

## An3lise comparativa dos sistemas de sa3de da tríplice fronteira: Brasil/Col3mbia/Peru

Antonio Levino<sup>1</sup> e Eduardo Freese de Carvalho<sup>2</sup>

**Como citar:** Levino A, Carvalho EF. An3lise comparativa dos sistemas de sa3de da tríplice fronteira: Brasil/Col3mbia/Peru. 2011;30(5):490-500.

### RESUMO

Os objetivos deste artigo s3o: descrever o processo de reforma sanit3ria ocorrido em pa3ses da Am3rica Latina e suas repercuss3es nos sistemas de sa3de do Brasil, da Col3mbia e do Peru; analisar a conforma33o dos sistemas nacionais de sa3de desses tr3s pa3ses fronteiri3os; e avaliar os limites e possibilidades de uma integra33o dos sistemas locais de sa3de no contexto da tríplice fronteira amaz3nica. A partir de documentos e bases de dados oficiais, faz-se uma an3lise do desenvolvimento dos sistemas de sa3de e da organiza33o da rede de servi3os nesse segmento de fronteira localizado em plena regi3o amaz3nica. Na compara33o entre os tr3s pa3ses, constata-se que o modelo adotado pelo Brasil tem as caracter3sticas de um sistema nacional de sa3de de finalidade p3blica, enquanto na Col3mbia e no Peru vigoram sistemas de asseguramento, com ado33o de planos obrigat3rios de assist3ncia, segmenta33o dos usu3rios e contingenciamento da cobertura. Os tr3s pa3ses convergem quanto 3 mescla de p3blico e privado na provis3o de servi3os, mas diferem no n3vel de acesso e no tipo de regula33o por parte do Estado. Conclui-se que as especificidades dos sistemas de sa3de dos tr3s pa3ses fronteiri3os tornam complexo o desafio da constru33o de um sistema 3nico de sa3de na fronteira que possa garantir a universalidade do acesso, a equidade no atendimento e a integralidade da assist3ncia. Apesar das discrep3ncias identificadas, por3m, constata-se que a preponder3ncia do setor p3blico na rede de aten33o b3sica permite vislumbrar a possibilidade de integra33o dos sistemas locais de sa3de no que concerne 3 oferta organizada

de a33es program3ticas de sa3de do primeiro e segundo n3veis de assist3ncia.

**Palavras-chave:** sistemas de sa3de; administra33o de servi3os de sa3de; reforma dos servi3os de sa3de; sa3de na fronteira; Brasil; Col3mbia; Peru; Am3rica do Sul.

O estado de sa3de em regi3es de fronteira aberta sofre grande influ3ncia da mobilidade populacional, que incrementa o risco da emerg3ncia e reemerg3ncia de doen3as, e das condi33es de vida de grupos mais vulner3veis como: migrantes; minorias 3tnicas; trabalhadores que realizam atividades tempor3rias, tais como madeireiros e garimpeiros; turistas; ou, ainda, profissionais do sexo. Nessas 3reas, a assist3ncia 3 sa3de 3 sempre complexa, pois mesmo quando a capacidade instalada permite o acolhimento das demandas a efetividade das a33es pode ser comprometida pelo fluxo dos usu3rios que buscam superar, individualmente, as car3ncias do seu pa3s de origem (1).

Este artigo analisa as caracter3sticas do sistema de sa3de da tríplice fronteira Brasil/Col3mbia/Peru,<sup>3</sup> tomando por refer3ncia a pol3tica de sa3de dos tr3s pa3ses fronteiri3os (figura 1). Para tal finalidade, a depender da abordagem, Viacava (3) sugere o uso dos termos "sistema de sa3de" e "sistema de servi3os de sa3de". O primeiro contempla os determinantes hist3ricos e estruturais das concep33es sobre sa3de/adoecimento e do modo de intervir nesses processos; o segundo 3 entendido como um conjunto de atividades cujo principal prop3sito seria o de promover, restaurar e manter a sa3de, constituindo uma resposta organizada 3s necessidades, demandas e representa33es de uma dada sociedade em determinada 3poca (4, 5).

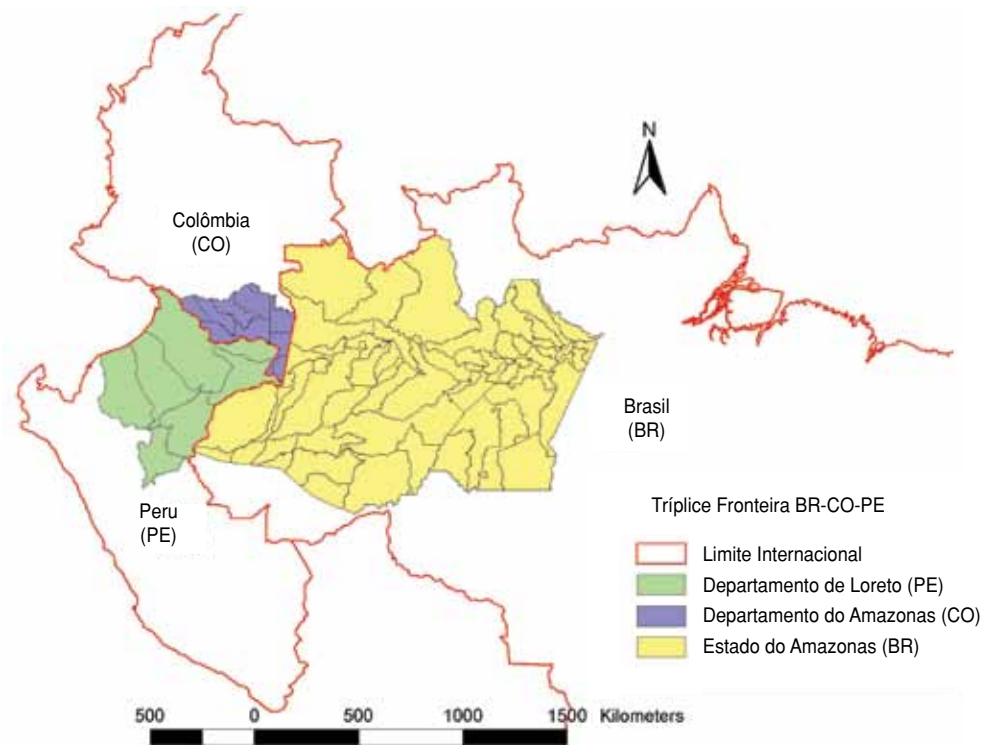
A categoria "sistema de sa3de" serve ent3o para elucidar as rela33es entre este setor e os seus determinantes externos, sem dar conta, por3m, da singularidade dos processos, porque n3o existe um "sistema" que se reproduz em tempos e lugares diversos. O que se reconhece s3o generalidades ou "sistemas" que expressam as nuances contextuais na organiza33o

<sup>3</sup> A fronteira internacional do Brasil (2) 3 subdividida em tr3s grandes arcos: o Arco Norte, que compreende a faixa de fronteira dos estados do Amap3, Par3, Amazonas e os estados de Roraima e Acre; o Arco Central, que inclui os estados de Rond3nia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; e o Arco Sul, que compreende a fronteira dos estados do Paran3, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. No caso do Arco Norte, segundo a pol3tica oficial do governo brasileiro, as diferen3as na base produtiva, a posi33o geogr3fica e o predom3nio de popula33o ind3gena foram considerados como crit3rios para a defini33o das sub-regi3es, que s3o identificadas como: Oiapoque-Tumucumaque (I), Campos do Rio Branco (II), Parima-Alto Rio Negro (III), Alto Solim3es (IV), Alto Juru3 (V) e Vale do Acre-Alto Purus (VI).

