

# **Regimes de Welfare e as Trajetórias das Políticas de Saúde no Chile e no Brasil**

Arnaldo Provasi Lanzara  
IUPERJ

**Resumo:** O presente trabalho tem como objetivo comparar as trajetórias das políticas que conformaram as atuais feições institucionais dos sistemas de saúde no Chile e no Brasil, ressaltando as especificidades dos seus diferentes legados históricos, processos decisórios e arranjos organizativos.

De acordo com a perspectiva teórico-metodológica que enfatiza as contingências históricas como fatores limitantes aos processos de mudança no ambiente institucional, o esforço comparativo empreendido considerou como principal recurso analítico o conceito de “dependência das trajetórias”. As políticas de saúde no Chile e no Brasil são partes integrantes da natureza formativa dos regimes de *welfare* desses países. Tais políticas foram interpretadas como um produto da cumulatividade de importantes eventos históricos e dos seus efeitos subseqüentes no que tange às dimensões e ordenamentos entre o público e o privado. Os entrelaçamentos público/privado não implicaram apenas as características e diferenças predominantes entre o *mix* de bem-estar produzido pelos respectivos sistemas de saúde, como também limitaram o escopo de mudanças substantivas nas tradicionais estruturas organizativas de cada sistema.

## **1 – Sistemas de Bem-Estar e os Efeitos “Path Dependence” das Políticas Estruturadas Temporalmente**

Importantes trabalhos sobre política social comparada destacam como o papel das crenças, das comunidades epistêmicas e dos distintos padrões de conflito distributivo e intermediação dos interesses conformam as trajetórias históricas dos sistemas de bem-estar.

Os enfoques produzidos no veio do “institucionalismo histórico” (Skocpol e Amenta, 1986; Thelen, Steinmo e Longstreth, 1992; Rothstein, 1994; Hall e Taylor, 1996; Pierson, 1993, 2004) fornecem importantes subsídios analíticos para a compreensão dos fatores subjacentes aos padrões de continuidade das políticas sociais no tempo. Essas abordagens destacam como as macroestruturas – relações de classes e seus conflitos – são introjetadas nas instituições de bem-estar, afetando seus resultados políticos (Hall e Taylor, 1996). Tais abordagens destacam os modos pelos quais as instituições repartem o poder de maneira desigual entre os grupos sociais, conferindo a determinados interesses um acesso desproporcional no processo decisório, que, em certo sentido, condiciona as formas em que as políticas sociais são processadas temporalmente.

A variabilidade dos resultados das instituições de bem-estar é um importante indicativo dos processos que estruturam os setores de política social em distintas realidades

contextuais. Nesse sentido, torna-se importante focar como as alternativas históricas de mudanças nas estruturas organizativas dos sistemas de bem-estar se apresentam e os modos pelos quais elas ensejam certas possibilidades de transformação enquanto reduzem o prospecto de outras.

Nas análises históricas comparadas, o argumento da reversibilidade ou da irreversibilidade das trajetórias é frequentemente aplicado às mudanças sociais em larga escala; como o desenvolvimento do *Welfare State* (Korpi, 1980; Flora e Heidenheimer, 1982; Skocpol e Ikenberry, 1983; Huber e Stephens, 2001). Esses estudos apontam que a seqüência e o auto-reforço de um dado fenômeno, isto é, os efeitos *path dependence* dos eventos e escolhas políticas passadas, obstruem alternativas de políticas que divergem de um determinado padrão fortemente institucionalizado. Tais alternativas tornam-se crescentemente inalcançáveis com a passagem do tempo, até que determinadas “conjunturas críticas” – os efeitos de interação entre processos políticos e sociais que se encontram em algum momento no tempo – provoquem uma mudança no padrão de estabilidade das instituições e dos sistemas sobre os quais elas se erigem (Pierson, 2004).

As “conjunturas críticas” denotam os períodos em que os eventos políticos e sociais se interseccionam promovendo alterações na tradicional disposição de organização dos recursos de poder no interior das sociedades. Essas conjunturas críticas formam os “repertórios de ação coletiva” ou de “protesto organizado” que influenciam fortemente o conteúdo das mudanças em curso (Tilly, 1996). Esses períodos críticos de transformação criam os referenciais simbólicos que orientam os modos com que os atores sociais constroem suas estratégias de ação e articulação de demandas (Swindler, 1986).

Alguns trabalhos no campo de análise das políticas públicas, sob o influxo dos argumentos analíticos da “dependência das trajetórias”, têm evidenciado os modos pelos quais os resultados dessas políticas são configurados por arranjos organizativos que tendem a se auto-reproduzir com o tempo, inclusive aqueles tidos como ineficientes (North 1990; Pierson, 1993, 2004). Os arranjos institucionais das políticas estabelecidas em algum momento no tempo promovem efeitos consequenciais à sua própria reprodução, muitas vezes difíceis de serem revertidos, dada a capacidade de vertebração que certos atores políticos e sociais imprimem ao seu padrão de continuidade histórica.

O momento fundante das instituições de bem-estar e sua trajetória subsequente são “*path dependence*” de importantes eventos consagrados no passado. Em outros termos, os processos políticos sedimentados historicamente se tornam impedimentos de monta à mudança de status em diferentes áreas de políticas sociais.

## **2- Alguns Aspectos sobre a Especificidade dos Regimes de Welfare Latino-Americanos**

No contexto latino-americano há um estreito relacionamento entre os altos níveis de desigualdade e a resistência dentro de alguns países a medidas de alcance à equidade (Eckstein e Wickhan-Crowley, 2003). A história do conflito distributivo na maioria desses países foi marcada por trajetórias de “inclusão controlada” ou de “cidadania regulada” (Santos, 1979; Oxfhorn, 2003).

A região apresenta estruturalmente uma rigidez nos padrões distributivos. Miguel Székeli e Marianne Hilgert (1999) mediram a variação do índice de Gini entre 1960 e 1995 em oito países latino-americanos constatando que ao longo desse período, Brasil, Chile, Venezuela e Uruguai mantiveram o mesmo padrão de desigualdade, México e Costa Rica apresentaram uma pequena redução, enquanto a Argentina teve um significativo aumento.

Algo em torno de um terço de brasileiros e chilenos são pobres, muito embora tais países sejam considerados relativamente ricos quando suas respectivas rendas per capita são comparadas aos padrões internacionais. Esses países passaram por longos períodos de crescimento acelerado – o Brasil de 1930 a 1980 e o Chile de 1938 a 1958/1981 a 1995. Mas, a bem da verdade, o patamar de pobreza nos respectivos contextos revelou-se pouco sensível às ondas de crescimento econômico (Paes de Barros *et alii*, 2000; Illanes e Riesco, 2007).

Esse quadro de desigualdades persistentes, ou segundo Charles Tilly (1998), de “desigualdades duráveis”, denota uma situação que é característica de muitos contextos em desenvolvimento. Em tais contextos, a monopolização das oportunidades e a forte desigualdade de recursos de poder e organização à disposição dos atores sociais impedem que determinados grupos possam se engajar na ação coletiva para perseguirem os seus direitos sociais básicos. Em outras palavras: “altos índices de desigualdade de renda e recursos são as bases da distribuição igualmente desigual de poder político e representação” (Karl, 2003:136).

A interface público/privada estruturante de alguns arranjos organizativos das políticas sociais setoriais, nesses contextos, produz uma forte segmentação no público demandante de serviços através da proliferação de estratégias individuais de bem-estar. A presença da provisão privada assistencial e a forte permeabilidade dos interesses ligados a esse segmento, reduzem os prospectos de universalização dos sistemas de proteção social. Sabe-se, por exemplo, que a universalização da saúde pública no Brasil e no Chile não eliminou as destacadas desigualdades de cobertura assistencial entre os vários grupos sociais que dispõem

de formas de acesso muito diferenciadas aos recursos assistenciais (Barrientos, 2004; Mesa-Lago, 1999).

A adscrição dos beneficiários em diversas formas de provisão de serviços sociais, geralmente muito desiguais no que tange ao acesso às coberturas, segmenta fortemente as clientelas, constituindo-se como um fator de apreciação subjetiva e de classificação dos grupos sociais em critérios de estima social e *status* diferenciados, criando uma cidadania estratificada entre pobres e ricos.

Um aspecto relevante a ser abordado no presente estudo refere-se a *quando* e *como* se estruturaram estes padrões específicos de organização em diversas subáreas de política social no contexto latino-americano, em particular nos sistemas de saúde do Brasil e do Chile. Daí a relevância de se tratar o tema em questão a partir dos efeitos das políticas passadas, enfatizando os processos *path dependence* que configuraram os padrões subseqüentes de desenvolvimento dessas políticas. Aqui é importante mencionar os “efeitos de *lock-in*” em cada subárea de política social no que concerne ao “aprisionamento das trajetórias”, dada a permeabilidade de fortes interesses contrários às transformações mais substantivas no conteúdo de tais políticas (Pierson, 1993). Também é relevante enfatizar os critérios de “não-decisão” governamental que contribuíram para os efeitos inerciais que mantiveram inalterado o *status quo* dos grupos que acessam os serviços sociais.

A política social tanto pode compreender as decisões governamentais que implicam em distintas formas de alocação dos recursos e de formulação/implementação de programas, como também “não-decisões” (Flora e Heidenheimer, 1982). Isso nos remete a buscar as causas da “não-ação” governamental nos efeitos inerciais produzidos por determinados arranjos organizativos nos quais se estruturaram as políticas sociais no tempo e no próprio processo de “acumulação capitalista sem contestação”, que caracterizou a trajetória pregressa das políticas sociais de alguns países latino-americanos (Santos, 1979, 2006).

Outro objetivo desse trabalho é o de contribuir para o esclarecimento do modo particular em que os sistemas de proteção social operam nos contextos em desenvolvimento. Variantes nacionais de “regimes de *welfare*” estão emergindo dentro de contextos histórico-culturais distintos e com prioridades de políticas que se distinguem do tradicional *Welfare State Keynesiano* (Mkanadawire, 2004), entretanto, a particular configuração dessas políticas no mundo em desenvolvimento tem sido pouco explorada nos estudos comparados de política social.

Parte da literatura sobre “regimes de bem-estar” pauta suas análises nos modelos tipológicos elaborados por Gosta Esping-Andersen (1990). Esse autor sumariza as

experiências de várias sociedades com as políticas sociais em três modelos de “regimes de *Welfare State*”. Quais sejam: *o social-democrata*, com forte componente inclusivo vinculado ao caráter universal das políticas sociais do Estado; *o conservador-corporativo*, fundado nos esquemas tripartite de financiamento da seguridade; *o residual-liberal*, em que o mercado desempenha um papel central na provisão de serviços sociais. Esses regimes comportam distintas estratégias de bem-estar agrupadas em torno do Estado, do mercado, ou das famílias. Diferenciam-se de acordo com seus níveis relativos de “desmercantilização” da força de trabalho, ou seja, segundo seus graus variados de “dependência estrutural do capital” (Esping-Andersen, 1990).

