas e sociais do sistema de saúde colombiano. Sob uma perspectiva legal, o direito à saúde está mais acessível àqueles cidadãos que podem arcar com suas necessidades através do mercado privado.

Os resultados ficam ainda piores quando se leva em conta o acesso à rede hospitalar. Novamente as regiões mais desenvolvidas ganham destaque sobre as mais pobres. Duas regiões são destacadas neste quesito, Los Martíres e Barrios Unidos, que segundo Martínez-Martín

(2012), usufruem da infraestrutura herdada do antigo ISS e das demais instituições públicas anteriores à aprovação da Lei 100. Novamente, as regiões que possuem maior número de habitantes, são desfavorecidas perante as regiões mais ricas e desenvolvidas.

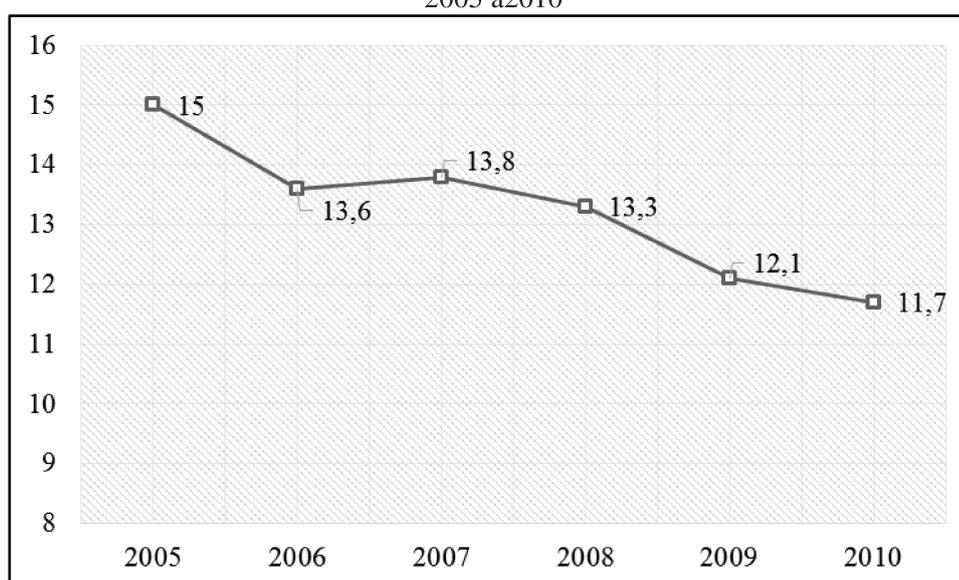
Avaliando a tendência das taxas de mortalidade infantil (em menores de 1 ano) e materna entre 2005 e 2011 e sua relação com os determinantes sociais, também para as regiões de Bogotá, Martínez-Martín e Hernández (2012) concluem que a Capital conseguiu alcançar as metas propostas no Plano Distrital de Desenvolvimento 2008-2012. Os Gráficos 8 e 9 demonstram, respectivamente, as taxas de mortalidade materna e infantil.

**Gráfico 8** Taxa de mortalidade materna para 100.000 nascidos vivos em Bogotá de 2005a2010



Fonte: Adaptado de Martínez-Martín e Hernández (2012, p.302).

**Gráfico 9** Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) para 100.000 nascidos vivos em Bogotá de 2005 a2010



Fonte: Adaptado de Martínez-Martín e Hernández (2012, p.313).

Quando comparamos a taxa de mortalidade infantil por doenças respiratórias, a inequidade entre os regimes é gritante. De acordo com os autores, no ano de 2005, a taxa no RS era de 1,95 para mil nascidos vivos, enquanto para o RC era de 1,05. Após cinco anos, a taxa foi reduzida em ambos os regimes, contudo aprofundou-se a diferença. Enquanto no RC houve uma queda de 0,5 para cada mil nascidos vivos, no mesmo período o RS apresentou uma taxa de 1,55, ou seja, no primeiro caso houve uma redução para a metade, enquanto no RS, a redução foi de apenas 20%. Esses resultados refletem de maneira clara as diferenças e a inequidade entre os regimes de financiamento no SGSSS.

A inequidade também está presente nas localidades Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Suba e Usme são apontadas por Martínez-Martín e Hernández (2012), como as regiões com piores taxas de mortalidade infantil e materna para o ano de 2010. Essas regiões também apresentam os maiores números de pobres e miseráveis. Os autores concluem que existe ampla correlação entre a pobreza e as taxas de mortalidade materna e infantil, não por acaso, uma vez que os mais afetados são usuários do RS, em que a inequidade de acesso aos serviços de saúde se mostra pior quando comparada ao RC.

Os resultados auferidos pelos trabalhos de Martínez-Martín (2012 e 2014) e Martínez-Martín e Álvarez (2012) demonstram quão profunda se encontra a inequidade de acesso aos serviços de saúde na capital Bogotá. Posteriormente estes resultados podem ser elevados para toda a Colômbia. Entretanto, estas contribuições vão além de apresentar a inequidade do SGSSS, pois reforçam a incapacidade do mercado em promover políticas públicas de saúde e de ser autorregulado, o que deixa clara a responsabilidade do Estado colombiano em realizar reformas que contornem estas péssimas situações geradas pela crença neoliberal.