<sup>1</sup> Instituto Le3nidas e Maria Deane, Funda33o Oswaldo Cruz — ILMD/FIOCRUZ, Manaus, Amazonas, Brasil. Correspond3ncia: antoniolevino@ibest.com.br

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalh3es — CPqAM/FIOCRUZ Recife, Pernambuco, Brasil.

**FIGURA 1. Tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Destaque para as áreas fronteiriças do estado do Amazonas (BR) e dos departamentos do Amazonas (CO) e Loreto (PE)**



Fonte: Elaborada pelos autores.

dos sistemas de serviços de saúde, que resultam da experiência e cultura sanitária de cada sociedade. Na análise comparada dos sistemas nacionais de saúde é possível identificar convergências e divergências entre as diferentes estratégias adotadas na solução de problemas comuns, como ocorre na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru.

A tríplice fronteira amazônica abrange a divisa internacional que separa o Estado do Amazonas, no Brasil, dos departamentos do Amazonas na Colômbia e Loreto no Peru. A extensão da fronteira entre o Brasil e a Colômbia mede 1 645 quilômetros, entre o Brasil e o Peru mede 1 154,30 quilômetros e entre a Colômbia e o Peru mede 1 626 quilômetros (figura 1). O Estado do Amazonas representa 18,40% do território brasileiro e subdivide-se em 62 municípios que somam 3 393 369 habitantes, dos quais 186 281 (5,48%) estão localizados no Alto Solimões, que abrange sete municípios (tabela 1). Esta sub-região é considerada uma das áreas mais críticas da Amazônia brasileira, por concentrar os principais determinantes dos problemas de saúde que são comuns às zonas de fronteira: elevada mobilidade populacional, atividades de grande impacto ambiental, ocupação desordenada do espaço, falta de acesso aos serviços de saúde e condição de vida precária de determinados grupos populacionais, o que tem como consequência direta uma intensificação das relações transfronteiriças (1, 6, 7).

O Amazonas colombiano abrange 9,60% do território nacional, sendo composto por dois municípios (Leticia e Puerto Nariño) e nove *corregimientos*, territórios pouco povoados e com baixo desenvolvimento econômico e social. Dos seus 71 167 habitantes, mais da metade (65,73%) está concentrada na capital Leticia que, juntamente com Puerto Nariño, ultrapassa 60% do total da população departamental (tabela 1) (8). O Departamento de Loreto ocupa 28% do território do Peru, sendo composto por sete províncias e 51 distritos. Sua população estimada é de 970 928 habitantes (tabela 1). Em termos populacionais, Iquitos, a capital do departamento, é considerada a principal cidade de Loreto, mas, do ponto de vista das relações transfronteiriças entre o Brasil, Colômbia e Peru, Caballococha é a cidade mais importante, em função do intenso comércio e por servir de referência para as localidades de Santa Rosa e Islândia, situadas na proximidade de Leticia (CO), Tabatinga (BR) e Benjamin Constant (BR) (9).

Os objetivos do artigo são: descrever o processo de reforma sanitária ocorrido em países da América Latina e suas repercussões nos sistemas de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru; analisar a conformação dos sistemas nacionais de saúde desses três países fronteiriços; e avaliar os limites e possibilidades de uma integração dos sistemas locais de saúde no contexto da tríplice fronteira amazônica.

**TABELA 1. Unidades territoriais do Brasil, Col3mbia e Peru que formam a tríplice fronteira amaz3nica, segundo a extens3o territorial e distribui3o da popula3o**

Unidades territoriais	Extens3o (km <sup>2</sup> )	Popula3o (2009)	Popula3o %	Densidade (hab/km <sup>2</sup> )
Brasil: munic3pios da regi3o do Alto Solim3es				
Amatur3 <sup>a</sup>	4 758	8 828	4,74	1,86
Atalaia do Norte <sup>a</sup>	76 354	14 715	7,89	0,19
Benjamin Constant <sup>a</sup>	8 793	31 195	16,75	3,55
Santo Ant3nio do I33 <sup>a</sup>	12 307	30 351	16,29	2,47
S3o Paulo de Oliven3a <sup>a</sup>	19 745	32 958	17,69	1,67
Tabatinga <sup>a</sup>	3 225	47 948	25,74	14,87
Tonantins <sup>a</sup>	6 432	20 286	10,89	3,15
Total	131 614	186 281	100,00	1,42
Col3mbia: munic3pios e <i>corregimientos</i> do departamento do Amazonas				
El Encanto	11 074	4 570	6,42	0,41
La Chorrera	12 461	3 554	4,99	0,29
La Pedrera <sup>a</sup>	15 385	4 193	5,89	0,27
La Victoria	1 443	1 029	1,45	0,71
Leticia <sup>a</sup>	5 829	39 317	55,25	6,75
Miriti-Paran3	16 564	1 587	2,23	0,10
Puerto Alegr3a <sup>a</sup>	8 394	1 513	2,13	0,18
Puerto Arica <sup>a</sup>	13 350	1 408	1,98	0,11
Puerto Nari3o <sup>a</sup>	1 475	7 456	10,48	5,05
Puerto Santander	14 915	2 590	3,64	0,17
Tarapac3 <sup>a</sup>	8 775	3 950	5,55	0,45
Total	109 665	71 167	100,00	0,65
Peru: prov3ncias do departamento de Loreto				
Alto Amazonas	18 764	114 089	11,75	6,08
Datem del Mara3on	46 609	54 170	5,58	1,16
Loreto	67 434	69 133	7,12	1,03
Maynas <sup>a</sup>	119 859	534 557	55,06	4,46
Ram3n Castilla <sup>a</sup>	37 412	60 529	6,23	1,62
Requena <sup>a</sup>	49 477	71 686	7,38	1,45
Ucayal3	29 293	66 764	6,88	2,28
TOTAL	350 087	970 928	100,00	2,77

**Fontes:** Brasil: DATASUS e IBGE (Censos e estimativas); Col3mbia: Proyecciones de poblaci3n 2005–2020 [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72) [acessado em 13/05/2010]; Peru: Direcci3n Regional de Salud Loreto (DIRESA) MINSA <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Poblacion/PoblacionMarcos.asp?16> [acessado em 13/05/2010].

<sup>a</sup> 3reas situadas na zona da tríplice fronteira Brasil/Col3mbia/Peru.

## S3ntese do processo de reforma sanit3ria na Am3rica Latina

Praticamente todos os pa3ses da Am3rica Latina e do Caribe passaram por reformas setoriais no 3mbito da sa3de. S3o processos recentes, ainda inconclusos e marcados por contradi33es relacionadas ao cont3ido dos projetos e aos resultados alcan3ados. Sua principal motiva3o foram as crises que se abateram sobre os sistemas de sa3de da regi3o, manifestadas pelo acesso restrito a servi3os de qualidade prec3ria e custos elevados (10). No cen3rio internacional, o neoliberalismo e a globaliza3o tamb3m formaram o pano de fundo de uma s3rie de mudan3as na ordem pol3tica e econ3mica que provocaram a redu3o do papel do Estado, uma premissa que passou a ser adotada como um paradigma nas rela33es de produ3o, circula3o e

consumo de mercadorias, servi3os e capital (11–14). 3 nesse contexto que as reformas sanit3rias enfrentaram os problemas de financiamento e de gest3o do sistema de sa3de com resultados distintos em cada pa3s, dependendo do n3vel de estrutura3o das pol3ticas p3blicas, da correla3o de for3as interna dos grupos pol3ticos dominantes e do grau de intera3o da comunidade t3cnico-cient3fica com as estruturas de poder no 3mbito dos governos (10, 11).