Na tipologia tradicional de Esping-Andersen o padrão de provisão de serviços sociais de alguns países latino-americanos é considerado como pertencente ao modelo “conservador-corporativo”. Entrevê-se que em muitos trabalhos comparativos derivados desse modelo tipológico há o hábito de primeiro se procurar qual tipologia é mais pertinente para enquadrar os sistemas de proteção social latino-americanos, antes de partir para constatações empíricas que revelam distintos resultados de bem-estar. Em outros termos, as comparações levam em conta apenas as semelhanças gerais, omitindo, muitas vezes, as diferenças cruciais entre “regimes de *welfare*”.

Comum também a muitos estudos comparados é assumir as características de um determinado setor de política social como sendo a prevacente de todo o sistema de proteção social de um país. No contexto latino-americano, os padrões setoriais de organização da política social assumem diferenças significativas. Trata-se de reconhecer que em um mesmo sistema subsistem diversas feições institucionais de regimes de bem-estar que guardam algumas semelhanças com os modelos tipológicos de Esping-Andersen. Portanto, antes de adotar qualquer modelo tipológico, torna-se necessário compreender como as políticas sociais no contexto latino-americano estão assentadas em padrões específicos de regimes de *welfare*, radicados em diferentes fundamentos normativos, economias políticas e tipos de estruturação do conflito distributivo.

Carmelo Mesa-Lago (1999) ressalta algumas características comuns à maioria dos regimes de bem-estar latino-americanos, enfatizando a particular hibridização institucional desses regimes. Assim, em um mesmo país, a ausência de provisões universais e a forte presença de esquemas privados de prestação de serviços, indicam um padrão “residual-liberal”. Grandes fundos de previdência pública, estruturados através de vínculos contributivos no mercado de trabalho formal, denotam um padrão de similaridade com os regimes de *welfare* de tipo “conservador-corporativo”. E enfim, programas que atingiram um

patamar universalista assemelham-se minimamente ao padrão social-democrata. (Carmelo Mesa-Lago, 1999)

No entanto, para classificar “regimes de *welfare*” na América Latina, é necessário ater-se aos estados reais de “seguridade ou de inseguridade” dos grupos sociais diante de diferentes situações de exposição ao risco (Gough, 2004). Particularmente cabe analisar os efeitos de estratificação peculiares a cada contexto sócio-cultural, não apenas os relatados ao grau de exposição dos indivíduos ao mercado, mas a questões que envolvem outros importantes fatores de estratificação, tais como: etnicidade, gênero, e valorização estigmatizada da pobreza. Torna-se necessário salientar também que não há apenas um tipo de permeabilidade nas relações entre Estado e sociedade, marcada por vínculos formais, como frequentemente se observa nas análises derivadas do modelo tipológico de Esping-Andersen. Em alguns regimes pode haver uma “permeabilidade negativa” quando os interesses privados, em determinadas arenas setoriais de produção de política social, sobrepujam os interesses públicos (Wood, 2004).

A histórica ausência de políticas sociais inclusivas no contexto latino-americano deve-se menos aos desenhos institucionais de políticas e mais aos fatores propriamente estruturais: “as profundas desigualdades, a presença de elites econômicas *rent-seeking*, e a fraqueza burocrática dos Estados em fazer valer a legislação social” (Filgueira e Filgueira, 2002: 160).

Portanto, é preciso pensar a política social no mundo em desenvolvimento a partir de seus próprios contextos formativos, isto é, a partir da singularidade de seus problemas e necessidades sociais, e não através do transplante acrítico de uma institucionalidade de improvisado para enquadrar diferentes sociedades.

Uma característica específica dos regimes de *welfare* na América Latina é o intrincado relacionamento em termos de responsabilidades do Estado e dos provedores privados nas instituições formais de produção de políticas de bem-estar. No caso do sistema de saúde de alguns países, não há uma nítida divisão entre instituições puramente públicas ou privadas na provisão desses serviços. O que se verifica é um contínuo relacionamento entre subsistemas, variando em cada país conforme a predominância de uma ou outra forma de provisão. Esses subsistemas formam a totalidade dos sistemas de saúde que, por sua vez, são parte da configuração, como área de política social, dos respectivos regimes de *welfare* dos países da região (Londoño e Frenk, 1997; Barrientos, 2004).

O peso da configuração institucional dos sistemas de saúde em alguns países, altamente desigual, e a incidência de profundas reformas como a reestruturação ou mesmo a “privatização” dos serviços em sistemas que operavam de forma um pouco mais inclusiva, em

outros contextos, acirraram as tendências históricas à segmentação do acesso da população aos serviços de saúde.

Sem desconsiderar as diferenças quanto à incidência e *timing* dos processos privatizantes nos regimes de *welfare* da região, a tendência geral para alguns países foi o aumento das formas privadas de provisão, mesmo coexistindo com subsistemas públicos que no mínimo aspiravam a uma cobertura universal (Ugalde *et alii*, 2002).

Segundo Barrientos (2004), com a emergência das novas estratégias de bem-estar centradas na forte presença do mercado em subáreas de política social, como saúde e previdência, tais áreas, dentro de alguns países latino-americanos, passam a estar cada vez mais caracterizadas por um “*regime de welfare informal*” (Barrientos, 2004: 139). Esse regime informal, segundo o autor, compartilha alguns traços com o modelo “residual-liberal” da tipologia de Esping-Andersen (1990), ou seja, uma estreita identificação dos riscos sociais e uma significativa presença do mercado como fonte de obtenção de segurança para os indivíduos e para as famílias.

No entanto, esse ingrediente “residual-liberal” reflete apenas uma tendência em vias ou não de consolidação nas diferentes subáreas de política social que compõem o conjunto total de programas de bem-estar dos países da região. Regimes de *welfare* na América Latina são produtos de esquemas de proteção social institucionalmente híbridos que foram se constituindo fortemente influenciados por seus legados históricos. Esses legados subsistem de um modo latente e conflitivo, apontando, conforme variações nacionais, para a consolidação de algumas feições institucionais de características mais nítidas.

Os estudos de caso das políticas de saúde no Brasil e no Chile fornecem importantes evidências de como as instituições de produção dessas políticas, nos regimes de *welfare* dos respectivos países, foram condicionadas por trajetórias fortemente consolidadas. Esses padrões foram legados das configurações iniciais e de importantes eventos pregressos no curso do desenvolvimento de tais políticas, que delimitaram o escopo das escolhas alternativas em termos da possibilidade de mudanças mais substantivas.

As trajetórias das políticas de saúde nos dois países foram marcadas por tentativas implícitas ou deliberadas ideologicamente, que foram colocadas em curso para alterar as opções de políticas disponíveis, assim como suas bases de apoio e sustentação. No caso brasileiro, a reforma do sistema de saúde nos anos 80, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal, defrontou-se com os interesses ligados à assistência médica empresarial, consolidados pelo “privatismo” que caracterizou historicamente as instituições de produção de políticas de saúde. Pode-se afirmar que esse

padrão privatista foi parcialmente desafiado pela referida reforma, mas, dado seu efeito inercial, ele ainda fortemente subsiste, inviabilizando direta ou indiretamente medidas de maior alcance e efetividade do subsistema público.

No caso chileno, as reformas privatizantes no sistema de saúde, empreendidas pelo governo ditatorial no final dos anos 70, tentaram solapar sua base de desenvolvimento progressivamente calcada em um padrão “universalista gradual” de inclusividade, apesar do seu tradicional formato segmentado. Com o advento do governo militar, a atividade privada no campo da saúde expandiu-se com a criação do *Instituto de Salud Previsional* (ISAPRE), numa tentativa deliberada de incitar as formas de provisão desses serviços. Contudo, interesses contrários às reformas privatizantes, direcionados à revitalização do subsistema público de saúde, articulados em torno das sucessivas coalizões governativas após a redemocratização, e os legados históricos de importantes eventos relacionados à saúde pública, limitaram o escopo das mudanças mais radicais propostas durante o período autoritário.

As reformas nos sistemas de saúde do Chile e do Brasil significaram tentativas fugazes das trajetórias que marcaram o contexto evolutivo de tais sistemas. As diferenças sobre o êxito dessas referidas reformas dependeram de combinações variadas de estratégias à disposição dos atores políticos e sociais e das configurações institucionais previamente estabelecidas na qual se processaram as políticas de saúde nos respectivos regimes de bem-estar desses países.

### **3 - As Trajetórias das Políticas de Saúde no Chile e no Brasil**

#### **3.1 - As Políticas de Saúde no contexto Chileno**

##### **3.1.1 – Segmentação Inicial e Inclusão Gradual no Sistema de Saúde (1920-1973)**

O envolvimento mais direto do Estado na área da saúde no Chile teve início com a criação do Seguro Social Operário Obrigatório nos anos 20, como consequência da legislação social aprovada no mesmo período, sob forte pressão política e mobilização popular. Esse seguro estendeu a gratuidade dos serviços de saúde para um conjunto significativo de trabalhadores urbanos (Labra, 2001).

Durante os anos 30, as associações médicas começaram a ter um papel relevante na gestação das políticas de saúde pública, posicionando-se em direção a uma orientação mais

centrada nos princípios da medicina social e coletiva. Em 1938, como um resultado da mobilização dessas associações médicas e da constatação das baixas condições sanitárias da população, uma Lei de Medicina Preventiva foi aprovada servindo de base para que nos anos seguintes fossem criadas várias instituições públicas de provisão assistencial de serviços de saúde (Raczynski, 1994).

Para superar os problemas administrativos e financeiros de um aparato institucional fragmentado e da tradicional forma de segmentação ocupacional do sistema de saúde, em 1952, após vários anos de discussão no Congresso chileno é aprovada a criação do *Sistema Nacional de Salud* (SNS). A edificação desse sistema - sob forte inspiração da reforma *beveridgiana* na Grã-bretanha - contribuiu para unificar os serviços médicos assistenciais de saúde pública integrando-os aos cuidados preventivos (Labra, 2001).

O Estado, no campo da saúde, transformou-se em um importante empregador dos profissionais médicos, tendo em vista que, naquele momento, o mercado de trabalho privado para esta profissão era muito restrito. O SNS como instituição jogou um importante papel na aprendizagem de médicos e técnicos do governo ligados à saúde pública, sobre importantes questões de planejamento em saúde coletiva e medicina preventiva. A emergência de tal sistema pode ser interpretada como um produto das demandas de uma forte comunidade epistêmica relacionada à medicina social e estruturada no interior de duas importantes instituições formadas nos anos 40, que passariam a influenciar consideravelmente as políticas públicas de saúde no país: a Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile (1943), pioneira na América Latina na formação de técnicos ligados a saúde pública e epidemiologia; e o Colégio Médico do Chile (1948), com ampla autoridade sobre as associações médicas (Lavados, 1979, *apud* Raczynski, 1994).

Para dimensionar a importância do SNS na trajetória do sistema de saúde chileno, Raczynski (1994) afirma que “quase 90% dos recursos médicos do setor público foram integrados somente nesta entidade e, sob o sistema, a quantidade de leitos públicos tornara-se muito superior aos leitos particulares” (Raczynski, 1994: 30).