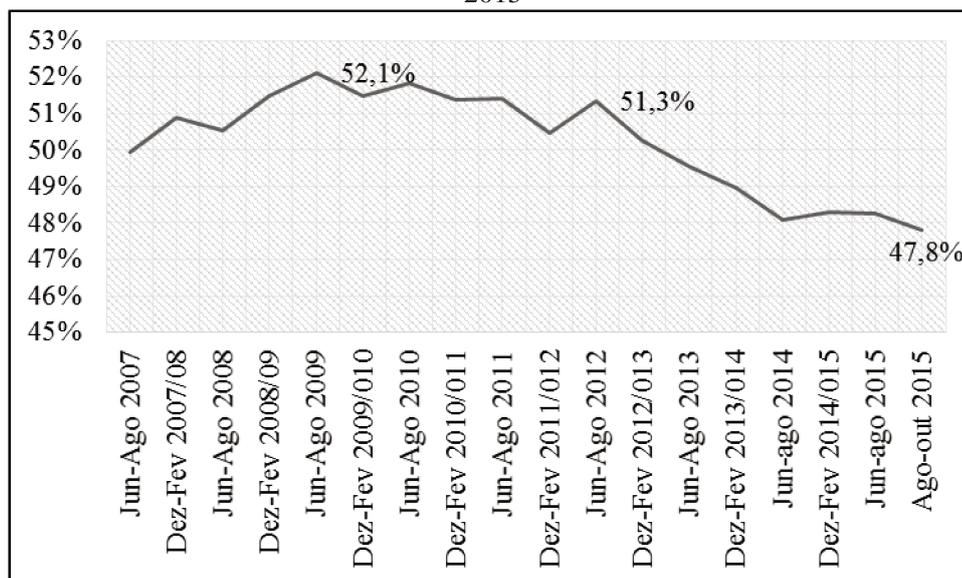
### **3.4. Desafios para o financiamento**

Por fim, devemos avaliar os desafios ao financiamento do SGSSS. De acordo com o estudo desenvolvido por Núñez et al. (2012), existe a possibilidade de que o financiamento do SGSSS entre em colapso nos próximos anos. Segundo a instituição, o financiamento do sistema de saúde deve ser avaliado em duas perspectivas: 1) a da informalidade e 2) a do crescimento econômico.

Sobre a informalidade, o trabalho de Núñez et al. (2012) demonstra que, para cada ponto percentual a mais na taxa de informalidade no mercado de trabalho colombiano, o RC deixa de arrecadar cerca de 328.000 milhões de pesos colombianos. Esse montante em 2012 representava cerca de 2,7% das contribuições realizadas pelos trabalhadores ao RC. Entretanto, não é apenas o RC que arca negativamente com a informalidade no mercado de trabalho, o RS também sofre duras consequências. Além do número de contribuições diminuir por causa do aumento da informalidade, a maioria dos trabalhadores informais estão cobertos pelo RS, aumentando-se o gasto para manter este regime em funcionamento. Os autores argumentam que para o ano de 2012, cada ponto percentual a mais para a informalidade deixaria de arrecadar ao RS a quantia estimada de 58.100 milhões de pesos colombianos, ou seja, 0,8% de toda sua contribuição para o ano de 2011.

A informalidade do mercado de trabalho colombiano pode ser vista no Gráfico 10 abaixo. Podemos observar a grande proporção de trabalhadores informais no mercado de trabalho, alcançando para o terceiro trimestre de 2015 a cifra de 47,8%. Mesmo em queda desde 2013 (51,3%), a grande informalidade é um retrato do risco do financiamento do SGSSS, baseado na seguridade social.

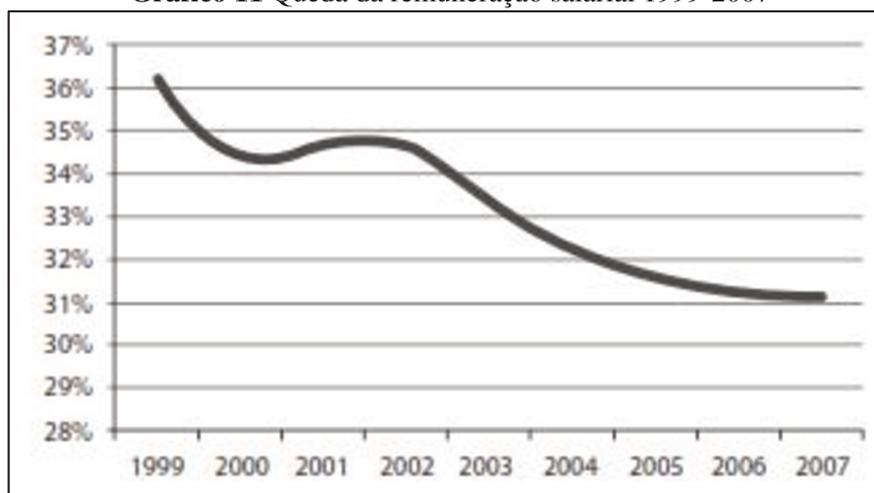
**Gráfico 10** Taxa de informalidade do mercado de trabalho colombiano de junho de 2007 a outubro de 2015



Fonte: Elaboração própria a partir de DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2015.

Não é apenas a informalidade que contribui para diminuir as contribuições ao SGSSS. Elaborado por Martínez-Martín et al. (2011), o Gráfico 12, abaixo, demonstra a queda progressiva das remunerações salariais entre 1999 e 2007. Segundo os autores, essa queda é fruto da flexibilização salarial, movimento que não acontece apenas na Colômbia, mas em todo o mundo a partir dos anos 1990 com a ascensão da globalização e a neoliberalização da economia mundial.