De acordo com o modelo de reforma adotado, consolidaram-se dois p3los. Nos pa3ses onde a concep3o de Estado m3nimo foi assimilada, a sa3de passou a ser vista como uma mercadoria e o usu3rio como consumidor. Nestes, o acesso aos servi3os se d3 pelo assegureamento ou desembolso direto, nos moldes do que vigora nos Estados Unidos. Nos pa3ses onde se manteve o princ3pio da solidariedade e o conceito de

cidadania, foram estruturados modelos, como o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, que garantem o acesso universal e a assistência integral. Entre os dois extremos formaram-se modelos intermediários, que variam no nível de acesso e amplitude da cobertura, assim como nas modalidades de afiliação aos seguros e no grau de integração entre o setor público e o setor privado para a prestação de serviços (14, 15).

Segundo García (15), apesar de não se ter produzido uma agenda específica para o setor da saúde, o consenso neoliberal em torno de um ajuste estrutural da economia continha alguns pontos que foram assimilados como diretrizes nos projetos de reforma sanitária. Para Gómez-Camelo (10), esses delineamentos estão explicitados em dois documentos do Banco Mundial: “Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform”, de 1987, e no “Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud”.

Mesmo sem lograr êxito na promessa de reduzir as iniquidades em saúde, melhorar o uso eficiente dos recursos e aumentar a qualidade dos serviços, o Banco Mundial continua influenciando a tendência de padronização dos sistemas de saúde com premissas que García (15) resume em quatro eixos de intervenção: a) contenção do crescimento dos investimentos no setor saúde; b) separação das funções de provisão e financiamento; c) focalização do financiamento público somente para grupos vulneráveis; e d) racionamento da assistência médica. As contradições entre esses delineamentos externos e os interesses nacionais repercutiram de modo peculiar na reforma sanitária do Brasil, da Colômbia e do Peru.

## Constituição dos sistemas de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru

### Brasil

A reforma sanitária brasileira nasceu na década de 1980, como desdobramento de um debate amplo que envolveu a sociedade civil organizada, a comunidade técnico-científica e a esfera governamental, resultando na proposta do SUS incorporada à plataforma política do movimento que defendia a redemocratização do país. Contrariando a tendência neoliberal, os preceitos do novo sistema de saúde foram introduzidos na constituição promulgada em 1988 (16), passando a ser reconhecidos como um direito de todos: a universalidade do acesso, a equidade no atendimento e a integralidade da assistência. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde - LOS 8080/1990 e a Lei Complementar 8142/1990 (17, 18) estabeleceram as bases operacionais definitivas para o processo de descentralização, hierarquização e controle social previstos no texto constitucional (19).

A mudança no arcabouço jurídico institucional exigiu uma ampla redefinição das atribuições e dos papéis dos diferentes níveis de governo em relação à saúde (20). O SUS prevê a descentralização do planejamento e execução das ações para a esfera municipal,

que gradativamente tem assumido a responsabilidade pela organização das redes locais de atenção, respeitando os níveis de complexidade dos problemas. Nas áreas em que dispõe de competência, o setor público assume diretamente a cobertura da assistência lançando mão de serviços próprios que podem ser vinculados a qualquer uma das três esferas de governo: federal, estadual ou municipal.

A rede privada passou a ser tratada como um sistema complementar, que pode ser demandado pelo poder público para a realização de exames diagnósticos ou assistência de média e alta complexidade, principalmente hospitalar, nas áreas em que não se dispõe de uma estrutura própria do governo, sendo todos esses procedimentos cobertos pelos recursos públicos. Mais recentemente, a gestão do SUS tem sido reorientada no sentido da regionalização da assistência, definindo territórios sanitários de abrangência supramunicipal. Para viabilizar as ações, os recursos financeiros são repassados diretamente aos municípios, que devem elaborar um plano de metas prevendo mudanças efetivas na situação de saúde da população (21).

O financiamento do sistema se dá pelos fundos de saúde de nível nacional, estadual e municipal, que são supridos por recursos orçamentários ou oriundos da arrecadação fiscal e previdenciária de empregados e empregadores, contribuições sociais vinculadas à lucratividade das empresas e dos concursos de prognósticos (loterias), além da cooperação internacional (20). As transferências entre esferas ocorrem mediante: repasses fundo a fundo, com base no critério populacional; convênios vinculados às ações prioritárias; ou, ainda, pagamento de procedimentos realizados diretamente às entidades prestadoras de serviços (21).

### Colômbia

A conformação atual do sistema de saúde da Colômbia tem origem no pacto nacional pela superação da crise institucional desencadeada pelo conflito com o narcotráfico entre 1991 e 1993. A constituição promulgada em 1991 incorporou a noção de Estado social de direito, garantindo o acesso universal à seguridade social; entretanto, a tradição colombiana de promover reformas amplas para obter a distensão política foi mantida no espírito da Lei 100/1993 (22) que transformou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (SGSSS). Para evitar o confronto com o sindicalismo e ao mesmo tempo garantir o apoio dos setores conservadores ao projeto de abertura da economia do país, o governo conduziu a reforma de maneira que o novo sistema preservasse a lógica de mercado, resguardando os princípios de concorrência e livre escolha do usuário, os mecanismos de regulação, a solidariedade financeira entre ricos e pobres e a redefinição das funções do Estado (12, 23).

Partindo do princípio da separação entre serviços individuais, que são considerados bens privados e estão a cargo do mercado, e coletivos, que são bens públicos e estão sob os cuidados do Estado, o sistema de saúde foi estruturado em dois regimes (contribu-

tivo e subsidiado), com acesso regulado pelo governo, que realiza inq3eritos anuais para classificar o n3vel de renda e das necessidades da popula33o cadastrada no Sistema de Identifica33o de Benefici3rios de Subs3dios do Estado (SISBEN). A base de sustentaa3o financeira do sistema 3 a contribui33o dos trabalhadores (4% de cada sal3rio recebido) e dos patr3es (8% sobre cada sal3rio pago). No regime contributivo, o Plano Obrigat3rio de Servi3os (POS) 3 garantido aos empregados que recolhem o suficiente para cobrir os benef3cios. No regime subsidiado, o governo complementa os custos da assist3ncia do segurado de baixa renda que obt3m um pacote de servi3os equivalente a 70% do POS contributivo. O Estado assume ainda a cobertura das a33es n3o-POS e a assist3ncia da popula33o n3o filiada mediante um crit3rio de prioridade no atendimento a grupos vulner3veis como crian3as, pobres e portadores de doen3as graves (12).

A gest3o do sistema de sa3de colombiano 3 descentralizada para a esfera departamental que contrata empresas promotoras de sa3de (EPS) e administradoras de regime subsidiado (ARS). Cada empresa recebe um repasse de recursos correspondente ao volume de unidades de pagamento por capta33o (UPC) calculado com base no total de seus filiados. Para execu33o da assist3ncia, as operadoras de seguro sa3de contratam institui33es prestadoras de servi3os (IPS). Dentre elas, est3o as empresas sociais do Estado (ESE), que s3o institui33es p3blicas respons3veis pelo atendimento de primeiro e segundo n3vel e pelas a33es de sa3de coletiva.

O financiamento do sistema de sa3de se d3 pelo Fundo de Solidariedade e Garantia, que 3 subdividido em quatro contas: a) a conta Compensaa3o (COMP), destinada ao pagamento do regime contributivo, que 3 formada pela contribui33o dos segurados; b) a conta Solidariedade (SOLIDAR), destinada ao regime subsidiado e composta por um percentual da contribui33o dos afiliados ao regime contributivo que recebem acima de quatro sal3rios m3nimos e por repasses governamentais; c) a conta Promo33o da Sa3de e Preven33o de Enfermidades (PS-PE), composta por 0,50% das UPC pagas 3s EPS e por aportes do governo para a sa3de coletiva; d) a conta Enfermidades Catastr3ficas (CATAST), que financia o custo de doen3as cr3nicas e de alto risco n3o inclu3das no POS (12).