Em meados da década de 60 e início dos anos 70 crescem as pressões políticas e sociais para unificar e homogeneizar o sistema. Esse período, mais precisamente entre 1964-1973, foi marcado pela emergência de governos com perfis mais reformistas que priorizaram a inclusão dos segmentos marginalizados da população às políticas sociais do Estado. As coalizões políticas reformistas que encabeçaram os governos em tal período intensificaram as medidas progressivas de inclusão da população no sistema de saúde, legadas de importantes

momentos fundantes da prática da medicina social, em particular da emergência do SNS que se tornara importante referência no campo da assistência pública sanitária (Raczynski, 1994).

Sob os dois governos do período em tela: o democrata-cristão, Eduardo Frei (1964-1970), e o socialista Salvador Allende (1970-1973), várias políticas públicas de saúde de caráter preventivo foram implementadas, focando a atenção nos grupos mais pobres e vulneráveis da população (Illanes e Riesco, 2007).

Contudo, as referidas iniciativas públicas no campo preventivo e a existência do SNS conviveram lado a lado com a segmentação das formas de provisão. Segundo Raczynski (1994), no início dos anos 70, havia quatro subsistemas de serviços de saúde no país: o SNS que cobria 65% da população, em sua maioria trabalhadores urbanos com vínculo contributivo ao seguro social e os mais necessitados; o sistema de livre-escolha, no qual estavam afiliados os empregados públicos e privados; o sistema especial das forças armadas; e o da medicina privada, com sua atividade muito residual.

Apesar da fragmentação e da estratificação em termos dos critérios de elegibilidade dos benefícios no sistema de saúde chileno, um balanço do período que se encerra com o golpe militar de 1973, indica que as atividades do Estado, no campo das políticas de saúde, beneficiaram amplos setores da população, inicialmente os trabalhadores urbanos, seguidos pelos estratos médios e baixos também urbanos, e finalmente, os habitantes das áreas rurais (Raczynski, 1994).

No que se refere à importância do SNS para alguns segmentos da população chilena, Raczynski (1994) revela que suas atividades favoreceram principalmente os grupos de baixa renda da população, reforçando o caráter redistributivo do sistema, apesar da sua segmentação característica. Os benefícios que as famílias obtiveram do SNS eram maiores quanto menor a renda per capita familiar. “Se os 30% das famílias mais pobres não tivessem qualquer acesso a um serviço de saúde público, elas teriam de gastar um sexto de sua renda para receber atenção médica de forma similar às que elas recebiam gratuitamente do SNS” (Arellano, 1976, *apud*, Raczynski, 1994: 34).

Em síntese, o sistema de saúde que vigorava anteriormente às reformas introduzidas pelo governo militar (1973-1990), embora segmentado, contribuiu para a gestação de uma cultura ligada à prática da medicina social no país, através da criação do SNS, o que implicou em melhorias significativas das condições sanitárias da população. A agitação política e a mobilização social do período politizaram o debate sobre os rumos das políticas de saúde, intensificando os vínculos identitários entre importantes atores coletivos e as políticas sociais do Estado.

### 3.1.2 - As Reformas Orientadas para o Mercado no Sistema de Saúde (1973-1990)

O governo militar chileno (1973-1990) promoveu a mais radical política de reestruturação dos regimes de *welfare* na América Latina, buscando esvaziar o conteúdo e o significado das políticas redistributivas do Estado.

No final dos anos 70, um amplo programa de reformas no sistema de proteção social chileno foi empreendido, no sentido de transferir para o setor privado a incumbência da provisão de serviços sociais antes fornecidos pelo Estado. Ao sistema público de prestação de serviços relegou-se a responsabilidade de cobrir os grupos com renda insuficiente para obter no mercado um pacote de condicionalidades impostos pelos provedores privados à aquisição de algum tipo de benefício social (Vergara, 1994).

Em 1979, o governo militar unificou o sistema de saúde para os trabalhadores dos setores público e privado e descentralizou os seus serviços. Em 1981 o seguro saúde foi apartado da previdência social e os provedores privados foram incentivados a competir por usuários com o subsistema público descentralizado. Essa descentralização alterou profundamente o modo de funcionamento do antigo SNS, agora transformado em *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNSS) (Lloyd-Sherlock e Barrientos, 2003).

Com o advento do novo sistema, os serviços de saúde pública foram descentralizados através de unidades de atendimento em bases regionais e competitivas, tanto na alocação de recursos quanto na oferta de serviços, bifurcando o antigo sistema público em duas funções: prestadora (SNSS) e financeira, através do FONASA – *Fondo Nacional de Salud*, que acabou se tornando a grande agência de financiamento do setor saúde no país.

O declínio imediato da qualidade dos serviços públicos, junto à sua reestruturação dentro de critérios de competitividade em unidades descentralizadas, assim como a redução do gasto social e dos investimentos para a saúde pública - canalizados em grande parte para os provedores privados desses serviços - pavimentou a estrada rumo à expansão dos seguros privados de assistência médica no Chile.

No ano de 1981 é criado o ISAPRE – *Instituto de Salud Previsional*, sistema de intermediação financeira das entidades privadas operadoras de planos de saúde, marco fundacional e de institucionalização das formas de provisão privada de saúde no país. Com o advento do sistema ISAPRE, a população integrada no sistema de saúde poderia optar entre continuar contribuindo para o sistema público, através do FONASA, ou se afiliar a essa nova entidade. Todavia, a adesão de um assalariado a uma ISAPRE, eximia-o de contribuição para

o sistema estatal. Isso criou dois setores paralelos no sistema de saúde chileno, o de financiamento e o de provisão, ambos operando de forma muito regressiva (Labra, 2000).

Uma legislação implementada no início de 1986 consolidou essa nova estrutura eliminando os diferenciais remanescentes na contribuição das categorias assalariadas, fixando uma contribuição única e compulsória para a obtenção de seguro-saúde de 7% dos ganhos salariais. O FONASA ficava incumbido de arrecadar as contribuições dos afiliados e repassá-las aos provedores de serviços. A responsabilidade da provisão para inativos e não-contribuintes permaneceu dentro da nova estrutura do setor público (Lloyd-Sherlock e Barrientos, 2003).

Quando o valor dessas contribuições obrigatórias de 7% dos ganhos salariais era menor do que o custo de um plano de saúde oferecido por uma ISAPRE, os afiliados do novo sistema de saúde procuravam ou um outro ISAPRE, geralmente sem a mesma cobertura e altamente restritivo, ou permaneciam no SNSS através de contribuições feitas ao sistema FONASA. Nesse sentido, o sistema ISAPRE buscou adequar suas estruturas funcionais de modo a selecionar os grupos profissionais com as mais altas remunerações, oferecendo serviços de saúde de acordo com a capacidade de pagamento das clientelas demandantes de assistência médica.

Para Raczynski (1994), quatro fatores explicam a expansão do ISAPRE durante os anos 80, são eles: o aumento progressivo das referidas contribuições obrigatórias para o sistema de saúde dos ganhos salariais dos assegurados; a decisão de transferir a responsabilidade da assistência à maternidade do ISAPRE para o Estado, o que isentou o sistema privado de arcar com os custos desses procedimentos médicos; a instituição de uma quota paga pelos empregadores de 2%, deduzida nos impostos, para financiar o ISAPRE de trabalhadores com baixas remunerações, deliberadamente incentivada pelo governo para injetar recursos no setor.

Os impactos da criação do sistema ISAPRE para o setor público foram substantivos. A transferência dos grupos de maior renda do FONASA para o ISAPRE acarretou em uma forte perda de receita no setor público, SNSS. Em 1988, o ISAPRE prestava serviços apenas para 11% da população, todavia detinha mais da metade dos recursos provenientes das contribuições obrigatórias, e absorvia quase 45% dos gastos de saúde no país. Isso indica que a criação do sistema ISAPRE produziu um forte efeito regressivo sobre as formas de financiamento da saúde. Os recursos arrecadados pelo sistema estatal eram em grande parte canalizados para o setor privado, às expensas de aproximadamente 65% da população que

continuava suprir suas demandas assistenciais no sistema público subfinanciado (Raczynski, 1994).

A instituição das formas privadas de provisão no setor de saúde chileno, promovidas pelas reformas orientadas para o mercado, também aumentou a exposição e a vulnerabilidade aos riscos sociais para a população. Na ausência de qualquer medida de prevenção ao risco, e de uma atividade regulatória por parte do Estado para estabelecer regras para o setor, o sistema ISAPRE concentrou suas atividades sobre os grupos de alta renda e com perfis epidemiológicos menos suscetíveis (ver: tabela 1). Desta forma, as mulheres, principalmente em idade fértil, e os idosos, passaram a ter tarifas mais altas de cobertura, dado o maior risco que esses segmentos apresentavam para as operadoras de planos de saúde privados de incorrerem em maiores gastos na contratação de serviços médicos (Jardue *et alii*, 2000).

Essa prática de selecionar os riscos de suas clientelas, por parte das operadoras privadas, como contrapartida à contratação de um plano de saúde individual ou coletivo, proporcionou ao ISAPRE uma alta lucratividade e uma redução substantiva nos gastos com a provisão de serviços (Lloyd-Sherlock e Barrientos, 2003).

**Tabela 1. Distribuição da população entre o subsetor público e privado de saúde segundo renda e idade – Chile (1990)**

	Quintil 1		Quintil 2		Quintil 3		Quintil 4		Quintil 5	
Grupos de idade	Setor público	ISAPRE	Setor público	ISAPRE	Setor público	ISAPRE	Setor público	ISAPRE	Setor público	ISAPRE
<b>0-20</b>	92,2	1,6	85,8	6,6	73,5	15,2	53,8	32,0	26,2	61,6
<b>21-50</b>	89,0	1,7	82,6	6,2	72,5	12,9	55,3	26,8	31,1	52,1
<b>51-64</b>	91,6	1,1	90,7	2,3	82,5	6,5	70,6	14,1	44,5	40,6
<b>65 ou mais</b>	93,2	0,8	93,7	1,0	90,2	1,7	82,2	5,6	58,7	22,0
<b>Total</b>	91,0	1,6	85,5	5,6	75,7	11,8	59,8	24,4	34,6	49,9

Fonte: Comisión Económica para a América Latina y el Caribe (CEPAL) – 2006.

Os processos de exclusão de coberturas acentuaram as desigualdades no acesso à saúde, impedindo qualquer complementaridade entre os setores público e privado, no que tange à “divisão comum dos riscos” (Lloyd-Sherlock e Barrientos 2003). As falhas do setor privado em fornecer cobertura assistencial para grupos de baixa renda, doentes crônicos e

idosos, concentraram esses segmentos da população no sistema público, que através dos fundos destinados pelo FONASA, acabou por arcar com os custos da provisão de serviços para esses segmentos.

Como conclusão do período que se encerra com a redemocratização em 1990, as formas regressivas de financiamento direcionadas a consolidar o sistema privado promovidas pelo governo ditatorial, além de acirrare as tendências de estratificação, reforçaram a excludência do sistema por fortalecer o componente privado de provisão *vis-à-vis* o sistema público, limitando o acesso à saúde em termos da capacidade de pagamento dos usuários pelos serviços (Vergara, 1994).

