

Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil

From health plan companies to international insurance companies: changes in the accumulation regime and repercussions on the healthcare system in Brazil

De las empresas médicas a las aseguradoras internacionales: cambios en el régimen de acumulación y repercusiones sobre el sistema de salud en Brasil

Ligia Bahia ¹
Mario Scheffer ²
Leandro Reis Tavares ³
Iale Falleiros Braga ⁴

Resumo

A concentração e internacionalização de empresas de planos de saúde no Brasil conferiram-lhes feição financeira. Considerando a necessidade de compreender os padrões de acumulação desse setor, o trabalho examina estratégias de expansão das empresas de planos de saúde por meio da periodização de atributos da oferta e demanda e exame da trajetória patrimonial recente de um dos grandes grupos do setor. Entre os anos 1960 e 2000, ocorreram alterações na escala das demandas por planos de saúde e adesão das empresas a estratégias de acumulação de longo prazo. A partir do século XXI, as alterações nas estruturas societárias da maior empresa brasileira, compatíveis com o regime de acumulação financeirizada, resultaram na multiplicação de seu capital em um curto intervalo de tempo. O aprofundamento da segmentação do sistema de saúde, em um contexto marcado pela desaceleração da economia, questiona a preservação dos subsídios públicos para os planos privados.

Planos de Pré-Pagamento em Saúde; Sistemas de Saúde; Desenvolvimento Tecnológico; Inovação

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

L. Bahia
Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Praça Jorge Machado Moreira, Rio de Janeiro, RJ 21941-590, Brasil.
ligiabahia@terra.com.br

Introdução

A partir da segunda metade da década dos anos 2000, as empresas de planos e seguros de saúde no Brasil assumiram feição nitidamente financeira e a presença de seus representantes nos centros de decisão governamental tornou-se frequente e visível. Certamente, o fenômeno não é singular, mantém conexões com a emergência do regime pós-fordista, globalização da produção e reflete processos de reorganização de corporações empresariais, disseminadas em diferentes contextos nacionais¹. Processos de concentração de mercado de empresas que atuam no setor de planos e seguros também não são tão recentes, ocorreram nos anos 1990 nos Estados Unidos². Contudo, o exame das especificidades decorrentes da inserção das empresas de planos privados no sistema nacional de saúde é relevante para subsidiar reflexões sobre as tensões entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor privado de planos e cuidados à saúde.

As relações entre as empresas de planos de saúde com os setores financeiros acompanharam a inflação persistente, que nos anos 1990 inflou atividades financeiras, tal como em diversas áreas da economia³. Posteriormente, as empresas de planos de saúde contribuíram para a expansão dos empreendimentos financeiros. Os fundos de *private equity*, constituídos por gestores de fundos independentes, liderados por bancos de investimentos e fundos de pensão⁴, e a abertura de ações na Bolsa de Valores brasileira viabilizaram a capitalização das empresas de planos de saúde⁵.

A literatura sobre a origem e expansão de grupos de profissionais de saúde, quase sempre médicos, assinalou distintas alternativas para comercializar esquemas assistenciais de pré e pós-pagamento, inicialmente junto a empresas empregadoras e posteriormente para indivíduos e famílias. As primeiras pesquisas sublinharam mudanças na natureza empresarial e nas relações com órgãos públicos das empresas pioneiras (1960-1980)^{6,7}. Trabalhos subsequentes foram dedicados a examinar aquelas que se mantiveram atuantes ou foram criadas no mesmo período de debates e início da implementação do SUS (1988-2000)^{8,9,10}. Embora os trabalhos consultados ressaltassem alterações na escala territorial e aumento do número dos contratos⁸, o que parece demarcar a situação atual dos planos privados é a magnitude dos negócios que os conduziram a ocupar posições entre os maiores grupos empresariais do país e o protagonismo de suas lideranças na formulação da agenda das políticas de saúde.

Considerando a necessidade de investigar as relações entre a expansão do setor privado assistencial e as políticas de saúde, este trabalho procura examinar a trajetória das empresas de planos de saúde, por meio da periodização de atributos da oferta e demanda e exame de alterações patrimoniais recentes de um dos grandes grupos do setor. Assim, o texto articula-se em torno da sistematização de estruturas societárias e inserção político-institucional pretéritas, e da análise de um caso que permite uma aproximação às estratégias de acumulação contemporâneas. Seu objetivo precípua é situar as atuais características de empresas de planos de saúde vis-à-vis seus percursos históricos.

Os principais limites do estudo consistem nas dificuldades para adequar referenciais conceituais elaborados à apreensão de processos econômicos e contextos globais à compreensão de ocorrências singulares e à heterogeneidade dos grupos empresariais que atuam na comercialização de planos de saúde. Outras restrições decorrem das dificuldades de obtenção de informações sobre a estrutura societária das empresas. A conjugação de ambos os obstáculos dificulta objetivamente a compreensão dos processos de expansão da privatização dos cuidados à saúde.

O esforço inicial para encontrar referenciais adequados ao exame de alterações nos regimes de acumulação de empresas de planos de saúde e organização de uma base empírica embrionária, não permite responder às perguntas acerca das consequências sobre o SUS da afinidade das empresas aos expedientes de financeirização. A indagação fica apenas enunciada, para ser devidamente equacionada requer a realização de pesquisas mais abrangentes.

Apontamentos metodológicos

O trabalho está fundamentado em aportes teóricos da área de saúde coletiva e análises recentes sobre processos de financeirização e dominância financeira internacionais e nacionais, especialmente aqueles que enfocam os reflexos da dominância financeira nas políticas sociais. Trata-se de um estudo exploratório, baseado na literatura e na sistematização de informações coletadas em fontes oficiais, empresariais e nas mídias comerciais e especializadas.