## Peru

O sistema de sa3de peruano t3m passado, neste momento, por um amplo reordenamento que decorre da aprova33o da "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" pelo Congresso Nacional em 30 de mar3o de 2009 (24). A lei estabelece a cobertura obrigat3ria de seguro sa3de a toda a popula33o e para efetivar esse direito criou o Plano Essencial de Assist3ncia 3 Sa3de (PEAS), provendo a base legal para a sua supervis3o e gest3o (25).

O PEAS contempla a assist3ncia integral a um grupo de doen3as consideradas mais relevantes, de acordo com o perfil epidemiol3gico do pa3s e respeitando as realidades regionais. Na etapa de implan-

ta33o foram selecionados 45% da morbimortalidade que afeta a popula33o, dando prioridade a tr3s regi3es do pa3s (o Departamento de Loreto n3o est3 inclu3do entre elas) e mais quatro redes de sa3de que receberam planos pilotos. J3 est3 prevista, para as fases seguintes, a amplia33o do n3mero de regi3es contempladas e do percentual de carga de doen3as cobertas (26).

Segundo Castro (27), essa lei n3o atende aos prop3sitos que anuncia de universaliza33o do acesso, porque, entre outras raz3es, n3o altera a segmentaa3o do sistema de sa3de peruano, apenas prop3e a unifica33o operacional das diversas estruturas que s3o paralelas e aut3nomas. Atualmente existem cinco subsistemas que atendem 3 popula33o: a) o Minist3rio da Sa3de (MINSA), que abrange o Seguro Integral de Sa3de (SIS); b) o Seguro Social em Sa3de (ESSALUD) adstrito ao Minist3rio do Trabalho; c) a rede assistencial das for3as armadas (Marinha, Aeron3utica e Ex3rcito), que atende o Minist3rio da Defesa; d) o subsistema da Pol3cia Nacional do Peru, que abrange o Minist3rio do Interior; e e) o setor privado, formado por entidades prestadoras de servi3os de sa3de, seguradoras privadas, cl3nicas e organiza33es da sociedade civil (28). Em todo o Peru, a parcela da popula33o 3 margem dos seguros de sa3de chega a 58%, o que representa aproximadamente 16 milh3es de habitantes. Do restante, 20% s3o cobertos pelo ESSALUD, 18% pelo SIS e 4% pelas for3as armadas e pelo setor privado (25).

O financiamento do sistema de sa3de peruano sofrer3 mudan3as consider3veis com a implanta33o da Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Na situa33o anterior, havia diversos fundos aut3nomos que mantinham cada segmento de seguro. A norma atual prev3 a cria33o de um fundo de assegureamento de sa3de de car3ter p3blico para viabilizar o acesso ao seguro subsidiado e obriga todas as seguradoras a constituir um fundo solid3rio que possa garantir o PEAS a todos os seus afiliados. Para administrar os fundos solid3rios foram institu3das as Administradoras de Fundos de Assegureamento de Sa3de, que ser3o supervisionadas pela Superintend3ncia Nacional de Assegureamento de Sa3de (28, 29).

## An3lise comparada dos sistemas de sa3de da tríplice fronteira Brasil/Col3mbia/Peru

Na an3lise dos sistemas de sa3de da regi3o andina e Caribe, G3mez-Camelo (10) identifica diferentes desenhos organizacionais classificados como: SNS, sistema segmentado e sistema baseado no assegureamento. Na maioria dos casos, tanto as reformas dos anos 1990 quanto as atuais tendem para o assegureamento universal de um pacote de servi3os b3sicos, com provis3o mista (p3blico-privada), gest3o p3blica do financiamento e regula33o estatal. A autora conclui ainda que a compara33o dos diversos modelos de gest3o permite identificar a configura33o externa e interna, as similitudes e diferen3as e as converg3ncias e diverg3ncias dos sistemas de sa3de. A tabela 2 apresenta uma tipologia dos sistemas de sa3de brasileiro, colombiano e peruano, comparando as suas

**TABELA 2. Comparação entre os sistemas nacionais de saúde dos países que formam a tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru**

Componentes	Características dos sistemas de saúde		
	Brasil	Colômbia	Peru
Financiamento (comprometimento de recursos públicos com a saúde)	O SUS tem como fonte de financiamento os recursos federais oriundos da arrecadação fiscal e das contribuições para a seguridade social que somados às contribuições sociais e convênios internacionais formam o Fundo Nacional da Saúde. Nos estados e municípios uma parte dos fundos vem do orçamento próprio e outra dos repasses das instâncias superiores.	O SGSSS é subdividido em dois regimes: contributivo e subsidiado. As fontes de financiamento são os recursos federais oriundos da arrecadação de impostos e das cotas de contribuição dos assegurados no regime contributivo que formam o Fundo Solidário de Garantia.	O sistema de saúde é segmentado. Os recursos federais oriundos da arrecadação de impostos financiam o Seguro Integral de Saúde (SIS) do MINSA; as contribuições de segurados financiam o Seguro Social da Saúde (ESSALUD) e das forças armadas e policiais do Peru, enquanto o setor privado é financiado pelo desembolso direto dos segurados.
Relação entre financiamento e prestação de serviços (forma de participação do Estado na oferta e demanda)	Os fundos de saúde são estruturados nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal). A gestão é descentralizada para a esfera municipal. Repasse de recursos fundo a fundo ou por pagamento de serviços diretamente aos prestadores. A oferta de serviços é pública com demanda complementar contratada do setor privado. A remuneração dos prestadores se dá por procedimentos realizados.	O governo federal disponibiliza orçamento para financiar a saúde e cada departamento é certificado para a gestão do sistema. As Empresas Promotoras de Saúde administram a assistência contratando instituições prestadoras de serviço (IPS) públicas e privadas. Empresas sociais do Estado (ESE) prestam serviços às EPS concorrendo com outras IPS privadas.	A gestão dos sistemas públicos de saúde é centralizada na esfera federal do governo. As redes de serviços MINSA e ESSALUD são paralelas e autônomas na estrutura e funcionamento. O setor privado é contratado pelos seguros públicos para atender a demanda complementar.
Acesso (universalidade)	Acesso universal a todos os serviços sem distinguir usuário. Ingresso no sistema pelo princípio da cidadania.	Seguro financiado com recursos públicos garante o Plano Obrigatório de Saúde (POS) para todo assegurado do regime contributivo ou subsidiado. O governo assume a cobertura da assistência à parcela da população que não se encontra afiliada.	A rede MINSA atende a população de baixa renda, a rede ESSALUD atende aos servidores públicos e profissionais liberais, a rede militar atende a marinha, aeronáutica, exército e polícia nacional, os seguros privados atendem por desembolso direto. O acesso em todos os seguimentos depende de afiliação que garante o Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS).
Cobertura assistencial pública (integralidade)	Cobertura integral assegurada a todo cidadão em todos os níveis de atenção à saúde (promoção, proteção e recuperação).	Plano Obrigatório de Saúde (POS) assegurado a todos os cidadãos. Ações não-POS e assistência dos não afiliados são assumidas pelo governo departamental através das ESE e da contratação de prestadores privados.	Desde março de 2009 a Ley Marco do Aseguramiento Universal prevê a cobertura de assistência integral às doenças prioritárias através do Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS).

**Fonte:** elaborada pelos autores.

características, para poder avaliar as possibilidades de se construir um sistema único de saúde na tríplice fronteira.