A politização dos segmentos sociais que interagiram durante um longo período através do relacionamento entre partidos, governos e sindicatos em termos de preferências de políticas sociais e vínculos identitários, cederam lugar à estrita dualização público/privado das formas de provisão no sistema de saúde. As formas atomizadas e desiguais de concessão dos benefícios assistenciais, consequencialmente geraram preferências muito individualizadas por serviços sociais, rompendo assim com as formas de solidariedade no financiamento das políticas de saúde. A perspectiva da expansão “gradual-universalista” do sistema de saúde chileno cindiu-se com as reformas promovidas pela ditadura, conformando-se à lógica excludente do racionamento da assistência pública e do subsequente incremento da atividade privada.

Entretanto, no curso das reformas, como aponta Labra (2000), os processos decisórios levados a cabo pela ditadura não foram lineares e nem pacíficos. As associações profissionais ligadas à corporação médica muitas vezes encontraram-se em campos opostos, ou de apoio ou de rechaço frontal ao regime. Algumas associações, principalmente vinculadas ao Colégio Médico do Chile, tiveram um papel relevante em denunciar os desmandos nos serviços médicos e a deterioração das condições de saúde da população. Esses atores foram decisivos para resgatar a consciência da medicina social no país, como consequência do legado prévio da implantação do SNS e do longo processo de aprendizagem dos profissionais de saúde dentro dessa instituição.

Apesar do discurso e da retórica pró-mercado, dos políticos e dos tecnocratas vinculados ao regime militar, as reformas orientadas ao mercado foram capazes de reverter, parcialmente, a trajetória previamente estabelecida do regime de *welfare* chileno. Desse modo, importantes componentes institucionais do legado prévio do sistema público de saúde foram preservados, apesar dos intentos radicais da reforma e dos incentivos à consolidação de um viés mais privatista para a saúde.

### **3.1.3 - Pactuação Política e os Resultados das Políticas de Saúde após a Redemocratização Chilena. A Volta do Setor Público e a Regulação do Sistema Privado de Assistência Médica**

O retorno do Chile à democracia em 1990, tem produzido um ressurgimento das políticas públicas de saúde. Essas mudanças foram orientadas no sentido de se reverter as tendências privatizantes produzidas pelas reformas do período ditatorial.

Desde 1990, governos de coalizão de centro e centro-esquerda, agrupados em torno da chamada *Concertación de Partidos por la Democracia*, vêm assumindo importantes compromissos para reduzir as desigualdades no sistema de saúde. Tais compromissos foram firmados para restaurar as capacidades estatais na provisão desses serviços, por meio de significativos aumentos nas transferências fiscais para o financiamento da saúde pública.

De um modo geral, apesar da persistente segmentação assistencial, os programas públicos de saúde no Chile estão se movendo em direção à provisão universal, ao mesmo tempo em que se adotam medidas mais efetivas para cobrir as necessidades assistenciais dos grupos da população mais vulneráveis aos riscos, sob bases de financiamento redistributivas (Bitrán *et alii*, 2000, Barrientos, 2002).

Esse processo se insere, segundo Garretón (1994), em uma recomposição da chamada “matriz institucional chilena”, tradicionalmente baseada em uma interpenetração extensiva entre o Estado, o sistema representativo e os atores sociais. Essa matriz institucional, após ter se desarticulado com a ditadura militar, vem passando por um processo de revigoração, com importantes implicações para as políticas sociais no sentido de se recuperar antigas prerrogativas da capacidade interventora estatal no campo dessas políticas (Garretón, 1994).

Em que pese os entraves institucionais deixados pelo governo ditatorial, o consenso em torno das políticas sociais do Estado e a pactuação política dos representantes da coalizão governativa de partidos, tendo em vista incrementar o subsistema público de saúde e regular os provedores privados desses serviços, têm facilitado a gestão de políticas para o setor de forma mais equânime.

No que concerne à regulação das formas de provisão privada de assistência médica, concentradas no sistema ISAPRE, várias medidas têm sido adotadas por sucessivos governos após a redemocratização. As iniciativas regulatórias do Estado chileno no campo da saúde privada foram fortalecidas para eliminar as práticas de subsídio cruzado do setor público para o privado, que possibilitaram durante o período anterior, a expansão e a forte lucratividade do setor privado de assistência médica (Barrientos, 2002).

O crescimento desenfreado do sistema ISAPRE, até meados dos anos 90, e as queixas acumuladas por parte da população em relação à restrição e exclusão dos seus serviços, incitaram os governos a promover medidas mais efetivas à regulação do setor privado, e através desta, de criar uma oportunidade de recuperar a capacidade interventora estatal no campo da saúde.

As queixas sobre os procedimentos do sistema ISAPRE após a redemocratização partiram principalmente de alguns profissionais médicos e das organizações sindicais recém-estruturadas. Segundo Labra (2000): “na medida em que se consolidava a democracia, se tornava cada vez mais difícil para o ISAPRE exercer vetos”. Como demonstra as sucessivas derrotas no Congresso chileno da proposta de converter hospitais públicos em “empresas autônomas” - o que tornaria possível o sistema ISAPRE utilizar a infra-estrutura pública no atendimento de seus pacientes sem arcar com os custos dos procedimentos médicos (Labra, 2000: 12).

O compromisso de regular o mercado privado de assistência à saúde, tendo em vista suas conseqüências redistributivas para o sistema público, criou uma verdadeira oportunidade aos políticos e aos sucessivos governos, junto aos demais atores sociais organizados, de recuperar a capacidade de articulação do Estado no processo de elaboração e implementação de políticas públicas para o setor saúde.

Após várias medidas adotadas pelos governos para intensificar a regulamentação da assistência privada, é durante o terceiro governo da chamada *Concertación*, liderado pelo socialista Ricardo Lagos (2000-2006), que as políticas regulatórias para o setor privado ganham maior visibilidade. Assim, num marco de importantes iniciativas do Executivo e de debates no Congresso Nacional para revitalizar a saúde pública do país, é aprovada a Lei de Autoridade Sanitária, culminando na criação da Superintendência de Saúde, órgão incumbido de novas funções e atribuições mais efetivas para a regulação do sistema ISAPRE. Em 2005 foi aprovado um plano de reformas no setor saúde, *Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE)*, destinado, em linhas gerais, a submeter a política regulatória do setor privado aos requerimentos de financiamento e fortalecimento institucional do setor público (MINSAL, 2005; Drago, 2006).

Nesse período, junto às novas iniciativas propostas para regular os provedores privados e recuperar a capacidade de provisão pública no campo sanitário, cria-se um fundo de solidariedade destinado a cobrir os custos de atenção médica da população mais pobre, financiado a partir de receitas fiscais e das contribuições de ambos os assegurados do FONASA e do sistema ISAPRE. Esse fundo confere uma maior progressividade para o

financiamento das atividades do setor público, principalmente para os grupos da população chilena mais vulneráveis aos riscos sociais (MINSAL, 2005).

As novas iniciativas para a saúde pública estão fundamentadas nos princípios de equidade para os recursos arrecadados e empregados no sistema de saúde, mediante sua redistribuição com base no risco relativo dos indivíduos e das famílias dentro de uma perspectiva intergeracional, epidemiológica e de gênero (MINSAL, 2005).

Entre as várias medidas que foram tomando corpo durante o processo de regulação do setor privado estão: a retirada dos incentivos à isenção tributária das empresas que contribuía para o sistema ISAPRE dos seus funcionários; a restrição do uso de atendimento em hospitais públicos para os filiados desse sistema, sem o devido ressarcimento; a regulação de preços dos planos privados; e a proibição das práticas de seleção de riscos por parte das operadoras privadas (MINSAL, 2005).

Como um resultado direto dessas medidas houve uma diminuição da população assegurada pelo setor privado, principalmente das categorias profissionais, e sua migração, mais recente, para o sistema público de saúde. Somam-se a isso, outros fatores que induziram essa recente migração relacionados aos custos excessivos à aquisição dos planos de saúde privados, tornando o sistema ISAPRE inviável ao padrão médio de renda da população chilena. Assim, o setor de provisão de assistência médica privada no Chile teve sua população de assegurados reduzida quase pela metade entre os anos de 1997 e 2003 (Ver: gráfico 1, pág. 18).

Os governos da chamada *Concertación* articularam suas iniciativas para mudar a estrutura de recursos e incentivos no sistema de saúde, focando suas ações na viabilização produtiva e administrativa do setor de provisão pública, a fim de reter e atrair importantes segmentos da população para os seus serviços. O aperfeiçoamento do sistema público centrou-se na capacitação e na ampliação da rede própria de serviços, por meio de investimentos em insumos e equipamentos hospitalares, paralelamente ao reforço da atenção preventiva à população (Barrientos, 2002).

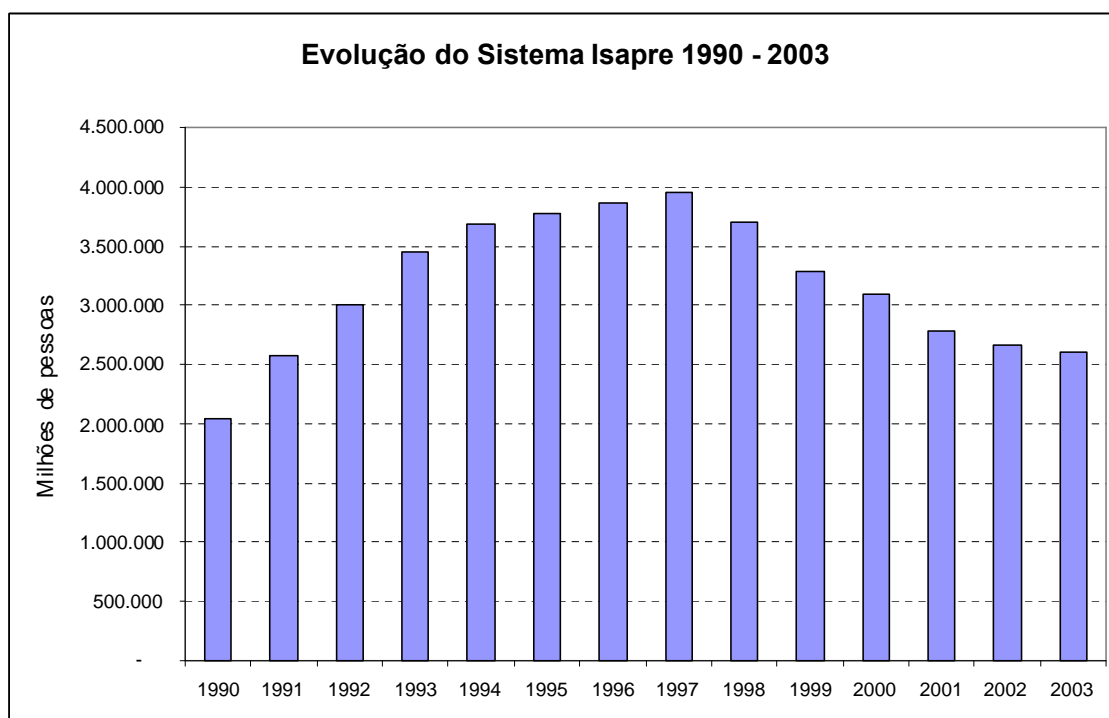
As mudanças nas políticas de saúde implementadas pelos governos democráticos e o subsequente fortalecimento do setor de saúde pública, junto à regulação da assistência privada, estão integrando o sistema de saúde chileno dentro de um formato mais redistributivo.