O eixo do estudo é a forma de organização societária e os processos de valorização do capital das empresas de planos de saúde em duas circunstâncias políticas e econômicas distintas. O contexto que originou as empresas durante a ditadura civil-militar e os dez primeiros anos de implementação do SUS. Para compor um quadro

sobre as características das empresas em ambos os períodos, considerando oferta, demanda e legislação, recorreu-se aos conceitos mobilizados por Donnangelo ¹¹ de propriedade/proprietário e Cordeiro ⁷ de empresas médicas e grupos médicos, e a outras publicações científicas, relatórios de pesquisas e levantamento das normas oficiais, inclusive tributárias, pertinentes.

Para descrever a trajetória de aceleradas mudanças no perfil do grupo empresarial foram mobilizados os conceitos de financeirização e regime de acumulação. Financeirização é um padrão de acumulação no qual os lucros provêm sobretudo de canais financeiros, conformando um regime de acumulação que nos países desenvolvidos decorre do declínio da lucratividade das atividades produtivas e combina a expansão do crédito para preservar o consumo em face da estagnação do valor real dos salários ¹².

As práticas empresariais de aproximação ao regime de acumulação financeirizado incluem uma ampla gama de estratégias, tais como: a redistribuição dos lucros e dividendos entre empregados e acionistas; a introdução de medidas de performance, tais como retorno sobre o patrimônio; fusões e aquisições e terceirizações ¹³. Um relevante enfoque dos estudos sobre financeirização, o comportamento empresarial, o constructo discursivo, expresso em estratégias gerenciais intencionais para celebrar aquisições financeiras divulgadas como positivas ¹⁴, não foi considerado na análise realizada. Embora exista uma pesquisa que enfoca as mudanças nos discursos e valores de empresários do setor planos de saúde ¹⁵, seus resultados não poderiam ser facilmente transpostos a casos específicos.

Os critérios para selecionar a empresa de planos de saúde Amil foram sua dimensão em termos setoriais e destaque entre as maiores do país, e a adoção de algumas estratégias de financeirização consignadas na literatura. Em 2014, considerando o valor dos ativos, a Amil foi classificada como a maior empresa de planos de saúde ¹⁶ e ocupou o 22º lugar no *ranking* das maiores empresas brasileiras ¹⁷. Seu processo de expansão empresarial envolveu a abertura de ações na Bolsa de Valores, aquisições e aproximação com investidores estrangeiros.

Para recompor a trajetória da Amil foram consultados balanços e relatórios empresariais, informes da Bolsa de Valores, publicações especializadas, trabalhos científicos e publicações da mídia. A compilação, embora exaustiva, certamente não está completa. Os registros das empresas nas juntas comerciais são de difícil acesso, os relatórios empresariais são sintéticos e genéricos, quando voltados para a divulgação ou expostos como balanços contábeis, cuja interpre-

tação exige conhecimentos especializados. Portanto, a busca e a forma de expressar as informações obtidas procurou equilibrar a necessidade de conferir amplitude e precisão aos resultados, tendo como referência possíveis desdobramentos sobre o sistema de saúde e não a avaliação do desempenho empresarial.

Resultados

A trajetória das empresas de planos e seguros de saúde pode ser subdividida em três ciclos. O primeiro é demarcado pelas relações entre as políticas previdenciárias voltadas à proteção de trabalhadores especializados e o surgimento das empresas pioneiras entre os anos 1960 e 1980. O segundo se estende dos anos 1990 até os anos 2000, e tem como marcas a comercialização de planos empresariais e individuais no contexto de implementação do SUS. O período mais recente caracteriza-se pela presença de empresas cuja origem do capital é internacional e que desempenham atividades de intermediação financeira.

Os convênios-empresa, estabelecidos entre a Previdência Social e empresas empregadoras, a partir de 1965, percebidos como expedientes patronais para diminuir o tempo de não trabalho devido ao adoecimento, estimularam o surgimento de duas modalidades de empresas de planos de saúde: medicinas de grupo e cooperativas médicas ⁷. As primeiras também foram predominantemente conformadas por organizações não lucrativas. Conseqüentemente, a natureza jurídica, embora formalmente distinta, não as caracterizava adequadamente. A principal diferença era o local de origem dos médicos (serviços de saúde do trabalhador, hospitais geralmente públicos ou entidades profissionais) e a associação de médicos com vendedores de títulos de hospitais filantrópicos.

As polêmicas em torno da abrangência dos direitos promulgados pela *Constituição Federal* de 1988 ¹⁸, dificuldades objetivas de implementação do SUS ¹⁹, e incentivos governamentais indiretos, como deduções e subsídios fiscais, e, diretos, como financiamento de planos privados para servidores públicos e empregados de estatais, propiciaram a expansão de algumas empresas pioneiras, bem como o ingresso de proprietários de hospitais privados no mercado de planos de saúde. No início dos anos 1990, as seguradoras, ou seja, instituições do setor financeiro, passaram a atuar no ramo saúde.

Das empresas médicas aos grupos empresariais nacionais

As Tabelas 1 e 2 sistematizam as características da organização das demandas e da oferta de planos de saúde nos dois primeiros ciclos. As principais diferenças entre o perfil empresarial são relacionadas com o regime de financiamento tanto da demanda quanto da oferta, aquisição ou ampliação de estabelecimentos hospitalares e diversificação de atividades, ainda que no âmbito de benefícios a trabalhadores (como o vale alimentação) ou créditos voltados precipuamente para médicos.

Os convênios-empresa foram firmados concomitantemente à repressão da participação política e sindical, e expressaram uma política de transferência dupla ao setor privado de atribuições da Previdência Social: as empresas empregadoras tornaram-se responsáveis pela atenção à saúde e estas, especialmente as localizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro, delegaram a empresas médicas as atribuições do atendimento.

Proprietários de empresas pioneiras assessoraram a formulação da legislação de privatização da assistência médica previdenciária⁷. Políticas específicas para os trabalhadores especializados, considerados como um *asset* a ser estabilizado²⁰, visaram a responder à percepção negativa sobre os problemas de acesso e qualidade da assistência médica da Previdência Social, especialmente após a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, e a convicção dos dirigentes nomeados pela ditadura civil-militar sobre a ineficiência dos serviços públicos²¹.