**Gráfico 11** Queda da remuneração salarial 1999-2007



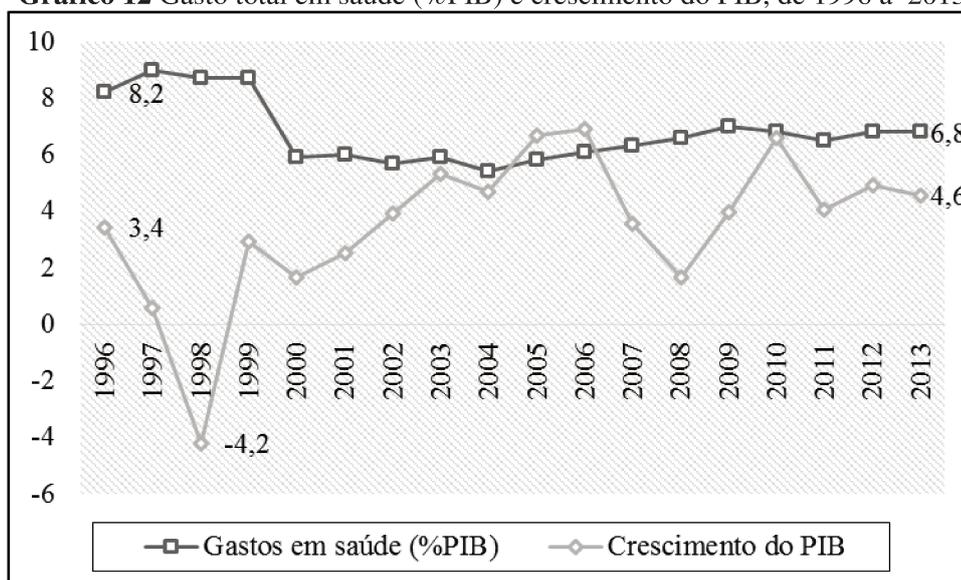
Fonte: Adaptado de Martínez-Martín et al. (2011, p.141).

A perspectiva de que o crescimento econômico contribua para o desenvolvimento do mercado de trabalho formal e, portanto, para a diminuição da informalidade em conjunto

com o crescimento da arrecadação ao SGSSS é uma aposta de Núñez et al. e também de Martínez-Martín et al. (2011).

O Gráfico 12 demonstra os gastos em saúde como proporção do PIB e o crescimento do PIB de 1996 até 2013. Os patamares de gastos em saúde estão estagnados em 6,8%, porcentagem igual à de dezessete anos atrás. Em contrapartida, o crescimento do PIB foi um crescente, embora não tenha sido revertido em maiores gastos com a saúde. Segundo Calderón et al. (2011), podemos sublinhar duas fases neste período. A primeira corresponde ao crescimento do RC, entre 1997 a 1999 em meio ao forte impacto da crise econômica, contudo o financiamento é sustentável durante o período. A segunda fase, de 2003 para frente, é composta pelo crescimento do RS e pela estabilização dos gastos em saúde, em um contexto de insustentabilidade financeira. Segundo cálculos realizados por Martínez-Martín et al. (2011), os subsídios ao RS cresceram apenas 0,12% do PIB, fruto das Leis 715 de 2001 e 1122 de 2007, quando prevaleceram as limitações de transferências entre os entes administrativos, prorrogadas até 2016. Este desequilíbrio durante o crescimento do RS é um dos principais riscos ao SGSSS.

**Gráfico 12** Gasto total em saúde (%PIB) e crescimento do PIB, de 1996 a 2013



Fonte: Celpalstat (2015).

Uma solução para o financiamento do SGSSS é proposta por Riveros-Pérez e Amado-González (2012). Os autores detectam que os problemas de financiamento podem ser encontrados através da inequidade do SGSSS, quando milhares de colombianos com capacidade de pagamento estão inseridos no RS, resultando em um modelo inapropriado de solidariedade ao financiamento. De acordo com os autores, a carga de impostos e contribuições

que devem financiar o SGSSS está inserida em uma pequena parcela da população, formada por trabalhadores do setor formal que ganham relativamente pouco e contribuem muito. O setor formal é pequeno, insuficiente para sustentar o modelo de seguridade social escolhido para financiar o SGSSS.

Ao final do estudo, os autores afirmam que o SGSSS é subfinanciado, necessitando de maiores recursos para sua sustentabilidade financeira, recomendando um aporte de recursos derivados da criação de impostos diretos e indiretos. Os impostos diretos seriam criados através da tributação da renda. De acordo com Riveros-Pérez e Amado-González (2012), a Colômbia apresentava para o ano de 2012 um índice de Gini de 0,59, um dos mais altos entre os países da América Latina. Dessa observação, a imposição de impostos diretos, incididos diretamente na renda, com o objetivo claro de dar sustentabilidade financeira ao SGSSS seria eficaz. Para os impostos indiretos, os autores sentenciam que sua margem de recolhimento é pequena, visto que ainda é ampla a informalidade no mercado de trabalho colombiano, contribuindo para a evasão fiscal. Além disso, os impostos indiretos recaem, sobretudo, sobre os mais pobres e desassistidos, fortalecendo a questão da desigualdade de renda e da regressiva carga tributária.