As medidas recentemente adotadas pelos sucessivos governos da *Concertación* para aprimorar o sistema de saúde do país – regular os provedores privados com vistas a incrementar o sistema público – estão criando as condições para uma complementaridade

mais eficiente e equitativa entre a assistência pública e privada. Os princípios redistributivos de divisão dos riscos estão transformando o setor privado em um resíduo de uma tendência universalizante da assistência pública em expansão (Barrientos, 2002).

Todavia, esse processo de universalização continuará dependendo da efetividade da política regulatória para o setor privado, combinada aos objetivos políticos de recuperação das capacidades estatais na área da saúde. Recentes medidas adotadas pelos últimos governos, como a destinação de uma fração das contribuições dos beneficiários do sistema ISAPRE para o financiamento do sistema público, demonstram, de um modo geral, que tais medidas estão sendo entrelaçadas às estratégias de fortalecimento da provisão pública assistencial *vis-à-vis* a assistência privada.

**Gráfico 1**



Fonte: Superintendência de Salud, (2004).

## **3.2 - O Sistema de Saúde Brasileiro. Da “cidadania regulada” a “cidadania dos consumidores”**

### **3.2.1 - A Dualidade Assistencial Estruturante e o Surgimento do Complexo Médico-Previdenciário Brasileiro (1920-1975)**

As iniciativas mais relevantes no campo da saúde pública no contexto brasileiro surgem no início do século XX, quando importantes reformas sanitárias foram empreendidas pelas autoridades governamentais no intuito de erradicar as epidemias das grandes cidades brasileiras num contexto de internacionalização da economia, no qual se inseria o complexo agro-exportador do país.

Na década de 20 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresa ou ramo de atividade profissional que ofereciam assistência médica curativa para os seus afiliados através de convênios com a medicina privada. O setor de saúde privado já era relevante neste período, correspondendo a 60% da oferta de serviços, sendo fortemente influenciado pelos princípios do exercício liberal da medicina (Labra, 2001).

No primeiro governo Vargas (1930-1945), as políticas de saúde assumiram maior destaque. Por um lado, centralizando as ações preventivas no Executivo, por outro, estendendo a assistência médica, principalmente de caráter curativa, para as categorias profissionais filiadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados sob a antiga estrutura das CAPs. Esses IAPs foram gestados segundo os princípios do Estado corporativo que se esboçava, ou seja, incorporação paulatina dos trabalhadores urbanos às instituições de seguro social do Estado.

Com a criação dos IAPs, amplia-se a cobertura previdenciária para as diferentes categorias profissionais. Entretanto, a variação na extensão dos benefícios, como a assistência médica, dependia da concentração dos recursos de poder e mobilização à disposição dessas categorias e da capacidade burocrática de cada instituto previdenciário. Desse modo, a previdência no Brasil se tornou um instrumento de “incorporação controlada”, definindo que direitos integravam o “pacote da cidadania” para as categorias profissionais a ela vinculadas (Malloy, 1985; Vianna, 1998).

Ao centrar-se no setor previdenciário, o governo já trazia em suas políticas sociais algumas conseqüências: “o processo de regulamentação das profissões, tornava as demandas relativas a emprego, salário, renda e benefícios sociais dependentes de um reconhecimento prévio da legitimidade das categorias” (Santos, 1979: 74-79).

Não obstante a estratificação do direito aos benefícios assistenciais, mediante reconhecimento prévio profissional, a expansão da assistência médica para os segmentos afiliados aos IAPs ocorreu via contratação de serviços privados pelo Estado. A característica de nascer imbricada à previdência como um benefício secundário em relação às prestações previdenciárias vai ser um dos traços principais da assistência à saúde durante sua posterior trajetória (Menicucci, 2003). Esse processo foi embrionário do estabelecimento do complexo médico-previdenciário brasileiro, cujos representantes do setor privado assistencial desempenhariam um papel fundamental para sua consolidação, na medida em que esses atores foram se concentrando paulatinamente nas principais instâncias decisórias das políticas para o setor.

No interregno democrático de 45 a 64 assiste-se à emergência de crescentes pressões das massas assalariadas urbanas para a expansão dos serviços assistenciais de saúde. Igualmente, crescia a pressão pela unificação do sistema previdenciário, fato que gerou forte oposição das categorias profissionais filiadas a alguns IAPs que usufruíam de esquemas mais pródigos de benefícios assistenciais. Essas categorias dentro de alguns IAPs, em particular o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), já haviam estabelecido uma interface com o sistema privado de provisão de assistência médica, prestado através de convênios homologados com hospitais privados (Braga e Góes de Paula, 1981).

Com o advento do regime militar (1964–1985), o sistema previdenciário é unificado com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse período, a assistência médica passou a ser assumida como parte integrante da previdência social, devendo ser ampliada a todos os seus beneficiários (Menicucci, 2003). Tal período é marcado pela forte autonomização e capitalização do setor privado de saúde, em grande medida por consequência dos subsídios do Estado - via sistema previdenciário - para financiar o consumo do produto gerado pela medicina privada.

O sistema INPS tornou-se o principal fiador do processo de contratação e credenciamento de hospitais e prestadores privados, prescindindo de investir na instalação de unidades públicas de atendimento (Vianna, 1998). O complexo hospitalar tornou-se a principal referência do sistema de saúde. A medicina previdenciária, que se expande a partir de meados da década de 60, centrou-se nos aspectos hospitalares e curativos da prática médica, em detrimento das ações preventivas. A complexidade dos serviços, altamente tecnificados, junto ao encarecimento dos procedimentos e dos insumos médicos, propiciou um grande aporte de recursos financeiros para o setor privado de saúde.

A particular forma de intervenção do Estado no campo sanitário para contratar serviços privados, consagrou os interesses do empresariado da saúde ligados ao complexo médico-hospitalar. O sistema público - via previdência - ao prescindir de uma infra-estrutura própria de prestação de serviços, concedeu importantes vantagens aos prestadores privados de assistência médica (Menicucci, 2003). Braga e Góes de Paula (1981) afirmam que mesmo antes da unificação dos IAPS no INPS, a quantidade de leitos privados superava, em muito, os leitos públicos disponíveis, respectivamente 63% e 37% (ver: tabela 2).

**Tabela 2. Leitos hospitalares públicos e privados – Brasil (1950 – 1975)**

Anos	Públicos		Privados		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>1950</b>	77976	47,0	87539	53,0	165515	100,0
<b>1955</b>	91098	42,1	125162	57,9	216260	100,0
<b>1960</b>	76799	35,5	139579	64,5	216378	100,0
<b>1965</b>	84494	37,0	144051	63,0	228545	100,0
<b>1975</b>	120033	28,2	305380	71,8	425413	100,0

Fonte: Vianna (1998).

Com o surgimento do INPS vislumbram-se mais nitidamente os interesses da corporação médico-privada materializados na prática assistencial e curativa de acentuada tendência privatizante (Menicucci, 2003). A incorporação dos interesses do segmento médico-hospitalar privado à previdência social – lócus decisório das políticas de saúde no período analisado – bem como sua corporativização empresarial e capitalização via Estado, foram fatores decisivos para a constituição do mercado de planos privados de saúde no Brasil.

A segmentação na oferta dos serviços de assistência à saúde, como reflexo da característica do desenvolvimento do sistema previdenciário brasileiro, acentuou-se com a entrada no mercado das modalidades privadas de assistência do tipo plano-empresa. Os serviços oferecidos por esses planos eram variados em termos de cobertura assistencial, conforme o status da empresa, ou da categoria profissional dos assegurados, e ainda, com o nível hierárquico dos beneficiários reforçando, desta forma, a subsegmentação dentro dessa modalidade de provisão privada (Teixeira, Bahia e Vianna, 2002).

As décadas de 60 e 70 presenciam o surgimento das empresas médicas especializadas em fornecer diferentes modalidades de planos de saúde para os mais variados segmentos da população. Concomitantemente, foram se constituindo atores e interesses fortemente estruturados em manter o padrão das políticas para o setor, isto é, à dependência do sistema de saúde do complexo médico-hospitalar curativo, imbricado ao setor privado.

Como um resultado do período analisado, Vianna (1998) aponta que em 1972 havia aproximadamente dois milhões de beneficiários cobertos por convênios privados do tipo plano-empresa, homologados pela previdência. Já em 1977, os convênios empresa cobriam cerca de 4,5 milhões de beneficiários, o que equivalia a 10% do total da população afiliada no sistema previdenciário brasileiro (Vianna, 1998).

Mais do que afetar o modo pelo qual são processados os interesses e as estratégias políticas subsequentes, as políticas de saúde do período ressaltaram uma faceta característica do processo de hibridização institucional do regime de *welfare* brasileiro, apontando para uma tendência marcadamente privatista. A permeabilidade dos interesses ligados à assistência médica privada, nas instâncias decisórias das políticas para o setor, e a expansão dessa atividade para parcela crescente da população brasileira, reforçaram a dualidade público/privada estruturante do sistema de saúde no país.

### **3.2.2 - Consolidação do Modelo Dual de Assistência. A Criação do Sistema Universal e a Concomitante Expansão dos Planos Privados de Saúde (1975-2000)**

Na década de 70, as políticas de saúde no Brasil orientam-se por uma ampliação gradual da cobertura, com a incorporação de novos setores da população, como os trabalhadores rurais e autônomos, cuja extensão dos benefícios previdenciários lhes concedeu o acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse período foram criados vários mecanismos compensatórios de proteção social, porém embasados em um modelo tecnocrático de gestão num quadro de modernização burocrático-autoritária, reafirmando o protagonismo da previdência social como o setor de maior importância, pelo menos institucionalmente, na área do desenvolvimento social.

Nessa conjuntura, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e instituído o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), no intuito de incrementar as ações sociais do governo. Todavia, essas iniciativas, apesar de importantes para o fortalecimento e coordenação institucional dos programas destinados aos setores sociais, mostraram-se altamente regressivas do ponto de vista dos mecanismos de financiamento.

Na área de saúde, em 1975, é criado o Plano de Pronta Ação (PPA), importante passo para a universalização do acesso aos serviços de saúde via a não-exclusão de beneficiários, independente de terem contribuído ou não para a previdência social. No âmbito das relações entre previdência e saúde, o processo de reorganização institucional do setor público assistencial, com a criação do PPA, significou uma expressiva ampliação das atividades de proteção social no país (Costa, 1998). Todavia, esse passo em direção à universalização do acesso aos serviços de saúde, deu-se com vistas às transferências de importantes funções para as empresas médicas, principalmente no que se refere às formas de provisão assistenciais.

