

Proteção social e sistemas de saúde na América Latina: caminhos e obstáculos ao direito à saúde

Social protection and health systems in Latin America: avenues and obstacles to the right to health

*Cristiani Vieira Machado*²

Nas últimas décadas, os sistemas de proteção social de vários países passaram por mudanças relacionadas a transformações no capitalismo e no papel dos Estados Nacionais, que variaram de acordo com suas características histórico-estruturais, lugar no sistema capitalista mundial e trajetória das políticas sociais.

No que concerne aos países capitalistas avançados, numerosos estudos procuraram identificar convergências e, principalmente, analisar os motivos das diferentes respostas das nações às pressões por mudanças nos Estados de Bem-Estar Social. Em que pesem as diferenças em termos de enfoque analítico e dos fatores explicativos destacados, os estudos mais consistentes têm valorizado a dimensão histórica, a abordagem comparativa e as variáveis institucionais para a compreensão das características, continuidades e mudanças nos modelos nacionais de proteção social.

Os sistemas de proteção social dos países latino-americanos se diferenciam muito daqueles dos países capitalistas avançados¹⁻³. Ainda há muito a se explorar no que concerne às relações entre modelo de desenvolvimento, políticas econômicas e políticas sociais, que assumem características peculiares nos diferentes países e áreas da política nos distintos momentos históricos.

Cabe reconhecer que existem controvérsias em torno da própria ideia de América Latina, que impõem desafios para pensar os elementos de identi-

dade e as singularidades dos países da região. A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) representa um ícone da construção do pensamento crítico sobre a especificidade latino-americana, com tradição na realização de estudos e na formulação de proposições relativas ao desenvolvimento econômico e social regional.

No que se refere às políticas de saúde, estudos comparativos sobre as mudanças recentes nos países latino-americanos ainda são relativamente escassos, embora alguns autores já tenham destacado os efeitos nocivos das reformas das décadas de 1980 e 1990 sobre os sistemas de saúde da região⁴ ou ressaltado a existência de diferentes modelos de sistemas⁵.

O artigo de Ana Sojo se insere nesse esforço analítico, ao explorar as políticas adotadas pelos países latino-americanos nos últimos anos que têm implicações para o direito e o acesso aos serviços de saúde. O enfoque adotado pela autora – que articula uma discussão geral de contexto, a apresentação de dados de gasto social dos países e a descrição de três casos selecionados – é pertinente para a compreensão dos desafios atuais dos sistemas de saúde na América Latina.

O trabalho traz contribuições para a reflexão sobre dois importantes temas: a relação entre políticas econômicas, gastos sociais e políticas de saúde; a relação entre tendências gerais de mudanças e características específicas dos processos de reforma setorial nos países, condicionados por variáveis estruturais, institucionais e políticas.

O primeiro tema é fundamental, dado que a análise de políticas sociais requer a consideração tanto do plano estrutural – relacionado à sua inserção no Estado capitalista e ligação com determinações econômicas – como da singularidade das políticas sociais, ou seja, as peculiaridades que as distinguem nos processos históricos das sociedades⁶.

No artigo em questão, a relação entre os condicionantes macroeconômicos e as políticas sociais é ilustrada pelos dados de gasto social e de saúde dos países, compilados pela CEPAL. A autora destaca como as suas principais características: a tendência predominante de aumento dos gastos sociais nos anos 1990 e 2000, com heterogeneidade entre paí-

²Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. cristiani@ensp.fiocruz.br

ses; as oscilações nos gastos em saúde como proporção do Produto Interno Bruto (PIB); o caráter pró-cíclico do gasto em saúde e sua vulnerabilidade às crises econômicas; a menor prioridade fiscal do gasto em saúde em relação a outros setores sociais, como educação, previdência e assistência social; os altos gastos privados em saúde, inclusive por desembolso direto das pessoas.

Tais características evidenciam a existência de sérios constrangimentos financeiros à transformação dos sistemas no sentido da ampliação do acesso à saúde. No entanto, não são suficientes para explicar as formas como os distintos países lidam com as restrições econômicas ao empreenderem reformas nos sistemas de saúde, o que depende da trajetória e da configuração das políticas nesses países, do contexto institucional e das opções políticas dos governos, entre outros fatores. Daí a importância de analisar qualitativamente a experiência dos países, o que é feito pela autora a partir de casos selecionados.

Ressalte-se que existem traços comuns no modelo de proteção social predominante em vários países latino-americanos, que em geral se expressam nos sistemas de saúde. Entre eles, destacam-se: a trajetória histórica predominantemente corporativa e fragmentada, vinculada à lógica de seguro (e não à lógica abrangente de seguridade); o peso importante dos gastos e da prestação privada de serviços; a centralidade das políticas de combate à pobreza a partir dos anos 1990; e as limitações das políticas sociais para superar as marcantes desigualdades, características dessas sociedades.