As empresas pioneiras basearam sua organização no autofinanciamento, na cotização de médicos e expandiram clientela impulsadas por repasses fixos (*per capita*) da Previdência Social. Foram criadas com base em estruturas físicas ambulatoriais ou, já nos anos 1970, hospitalares, por médicos-proprietários¹¹, muitos dos quais também exerciam a prática assalariada em diversos institutos de aposentadoria e pensões, e tiveram de reorganizar sua inserção profissional diante da redução do número de vínculos empregatícios decorrente da unificação.

As clientela das empresas pioneiras eram constituídas exclusivamente por trabalhadores formais de empresas de setores modernos, as coberturas, frequentemente, excluía os dependentes diretos. Embora os convênios-empresa tenham se disseminado, não foram adotados por todas as empresas empregadoras. Existiam “convênios” empresa-empresa sem a intermediação da Previdência Social, concretizados mediante a retenção dos recursos públicos previstos para

assistência médica usados na organização de esquemas assistenciais próprios⁶.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), concebido para imprimir um novo rumo ao desenvolvimento, priorizou o aumento da capacidade energética e da produção de insumos básicos e de bens de capital, procurando deslocar o modelo anterior, vigente durante o período do “milagre” de 1968-1973, cuja prioridade residia nos bens de consumo duráveis. As repercussões das premissas do II PND na saúde foram contraditórias. Os recursos para o Ministério da Saúde aumentaram por referência aos períodos anteriores, e houve incentivos para a criação de espaços institucionais públicos para o planejamento de políticas sociais e execução de projetos de pesquisa²². Entretanto, os empréstimos a juros subsidiados por meio do Fundo de Apoio Social (FAS) financiaram a ampliação da capacidade instalada hospitalar privada e alavancaram empresas de planos de saúde. Um dos exemplos de expansão empresarial estimulada por investimentos governamentais é o da criação da Amil, a partir da junção de um conjunto de hospitais, que entre 1974 e 1978 quintuplicou o número de leitos⁸.

As tensões entre a redemocratização, a promulgação pela *Constituição Federal* de 1988 de direitos sociais abrangentes, e as pressões por ajuste fiscal e redução dos gastos públicos, em um contexto de desaceleração do crescimento econômico, dificultaram, entre outras consequências, a efetivação do SUS constitucional. A segunda explosão dos preços do petróleo, a decisão dos Estados Unidos, em 1979, de elevar as taxas de juros e fechar o mercado financeiro aos países endividados, bem como a crescente hegemonia do pensamento neoliberal no plano internacional²³, reabriram o debate sobre o papel do Estado e as políticas públicas no Brasil.

O programa de ajuste do Presidente Collor, cujo mandato iniciou em 1990, seguiu os preceitos do tripé: desestatização, desregulamentação e liberalização de preços e salários. Seu discurso de posse explicitou: “*O Estado deve ser apto, permanentemente apto a garantir o acesso das pessoas de baixa renda a determinados bens vitais. Deve prover o acesso à moradia, à alimentação, à saúde, à educação e ao transporte coletivo a quantos dele dependam (...)*”²⁴.

As críticas à ineficiência dos serviços públicos²⁵, o racionamento do acesso e os problemas de qualidade da rede pública de cuidados à saúde²⁶, impulsionaram a oferta de planos e seguros e as demandas de associações de trabalhadores, inclusive de servidores públicos, pela continuidade e extensão das coberturas privadas.

Durante as denominadas décadas perdidas²⁷, as demandas por planos e seguros de

Tabela 1

Características das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil entre os anos 1960 e 1980.

Contexto	Demanda	Oferta	Legislação *	Principais empresas/cidades-sede/ ano de criação
Ditadura civil-militar, processo de industrialização, precariedade e expansão de coberturas de assistência médica da Previdência Social	Empresas de trabalhadores de grande porte, trabalhadores especializados dos setores modernos Governo estabelece o convênio-empresa considerando as empresas médicas como linha auxiliar de prestação de serviços de assistência médica	Empresas médicas nacionais, pequeno porte, regime de acumulação: autofinanciamento	<i>Decreto-lei nº 66 de 1966</i> (regulamentação do convênio-empresa)	Policlínica Central (1956) – São Paulo em 1964 convênio-empresa com a Volkswagen
		Médicos dos serviços para trabalhadores de empresas industriais, médicos de hospitais públicos e de entidades médicas (exteriorização dos serviços médicos das fábricas) Médicos associados em torno da aquisição de clínicas/hospitais lucrativos	<i>Decreto-lei nº 200 de 1968</i> (preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas, existentes na comunidade)	Interclínicas (1968) – São Paulo, 246 convênios-empresa em 1978 Rio-Clínicas – Rio de Janeiro (1967), 90 convênios-empresa em 1979 Semic (1967) – Rio de Janeiro, 52 convênios-empresa em 1979 Unimed Santos (1967) convênio-empresa com a Cosipa Samcil (1960) – São Paulo em 1978, (Hospital Modelo) 120 convênios-empresa Medial (1972) – São Paulo (Hospital Alvorada) Senasa (1963) – Rio de Janeiro (Hospital Silvestre); Golden Gross (1971) (aquisição hospital São Lucas)
II Plano Nacional de Desenvolvimento		Pré-pagamento de esquemas assistenciais de hospitais filantrópicos Organização de grupo hospitalar	Fundo de Apoio Social (FAS) <i>Lei nº 6.168 de 1974</i> (apoio financeiro a projetos de interesse dos setores público e privado, nas áreas de Saúde e Saneamento, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência Social)	Empresa de Serviços Hospitalares (ESHO/1976) Amil (1978) – Rio de Janeiro (expansão leitos mediante financiamento subsidiado pela Caixa Econômica Federal)

* Normas selecionadas (não relaciona o conjunto da legislação sobre o tema).