De acordo com Braga e Góes de Paula (1981), as iniciativas do PPA fizeram a atenção à saúde se tornar um “negócio” altamente rentável para os provedores e operadores privados desses serviços. Clínicas e hospitais privados receberam pesadas subvenções através do FAS, reforçando mais uma vez o atendimento hospitalar-curativo em detrimento do ambulatorial e preventivo.

Nesse período, o setor privado de provisão de assistência médica ganhará maior autonomia frente ao Estado, principalmente em função da forte capitalização do setor na década de 60. Não obstante esse processo, a expansão da assistência médica empresarial “assumiu diferentes formatos institucionais, propiciando a constituição de novos agentes no mercado de assistência à saúde privada, configurando, desta forma, fortes identidades e clivagens sociais” (Menicucci, 2003: 116).

Além da compra de serviços de saúde no mercado pelo Estado - financiado pela previdência -, outras estratégias deliberadas por parte do governo permitiram a expansão das formas de provisão privada, tais como aquelas desenvolvidas no âmbito das empresas que forneciam serviços de saúde para seus funcionários, mediante isenção fiscal, sendo tais serviços muito restritivos em termos de cobertura. A diversificação do poder aquisitivo da população brasileira, em meados dos anos 70, constituiu-se em outro fator que impulsionou o mercado de seguro saúde no país. A possibilidade de deduzir despesas com saúde do imposto de renda para certos segmentos da população, com renda mais alta, contribuiu para expandir a assistência médica privada, e para consolidar a imagem do cidadão como “pessoa física”, ou seja, como um contribuinte integrado ao “universo do consumo individualizado” (Vianna, 1998).

Entretanto, é a partir do final dos anos 70 e início dos 80, durante a distensão do regime autoritário, que a idéia de unificar saúde pública e assistência médica vai ganhando maiores contornos, conforme surgem as aspirações contrárias às práticas assistenciais que até então vigiam no sistema de saúde brasileiro.

Com a nova Constituição do país promulgada em 1988 - inédita do ponto de vista dos seus capítulos dedicados à seguridade social - o Sistema Único de Saúde (SUS) é estabelecido e implantado após dois conturbados anos de tramitação no Congresso. Tal sistema legitimou-se, no mínimo em princípios, aos ideais que lhe deram sustentação, como a universalidade do seu acesso para toda a população sem exigência de vínculo contributivo a esquema previdenciário. Esse novo sistema seria orientado pela descentralização na gestão dos serviços; pelo fortalecimento do papel do município na provisão assistencial; pela participação da população no planejamento e avaliação das ações de saúde; e pela universalização da cobertura, com integralidade dos níveis de atenção médica (Costa, 1998).

No entanto, dada a expansão das formas de provisão privada, concomitantemente ao processo que irá consolidar o SUS, percebe-se mais claramente a conformação característica do sistema de saúde brasileiro, em que os componentes público e privado autonomizam-se em termos financeiros e institucionais, de acordo com as respectivas lógicas de expansão e articulação com suas clientelas demandantes.

Não obstante a forte expansão dos esquemas privados concomitante ao processo de universalização do sistema público de saúde, a presença já consolidada da assistência médica privada sob a forma de convênios com os segmentos da força de trabalho organizada, fragilizou o nascente sistema público universal, por retirar desse sistema os segmentos com maior capacidade de vocalização de demandas e pressões políticas. Nesse sentido, faltaram as bases de apoio à vertebração social do subsistema público, gerando, em consequência, a perpetuação de um circuito excludente: *“má qualidade dos serviços de saúde pública, expulsão dos setores organizados do sistema, baixa atividade reivindicatória, má qualidade...”* (Faveret e Oliveira, 1990: 259).

Um outro fator que particularmente fragilizou o sistema público recém-criado foi a desvinculação do orçamento previdenciário do fundo de seguridade social, já num quadro de políticas de ajuste fiscal e de contingenciamento dos gastos sociais. Desta forma, a implantação do SUS é contemporânea de uma crise de financiamento das políticas sociais no país, sendo o seu ápice a desvinculação da previdência social do financiamento da saúde pública (Costa, 1998).

Contudo, os principais óbices à efetividade do subsistema público de saúde no Brasil partiram do próprio mosaico estruturante de interesses privados que compõe o setor. A este respeito, é importante ressaltar que os interesses ligados à assistência médica privada se constituíram como importantes pontos de veto a qualquer proposta de mudança mais

substantiva que apontasse para transformações de maior profundidade nos padrões das políticas de saúde previamente consolidados. (Menicucci, 2003)

Em função desses fatores acima mencionados, o setor de provisão privada no país cresceu de forma caótica e desordenada, principalmente como produto da ausência de qualquer atividade regulatória por parte do Estado.

Como consequência dos incentivos ao gasto privado em saúde para empresas e pessoas físicas, presente na legislação fiscal que se manteve concomitante ao processo de experimentação da reforma sanitária que deu origem ao SUS, Costa (1998) afirma que tais incentivos institucionais implicaram diretamente a ampliação do setor assistencial privado. Tais incentivos aumentaram as modalidades de assistência médica privada ofertadas para os grupos profissionais, o que acarretou em potencial perda de contribuição para o setor público.

Portanto, careceu ao setor público de saúde enfrentar mais detidamente os problemas relativos à sua interface com o mercado assistencial. Sobretudo quando tal interface traduz-se em incentivos perversos à expansão da atividade privada sob a forma de nichos de mercado em que, por um lado, provedores e operadores privados de saúde capitalizam lacunas de oferta de alguns serviços mais bem remunerados pelo setor público, e por outro, quando ocupam esses nichos como provedores de uma oferta “diferenciada” a segmentos da população que fazem uso seletivo do sistema público (Gerschman e Santos, 2006).

É em função das próprias fragilidades do sistema de provisão pública de saúde que se intensifica a atividade de saúde suplementar privada no país. O não-provimento adequado de uma política pública de saúde pavimentou o caminho para a configuração, mais recente, de um sistema público híbrido e complementar a um setor privado suplementar, que a despeito desses fatores acima apontados, cada vez mais se institucionaliza e se robustece.

### **3.2.3 - Institucionalização do Modelo Dual de Assistência à Saúde: A Regulação do Setor Privado “Suplementar”.**

O processo regulatório dos provedores de assistência médica privada no Brasil, apesar do seu reconhecido avanço, deixa uma série de questões em aberto sobre a conflituosa interface público/privada no sistema de saúde do país, em grande medida, oriunda da ausência de uma ação governamental mais efetiva para resolver os principais problemas pendentes do setor.

A política regulatória em questão caracteriza-se por um viés mais técnico e prescritivo aos objetivos para os quais foi inicialmente atribuída, isto é, regular um mercado nunca antes

passível ao controle governamental, marcado por várias ineficiências e imperfeições. Entretanto, esse viés tecnicista e prescritivo não implicou um redimensionamento do modelo tradicional de organização das políticas de saúde. Pelo contrário, a produção da política regulatória para o setor privado coincide com a debilitação da responsabilidade estatal na provisão desses serviços. Tal debilidade, conforme constatada, foi estruturada historicamente pela falta de uma rede pública prestadora auto-suficiente, legada da negligência dos governos passados em investir em uma rede própria de infra-estrutura de serviços, ou como consequência, mais recente, da ausência de mecanismos mais efetivos e estáveis para o financiamento e viabilização dos programas do subsistema público.

A política de regulamentação do setor de saúde privado avançou mais velozmente no plano da engenharia institucional do Estado do que no da implementação de regras que resultassem, de alguma forma, numa definição mais clara das competências e atribuições entre os setores público e privado (Bahia e Viana, 2002).

No início dos anos 90, a necessidade de regular o mercado de assistência à saúde privada entra na agenda do Congresso brasileiro, após uma longa tramitação - sujeita a vários retrocessos em função da forte presença dos representantes das operadoras privadas no Legislativo. Finalmente em 1998 é aprovada a Lei 9656/98, que dispõe sobre a regulação do setor. Instituído o marco regulatório através da referida Lei, em 2000 é criada a Agência Nacional de Saúde (ANS), sob o formato de autarquia especial, cuja principal característica organizativa é a autonomia de suas decisões técnicas.

Quanto ao modelo de regulação adotado, Pereira (2003) considera que este proporcionou certas vantagens ao governo, ao transferir importantes responsabilidades deliberativas, em matéria de política pública, para um espaço burocrático dotado de autonomia. Apesar disso, como ressalta o próprio autor, potenciais problemas que viessem a surgir no setor não mais encontrariam no Executivo o responsável direto pela sua resolução, e as responsabilidades do Executivo, mesmo não se eximindo totalmente de interferir diretamente no setor, estariam mais atenuadas pela ação de uma agência reguladora independente (Pereira, 2003).

O status autônomo da ANS, conferido por sua natureza de autarquia especial e mandato fixo dos seus dirigentes, intermediada apenas por um contrato de gestão, parece estimular a adoção exclusiva de instrumentos de regulação, somente centrados nos requerimentos técnicos de eficiência econômica do setor, em detrimento da jurificação de direitos e garantias aos usuários de planos de saúde (Scheffer e Bahia, 2005). Isso vem impedindo uma maior

visibilidade das ações regulatórias para a população, o que confere um forte tensionamento entre as perspectivas técnicas e políticas no interior da própria agência.

Sintomático do processo de perda de visibilidade da política regulatória adotada para o setor de saúde suplementar no Brasil foi a atuação da CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) dos Planos de Saúde na Câmara dos Deputados em 2003. A CPI apontou a baixa efetividade do procedimento da agência reguladora na fiscalização dos provedores privados, como uma das principais causas da continuidade das práticas de seleção de riscos, negação de coberturas e aumentos abusivos, praticadas pelas operadoras de planos de saúde, mesmo após a criação da agência para o setor (Câmara dos Deputados, 2003)

Não obstante tais problemas constatados, a regulação da saúde suplementar no Brasil parece se esquivar de suas conseqüências e impactos redistributivos para o subsistema público de serviços. Nesse quesito, os procedimentos da agência se resumem às cobranças das taxas de ressarcimento ao SUS, toda vez que um usuário de plano privado é atendido em hospital público – isso, quando elas são *de fato* cobradas.

No entanto, as relações público/privado, principalmente as não reguladas, se estendem para além dos problemas exclusivos a essas taxas de ressarcimento, e dizem respeito a uma miríade de problemas que impactam regressivamente o subsistema público. Quais sejam: a renúncia fiscal como forma de incentivo à aquisição de seguro saúde privado; às isenções tributárias de filantrópicas e cooperativas que comercializam planos; ao cotidiano e às práticas dos profissionais de saúde duplamente filiados; à defesa dos interesses da medicina empresarial e dos fornecedores privados de insumos; à incorporação irracional de tecnologias, e demais aspectos que implicam negativamente e conformam a atual base de financiamento do sistema público de saúde no Brasil (Scheffer e Bahia, 2005).