As reformas empreendidas na saúde em muitos países a partir dos anos 1980/1990 muitas vezes reiteraram ou mesmo aprofundaram distorções estruturais dos sistemas, como a fragmentação e as iniquidades. No entanto, é necessário qualificar o uso do termo “reformas”, visto que os processos de mudança precisam ser analisados quanto a diferentes dimensões: a temporalidade (contexto e sequência de eventos); o caráter (radical ou incremental) e o sentido das reformas (dados os distintos ideais, projetos políticos e interesses que as orientam).

Nos casos analisados no artigo, observam-se diferenças quanto ao momento em que os países realizaram reformas de caráter radical, sob inspiração neoliberal, o que influenciou as escolhas e possibilidades subsequentes de mudanças incrementais. O Chile realizou uma reforma na década de 1980 que interrompeu o caminho em direção ao universalismo na saúde por meio da segmentação e expansão de estratégias de mercado.

Nos anos 1990, a reforma colombiana ocorreu sob a égide do “pluralismo estruturado”, em que a estratificação, a separação de funções de financiamento e a provisão de serviços e aumento da participação privada foram justificadas em função do aumento da oferta. Já nos anos 2000, o México experimentou a adoção do “Seguro Popular”, uma estratégia de ampliação do acesso da população pobre aos serviços de saúde, fundada em uma lógica que reitera a diferenciação social.

As mudanças conduzidas no período mais recente, analisadas pela autora, têm relação com as especificidades dos sistemas desses países e as escolhas políticas em momentos anteriores. Em que pesem as diferenças, o que elas teriam em comum?

Além das restrições financeiras, outros aspectos explorados pela autora chamam a atenção: a persistência da fragmentação e da heterogeneidade nos sistemas; e as limitações da adoção de planos explícitos de benefícios como estratégia de racionalização de gastos e/ou de ampliação do acesso aos serviços. No último caso, evidenciam-se altos custos de transação e fragilidades na gestão das listas de benefícios, o que teria favorecido o aumento da participação do Judiciário na exigência da ampliação das prestações de ações de saúde.

Essa questão é crítica, se consideramos que em outros países – inclusive no Brasil, cujo sistema de saúde apresenta desenho universal – tem se discutido a possibilidade de adoção de listas explícitas de ações de saúde como forma de resolução dos conflitos relacionados ao acesso, incluindo a intervenção judicial. As experiências analisadas pela autora sugerem sérias limitações desse tipo de mecanismo.

Sem a pretensão de esgotar o debate, é possível identificar ainda duas reflexões mais gerais suscitadas pelo artigo de Ana Sojo, concernentes ao “sentido” das reformas recentes nos sistemas de saúde na América Latina.

A primeira é que os sistemas de saúde de vários países latino-americanos, que já apresentavam distorções histórico-estruturais, sofreram – e ainda sofrem – profundamente os efeitos das reformas de inspiração neoliberal das últimas décadas. No período mais recente, mesmo que com a justificativa de ampliação do acesso, as mudanças operadas nos sistemas têm se orientado fortemente por uma lógica gerencial, expressa no aprofundamento da segmentação dos seguros, na adoção de instrumentos como pacotes ou listas de benefícios explícitos e na expansão da oferta privada. Tais mecanismos têm se mostrado insuficien-

tes para a superação dos problemas estruturais dos sistemas e das desigualdades em saúde.

Em segundo lugar, cabe reconhecer que existem projetos em disputa para a proteção social na América Latina, com implicações para a configuração dos sistemas de saúde. A adoção do combate à pobreza como único norte das políticas sociais e, mais recentemente, a concepção de “novo universalismo” têm sufocado a luta por um universalismo abrangente, baseado em uma concepção de cidadania plena, vinculada à lógica da igualdade e da justiça social. No que se refere à saúde, a persistência da organização dos sistemas por meio de seguros fragmentados, mesmo que com o argumento da equidade, reitera as desigualdades estruturais das sociedades latino-americanas e erode a possibilidade de concretização da saúde como direito fundamental de cidadania.

Após numerosas evidências sobre as nefastas repercussões das teses neoliberais sobre os países latino-americanos desde os anos 1980, cabe retomar a reflexão teórica e a luta política para a construção de um novo desenvolvimentismo na América Latina, orientado para o bem-estar social, o que requer um novo lugar e configuração da proteção social e dos sistemas de saúde.

Referências

1. Huber E, editor. *Models of capitalism: lessons for Latin America*. University Park, Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press; 2002.
2. Riesgo M, editor. *Latin America: a new developmental welfare state model in the making?* New York: Palgrave MacMillan; 2007.
3. Mesa-Lago C. *Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America*. New York: Oxford University Press; 2007.
4. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica* 2002; 18(4):905-925.
5. Fleury S. Universal, dual or plural? Health care models and issues in Latin America. In: Molina CG, Arco JN, organizadores. *Health services in Latin America and Asia*. Washington, D.C.: Interamerican Development Bank; 2001. p. 3-36.
6. Lenhardt G, Offe C. Teoria do Estado e política social. In: Offe C, organizador. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984. p. 10-53.