Com relação ao financiamento, García (15) considera que houve uma tendência de redução dos investimentos em toda a América Latina, implicando em cortes no orçamento e redução das contribuições sociais que dão sustento à seguridade social. Todavia, essa não é uma característica comum a todos os países que formam a tríplice fronteira amazônica (tabela 2). No caso do Brasil, por exemplo, o debate gira em torno da adoção de fontes de recursos definidas, definitivas e suficientes para ampliar a capacidade de oferta de serviços pelo setor público. Nesse sentido, a Emenda Constitucional 29 (EC29) e outros dispositivos apresentam avanços como definição de percentu-

ais mínimos do orçamento a ser investidos na saúde por cada esfera de governo e critérios para estipular o que é de fato investimento em saúde (30, 31). Nos casos da Colômbia e do Peru, o sistema de saúde tende a ser mais afetado pelas crises econômicas que provocam flutuações no volume de receitas por se basearem na lógica do seguro. Mesmo assim, considerando o ano de 2008, o Brasil investiu 7,90% e a Colômbia 7,30% do produto interno bruto (PIB), posicionando ambos acima da média continental de 7,10% do PIB. O Peru, por sua vez, ocupou a última posição do continente com investimentos na ordem de 4,30% do PIB. Esse dado é importante, tendo em vista a relação direta entre o desempenho dos indicadores de saúde e o montante de recursos investidos no setor (10, 25, 29).

Na rela33o entre financiamento e provis3o, Garc3a (15) identifica como tend3ncias: o financiamento das demandas; maior autonomia or3ament3ria e financeira dos servi3os p3blicos; e a integra3o dos servi3os p3blicos e privados de sa3de. Estas caracter3sticas est3o presentes na Col3mbia e no Peru, com ligeiras varia33es entre os dois modelos que tendem para uma uniformiza3o depois que o Peru adotou o PEAS, nos moldes do POS colombiano (tabela 2). Diferentemente, no Brasil a esfera p3blica financia, regula e atua na provis3o de servi3os, enquanto o setor privado, apesar da sua magnitude, tem apenas uma participa3o complementar no sistema de sa3de.

Quanto 3 focaliza3o do financiamento p3blico, Garc3a (15) ressalta que tende para as seguintes formas: oferta gratuita apenas para a popula3o carente, como se deu no Chile; oferta para a popula3o assegurada com cobran3a dos servi3os prestados, como se deu no Uruguai; ou seguro subsidiado com recursos p3blicos, a exemplo do que acontece na Col3mbia com o POS e daqui para a frente no Peru depois da implanta3o do PEAS. No Brasil, a identifica3o de parcelas vulner3veis serve apenas ao prop3sito de garantir o princ3pio da equidade, que justifica o investimento e a cobertura de a33es que d3o prioridade 3 redu3o dos efeitos das diferen3as sociais, 3tnicas, de g3nero ou raciais. A discrimina3o nesse caso 3 positiva.

A 3ltima caracter3stica identificada por Garc3a (15) como uma tend3ncia geral dos sistemas de sa3de 3 o racionamento da assist3ncia m3dica, com financiamento p3blico apenas de uma cesta b3sica de servi3os de sa3de, justamente o que encontramos na Col3mbia e no Peru, onde o POS e o PEAS implicam num contingenciamento da cobertura. Novamente h3 nuan3as no modelo colombiano, o qual distingue os usu3rios pelo regime de seguro a que t3m direito e, a partir da3, discrimina o padr3o de cobertura a que fazem jus no pacote de benef3cios obrigat3rio. Enquanto isso, o Peru, que antes dispunha de uma integralidade que era prevista, mas n3o assegurada no sistema p3blico, agora passa a dispor de um asseguramento previsto e regulado, por3m, restrito a um pacote de doen3as consideradas priorit3rias.

### **Estrutura e organiza3o dos sistemas de sa3de na tríplice fronteira Brasil/Col3mbia/Peru**

#### **Brasil**

No Brasil, o governo regula a atividade de assist3ncia e mant3m um Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Sa3de (CNES), obrigat3rio a todos os prestadores de servi3os, que podem ser p3blicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, ou atendendo em regime ambulatorial ou de internaa3o. Dentro deste crit3rio est3o inclu3dos: postos e centros de sa3de; cl3nicas; prontos-socorros; laborat3rios; secretarias de sa3de; hospitais; e unidades mistas, que s3o um tipo de estabelecimento destinado 3 at3n3o integral, nas especialidades b3sicas, que conta com uma unidade de internaa3o agregada e sob administra3o 3nica, podendo atender urg3ncia e emerg3ncia.

No Alto Solim3es existem 32 unidades de sa3de que prestam atendimento de n3vel ambulatorial e hospitalar. Benjamin Constant 3 o munic3pio com o maior n3mero de unidades (11), seguido por Tabatinga (9), S3o Paulo de Oliven3a (4), Tonantins (3), Atalaia do Norte e Santo Ant3nio do I33 (2) e Amatur3 (1). Os tipos mais comuns na regi3o s3o os centros de sa3de (43,75%), os postos de sa3de (21,88%) e as unidades mistas (18,75%). Considerando os registros do CNES, a rede assistencial da regi3o 3 predominantemente p3blica (96,88% do total de unidades), havendo apenas um estabelecimento privado (3,12% do total). No que tange 3 gest3o, a esfera municipal abrange 75% dos estabelecimentos, contra 18,75% da esfera estadual que controla seis unidades mistas, 3,13% da esfera federal que administra o Hospital Geral ligado ao Ex3rcito Brasileiro e 3,13% da esfera privada que responde pela Cl3nica Odontom3dica, localizada em Tabatinga. Se se levar em conta a oferta de leitos hospitalares e a presen3a de profissionais m3dicos, cirurgi3es dentistas e enfermeiros, cinco dos sete munic3pios da regi3o deixaram de atingir os valores recomendados pela Organiza3o Mundial da Sa3de (OMS) em todos esses itens, comprovando o n3vel elevado de car3ncia de infraestrutura e recursos humanos na fronteira. As seis unidades mistas do Alto Solim3es, somadas ao Hospital Militar de Tabatinga, disp3em de 224 leitos que correspondem a 1,22/1 000 habitantes da regi3o, bem abaixo da m3dia nacional do Brasil situada na casa de 3,60/1 000 e tamb3m abaixo do recomendado pela OMS, que 3 de 4,50/1 000. Em rela3o a m3dicos, nenhum munic3pio do Alto Solim3es alcan3a a taxa de 0,80/1 000 habitantes recomendada pela OMS. Somente no caso de cirurgi3es-dentistas, Benjamin Constant e Tabatinga atingiram a cota m3nima sugerida de 0,18/1 000 e na enfermagem somente Benjamin Constant superou o patamar de 0,44/1 000 exigido pela OMS. A car3ncia 3 maior ainda em rela3o ao n3vel de capacita3o profissional. Entre os 45 m3dicos que atuam na regi3o, as especialidades mais frequentes s3o gineco-obstetr3cia (15 profissionais em cinco munic3pios) e cirurgia geral (11 profissionais em seis munic3pios). Os "m3dicos de fam3lia" somam apenas sete profissionais distribu3dos por tr3s munic3pios, apesar da estrat3gia nacional de estrutura3o da at3n3o b3sica estimular a implanta3o do Programa de Sa3de da Fam3lia, que tem sido fundamental para a efetividade das a33es de primeiro e segundo n3vel. A falta de especialistas de outras 3reas compromete a qualidade da assist3ncia de m3dia e alta complexidade na regi3o (32, 33).

#### **Col3mbia**

Na Col3mbia, a estrutura e organiza3o dos servi3os de sa3de obedecem 3s diretrizes da Lei 100/1993 que instituiu a descentraliza3o e o asseguramento, mediante afilia3o obrigat3ria a um dos regimes (contributivo ou subsidiado). Para regulamentar o processo de descentraliza3o, a Lei 715/2001 (34) redefiniu os fluxos de recursos financeiros e as compet3ncias municipais, responsabilizando a inst3ncia

departamental pela gest3o do SGSSS, pela presta3o de servi3os de primeiro e segundo n3veis e pela cobertura de assist3ncia da parcela da popula3o que ainda n3o se encontra filiada a nenhum dos regimes de seguro sa3de (35).