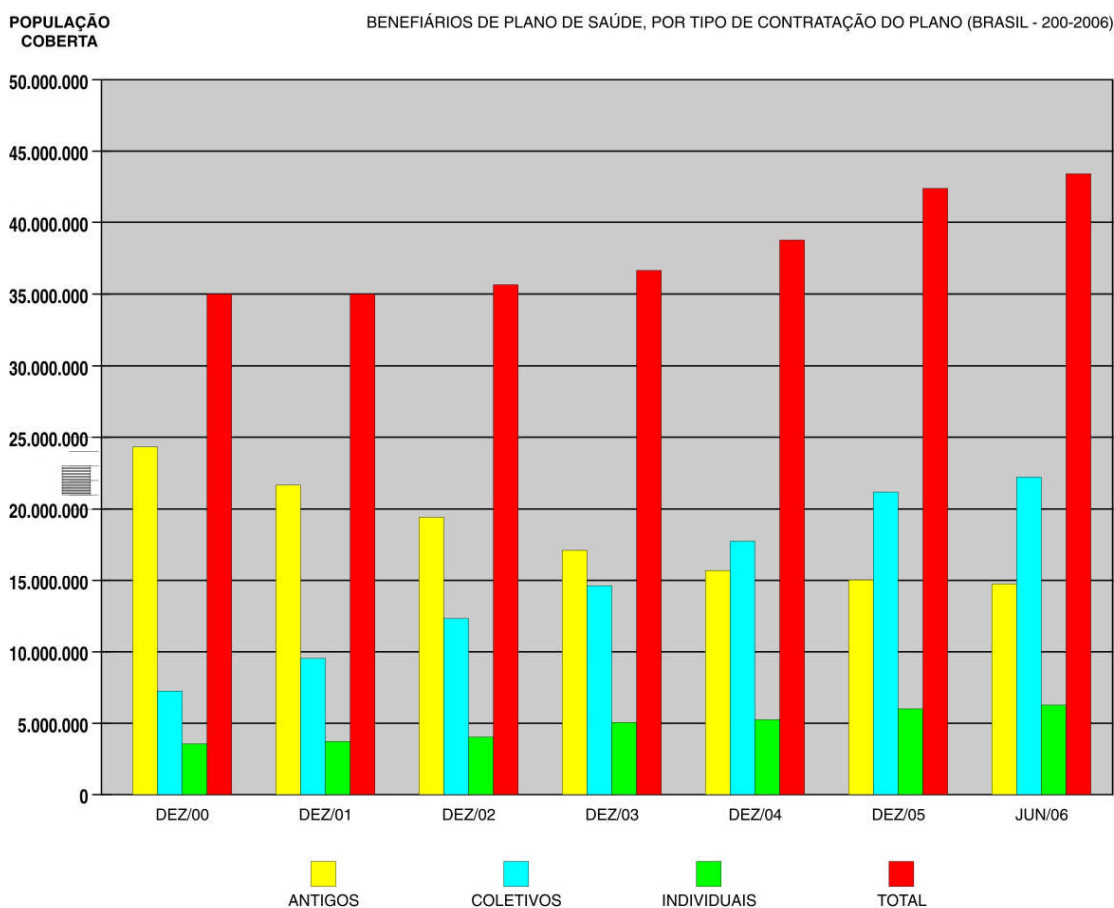
A omissão dos aspectos redistributivos pela disposição puramente técnica e prescritiva do modelo regulatório adotado para o setor privado de saúde permanece como um forte incentivo à expansão desse setor. As isenções tributárias propiciadas à pessoa física e jurídica, dedutíveis com os gastos efetuados com assistência médica privada na declaração de rendimentos, trazem conseqüências perversas do ponto de vista dos seus desdobramentos regressivos para o sistema público quanto à potencial perda de receitas.

No que concerne ao novo arranjo institucional do setor, sob a égide da Agência Nacional de Saúde, este parece se coadunar à baixa capacidade do Estado brasileiro no provimento de políticas públicas de saúde, ao se conformar a uma perspectiva regulatória mais centrada nas garantias ao mercado de provisão assistencial, e às estratégias individuais de obtenção de benefícios sociais. Os beneficiários de planos de saúde inscritos na

modalidade plano-empresa (coletivo) têm aumentado consideravelmente nos últimos anos (Ver: gráfico 2). O que vem comprovando os incentivos diretos da política regulatória às estratégias dos trabalhadores de negociarem salários indiretos, como a assistência médica, nos seus próprios locais de trabalho e via mercado.

Atualmente os planos coletivos, empresariais ou por adesão, reúnem aproximadamente 23 milhões de usuários, sobre os quais os reajustes de mensalidades e revisões contratuais são livremente negociados entre as operadoras e os contratantes, intermediados pelo mercado. Entretanto, esses planos sofreram vários reajustes abusivos e denúncias de que suas coberturas são excludentes (Câmara dos Deputados, 2003).

**Gráfico 2**



FONTE: Sistema de Informações de Benefícios - ANS - 06/2006

Os incentivos da política regulatória direcionados a colocar os trabalhadores na dependência do mercado assistencial, como estratégia de obtenção de programas de bem-estar, podem trazer conseqüências negativas diante de uma conjuntura de desemprego e de restritividade de coberturas assistenciais.

Se o quadro institucional das políticas de saúde no Brasil reproduziu uma trajetória de “cidadania regulada” (Santos, 1979), permanentemente redefinindo os termos e condições de acesso dos cidadãos aos benefícios sociais, no campo das iniciativas regulatórias para a área de saúde parece vigorar um prospecto de “cidadania cindida”. Esse prospecto seria legatário das mesmas desigualdades das políticas sociais que presidiram a cidadania limitada pelos requerimentos do processo acumulativo nacional. Entretanto, tal prospecto estaria atualmente imerso num cenário institucional no qual vigoram as estratégias individuais de proteção social providas pelo mercado.

Essa cisão da cidadania em dois patamares, ou seja, a divisão dos cidadãos dentro de categorias e a sua perenidade através do tempo, comportar-se-ia, no caso da atual disposição das políticas de saúde no Brasil seguindo duas clivagens. A primeira designaria um tipo de “cidadania dos consumidores”: intrinsecamente relacionada aos aspectos do alcance e eficácia da regulação, conforme o poder de vocalização e de ação coletiva dos respectivos grupos demandantes desses serviços. A segunda, por sua vez, denotaria uma espécie de “cidadania rebaixada” dado o racionamento e a insuficiência da provisão pública de saúde fornecida a parcela significativa da população brasileira, com poucos recursos para empreender uma ação coletiva eficaz para exigir a consecução dos seus direitos sociais básicos.

Dadas as implicações do legado institucional do sistema de saúde brasileiro e do novo padrão de mediação de interesses na arena de regulação da saúde suplementar, corre-se o risco de se reproduzir, ou mesmo de se agravar, os padrões de seletividade característicos das políticas de saúde historicamente forjadas no país.

#### **4 – Conclusão**

Apesar das comunalidades em relação aos seqüenciais históricos que caracterizam a emergência das políticas sociais em vários países, a magnitude das diferenças não observadas compromete uma qualificação mais precisa dos processos espaço-temporais que delineiam os modos particulares de gestação e desenvolvimento dos sistemas de proteção social.

Neste Trabalho, as diversidades entre contextos e setores de política social foram realçadas enfatizando as comparações entre os “regimes de *welfare*” de acordo com as estruturas e dinâmicas de intermediação dos interesses sobre as quais erigem as estratégias de bem-estar e seus diferentes padrões de resiliência institucional.

O objeto empírico do presente estudo comparou as trajetórias das políticas de saúde no Chile e no Brasil, numa perspectiva espaço-temporal de desenvolvimento, ressaltando os

próprios sequenciais históricos dos eventos relacionados a essas políticas como importantes variáveis analíticas. O ponto de partida para o esforço comparativo empreendido centrou-se em averiguar a morfologia institucional dos sistemas de saúde dos respectivos países, em consonância com as características que conformaram historicamente os seus regimes de bem-estar.

Portanto, objetivou-se dimensionar a particularidade dos sistemas de saúde nos contextos chileno e brasileiro conforme os seus processos estruturantes, concernentes às relações público/privado. Daí a ênfase em destacar os resultados de bem-estar produzidos pela natureza organizativa dos respectivos sistemas, segundo a preponderância de um desses dois eixos que nortearam historicamente suas políticas.

A constatação da forte presença do mercado como um fator que acirrou as tendências desiguais nos sistemas de saúde analisados, não pode ser atribuída como uma consequência direta e uniforme das reformas orientadas ao mercado nos setores de bem-estar, em voga nos últimos anos. Os modos de gestação e proliferação dos esquemas privados nesses sistemas variaram em intensidade e *timing*, tendo dinâmicas evolutivas próprias, dependendo dos formatos institucionais que presidiram a emergência das políticas de saúde em cada contexto.

Portanto, ressaltar as diferenças temporais no sentido de averiguar como os interesses ligados à assistência médica privada foram se estruturando nos sistemas de saúde dos respectivos países abordados neste estudo, tornou-se crucial, não só para estabelecer as comparações entre suas trajetórias, mas também para identificar as diferentes feições institucionais desses sistemas.

O panorama histórico de gestação e desenvolvimento das políticas de saúde no Chile e no Brasil forneceu algumas importantes evidências de como as instituições de produção dessas políticas, nos regimes de *welfare* dos respectivos países, foram condicionadas pelos modos particulares de articulação entre Estado, clientelas e mercado, que marcaram as trajetórias da provisão de serviços de saúde.

Em que pese os padrões de similaridade histórica do formato embrionário que estruturou os serviços de saúde no Chile e no Brasil - a segmentação assistencial imbricada ao modelo de seguro social -, suas trajetórias individuais revelam diferenças significativas entre os interesses relacionados às formas públicas e privadas de provisão.

Inicialmente atrelada ao modelo de seguro social contributivo, a assistência médica nos dois contextos foi caracterizada pelo viés mais publicista ou privatista que norteou o seu desenvolvimento no tempo. As diferenças constatadas em torno do eixo público/privado que

preponderou sobre os sistemas de saúde chileno e brasileiro evidenciam fortes linhas de continuidade histórica.

Como uma impressão mais geral do quadro evolutivo das políticas de saúde nos dois contextos, pode-se presumir que no Chile os efeitos de estratificação dos serviços assistenciais de saúde foram afetados por uma presença residual do mercado e por um importante setor de infra-estrutura pública de provisão. Os valores da medicina social no país se enraizaram nos anos 40 e 50 materializados na criação do SNS, que, mesmo após ter sido desarticulado pelas reformas privatizantes do governo ditatorial, conservou o status de instituição de referência para importantes atores coletivos.

No Brasil, entretanto, os efeitos de estratificação da assistência médica, atrelada como um benefício secundário aos esquemas previdenciários gestados pelo Estado, foram fortemente afetados pela presença do mercado privado de provisão, cujos interesses ligados à prática médica empresarial inviabilizaram mudanças mais substantivas, mesmo após a criação de um sistema público de saúde de característica universal.