Fontes: Câmara dos Deputados (Legislação. Pesquisa simplificada. <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao>, acessado 14/Jul/2015); Secretaria da Receita Federal, Ministério da Fazenda (Legislação por assunto. <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/LegisAssunto/>, acessado em 14/Jul/2015); Cordeiro 7; Bahia et al. 43.

saúde se estenderam das grandes empresas empregadoras às de médio porte, e ainda às associações e sindicatos de servidores públicos e profissionais liberais, e famílias e indivíduos de segmentos de maior renda. O crescimento e a diversificação das atividades das empresas de planos atraíram investidores e investimentos nacionais, e algumas seguradoras internacionais. Contudo, o predomínio do capital de origem nacional foi preservado. A experiência de aquisição da Golden Cross pela empresa americana Cigna

não foi bem-sucedida, gerou prejuízos de mais de US\$ 400 milhões em função dos problemas da empresa brasileira com o acúmulo de dívidas tributárias e disputas judiciais²⁸.

A legislação estimulou a ampliação dos planos e seguros privados de saúde. No que se refere aos incentivos para a demanda, houve a substituição do repasse direto de recursos públicos às empresas, uma marca do primeiro ciclo, pelos subsídios indiretos e pagamento de planos de servidores públicos. Ou seja, a mobilização

Tabela 2

Características das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil entre os anos 1980 a 2000.

Contexto	Demanda	Oferta	Legislação *	Aquisições/Diversificação
Redemocratização, Nova República, crises do petróleo, elevação dos juros, fim da expansão continuada da economia	Empresas empregadoras de maior porte (planos coletivos)	Expansão territorial, aumento de clientela e associações de empresas pioneiras (medicinas de grupo e cooperativas), diversificação, aquisições e associações empresariais	Preservação e concessão de atestados de filantropia para empresas hospitalares e de planos de saúde	Laboratório Sergio Franco pela Golden Cross e Amil (1983)
Restrições à implementação dos preceitos constitucionais relativos à Seguridade Social	Empresas empregadoras de médio porte (planos coletivos)	Autogestões	Circular nº 005 de 1989 da Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda, autorização para as seguradoras pagarem diretamente aos prestadores de serviços	Aquisição da Golden Cross pela Cigna em 1997
Subfinanciamento do SUS	Associações/Sindicatos profissionais	Início da atuação de seguradoras não e vinculadas a bancos		Empresas de ticket-alimentação
	Segmentos médios de renda (planos individuais)	Investidores nacionais e internacionais	Consolidação de isenções e deduções fiscais, por exemplo:	Aquisição de montepios/ organização de seguradoras
		Instituições filantrópicas comercializam planos de saúde	<i>Lei nº 7.713 de 1988</i> (desconto com despesas relativas à assistência à saúde que excedessem 5% do rendimento bruto do contribuinte)	Organização de cooperativa de crédito
			<i>Lei nº 9.250</i> desconto integral com despesas relativas à assistência à saúde	Criação de holdings **
			Regime Jurídico Único (<i>Lei nº 8.122 de 1990</i>) assistência aos servidores pelo SUS ou contratos, convênios ou ressarcimento parcial de planos ou seguros privados	
			<i>Lei nº 9.656 de 1988</i> regulamenta as operadoras de planos de saúde	

SUS: Sistema Único de Saúde.

* Normas selecionadas (não relaciona o conjunto da legislação sobre o tema);

** Empresas que detêm o controle acionário de outra empresa, ou de um grupo de empresas subsidiárias.

Fontes: Câmara dos Deputados (Legislação. Pesquisa simplificada. <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao>, acessado 14/Jul/2015);Secretaria da Receita Federal, Ministério da Fazenda (Legislação por assunto. <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/LegisAssunto/>, acessado em 14/Jul/2015); Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização(Normas do setor. <http://www.cnseg.org.br/cnseg/mercado/legislacao/normas-do-setor/>, acessado em 30/Jul/2015).

de políticas fiscais conjugada com normas administrativas e inscrição das despesas com planos privados nos orçamentos públicos. Pelo lado da oferta, as principais normas voltaram-se à redução de alíquotas ou isenção de impostos como Imposto sobre Serviços (ISS) ²⁹, contribuições como Programa de Integração Social-Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

(PIS-Pasep) e Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Confins) ³⁰ e equiparação das seguradoras com as empresas de planos comerciais, no que concerne ao relacionamento com a rede de serviços.

O início da concessão de créditos e empréstimos de longo prazo por bancos estatais a hospitais filantrópicos e privados ¹⁵ definiu contornos

de um setor com formato capitalista amadurecido. No final dos anos 1990, diversas empresas de planos passaram a nuclear grupos empresariais e as seguradoras ingressaram não apenas no mercado saúde, como também nele se apresentaram como interlocutores relevantes para a formulação de políticas regulamentadoras no processo de debates e aprovação da *Lei nº 9.656* de 1998³¹. As mudanças na escala de operação de empresas de planos de saúde credenciaram-nas para intermediar as relações entre demanda e os prestadores de serviços de saúde, em condições distintas daquelas vigentes no regime de acumulação baseado no autofinanciamento.

Dos grupos econômicos nacionais ao regime de acumulação com dominância da valorização financeira: o exemplo da empresa Amil

No início do século XXI, foram renovadas as esperanças de recuperação do crescimento e de rearticulação entre as políticas sociais e econômicas em torno de um padrão de desenvolvimento inclusivo. Havia indícios de que condições macroeconômicas mínimas para se viabilizar a expansão sustentada tivessem sido restabelecidas. O aumento dos empregos formais e a distribuição de renda sinalizaram a recuperação da capacidade produtiva e as perspectivas de geração de progresso técnico endógeno³² e bem-estar social.