Partindo para uma análise sobre os custos administrativos exercidos pelas EPS, Gómez-Arias e Nieto (2014) reforçam o caráter da monopolização do mercado de saúde exercido por estas empresas. Dentre as regiões mais periféricas, em que a densidade populacional é pequena, as EPS efetuam contratos impositivos para as prestadoras de serviços, além de cooptarem as instituições de regulação, impondo altos custos administrativos. De acordo com o trabalho, os processos de regulação e atuação da Superintendência da Saúde (SNS) foram ampliados apenas recentemente, resultando em 2010 e 2013, na descoberta de fraudes por serviços cobrados, mas não prestados, somados ao superfaturamento de remédios que não constavam nos planos de seguros.

O resultado dessas falhas pode ser observado por meio da pressão exercida por organismos públicos, dentre eles a Corte Constitucional e a Defensoria Pública, sobre o Governo Nacional, em uma busca de uma reforma do SGSSS que aglutine os princípios do Estado de Direito, protegendo a saúde da sociedade e defendendo amplamente os interesses públicos acima dos particulares. Contudo, como afirma Gómez-Arias e Nieto (2014), o poder econômico e político das EPS são enormes, o que contribui para que novas reformas não toquem nos reais problemas de financiamento e equidade do SGSSS.

### 3.5. Conclusões do capítulo

As reformas dos sistemas de saúde respondem a diferentes concepções políticas, econômicas, sociais e culturais. Este capítulo tratou de analisar as reformas do sistema de saúde colombiano, o SGSSS, desde sua criação, através da Lei 100 de 1993, até o momento atual.

As reformas baseadas nos conceitos econômicos neoliberais não lograram avanços significativos na Colômbia, a ponto de solucionar os graves problemas da desigualdade e da inequidade ao acesso dos serviços de saúde, tampouco permitiram o desenvolvimento do direito à saúde, como prometido na Constituição de 1991.

Seguindo os pressupostos do Banco Mundial (BM) e, posteriormente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), o modelo de saúde colombiano trouxe em sua implementação elementos não adaptáveis à realidade nacional, em que predominam enormes desigualdades econômicas, sociais e culturais. A resolução desses inúmeros problemas não pode ser feita por meio de um modelo único, mas por várias ações que privilegiem, sobretudo, os princípios da universalidade e da equidade, ou seja, da cidadania plena assegurada pelo Estado.

A universalização dos Regimes Subsidiado e Contributivo não pode mais ser postergada, tampouco o Regime Subsidiado pode ser utilizado como "carta branca" pelo Estado colombiano, como pressuposto de ajuda aos pobres e remediados. Os dados dos vários autores selecionados e apresentados nesse trabalho, demonstram a insuficiência da tese da "cobertura universal em saúde" para ambos os regimes contributivos, uma vez que existem diferenças gritantes de acesso aos serviços de saúde entre um regime e outro.

A descentralização da saúde avançou com a implementação do SGSSS, sobretudo os serviços de saúde de níveis mais baixos, de complexidade, que são alocados para os municípios. Porém, não encontramos políticas de saúde pública, tampouco ações que fomentem o seu desenvolvimento no país como um todo. A Atenção Primária em Saúde (APS) integral, não é privilegiada pelos atores políticos, mesmo com a criação do Plano Nacional de Saúde Pública (PNSP) em 2007, o Estado colombiano não regulou as atividades das Empresas Promotoras da Saúde (EPS), deixando para a iniciativa privada a implementação de políticas de promoção e prevenção em saúde.

O desenvolvimento de um mercado autorregulado no setor saúde não apenas fomentou grandes diferenças entre os regimes contributivos, mas também fortaleceu as gigantescas EPS, formalizando um monopólio privado nas prestações de serviços de saúde, sobretudo nas regiões mais pobres do país. Em nome da quebra dos monopólios estatais, o setor

de saúde colombiano foi transformado em um dos mais rentáveis para a iniciativa privada. Ironicamente, os mesmos problemas de fragmentação financeira, a inequidade ao acesso, a baixa qualidade na prestação dos serviços de saúde, dentre outros herdados do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), não lograram melhores aspectos ainda hoje no SGSSS.

Ao Estado não coube, por meio da criação de agências reguladoras, a administração do SGSSS de forma plena, pelo contrário, apenas nos anos recentes os grandes conglomerados econômicos privados da saúde sofreram derrotas jurídicas e multas financeiras por gestões fraudulentas e corrupção envolvendo os fundos de financiamento do SGSSS.

O Estado não administrou, de forma plena, o SGSSS, por meio da criação de agências reguladoras, pelo contrário, apenas nos anos recentes, os grandes conglomerados econômicos privados da saúde sofreram derrotas jurídicas e multas financeiras por gestões fraudulentas e corrupção envolvendo os fundos de financiamento do SGSSS.

Existe uma carência de dados sobre o estado de saúde da população colombiana. Vários estudos consultados neste trabalho permitem afirmar que os números apresentados de forma oficial, pelo Governo Colombiano ou pelas EPS, não demonstram as reais condições de saúde dos seus cidadãos, muito menos, as reais condições financeiras do SGSSS.