O Amazonas colombiano est3 certificado pelo Minist3rio da Sa3de como territ3rio descentralizado. Sendo assim, assumiu as fun3o3es de organiza3o, controle e fiscaliza3o do sistema de sa3de e se encarrega de todas as IPS localizadas no departamento (hospitais, centros e postos de sa3de), al3m de ser o prestador direto de servi3os nos munic3pios de Leticia e Puerto Nari3o e nos 10 *corregimientos*. Para atender a esta finalidade, a estrutura organizacional da Secretaria de Sa3de Departamental do Amazonas conta com tr3s 3reas: a) a 3rea de dire3o, encarregada da administra3o dos recursos e a da dire3o do setor; b) a 3rea de seguran3a, vigil3ncia e controle; c) a 3rea de servi3os de sa3de (prestadores) encarregada do componente da sa3de p3blica e da presta3o de servi3os de sa3de (8).

Segundo levantamento realizado no ano de 2006, apenas 17,04% da popula3o do Departamento do Amazonas se encontrava filiada ao regime contributivo, enquanto no regime subsidiado a propor3o chegava a 58,52%, os pobres n3o assegurados representavam 13,27% e os que n3o tinham a sua modalidade de filia3o identificada atingiam 7,70% da popula3o. Em Leticia, a parcela assegurada no regime contributivo naquele ano era um pouco mais expressiva (26%), enquanto o regime subsidiado se manteve no patamar de 46,30%. Em compensa3o, mais de um quinto da popula3o (21,80%) era classificada como pobre sem cobertura de seguro em plena capital do departamento. A situa3o piorava em Puerto Nari3o, onde o regime contributivo contemplava apenas uma faixa de 2,50% da popula3o e o regime subsidiado abarcava 80,90% da popula3o. A mesma situa3o se repetia nos *corregimientos*, com 76,10% da popula3o vinculada ao regime subsidiado, contra apenas 0,59% que era assegurada no regime contributivo (8).

A exist3ncia de uma parcela t3o expressiva da popula3o sem acesso ao seguro e de uma baixa filia3o no regime contributivo s3o tidos como problemas relevantes porque inviabilizam o financiamento do SGSSS. Os registros nacionais revelaram que entre 1999 e 2000 apenas 32% da popula3o colombiana estavam filiados ao regime contributivo e 22% ao regime subsidiado. As autoridades de sa3de advertiam, naquela ocasi3o, que cerca de 13,50% dos filiados ao regime contributivo poderiam ser repetidos, dada 3 baixa qualidade do sistema de informa3o das EPS, indicando que o controle p3blico das operadoras de seguro seria a principal atividade da gest3o que poderia garantir o acesso aos servi3os de sa3de (12).

No departamento do Amazonas h3 tr3s ARS autorizadas a operar em Leticia (CAPRECOM, MALLAMAS, SELVASALUD), duas em Puerto Nari3o (CAPRECOM e SELVASALUD) e tr3s nos *corregimientos* departamentais (MALLAMAS, HUMANAVIVIR e SELVASALUD). Para administrar o regime contribu-

tivo, quatro EPS est3o autorizadas (SALUDCOOP, ISS, CAPRECOM e SANITAS) (36).

No que diz respeito 3 presta3o de servi3os, a rede p3blica do Amazonas conta com dois hospitais: o Hospital San Rafael de Leticia, que 3 a 3nica institui3o prestadora de segundo n3vel de aten3o no departamento, e outro hospital que se localiza no munic3pio de Puerto Nari3o e presta servi3os de primeiro n3vel. Existem ainda sete centros de sa3de localizados nos *corregimientos* que t3m prestam servi3os de primeiro n3vel. Esses centros de sa3de dependem financeira e administrativamente do governo departamental para atender aos colonos e ind3genas, dando cobertura 3 rede de 82 postos de sa3de espalhados pelos *corregimientos* e contando, para isso, com um sistema de comunica3o por r3dio que 3 utilizado em caso da necessidade de remo3o de pacientes (8).

Os procedimentos de baixa complexidade s3o oferecidos em toda a rede p3blica. Nesse rol est3o includidos a consulta ambulatorial externa por m3dico generalista, atividades odontol3gicas, procedimentos de imuniza3o e exames citol3gicos, consultas de urg3ncia e emerg3ncia, hospitaliza3o e partos normais. A m3dia complexidade existe apenas no Hospital S3o Rafael de Leticia, que conta com especialidades nas 3reas de cl3nica cir3rgica, ginecologia e obstetr3cia, medicina interna, pediatria, anesthesiologia, ortopedia e oftalmologia. Outras subespecialidades s3o ofertadas esporadicamente, em parceria com institui3o3 nacionais, e as demandas de alta complexidade s3o todas resolvidas com encaminhamentos para os grandes centros urbanos de Bogot3, Neiva e Villavicencio (36).

Fora de Leticia, a infraestrutura dispon3vel na rede p3blica 3 bastante diversificada. No Hospital de Puerto Nari3o h3 equipamentos para atendimento de urg3ncias e emerg3ncias e recursos laboratoriais at3 para servi3os de alta complexidade. Em toda a rede p3blica localizada em Puerto Nari3o e nos 10 *corregimientos* departamentais existem 48 leitos de internaa3o. A rede de assist3ncia 3 sa3de no departamento do Amazonas 3 complementada pelas IPS localizadas em Leticia, sendo que uma delas oferece servi3os que v3o at3 o terceiro n3vel e outra que atende urg3ncias de baixa complexidade e consultas externas (8, 36). Somando os servi3os p3blicos (3), privados (17) e consult3rios profissionais (19) aos estabelecimentos de outras modalidades (3), Leticia conta com 42 IPS que possuem 85 leitos de internaa3o, sendo 42 no Hospital San Rafael, 27 na Fundaa3o Cl3nica Leticia e 16 na Cl3nica de Especialistas.

Em resumo, do ponto de vista da gest3o o sistema de sa3de do Amazonas 3 p3blico e sob o comando da esfera departamental. Quanto ao asseguramento, h3 empresas p3blicas e privadas que atuam como operadoras do regime contributivo (EPS) ou do regime subsidiado (EPS-S ou ARS). Na administra3o dos servi3os de sa3de est3o as IPS, que t3m podem ser p3blicas (ESE) ou privadas, atuando em um ou mais n3veis de assist3ncia. No departamento do Amazonas h3 duas IPS p3blicas: a ESE Hospital San Rafael de Leticia e a ESE Amazon Vida que administra



os centros de sa3de e postos de sa3de dos *corregimientos* e o hospital local de Puerto Nari3o (8, 36).

Dadas as caracter3sticas do sistema de sa3de colombiano, no qual a rede b3sica 3 de compet3ncia departamental e a assist3ncia individual 3 privatizada, ao gestor municipal restam apenas as fun33es de controlar o processo de identifica33o do usu3rio, manter atualizado o banco de dados do SISBEN e estimular a filia33o da popula33o, al3m da execu33o de a33es de sa3de de alcance coletivo. Para essa 3ltima finalidade a Lei 1122 de janeiro de 2007 introduziu ajustes no SGSSS que buscam promover a universaliza33o do acesso, o equil3brio entre os atores do sistema e a melhoria na presta33o de servi33os de sa3de, com fortalecimento das a33es de promo33o e preven33o, as quais foram agrupadas em um Programa de Sa3de P3blica de car3ter obrigat3rio, sob a responsabilidade do setor p3blico e com destina33o de recursos previamente garantida no conjunto das obriga33es das seguradoras (35). Trata-se de uma tentativa de ampliar a oferta seguindo uma linha universalizante, no interior de um sistema estruturado sob a l3gica do asseguroamento, que opera com regras de mercado e cuja finalidade precípua 3 financiar a demanda (37).