Contudo, a crise sistêmica aberta no final dos anos 2000, terminou impondo exigências fiscais e afastamento das funções de dinamizar a demanda efetiva e os lucros produtivos, assim as políticas econômicas tornaram-se vetores fundamentais para a reprodução macroeconômica da riqueza financeira³³. Portanto, os avanços no acesso e uso de cuidados propiciados pelo SUS não limitaram o crescimento do setor privado, inclusive a concorrência por recursos humanos e financeiros públicos³⁴.

As políticas voltadas à ampliação do consumo dinamizaram não apenas o segmento de crédito popular, como também a comercialização de planos de saúde para os segmentos de renda C e D, a denominada “nova classe média”³⁵ ou “classe média emergente”³⁶. Em 2010, a Caixa Econômica Federal anunciou a possibilidade de vender seguro saúde para os segmentos C e D³⁷. E em 2013, segundo pesquisas realizadas pelo Meireles³⁸, entre as pessoas vinculadas a planos privados de saúde havia uma correspondência entre o menor tempo de contratação e a menor renda.

A trajetória da empresa Amil, entre 2002 até a venda para a americana UnitedHealth, sugere que a adesão às formas de capitalização, via

aquisições, foi uma estratégia que precedeu e manteve-se ativa após a abertura de parte de seu capital na Bolsa de Valores (Tabela 3).

Apesar das mudanças no formato das estruturas societárias, o controle familiar da Amil foi preservado. As mudanças no regime de acumulação da empresa, incluindo a abertura das ações de parte do capital e as aquisições a valorizaram. Entre 2007 e 2012, o número de clientes da principal empresa do grupo, a Amil Assistência Médica Internacional, aumentou de 1.222.617 para 3.496.774³⁵. No entanto, a ampliação do capital foi bastante superior ao incremento do número de contratos. Em 2012, a Amil foi comprada pela UnitedHealth, a empresa foi avaliada em R\$ 10 bilhões ou US\$ 6,4 bilhões, e o pagamento correspondeu a 60% do capital de propriedade dos controladores e R\$ 3,4 bilhões pelas ações na Bovespa³⁶.

A Tabela 4 apresenta os valores envolvidos na aquisição da Amil pela UnitedHealth, evidenciando o processo veloz de valorização do capital do grupo brasileiro, que pode ser dimensionado tanto em relação ao aumento das ações nominais e especialmente na multiplicação do capital da empresa em moeda nacional e em dólares americanos.

Atualmente, a Amil é uma empresa com capital de origem estrangeira. Seu ex-proprietário continua à frente de empreendimentos na saúde no Brasil. Sete hospitais entre os quais o Hospital 9 de julho em São Paulo, o Hospital de Clínicas de Niterói, a Casa de Saúde Santa Lúcia, no Rio de Janeiro, entre outros, e o DASA pertencem, majoritariamente à família que organizou a Amil. Mantém ainda o cargo de diretor-presidente e presidente do Conselho de Administração da Amil até 2017 e tornou-se o maior acionista individual da UnitedHealth.

Ao contrário do que ocorreu com outros grupos empresariais de planos de saúde, inclusive alguns adquiridos pela própria Amil, as alterações em sua estrutura societária formal não implicaram a retirada dos antigos proprietários da atuação em negócios na saúde. A influência de seu mais destacado líder e fundador parece ter amplificado, como pode ser constatado por sua presença na denominada reunião do “PIB nacional” com o Ministro da Fazenda³⁹. Embora, o escopo do trabalho não admita avaliações sobre o sucesso ou fracasso dos processos de financeirização, parece plausível inferir que a valorização do capital da empresa tenha aberto circuitos políticos seletos ao grupo empresarial.

Tabela 3

Trajetória da empresa Amil entre 2002 e 2013 *.

Ano	Aquisições e fusões/outros investimentos	Ano	Aquisições e fusões/outros investimentos
2002/2003	Amico São Paulo empresa de medicina de grupo com 300 mil clientes e criação da Dix-Amico	2009	Medial empresa de medicina de grupo, posição líder com 1,4 milhão de clientes. Valor da compra R\$ 1,2 bilhão
2006	Compra da carteira de clientes de seguro saúde (42 mil clientes) da Porto Seguro Saúde Semic Rio de Janeiro, fundada em 1967, empresa de medicina de grupo com cerca de 100 mil clientes	2010	Hospital 9 de Julho - São Paulo Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro Hospital Samaritano - Rio de Janeiro Excelsior Pernambuco empresa de medicina de grupo com 132 mil clientes. Compra da ESHO pela AmilPar Associação entre Dasa (Diagnósticos da América S.A.), empresa do ramo de análises clínicas, com a Md1 Diagnósticos, especializada em imagens associada da Amil. Dasa (Diagnósticos da América) controle de 26% das ações pela família controladora da AmilPar
2007	Clinihauer, Paraná, fundada em 1969, com 120 mil clientes incluindo o hospital Milton Muricy e a rede de laboratórios Cendilab (rede laboratórios) Med Card São Paulo 61.200 clientes incluindo 1 hospital e 2 centros médicos Blue Life São Paulo 150 mil clientes Life System São Paulo 55 mil clientes Venda da Farmalife para a Drograsmil (rede de farmácias do Rio de Janeiro)	2011	Controle da Lincx (empresa de planos de saúde São Paulo) pela Amil Assistência Médica UN Diagnósticos Ltda pela ESHO Hospital Pasteur (Rio de Janeiro) pela ESHO Casa de Saúde Santa Lúcia S.A pela ESHO
2007	Abertura de ações na Bovespa (Bolsa de Valores de São Paulo) (IPO **)	2012	UnitedHealth Group adquire a Amil Participação da Amil no Grupo Hospitais (HPP) da Caixa de Seguros de Portugal
2008	Reestruturação Societária Amil Participações S.A. Ampla (Sistema Ipiranga) São Paulo 29 mil clientes Casa de Saúde Santa Lúcia Rio de Janeiro Hospital de Clínicas SK Steckelberg Ltda., Brasília	2013	Fechamento de capital na Bovespa Fechamento de capital da Amil na Bovespa (OPA ***) A oferta foi lançada pela norte-americana UnitedHealth, que anunciou a compra do controle da Amil em outubro de 2012

IPO: oferta pública inicial (*initial public offering*); OPA: oferta pública de aquisição.