Ainda sobre o financiamento do SGSSS, é necessária a criação de mecanismos que redistribuam os impostos e as contribuições de maneira harmônica ao longo da cadeia dos atores que integram o sistema. Privilegiar a criação de impostos diretos sobre a renda das classes mais altas pode ser uma boa iniciativa de financiamento, contudo novas pesquisas devem ser elaboradas empiricamente para que a contribuição não se esgote apenas em discursos vazios. Neste contexto de financiamento, fortalecer o mercado de trabalho formal é uma oportunidade única para que o sistema se torne sustentável em longo prazo, introduzindo, portanto, políticas que fomentem o aumento do poder aquisitivo salarial, melhorem a regulação e a vigilância sobre as atividades laborais e a legalização de trabalhos considerados informais, entre outras políticas públicas, que podem não apenas aglutinar melhorias significativas na vida de milhões de cidadãos colombianos, como também angariar esforços para o financiamento do SGSSS.

## Conclusão

Este trabalho teve como objetivo principal compreender as reformas, a organização, os avanços e os principais desafios que o atual Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) atravessa desde a sua implementação a partir da Lei 100, de 1993.

Em um primeiro momento, elaboramos a sistematização das principais teorias explicativas sobre a origem, o desenvolvimento e a crise dos modernos sistemas de proteção social e sua relação com os sistemas de saúde. Nesta passagem observamos a ascensão de políticas sociais para a categoria de direitos de cidadania, com a criação de sistemas universais de saúde e educação. Posteriormente, com a crise dos Estados de Bem-Estar Social, as sociedades, sobretudo dos países que lograram construir um sistema de proteção social, sofreram diversas transformações políticas, sociais e econômicas. Em uma última instância, estas mudanças também afetaram, de maneira direta, os sistemas de saúde. É neste contexto que o Capítulo 2 começa com o desenvolvimento de uma nova “onda” de reformas dos sistemas de saúde, agora com a marca inconfundível do neoliberalismo como opção política e econômica.

O surgimento do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde na temática da saúde foi diferenciado, sobretudo, a partir dos acalorados debates ocorridos entre as décadas de 1970 e 1980. Entretanto, as ideias contidas na declaração de Alma-Ata foram subjugadas pelo economês das políticas neoliberais, tão em voga pelo Banco Mundial e demais instituições internacionais supervisionadas de perto pelos Estados Unidos. A OMS perdeu fôlego no mercado de ideias para o setor saúde. A lacuna foi habilmente preenchida pelo BM, sistematizando inúmeros informes sobre a saúde, pobreza, educação e demais políticas sociais.

Todos os países realizaram reformas em seus sistemas nacionais de saúde, contudo, na América Latina, as transformações seriam amplas e irreversíveis. Através do Consenso de Washington e das chamadas reformas de primeira e segunda geração, os países latino-americanos passariam a ser o laboratório enraizado aos *experts* neoliberais. A busca incessante pelo equilíbrio fiscal autorizou aos Estados fugirem de seus papéis, desenvolvidos arduamente durante décadas sobre diversos cenários, dentre eles o social. O desmonte dos sistemas de proteção social, tão pouco desenvolvidos na Região, foram progressivamente ganhando espaço com as inúmeras privatizações de equipamentos públicos e de empresas estatais.

Através do mapeamento do conjunto de recomendações de políticas de saúde, elaboradas pelas principais agências internacionais de apoio ao desenvolvimento, chegou-se em propostas de políticas de saúde “universais”, dentre elas a nova Atenção Primária em Saúde

Seletiva, a “cobertura universal” mediante a oferta de serviços essenciais, a institucionalização de mecanismos de co-pagamento para o controle da demanda, dentre outras políticas que foram elencadas em um primeiro momento pelo BM. Posteriormente, a própria OMS tomaria essas políticas de saúde aos seus informes. Entretanto, dentre os países latino-americanos que colocaram essas propostas em prática, a Colômbia, por meio da implementação do SGSSS, foi um marco para os sistemas de saúde da Região, pois, ao implementar praticamente todas as propostas das agências internacionais, transformou-se em um modelo para os demais países da América Latina.

A partir do Capítulo 3 pudemos compreender os limites das propostas neoliberais para o SGSSS. Após 23 anos, algumas delas estão longe de serem cumpridas. Os desafios estão concentrados na inequidade do acesso aos serviços de saúde, na regulação do Estado frente à iniciativa privada, no financiamento escasso, na corrupção das Empresas Promotoras da Saúde (EPS), na fragmentação e, por final, na cobertura universal por meio de pacotes de serviços mínimos, que não correspondem às reais necessidades em saúde dos cidadãos colombianos.

Sobre o financiamento, pode-se afirmar que o Estado deve fomentar reformas que busquem melhorar a sustentabilidade financeira, a criação de impostos sobre a renda, as políticas econômicas e de trabalho e emprego, que fomentem melhores níveis de empregabilidade e de combate à informalidade, o que pode ser decisivo para melhores e maiores contribuições para o setor da saúde. Contudo, estas propostas devem ser levadas ao debate público, com a participação mais incisiva de atores sociais, como os movimentos sociais e trabalhistas.

Sem dúvida, o aumento da cobertura do SGSSS foi crucial para avançar sobre questões de saúde pública. As taxas de mortalidade infantil e materna retrataram muito bem uma mudança. Os números, entretanto, não dizem tudo. Problemas advindos da inequidade de acesso estão amplamente presentes na realidade colombiana e devem ser resolvidos o quanto antes. A proposta de unificação dos regimes é uma das grandes apostas para os próximos anos, e deve ser complementada com a ampliação dos serviços de saúde e de atenção primária em saúde (APS).