#### Peru

No Peru os servi33os de sa3de s3o organizados em subsistemas correspondentes aos segmentos de seguro sa3de (38). Desta forma, a popula33o de Loreto disp3e de quatro redes de assist3ncia — com estruturas independentes, corpo de funcion3rios pr3prio e autonomia administrativa —, cada qual dirigida a uma parcela de asseguroados. Ao todo, s3o 347 estabelecimentos distribu3dos entre as sete prov3ncias do departamento. A rede p3blica do MINSA 3 a mais importante, contando com 319 unidades (91,93%). A rede militar 3 a segunda, contando com 16 unidades (4,61%). A rede ESSALUD e a rede privada, cada uma com 6 unidades (1,73%), ficam em terceiro lugar (9). Em contraste com a situa33o da Col3mbia, onde o setor p3blico se responsabiliza formalmente pela aten33o b3sica, no sistema de sa3de peruano todo usu3rio tem direito a assist3ncia integral, que deve ser ofertada pelo plano de seguro a que est3 filiado; no entanto, as caracter3sticas da rede de sa3de demonstram que predominam os servi33os de primeiro e segundo n3veis, havendo apenas uma unidade de terceiro n3vel em todo o departamento de Loreto.

A denomina33o dos estabelecimentos de sa3de peruanos segue a tipologia de cada segmento de presta33o de servi33os. No sistema MINSA, as unidades b3sicas s3o identificadas como do tipo posto de sa3de (PS I e PS II) e centro de sa3de (CS I e CS II), que diferem entre si pelo tipo de profissional dispon3vel e pelo regime de trabalho. Os PS I t3m m3dicos e enfermeiros, j3 os PS II t3m t3cnico de enfermagem e t3cnico sanit3rio. No caso do CS I e do CS II, a diferen3a decorre da presen3a de sala de internaa3o. O tipo que usualmente conta apenas com t3cnicos de enfermagem 3 mais frequente, representando 77,01% das unidades de sa3de de Loreto. J3 o tipo que conta

com equipe completa de profissionais chega a 3% de toda a rede. Na rede ESSALUD, as unidades s3o do tipo centro de sa3de (CS) e hospital. O sistema militar classifica as suas unidades como: postos de sa3de (PS) e hospitais. O setor privado utiliza a terminologia cl3nica e hospital (9).

De acordo com os dados de 2007, fornecidos pela Dire33o Regional de Sa3de de Loreto (DIRESA), o sistema MINSA concentra 99,06% da sua rede no primeiro n3vel de assist3ncia. A rede militar tem 81,25% das unidades no primeiro n3vel e 18,75% no segundo. A rede ESSALUD conta com 66,76% no primeiro e 33,33% no segundo n3vel. O setor privado concentra todas as suas unidades no segundo n3vel de assist3ncia. Esses dados revelam o grau de concentra33o da assist3ncia de maior complexidade nos grandes centros urbanos, principalmente em Lima, a capital nacional (9).

O sistema MINSA estrutura-se a partir das unidades b3sicas que est3o distribu3das de acordo com a facilidade de comunica33o e de refer3ncia dos pacientes. Assim, um conjunto de centros e postos de sa3de conforma uma microrrede e um conjunto de microrredes conforma uma rede. Administrativamente o departamento de Loreto est3 dividido em duas redes: a rede Alto Amazonas, que agrega duas microrredes, e a rede Loreto, que contempla 10 microrredes. Cada microrrede corresponde a uma das regi3es definidas pela divis3o pol3tico-geogr3fica do departamento. Assim, as duas microrredes de Mara3o e Huallaga formam a rede Alto Amazonas, enquanto a rede Loreto agrega as microrredes de Requena, Ucayali, Loreto e Ram3n Castilla, al3m daquelas localizadas na prov3ncia de Maynas que, por ser a mais extensa e mais populosa, agrega seis microrredes: Putumayo, Maz3n, Napo, Bel3n, Iquitos Norte e Iquitos Sur. Estas duas 3ltimas concentram, cada qual, mais de 100 mil habitantes, enquanto as de Napo e Putumayo n3o ultrapassam 25 mil habitantes (9).

A oferta de servi33os e a disponibilidade de profissionais de sa3de 3 um problema grave em todo o departamento de Loreto, onde nenhuma prov3ncia alcan3a o n3mero m3nimo de m3dicos, enfermeiros, odont3logos e leitos hospitalares recomendado pela OMS. A distribu33o tamb3m n3o 3 equitativa, pois a regi3o de fronteira constitui o espa3o com maior n3vel de car3ncia. Dos nove hospitais existentes em Loreto, cinco deles est3o localizados em distritos urbanos das prov3ncias de Maynas e Alto Amazonas, enquanto cerca de 90 mil pessoas residentes nos 12 distritos fronteiri3os com Brasil, Col3mbia e Equador contam com 74 unidades b3sicas, das quais apenas duas s3o centros de sa3de e o restante s3o postos que disp3em apenas de pessoal de n3vel t3cnico.

#### Possibilidades de integra33o dos sistemas de sa3de na tríplice fronteira amaz3nica

H3 converg3ncias entre os sistemas de sa3de dos tr3s pa3ses fronteiri3os quanto 3 participa33o do Estado no financiamento, na regula33o e na presta33o

de serviços, mas também há discrepâncias que dificultam uma atuação compartilhada.

Enquanto no Brasil o SUS constitui um Sistema Nacional de Saúde de finalidade pública com provisão mista de serviços (23), os sistemas de saúde da Colômbia e do Peru têm como traços comuns o financiamento pelo asseguramento, o acesso pela filiação e o provimento de serviços através do subsídio à demanda (tabela 2). No caso da Colômbia, o POS prioriza uma cesta básica de serviços e no Peru o PEAS prevê uma assistência focalizada pelo nível de risco (39). Nas duas situações, as autoridades sanitárias até procuram exigir das operadoras um gasto mínimo com ações de saúde pública de alcance coletivo, sem que isso reverta na integralidade, que depende de uma ação articulada do sistema de saúde com outros setores sobre os determinantes da condição de vida da população (15).

Segundo Jaramillo (37), a substituição do subsídio da oferta pelo subsídio da demanda tem como objetivos enunciados a concentração dos benefícios do financiamento público nas camadas mais pobres e a melhoria da produtividade dos serviços públicos, incentivando a competitividade com o setor privado pela preferência do consumidor. Para tanto, adota como estratégia a separação entre a administração da demanda e o provimento de serviços, tendo como resultado a configuração de um mercado de serviços médico-hospitalares regido pela lei da oferta e da procura, que torna incompatível tanto a regulação da eficácia dos gastos quanto a garantia do acesso e a cobertura integral.

## CONCLUSÃO

O processo de reforma sanitária ocorrido na América Latina repercutiu no desenvolvimento dos sistemas de saúde e na organização dos serviços na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. O modelo adotado pelo Brasil tem as características de um sistema nacional de saúde de finalidade pública, enquanto na Colômbia e no Peru vigoram sistemas de asseguramento que promovem a segmentação dos usuários, apesar da adoção de planos obrigatórios de assistência com níveis variados de contingenciamento da cobertura. Os três países adotam modelos que mesclam o público e o privado na provisão de serviços com diferentes níveis de regulação por parte do Estado.

Nas condições em que se dá a estruturação da rede e a gestão da saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, o setor público predomina como provedor dos serviços básicos tornando possível uma intervenção articulada, com oferta organizada e ações programáticas de saúde no primeiro e segundo níveis de atenção.

As características próprias de cada um dos sistemas de saúde implicam em dificuldades operacionais de integração, principalmente na assistência de média

e alta complexidade, porque, no sistema de saúde da Colômbia e do Peru, onde as instituições privadas têm um peso maior no atendimento individual, as condições de acesso e cobertura se dão com graus elevados de diferenciação entre usuários.