* Compilação realizada com base em fontes diversificadas, possivelmente incompleta;

** É o evento que assinala a primeira oferta de ações de uma empresa, isto é, quando ela abre seu capital e passa a vender ações na Bolsa de Valores.

Quando as empresas abrem seu capital, elas transferem aos investidores parte do seu controle acionário.

Em troca, as companhias abertas recebem dinheiro para seus investimentos;

*** Frequentemente a OPA precede o "fechamento" do capital da empresa. A compra de ações no mercado pode ser realizada pela própria companhia, por acionistas controladores ou novos controladores (quando a empresa cujas ações estão sendo compradas é objeto de aquisição).

Fontes: Herzlinger & Pinho 44; Portal Fator Brasil 45; BM&FBovespa 46; AmilPar 47; Exame 48.

Tabela 4

Valores de compra e venda de ações da Amil e do capital do grupo Amil.

Ano	Compra e venda	Objeto da aquisição	Controlador	Valor em R\$	Valor em US\$
2007	Abertura ações da Amil na Bovespa (valor da ação R\$ 14,00) valor ajustado (R\$,19,07) *	Ações correspondentes a 27,8% do capital da Amil	Amil	R\$ 1,218 bilhão	US\$ 688 milhões **,***
2012	Aquisição do controle societário da Amil pela UnitedHealth	58,9% do capital do grupo controlador da AmilPar	UnitedHealth	R\$ 6,4 bilhões	US\$ 4,9 bilhões **,***
2013	Fechamento Capital (valor da ação R\$ 31,80)	Compra de ações da Amil na Bovespa correspondente a 25,5% do capital da Amil	UnitedHealth	R\$ 2,878 bilhões	US\$ 1,225 bilhão

* Conversão de moedas Banco Central: cálculo do IPC-A para Dezembro/2013;

** Conversão de moedas Banco Central: cálculo do US\$ para 31/Dezembro/2007;

*** Valor divulgado pelas empresas.

Fontes: Valor Econômico ³⁹; BM&FBovespa ⁴⁶; AmilPar ⁴⁹.

Discussão

A concentração e a recente internacionalização de empresas de planos de saúde, tal como evidenciado pela trajetória da Amil, admite diversas acepções. No sentido mais convencional, o setor de planos e seguros de saúde é altamente concentrado. Em julho de 2015, a Amil mantinha 7,5% do total de contratos de planos de assistência médica. Sob o enfoque regional, 62,5% das empresas estavam sediadas na Região Sudeste ⁴⁰. Em terceiro lugar, o setor pode ser considerado como regressivo ou concentrado pelo ângulo da renda dos clientes. Observa-se uma associação positiva entre renda familiar e cobertura por planos privados de saúde. Em 2008, 2,6% dos brasileiros estavam vinculados a planos privados na faixa inferior a um salário mínimo, a proporção foi de 4,8% para a faixa de 1 a 2 salários mínimos, 9,4% para os situados na faixa de 2 a 3, 18% na faixa entre 3 e 5, 34,7% na faixa de 5 a 10 salários mínimos e 76% na faixa de 20 salários mínimos e mais (Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações detalhadas ANS tabnet. <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>, acessado em 14/Jul/2015).

A internacionalização das empresas de planos de saúde brasileiras foi prévia à autorização da *Lei nº 9.656* de 1998. Similarmente, os investimentos dos fundos nacionais e internacionais em redes hospitalares e de diagnóstico antecederam a legislação que permitiu a participação do capital estrangeiro em atividades assistenciais

pela *Lei nº 13.097* em 2015. Todavia, operações do porte da aquisição da Amil exigiram respaldo da legislação e parecer da Advocacia Geral da União, sugerindo que as normas legais e suas interpretações são relevantes para assegurar confiabilidade aos investidores estrangeiros. A falta de sincronia entre as práticas empresariais de internacionalização e a legislação sugere uma complacência das autoridades públicas diante de estratégias que anteciparam mudanças nas regras de capitalização.

O regime de acumulação financeirizada das empresas de planos de saúde no Brasil difere do observado nos Estados Unidos. Enquanto a Amil abriu ações na Bolsa de Valores e permaneceu sob estrito controle de seus proprietários fundadores, a UnitedHealth Group não tem controlador definido, seu capital é considerado pulverizado e a administração do grupo empresarial é profissionalizada ⁴¹. A compra da Amil envolveu aquisições das ações da UnitedHealth pelo seu ex-principal proprietário, tornando-o, paradoxalmente, o maior investidor individual e único estrangeiro a integrar o conselho de administração do maior grupo empresarial do setor de planos de saúde e informações dos Estados Unidos ⁴². A preservação do controle proprietário sugere o não acionamento das estratégias de redistribuição dos lucros e dividendos entre trabalhadores, inclusive profissionais de saúde e pequenos investidores individuais.

Embora a expansão das empresas de planos e seguros de saúde tenha ocorrido inclusive

nos ciclos econômicos de menor crescimento, é plausível supor uma desaceleração dos investimentos no setor. Em 2012, as expectativas de investidores internacionais como Stephen Hemsley presidente e CEO (*chief executive officer*) da UnitedHealth eram otimistas.

“O Brasil emergiu como um mercado de crescimento e evolução consistente dos planos e serviços de saúde. Sua economia em crescimento, classe média em ascensão e políticas de estímulo de favorecimento do setor de saúde suplementar o fazem um mercado com alto potencial de crescimento” ⁴¹.

No entanto, parte dessas previsões não se confirmou. A conjuntura recessiva, que se anunciou a partir da posse da Presidência da República em 2014, restringiu a ampliação do mercado. Portanto, a reedição e renovação de políticas públicas de suporte à privatização, inclusive aquelas que estimulam a financeirização, assumem centralidade nas agendas públicas.