Sobre a APS, é extremamente necessário que se realizem mudanças frente às equipes de saúde básica, inserindo especialistas, como médicos e enfermeiros. A Estratégia da Saúde da Família (ESF), criada no Brasil, pode ser utilizada – respeitando suas especificidades – como exemplo para o Governo Colombiano.

Os resultados aqui expostos podem contribuir para que novos estudos e novas abordagens sejam realizados, com o objetivo de compreender os diversos sistemas de saúde nos países da América Latina, permitindo uma avaliação dos seus avanços e, principalmente, apresentando seus desafios.

## Referências

ABRAHAMSON, Peter. O retorno das medidas de ativação na política de bem-estar dinamarquesa: Emprego e Proteção Social na Dinamarca. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25. 2009, p. 244-273.

ACEVEDO TARAZONA, Álvaro; GIL MONTOYA, Rigoberto. Las cajas de compensación familiar en Colombia Marcos normativo, organizacional y socio-económico en su consolidación. **Prospectiva**, Meléndez Cali n. 15. 2010, p. 449-470.

ALMEIDA FILHO, Naomar. O que é saúde. In: **Temas em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA, Celia et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health. Report 2000. **The Lancet**, v. 357, n. 9269. 2001, p. 1692-1697.

ALMEIDA, Célia. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 1995.

ALMEIDA, Célia. **Crise econômica, crise do Welfare State e Reforma. A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ALMEIDA, Célia. et al. **Projeto: desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2003.

ALMEIDA, Célia. **O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde**. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Org.). *A Demolição de Direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde: 1980-2013*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

\_\_\_\_\_. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 1. 1996, p. 3-46.

\_\_\_\_\_. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. **Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 4, n. 9. 2005, p. 5-60.

ALMEIDA, Célia. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2. 1999, p. 263-286.

ANDERSON, Perry. **Balanço do neoliberalismo. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 9-23, 1995.

ARÉVALO-HERNÁNDEZ, Decsi, A. **Desigualdad en la respuesta social en salud en Bogotá**. Secretaría Distrital de Salud, Centro de Investigaciones para el Desarrollo: Facultad de Ciencias Económicas: Universidad Nacional de Colombia, Colección La Seguridad Social en la Encrucijada, 2012.

ARRETCHE, Marta TS. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. BIB: **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 39. 1995, p. 3-40.

ARTS, Wil; GELISSEN, John. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. **Journal of European Social Policy**, v. 12, n. 2. 2002, p. 137-158.

AURELIANO, Liana María; DRAIBE, Sônia Miriam. A especificidade do Welfare State brasileiro. In: **Reflexões sobre a natureza do bem-estar**. Brasília: Editora LC/BRS/L, 1989.

BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3. 2009, p. 753-62.

BANCO DE LA REPÚBLICA. **Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia**. Bogotá, DC, 2014.

BANCO MUNDIAL. **Financiamiento de Los Servicios de Salud en Los Países en Desarrollo**. (Preparado por John S. Akin, Nancy Birdsall e David Ferranti Washington), DC: Banco Mundial, 1987

BANCO MUNDIAL. **Informe Sobre el Desarrollo Mundial**. Washington, DC: Banco Mundial, 1993

BANCO MUNDIAL. **Informe Sobre o Desenvolvimento Mundial 2000/2001: Ataque à Pobreza**. Washington, DC: Banco Mundial, 2000.

BANDEIRA, Luiz Alberto Moniz. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. **Revista brasileira de política internacional**, Brasília, v. 45, n. 2. 2002, p. 135-146.

BARÓN G. **Cuentas de salud de Colombia 1993-2003**. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C: Impresol Ediciones Ltda, 2007.

BENEVIDES, Cláudia do Valle. **Um Estado de Bem Estar Social no Brasil?** Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

BLANCO-SANTAMARIA, Daniel Isidoro et al. **Limitaciones para la implementación de la APS en Colombia**. Tese de Doutorado. Universidad Nacional de Colombia, 2012.

BORRERO-RAMÍREZ, Yadira Eugenia; ECHEVERRY-LÓPEZ, María Esperanza. Luchas por la salud en Colombia: Una propuesta teórica para su análisis. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 10, n. 21. 2011, p. 62-82.

CALDERÓN, Carlos Alberto Agudelo et al. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6. 2011, p. 2817-2828.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTRO, Edilma, M.S. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Comentarios a la Ley 715 de 2001. **Aquichan**, Bogotá, v. 3, n. 1. 2003, p. 9-15.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CLARKE, Simon. Crise do fordismo ou crise da social-democracia? Lua Nova: **Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 24.1991, p. 117-150.

COLOMBIA. Constitución (1991). **Constitución Política de Colombia**. Bogotá, DC: Asamblea Nacional Constituyente, 1991.

COLOMBIA. **Ley 100, de 23 de diciembre de 1993**. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, DC, 23 dic.1993.

COLOMBIA. **Ley 1122, 9 de enero de 2007**. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y dictan otras disposiciones. Bogotá, DC, 9 ene. 2007.

COLOMBIA. **Ley 1438, 19 de enero de 2011**. Por medio la cual se reforma el Sistema General de Seguridade Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 19 ene. 2011.

COLOMBIA. **Ley 715, 21 de diciembre de 2001**. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá, DC, 21 dic.2001.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata, p. 15.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2015.

DI GIOVANNI, Geraldo. **Sistemas de proteção social**: uma introdução conceitual. Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil. Campinas/SP: UNICAMP, 1998.