As reformas regulatórias dos setores de assistência médica privada, como desdobramentos das trajetórias das políticas de saúde nos contextos analisados, também divergiram em termos dos seus conteúdos programáticos e efetividade. No Brasil, a regulação parece ter se coadunado com a dependência estrutural da produção e provisão privada de serviços assistenciais conformando-se à multiplicidade de relações dessas formas de provisão com as respectivas clientelas demandantes desses serviços. Daí a dinâmica regulatória se autonomizar em uma prática meramente prescritiva e tecnicista, eximindo-se de suas conseqüências redistributivas para o subsistema público.

No contexto chileno, as iniciativas regulatórias vêm sendo utilizadas de acordo com os objetivos expressos pelos últimos governos de recuperar as capacidades estatais no campo da provisão de serviços de saúde. A regulação vem sendo pactuada politicamente, através da interlocução dos governos com os vários atores políticos e sociais no âmbito da saúde, tendo em vista os objetivos de produzir maiores impactos redistributivos sobre o sistema público de serviços.

As reformas regulatórias vêm desfechar quase um século das trajetórias institucionais das políticas de saúde dos países analisados, em uma linha histórica contínua, que apesar de ter sofrido alguns deslocamentos, permanece atrelada aos seus pontos de origem.

Os diferentes padrões de continuidade e ruptura que surgiram no curso dessas políticas, sugerem como os interesses relacionados aos setores público e privado predominaram em cada sistema de saúde, delimitando o escopo para alterações mais substantivas. Os fatores de

inércia institucional e as fortes clivagens e identidades coletivas operaram no contexto evolutivo dos respectivos sistemas de saúde, seja para consagrar o padrão “universalista gradual”, no caso chileno, ou o “privatismo”, que caracterizou a trajetória brasileira.

## 5 – Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, (2006). *Cadastro de Beneficiários*, Disponível em <http://www.ans.gov.br>

BAHIA, L. e VIANA, A.L. (2002), “Introdução”. *Regulação e Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/ANS.

BARRIENTOS, A. (2002) “Health Policy in Chile: The Return of the Public Sector?” *Bulletin of Latin America Research*, vol.21, n.3, p. 442-459.

\_\_\_\_\_. (2004), “Latin America: Towards a Liberal-Informal Welfare Regime”. In: Gough, I., Wood, G. (eds.). *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts*. Cambridge, Cambridge University Press.

BITRÀN, R. *et alii*. (2000), “Equity in the Financing of Social Security for Health in Chile”. *Health Policy*, n.50, p.171-196

BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. (1981), *Saúde e Previdência. Estudos de Política Social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Brasil. (2003), *Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde*. Brasília.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. (2006), “*La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad*”. Febrero, p.01-193

COSTA, N. R. (1998), *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social Brasileira*. São Paulo. Ed. HUCITEC.

DRAGO, M. (2006), “La Reforma al Sistema de Salud Chileno desde la Perspectiva de los Derechos Humanos”. *Políticas Sociales. Series CEPAL*, Jun. n. 121.

ECKSTEIN, S. e WICKHAM-CROWLEY, T. (2003), *What Justice? Whose Justice? Fighting for Fairness in Latin America*. Berkeley, University of California Press.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, Princeton University Press.

FAVERET, P. e OLIVEIRA, P.J. (1990), “A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde”. *Dados*. Rio de Janeiro. Vol.33, nº2, p.257-283.

FILGUEIRA, C. H. e Filgueira, F. (2002), “Models of Welfare and Models of Capitalism: The Limits of Transferability”. In: Huber, E. (ed.). *Models of Capitalism Lessons for Latin America*. Pennsylvania, Pennsylvania University Press.

FLORA, P. e HEIDENHEIMER, A. J. (1982), *The Development of Welfare States in Europe and America*. News Brunswick, Transaction Books.

GARRETÓN, M. A. (1994), “The Political Dimension of Process of Transformation in Chile”. In: Acuña, C., Gamarra, E., Smith, W. (eds.). *Democracy, Markets and Structural Reform in Latin America – Argentina, Bolivia, Brazil, Chile and Mexico*. North – South Center Press.

GERSHMAN, S. e SANTOS, M. A (2006), O Sistema Único de Saúde como Desdobramento das Políticas de Saúde no Século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. V. 21, n. 6, p.177-190.

GOUGH, I. (2004), “Welfare Regimes in Development Contexts: A Global and Regional Analysis”. In: Gough, I., Wood, G. (eds.). *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts*. Cambridge, Cambridge University Press.

HALL, P. e TAYLOR, R. (1996) “Political Science and the Three New Institutionalisms”. *Political Studies*. VXLIV, n° 5, p.936-957.

HUBER, E. e STEPHENS, J. (2001), *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*. Chicago, University of Chicago Press.

ILLANES, M. A. e RIESCO, M. (2007), “Developmental Welfare State and Social Change in Chile”. In. Riesco, M. (ed.). *Latin America: A New Developmental Welfare State Model in the Making?* London, UNRISD/Palgrave MacMillan.

JARDUE, L; *et alii* .(2000), Análisis del Nuevo Módulo de Salud de la Encuesta CASEN. *Revista Médica Chile*, n° 132, 2004 p.750-760.

KARL, T. L. (2003). “The Vicious Cycle of Inequality in Latin America”. In Eckstein, S. e Wickhan-Crowley, T. (eds). *What Justice? Whose Justice? Fighting for Fairness in Latin America*. Berkeley, University of California Press

KORPI, W. (1980), *Social Policy and Distribution Conflict in the Capitalist Democracies*. London, Routledge & Kegan Paul.

LABRA, M. E. (2000), “Padrão de Formulação das Políticas de Saúde no Chile no Século XX”. *Dados*. Vol.43.

\_\_\_\_. (2001), “Política e Saúde no Chile e no Brasil: Contribuições para uma Comparação”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol 6, n. 42.

LLOYD-SHERLOCK, P. e BARRIENTOS, A. (2003), “Health Insurance Reform in Latin America: Cream Skimming, Equity and Cost-Containment”. In: Haagh, L e Helgo, C.T. (eds.). *Social Policy and Market Governance in Latin America*. London, Palgrave MacMillan.

LONDOÑO, J. L. e FRENK, J. (1997), “Structured Pluralism: Towards and Innovative Model for Health System Reform in Latin America”, *Health Policy*. Vol 41

- MALLOY, J. (1985), *A Política de Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.
- MENICUCCI, T.M.G. (2003), “Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: Atores, Processos e Trajetória”. *Tese de doutorado*. Belo Horizonte, UFMG.
- MESA-LAGO, C. (1999), “Política y Reforma da la Seguridad Social en América Latina”, *Nueva Sociedad*, 160, p.133-150.
- MINISTÉRIO DE SALUD - MINSAL – Chile (2005), *Marco de la Reforma de la Salud*. Disponível em <http://www.minsal.cl>
- MKANDAWIRE, T. (2004), *Social Policy in a Development Context*. London. UNRISD/Palgrave McMillan.
- NORTH, D. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge, Cambridge University Press.
- OXHORN, P. (2003), “Social Inequality, Civil Society and the Limits of Citizenship in Latin America”. In. Eckstein, S. e Wickhan-Crowley, T. (eds.). *What Justice? Whose Justice? Fighting for Fairness in Latin America*. Berkeley, University of California Press.
- PAES DE BARROS, R; HENRIQUES, R; MENDONÇA, R.(2000), “A Estabilidade Inaceitável: Desigualdade e Pobreza no Brasil”. In. Henriques, R. (ed). *Desigualdade e Pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro, IPEA.
- PEREIRA, C. (2003), “O Marco Regulatório no Setor de Saúde Suplementar: Contextualização e Perspectivas”. Trabalho Elaborado para o Projeto de Cooperação Técnica Internacional: Formulação de Políticas Públicas para o Setor de Saúde Suplementar no Brasil. ANS. Rio de Janeiro.
- PIERSON, P. (1993) “When Effect Becomes Cause. Policy Feedback and Political Change”. *World Politics*. Vol.45, n 4, p. 585 - 628.
- \_\_\_\_\_. (2004), *Politics in Time*. Princeton, Princeton University Press.

RACZYNSKI, D. (1994), “Social Policies in Chile: Origins, Transformations and Perspectives”. *Democracy and Social Policy Series*, Working Paper, n.4, Institute Kellogg.

ROTHSTEIN, B. (1994), *Just Institution Matter. The Moral and Political Logic of Universal Welfare State*, Cambridge, Cambridge University Press.

SANTOS, W. G. (1979), *Cidadania e Justiça. A Política Social na Ordem Brasileira*. Rio de Janeiro, Ed. Campus.

\_\_\_\_\_. (2006), *Horizonte do Desejo, Instabilidade, Fracasso Coletivo e Inércia Social*. Rio de Janeiro, Ed. FGV.

SCHEFFER, M. e BAHIA, L. (2005), “Planos e Seguros Privados de Saúde no Brasil: Lacunas e Perspectivas da Regulamentação”. In: Heimann, I., Ibanhes, L., Barbosa, R. (eds.). *O Público e o Privado na Saúde*. São Paulo, HUCITEC.

SKOCPOL, T. e IKENBERRY, J. (1983), “The Political Formation of the American Welfare State”. *Comparative Social Research*, Vol.10, n.1.

\_\_\_\_\_; AMENTA, E. (1986), “States and Social Policies”. *Annual Review of Sociology*, Vol 12, pg 131-157.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD – Chile (2004), *Aprendiendo sobre el Sistema ISAPRE*. Disponível em: <http://superintendenciadesalud.cl>

SWINDLER, A. (1986),” Culture in Action: Symbols and Strategies”. *American Sociological Review*. Vol.51, n.2, p. 273-286.

SZÉKELY, M. e HILGERT, M. (1999), “What`s Behind the Inequality we Measure: An Investigation using Latin American Data”. *Working Paper 409*, BID

TEIXEIRA, A., BAHIA, L. e VIANNA, M.L.T.W. (2002) “Notas sobre a Regulação dos Planos de Saúde de Empresas no Brasil”. *Regulação e Saúde. Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/ANS.

THELEN, K; STEINMO, S; LONGSTRETH, F. (1992), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge, Cambridge University Press.

TILLY, C. (1996), *Coerção, Capital e Estados Europeus*. São Paulo, EDUSP.

\_\_\_\_\_. (1998), *Durable Inequality*. Berkeley, University of California Press.

UGALDE, A. *et alii*. (2002), “Globalization, Equality and Health in Latin America”. In. Abel, C. e Lewis, C. M. (eds.). *Exclusion and Engagement: Social Policy in Latin America*. London, ILAS.

VERGARA, P. (1994) “Market Economy, Social Welfare and Democratic Consolidation in Chile”. In. Acuña, G; Gamarra, E; Smith, W. (eds.). *Democracy, Markets, and Structural Reform in Latin America – Argentina, Bolivia, Brazil, Chile and Mexico*. North-South Center Press.

VIANNA, M. L. T. W. (1998), *A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro. Revan. UCAM/IUPERJ.

WOOD, G. (2004), “Informal Security Regimes: The Strength of Relationships”. In. Gough, I; Wood, G (eds). *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa, and Latin America: Social Policy in Development Contexts*. Cambridge, Cambridge University Press.