Este fato torna mais complexo o desafio da construção de um sistema único de saúde na fronteira, visando garantir a universalidade do acesso, a equidade no atendimento e a integralidade na assistência. Para solucionar essa dificuldade, poderia ser estruturado na região um fundo único de saúde, de caráter público, com recursos oriundos de fontes nacionais e da cooperação internacional, que tivesse uma gestão trinacional e pudesse financiar o acesso universal e a cobertura integral dos serviços de saúde, independentemente da natureza pública ou privada do prestador. Essa poderia ser a base de um sistema único de saúde da fronteira.

---

## ABSTRACT

### Comparative analysis of health systems on the triple border between Brazil, Colombia, and Peru

*The objectives of this article are to describe the health sector reform process in Latin American countries and its impact on the health systems of Brazil, Colombia, and Peru; analyze the structure of the national health systems of these bordering nations; and assess the constraints and potential for integrating the local health systems along the triple Amazon border. Using official documents and databases, we analyzed health system development and the structure of the services network in this segment of the border located in the heart of the Amazon region. Comparison of the three countries confirmed that Brazil's model has the characteristics of a national public health system, while the Colombian and Peruvian models emphasize insurance systems, with the adoption of compulsory health care plans, the segmentation of users, and limitations on coverage. The three countries are similar in their adoption of a public-private mix in service delivery, but they differ in the degree of access and type of State regulation. We concluded that the characteristics of the health systems in the three countries make the challenge of building a unified health system capable of guaranteeing universal access, equity in care, and comprehensive care a complex undertaking. However, despite the differences identified, we can state that the weight of the public sector in the basic care network makes it possible to foresee integration of the local health systems to provide an organized supply of programmatic health actions at the primary and secondary level of care.*

**Key words:** health systems; health services administration; health care reform; border health; Brazil; Colombia; Peru; South America.

---

## REFERÊNCIAS

1. Peiter PC. Geografia da Sa3de na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Mil3nio. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/IGEO/PPGG; 2005.
2. Brasil. Minist3rio da Integra3n3o Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Proposta de Reestrutura3n3o do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Bras3lia; 2005.
3. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avalia3n3o do desempenho do sistema de sa3de brasileiro. *Cien Saude Coletiva*. 2004;9(3):711-24.
4. World Health Organization. The World Health Report: Health System: Improving Performance. Geneva: OMS; 2000.
5. Mendes EV. Os sistemas de servi3os de sa3de: o que os gestores deveriam saber sobre essas organiza33es complexas. Escola de Sa3de P3blica do Cear3. Fortaleza; 2002.
6. Souza M. Hist3ria da Amaz3nia. Manaus: Editora Valer; 2009.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de recupera3n3o autom3tica: censo demogr3fico e contagem populacional. <http://www.sidra.ibge.gov.br/> Acessado em 26 de mar3o de 2009.
8. Colombia. Gobernaci3n del Amazonas/Secretaria de Salud Departamental. Estudio para la Organizaci3n de la Prestaci3n de Servicios de Salud de Primer Nivel y su Articulaci3n a la Red de Prestaci3n de Servicios del Departamento. Leticia; 2007.
9. Per3. Direcci3n Regional de Salud Loreto. An3lisis de Situaci3n de Salud Regi3n Loreto, A3o 2007. Iquitos; 2008.
10. G3mez-Camelo D. An3lisis comparado de los sistemas de salud de la regi3n Andina y el Caribe. *Rev Salud Publica [online]*. 2005;7(3):305-16. ISSN 0124-0064.
11. Vergara C. El contexto de las reformas del sector de la salud. *Rev. Panam Salud Publica*. 2000;8(1):7-12.
12. Hern3ndez M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saude Publica*. 2002;18(4):991-1001.
13. Bj3rkman JW. Reformas de sa3de em perspectiva comparada: uma quest3o sem fim ou uma busca improv3vel. *Cien Saude Coletiva*. 2009;14(3):763-70.
14. Guzm3n Urrea, MP. Deficiencias en los diagn3sticos de las reformas sanitarias de los a3os noventa en Am3rica Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(1):84-92.
15. Garc3a GG. Las reformas sanitarias y los modelos de gesti3n. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;9(6):406-12.
16. Brasil. Constitui3n3o da Rep3blica Federativa do Brasil. Bras3lia: Senado Federal; 1988.
17. Brasil. Lei 8.080/90. Bras3lia: Di3rio Oficial da Uni3o; 1990a.
18. Brasil. Lei 8.142/90. Bras3lia: Di3rio Oficial da Uni3o; 1990b.
19. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanit3ria e do SUS. Em: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, orgs. Sa3de e democracia: hist3ria e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
20. Cunha JPP e Cunha RE. Sistema 3nico de Sa3de — Princ3pios. In: Campos FE, Tonon LM, Oliveira J3nior M. Caderno Sa3de, vol 1. Coopmed: Belo Horizonte; 1998.
21. Menicucci TMG, Marques AMF, Oliveira BR, Fortes FBCTP, Duarte VC. Regionaliza3n3o da aten3n3o 3 sa3de em contexto federativo e suas implica33es para a equidade de acesso e a integralidade da aten3n3o. Belo Horizonte: Funda3n3o Jo3o Pinheiro; 2008.
22. Colombia. Ley 100/93: Congreso de la Rep3blica. Bogot3; 1993.
23. Boiniec IL. Sistemas de protecci3n social comparados: Colombia, Brasil y M3xico. *Rev Salud P3blica*. 2002;4(3):203-39.
24. Per3. Congreso de la Rep3blica. Ley N3 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: Congreso de la Rep3blica; 2009.
25. Diaz L, Vargas J. Ley marco de aseguramiento universal en salud, bajo la lupa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):236-42.
26. Arce M. Implementaci3n del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):218-21.
27. Castro J. Hacia el aseguramiento universal en salud en el Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):232-5.
28. Wilson L, Vel3squez A, Ponce C. La ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en Per3: an3lisis de beneficios y sistematizaci3n del proceso desde su concepci3n hasta su promulgaci3n. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):207-17.
29. Barboza-Tello M. El aseguramiento universal en el Peru: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):236-8.
30. Ug3 MAD, Santos IS. Uma an3lise da progressividade do financiamento do Sistema 3nico de Sa3de (SUS). *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1597-609.
31. Cohn A. A reforma sanit3ria brasileira ap3s 20 anos do SUS: reflex3es. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1614-19.
32. Camargo Jr KR de et al. Avalia3n3o da aten3n3o b3sica pela 3tica pol3tico-institucional e da organiza3n3o da aten3n3o com 3nfase na integralidade. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):s7-s68.
33. Conill EM. Ensaio hist3rico-conceitual sobre a Aten3n3o Prim3ria 3 Sa3de: desafios para a organiza3n3o de servi3os b3sicos e da Estrat3gia Sa3de da Fam3lia em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):s7-s16.
34. Colombia. Ley 715/01: Diario Oficial. Bogot3; 2001.
35. Silva RL. Promoci3n, prevenci3n, municipalizaci3n y aseguramiento en salud, en siete municipios. *Rev Salud Publica*. 2002;4(1):3658-78.
36. Colombia. Departamento del Amazonas/Alcald3a de Leticia. Plan de desarrollo de la mano con la comunidad. Municipio de Leticia 2010-2011. Leticia; 2008.
37. Jaramillo I. Evaluaci3n de la descentralizaci3n de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria [online]*. 2002;16(1):48-53. Acessado em 2 de setembro de 2010.
38. Salaverry O, C3rdenas-Hojas D. Establecimientos asistenciales del sector salud, Peru 2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):264-7.
39. Vel3squez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Per3 y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):222-31.

Manuscrito recebido em 11 de mar3o de 2010. Aceito em vers3o revisada em 17 de setembro de 2010.