Os referenciais conceituais advindos das reflexões sobre financeirização e regime de acumulação, contribuem à compreensão dos processos de reestruturação societária do setor de planos de saúde. Foi possível observar um relativo desacoplamento entre a valorização do capital de uma empresa que comercializa planos de saúde e o número de seus clientes. No entanto, essa constatação não admite inferências para outros grupos econômicos ou empresas do setor, nem mesmo para cada empresa integrante da Amil, na medida em que não houve detalhamento do desempenho de cada uma, inclusive daquelas envolvidas com a prestação de serviços como hospitais e estabelecimentos de diagnóstico.

Considerações finais

O Brasil participa da história da financeirização do capitalismo desde o seu início, quer em função das demandas expressivas por crédito, quer por sua condição de potência emergente, na qual foram viabilizados, graças às altas taxas de juros, retornos elevados. Assim, a inserção na econo-

mia mundial impôs uma racionalidade financeira à parcela do empresariado e promoveu os setores rentistas nacionais. As empresas de planos de saúde, consolidadas no final do século XX, tornaram-se uma plataforma de investimentos financeiros no início do novo século.

As evidências sobre a importância das políticas públicas para a expansão dos diferentes regimes de acumulação das empresas de planos de saúde – o autofinanciamento, o dependente da escala das operações de intermediação entre oferta e demanda por assistência médico-hospitalar e o financeirizado – são notórias e reconhecidas até por investidores estrangeiros. O descompasso entre o crescimento dos planos de saúde e a economia pode ser justificado por duas ordens de razões. A primeira, que é a mais difundida, remete ao anseio da população por garantia de acesso e uso de serviços. A segunda, mesmo que ainda pouco estudada, concerne ao painel de normas legais de suporte ao setor privado e ainda às concepções de autoridades públicas sobre a inexorabilidade e por vezes virtuosidades da segmentação do sistema de saúde no Brasil.

A tentativa de abrir a caixa-preta da esfera financeira de um setor voltado a cuidar da saúde é um desafio considerável, implica esquadriñar espaços financeiros internacionais, examinar a lógica interna da adesão às estratégias de financeirização e mapear tensões e conflitos entre agentes sociais e, compreender a gênese e o curso das políticas que tecem o pano de fundo para viabilizar mercados, especialmente para evitar interpretações alicerçadas em previsões abstratas.

Portanto, o esforço para sistematizar uma parte do fenômeno que incide sobre empresas brasileiras que atuam no setor assistencial de saúde não é conclusivo. Apesar das tentativas de contornar lacunas conceituais e metodológicas, imprecisões decorrentes das fontes de informações e mescla de abordagens conferem ao trabalho um caráter descritivo e necessariamente provisório, seu principal mérito é a identificação de pistas para novas investigações.

Colaboradores

L. Bahia, M. Scheffer, L. R. Tavares e I. F. Braga participaram em todas as etapas da elaboração do trabalho.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; Projeto 405077/2013-0).

Referências

1. Arrighi G. A ilusão do desenvolvimento. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
2. Austin AD, Hungerford TL. The market structure of the health insurance industry. Washington DC: Congressional Research Service; 2009. (CRS Report for Congress).
3. Paulani LM. A crise do regime de acumulação com dominância da valorização financeira no Brasil. *Estud Av* 2009; 23:25-39.
4. Grün R. A dominação financeira no Brasil contemporâneo. *Tempo Social* 2013; 25:179-213.
5. Bahia L. Financeirização da assistência médico hospitalar no governo Lula. In: Machado CV, Baptista TW, Lima LL, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. 22ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 91-116.
6. Giffoni MR. Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Departamento de Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1981.
7. Cordeiro H. As empresas médicas: as transformações capitalistas na prática médica. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.
8. Bahia B. Planos e seguros de saúde: padrões e mudanças nas relações entre o público e o privado [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
9. Andreazzi MFS. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90 [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
10. Duarte CMR. Modelo organizacional da Unimed: estudo de caso sobre medicina suplementar [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
11. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
12. Boyer R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Editora Nobel; 1990.
13. van der Zwan N. Making sense of financialization. *Socioecon Rev* 2014; 12:99-129.
14. Froud J, Haslam C, Joahl S, Williams K. Shareholder value and financialization: consultancy promises, management moves. *Econ Soc* 2000; 29:80-110.
15. Braga IF. Entidades empresariais e a política nacional de saúde – da cultura de crise à cultura da colaboração [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
16. 1000 maiores empresas e as campeãs em 25 setores e 5 regiões. *Valor* 1000 2015; Edição 2015.
17. Maiores & melhores: as 1000 maiores empresas. *Exame* 2015; Edição 109202.
18. Vianna LJW. A democracia e os três poderes no Brasil. Belo Horizonte: Editora da UFMG/Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
19. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 2013; 9:1927-36.