DRAIBE, Sônia M. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN G. (org). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 27-64, 2007.

DRAIBE, Sônia M.; GONZÁLEZ, Manuel Riesco. El estado de bienestar social en América Latina. Una nueva estrategia de desarrollo. **Documentos de Trabajo** (Fundación Carolina); Madrid, n. 31. 2009.

DRAIBE, Sônia; HENRIQUE, Wilnês. Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 3, n. 6. 1988, p. 53-78.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova: **Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 24. 1997, p. 85-116.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Social foundations of postindustrial economies**. Oxford University Press, 1999.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção Primária à Saúde**: histórico e perspectivas. Morosini MVGC, organizador. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 43-67, 2007.

FERRERA, Maurizio. The 'Southern model' of welfare in social Europe. **Journal of European Social Policy**, v.6 n. 1. 1996, p. 17-37.

FIORI, José Luiz. Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n. 17, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 1995.

FLEURY, Sonia. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.

FLÓREZ ENCISO, Luis Bernardo. Colombia tras diez años de reformas políticas y económicas. **Cuadernos de Economía, Cidade**, v. 20, n. 34. 2001, p. 31-55.

GIMENEZ, Denis M. **Ordem liberal e a questão social no Brasil**. São Paulo: LTR, 2008.

GIOVANELLA, Ligia et al. **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad**. Brasília: ISAGS, 2012.

GÓMEZ, Mónica Uribe. La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 8, n. 17. 2009, p. 44-68.

GÓMEZ-ARIAS, Rubén Darío; NIETO, Emmanuel. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, Lima, v. 31, n. 4. 2014, p. 733-739.

GOUGH, Ian. Globalization and Regional Welfare Regimes The East Asian Case. **Global Social Policy**, London-UK, v. 1, n. 2. 2001, p. 163-189.

GUERRERO, Ramiro et al. Sistema de salud de Colombia. **Salud pública de México**, Cuernavaca-México, v. 53. 2011, p. 144-155.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2014.

BELLO, Amparo, Hernández; VEGA ROMERO, Román. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 1, n. 1. 2001, p. 48-73.

HERNÁNDEZ, Mario, Álvarez et al. El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 9, n. 2. 1991, p. 62-84.

HERNÁNDEZ, Mario, Álvarez, Mario Hernández. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 2, n. 2. 2010, p. 121-144.

HERNÁNDEZ, Mario, Álvarez. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 10. 2008, p. 72-82.

HERNÁNDEZ, Mario, Álvarez. Proceso Socio-Político y Salud en Colombia: 1958-1993. **Tierra Firme**, Caracas, v. 18, n. 72. 2000, p. 663-682.

HERNÁNDEZ, Mario, Álvarez. Propuesta de reforma a la ley 100 de 1993: opciones sociopolíticas en debate. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 9. 2005, p. 180-90.

HERNÁNDEZ, Mario, Álvarez. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4. 2002, p. 991-1001.

HOBBSAWM, Eric. **Era dos extremos: o breve século XX**. São Paulo: Companhia das Letras, v. 2, 1995.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **O estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do Estado Social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KING, Desmond S. The state and the social structures of welfare in advanced industrial democracies. **Theory and society**. v. 16, n. 6. 1987, p. 841-868.

LAURELL, Asa Cristina. La salud: de derecho social a mercancía. In: Asa Cristina Laurell, José Blanco Gil (org.). **Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud**. Cidade do México: UAM-Xochimilco, 1994. p. 9-31

LAVINAS, Lena; COBO, Barbara. **O Direito à Proteção Social: perspectivas comparadas**. Cidade: Editora, 2009.

LIMA, Júlio César França. **O Banco Mundial, a Organização Mundial**. A demolição de direitos.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 89-120.

LONDOÑO, Juan-Luis; FRENK, Julio. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. **Health Policy**. v. 41, n. 1, p. 1-36, 1997.

LONDOÑO, Juan-Luis. Estructurando pluralismo em los servicios de salud. La experiencia colombiana. **Revista de Análisis Económico**, Santiago/Chile, v. 11, n. 2. 1996, p. 37-60.

MACGREGOR, Susanne. **Welfare: Theoretical and Analytical Paradigms**. United Nations Research Institute for Social Development - UNRISD, Working Paper 13, 2014.

MALCA, C. G. et al. ¿Deliberación democrática o mercadeo social? Los dilemas de la definición pública en salud en el contexto del seguimiento de la sentencia T-760 de 2008. **Health Human Rights**. v. 11, n. 1. 2010, p. 1-13.

MARHALL, Thomas, H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial**. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Org.). A Demolição de Direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde: 1980-2013. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

MARSHALL, Thomas H. **Política Social**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MARTÍNEZ-MARTÍN Félix et al. **Financiación y Segmentación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2011**. Grupo de Investigación en Protección Social y Salud Pública, Facultad de Economía. Universidad Santo Tomás. Departamento de Publicaciones, Bogotá: Colombia, 2011.

MARTÍNEZ-MARTÍN, Félix, ÁLVAREZ, Mario. H. **Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades**. Capítulo V, en Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012.

MARTÍNEZ-MARTÍN, Félix, GARCÍA, Paola. **Equidad en el financiamiento de la salud. Financiación y Asignación en el Sistema de Seguridad Social en Salud**. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. FEDESALUD. Bogotá, DC, 2012.