20. Salm CL, Fogaça A. Tecnologia, emprego e qualificação: algumas lições do século XIX. *Revista de Economia Contemporânea* 1998; 4:107-35.
21. Entrevista com José Dias Corrêa Sobrinho [fita casete]. Rio de Janeiro: Núcleo de História Oral, Casa de Oswaldo Cruz; 1986.
22. Escorel S. A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
23. Bielschowsky R, Mussi C. Políticas para a retomada do crescimento: reflexões de economistas brasileiros. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; 2002.
24. Collor de Mello F. Discurso de posse no Congresso Nacional. <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/fernando-collor/discursos-1/1990/103.pdf/view> (acessado em 14/Jul/2015).
25. Anderson P. El papel de las ideas en la construcción de alternativas. Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2004.
26. Paim J, Travassos CMR, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
27. Bielschowsky R. Sesenta años de la CEPAL: textos seleccionados del decenio 1998-2008. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2010.
28. Rosemburg C. Prêmio Caro. Exame 2000; (719). <http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/719/noticias/premio-caro-m0048220>.
29. Supremo Tribunal Federal. Recurso Especial REsp 642810 MG 2004/0051890-0 (STJ). <http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=RE+115.308+RJ> (acessado em 20/Ago/2015).
30. Brasil. Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001. Altera a legislação das Contribuições para a Seguridade Social – COFINS, para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS/PASEP e do Imposto sobre a Renda, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2001; 27 ago.
31. Scheffer M. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
32. Quadros WJ. 2009 a 2012: heterodoxia impulsiona melhorias sociais. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2014.
33. Braga C. Crise sistêmica da financeirização e a incerteza das mudanças. *Estud Av* 2009; 23:89-102.
34. Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *Lancet* 2014; 384:2164-71.
35. Meirelles R. Desejos e aspirações dos consumidores dos planos de saúde. In: *Anais do 18º Congresso Brasileiro dos Corretores de Seguros*. <http://www.fenacor.com.br/xviii-congresso/apresentacoes/desejos-aspiracoes-renato-meirelles.pdf> (acessado em 11/Jul/2015).
36. PricewaterhouseCoopers. O mercado de serviços de saúde no Brasil. <http://www.pwc.com.br/pt/publicacoes/setores-atividade/assets/saude/healthcare-port.pdf> (acessado em 04/Ago/2015).
37. Villela F. Caixa estuda possibilidade de oferecer planos de saúde para população de menor renda. <http://agencia-brasil.jusbrasil.com.br/noticias/2157995/caixa-estuda-possibilidade-de-oferecer-planos-de-saude-para-populacao-de-menor-renda> (acessado em 11/Jul/2015).
38. Meireles R. Percepção dos brasileiros em 2012. <http://docplayer.com.br/9249546-Data-popular-saude-na-nova-classe-media-brasileira-renato-meirelles-renato-datapopular-com-br.html> (acessado em 18/Ago/2015).
39. UnitedHealth fecha capital da Amil em operação de R\$ 2,9 bilhões. <http://www.valor.com.br/empresas/3097594/united-health-fecha-capital-da-amil-em-operacao-de-r-29-bilhoes> (acessado em 18/Ago/2015).
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
41. UnitedHealth Group. UnitedHealth group facts Q2, 2015. <http://www.unitedhealthgroup.com/~media/UHG/PDF/About/UNH-Fact-Book.ashx> (acessado em 14/Jul/2015).
42. Faria N. UnitedHealth fecha acordo para adquirir controle da Amil. <http://www.infomoney.com.br/minhas-financas/planos-saude/noticia/2579526/unitedhealth-fecha-acordo-para-adquirir-controle-amil> (acessado em 11/Jul/2015).
43. Bahia L, Antunes LR, Cunha TCA, Martins WS. Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
44. Herzlinger RE, Pinho RR. Amil and the Health Care System in Brazil. Boston: Harvard Business School; 2011. (Harvard Business School Case, 312-029).
45. Portal Fator Brasil. Amil par: receita cresce 32% e Ebit da dobra em 2007. http://www.revistafatorbrasil.com.br/ver_noticia.php?not=33537 (acessado em 30/Jul/2015).
46. BM&FBovespa. Pregões anteriores, 2015. <http://www.bmfbovespa.com.br/fechamento-pregao/BuscarUltimosPregoes.aspx?idioma=pt-br> (acessado em 18/Ago/2015).
47. Amil Par. Relatório anual de sustentabilidade, 2012. Rio de Janeiro: Amil Par; 2012.
48. Amil compra grupo hospitalar português por € 85,6 mil. <http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/amil-compra-grupo-hospitalar-portugues-por-85-6-mi-de-euros> (acessado em 14/Jul/2015).
49. Amil Par. Anúncio de início de oferta pública de distribuição primária e secundária de ações ordinárias de emissão, 2007. <http://www.bmfbovespa.com.br/pt-br/mercados/download/Amil-Anuncio-Inicio-12112007.pdf> (acessado em 18/Ago/2015).

Abstract

The concentration and internationalization of health plan companies in Brazil gave them a clearly financial face. Based on the need to understand the health care industry's capital accumulation patterns, the current study examines health plan companies' expansion strategies through the classification of their supply and demand characteristics by recent historical periods and an analysis of recent shareholding trends in one of the leading corporations in the Brazilian health care industry. The 1960s to 2000s witnessed changes in the scale of demands for health plans and adherence by companies to long-term accumulation strategies. Beginning in the early 21st century, changes in the shareholding structures of the largest Brazilian company, consistent with the financialization of its accumulation regime, resulted in the rapid multiplication of its capital. Deepening segmentation of the health care system in a context marked by the downturn in the national economy challenges the preservation of public subsidies for private health plans.

Prepaid Health Plans; Health Systems; Technological Development; Innovation

Resumen

La concentración e internacionalización de empresas de planes de salud en Brasil les han conferido un carácter financiero. Considerando la necesidad de comprender los padrones de acumulación de ese sector, el trabajo examina estrategias de expansión de las empresas de planes de salud, mediante la periodización de atributos de oferta y demanda y el examen de la trayectoria patrimonial reciente de uno de los grandes grupos del sector. Entre los años 1960 y 2000, se produjeron alteraciones en la escala de las demandas por parte de planes de salud y una adhesión de las empresas a estrategias de acumulación a largo plazo. A partir del siglo XXI, las alteraciones en las estructuras societarias de la mayor empresa brasileña, compatibles con el régimen de acumulación de carácter financiero, resultaron en la multiplicación de su capital en un corto intervalo de tiempo. La profundización de la segmentación del sistema de salud, en un contexto marcado por la desaceleración de la economía, cuestiona la preservación de los subsidios públicos para los planes privados.

Planes de Salud de Prepago; Sistemas de Salud; Desarrollo Tecnológico; Innovación

Recebido em 19/Set/2015

Versão final rerepresentada em 07/Dez/2015

Aprovado em 09/Dez/2015