MARTÍNEZ-MARTÍN, Félix. **Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital**. Capítulo IV, en Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en

salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012.

MARTÍNEZ-MARTÍN, Félix. **Más mercado, menos equidade Efectos de la privatización del Sistema de Salud en Colombia**. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Bogotá: FEDESALUD, DC, 2014.

MATTA, Gustavo Corrêa. A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Revista Trabalho, Educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2. 2005, p. 371-96.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Cidade: Editora, v. 1, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2. 2001, p. 377-389.

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho**. Rio de Janeiro: Scritta, 1995.

MOSQUERA, Paola, A. et al. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota-Colombia: a cross-sectional study. **BMC health services research**, v. 13, n. 1. 2013.

MURRAY, Christopher J.; LOPEZ, Alan. D. **Global burden of disease**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. **Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal**. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes, p. 152-79, 2011.

NÚÑEZ, Jairo et al. **La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano**. Bogotá: FEDESARROLLO, 2012.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS: o desafio de ser único. In: **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

O'CONNOR, James. **The fiscal crisis of the state**. New York: Transaction Publishers, 1979.

OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários- agora mais que nunca**. Genebra, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **OPS u el Estado Colombiano: 100 años de Historia, 1902-2002**. Bogotá, 2002.

ORLOFF, Ann Shola. Comment on Jane Lewis's "Gender and Welfare Regimes: Further Thoughts". **Social Politics: International Studies in Gender, State & Society**. v. 4, n. 2. 1997, p. 188-202.

ORLOFF, Ann Shola. **The politics of pensions**. Wisconsin, University of Wisconsin, 1993.

PASINATO, Maria Tereza de Marsillac. Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, João Márcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro**. 1944-2008. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PEREIRA, João Márcio Mendes. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do "combate à pobreza". **Topoi**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 260-282, 2010.

PIERSON, Paul. The new politics of the welfare state. **World politics**, Cambridge University Press, v. 48, n. 02. 1996, p. 143-179.

POCHMANN, Marcio. **Proteção social na periferia do capitalismo**: considerações sobre o Brasil. São Paulo: Perspectiva, v. 18, n. 2. 2004, p. 3-16.

RESTREPO, Jairo Humberto. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín/Colombia, v. 25, n. 1. 2007, p. 82-89.

RIVEROS-PÉREZ, Efraín; AMADO-GONZÁLEZ, Laura Natalia. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá. v. 11, n. 23. 2012, p. 111-120.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e o Sistema Nacional de Saúde no Brasil**. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Org.). *A Demolição de Direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde: 1980-2013*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, Laura A.; ACOSTA-RAMÍREZ, Naydú; RUIZ-RODRÍGUEZ, Myriam. Evaluación del desempeño de servicios de atención primaria en salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 15, n. 2. 2013, p. 183-195.

ROSANVALLON, Pierre. **A crise do Estado-previdência**. Goiânia, UnB/UFG, 1997.

SANABRIA, Clara Aleida Prada. **Política de saúde na Colômbia: agenda e formulação nos anos 90**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SANABRIA, Clara Aleida Prada; CHAVES, Sônia Cristina Lima. Alternativas e clima político na formulação do sistema de saúde colombiano (Lei 100). **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100. 2014, p. 35-49.

SANTOS, Isabela Soares. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2013, p. 273-280.

SIAROFF, Alan. Work, welfare and gender equality: a new typology. **SAGE MODERN POLITICS SERIES**, v. 35. 1994.

SKOCPOL, Theda. **Protecting soldiers and mothers**. Harvard University Press, 1995.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100. 2014, p. 18-25.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Cidade: São Paulo Ann Nery, 1998.

SOJO, Ana. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6. 2011, p. 2673-2685.

SOJO, Ana. Reformas de gestión en salud en América Latina. **Revista de la CEPAL**, Santiago/Chile, v. 39. 2000, p. 1-57.

\_\_\_\_\_. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. **Revista de la CEPAL**, Santiago/Chile, v. 80. 2003, p. 121-140.

SOUZA, Italo R. Fuhrmann. Decisão da Corte Constitucional da República da Colômbia –T-760, Proferida aos 31 de Julho de 2008 – Um Marco Jurídico para o Direito à Saúde na Colômbia. **Revista Direitos Fundamentais & Justiça**, Porto Alegre, n. 11. 2010, p. 190-202.

STIGLITZ, Joseph E. **Globalização: como dar certo**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2007.

TITMUSS, Richard Morris. **Social Policy**. New York, Pantheon, 1974

TORAÑO, Ramón Granados; MONTOYA, María C. Gómez. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 2, n. 2. 2011, p. 97-120.

TRAVASSOS, Claudia; BUSS, Paulo M. O polêmico relatório da Organização Mundial de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4. 2000, p. 890-891.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3. 2004, p. 711-724.

VILAS, Carlos. M. **O Banco Mundial e a Reforma do Estado na América Latina: Fundamentos Teóricos e Prescrições Políticas**. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Org.). *A Demolição de Direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde: 1980-2013*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

WEIR, Margaret; ORLOFF, Ann Shola; SKOCPOL, Theda (Ed.). **The politics of social policy in the United States**. Princeton: Princeton University Press, 1988.

WILLIAMSON, John. Reformas políticas na América Latina na década de 80. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v.12, n 1. 1992, p. 43-49.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of health promotion, education and communications health education and health promotion Unit. **Health Promotion Glossary**, Geneva, v. 10, 1998.