

Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina*

Iniquities in health policies: the Latin American case

Sonia Fleury

Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas e Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro - Brasil

São abordados quatro pontos sobre iniquidades nas políticas de saúde: no primeiro deles, discute-se a crise econômica atravessada pela região nas últimas décadas e problematiza-se o fato de a tendência à melhoria global do nível de vida não tenha sido profundamente afetada pela crise; no segundo ponto, discute-se as características do processo de desenvolvimento latino-americano, que tem sido marcado pelo aprofundamento das iniquidades; no terceiro, apresenta-se uma análise do padrão de proteção social na região para, no último ponto, discutir dois modelos polares de reforma deste padrão.

Política de saúde. Desenvolvimento econômico. Qualidade de vida. Justiça social.

Crises e Melhoramentos

A América Latina (incluindo também o Caribe) é uma região com 443,3 milhões de habitantes (em 1991), com uma área de 20.507 milhares de km², distribuídos em países com economias diversificadas**, sendo, no entanto, na média, uma região com uma renda per capita de US\$ 2,390, ou seja, onde predominam economias em desenvolvimento.

Depois de um prolongado ciclo expansionista, no qual a economia regional cresceu de forma persistente durante um período de 50 anos, desde a década de 80 a região vem sofrendo as consequências do processo de endividamento, aceleração inflacionária, recessão e os efeitos das políticas de ajuste adotadas pelos governos locais (Tabela 1).

Nos últimos anos começam a ser sentidos os resultados das medidas de combate à inflação e aumento da produtividade e competitividade da produção industrial, de tal forma que já se pode divisar, em alguns países, uma retomada do crescimento econômico (a variação acumulada do crescimento do produto interno bruto per capita entre 1981-1990 foi de - 8, 9 enquanto que entre 1991-1993 foi estimada em 4, 3).

Os indicadores de desenvolvimento social não são tão alentadores, já que se constata que, ainda hoje, um em cada cinco latino-americanos não dispõe de recursos suficientes para alimentar-se de forma adequada desde o ponto de vista nutricional (CEPAL³, 1994), situação que foi agravada pela recessão e também pelas medidas de ajuste estrutural da economia que levaram a

* Trabalho apresentado na III Conferência Geral do FICOSSER - Federation for International Cooperation of Health Services and Systems Research Centers, Helsink, Finlândia.

** Segundo dados do Banco Mundial⁴, no relatório de 1993 encontramos a seguinte classificação de alguns dos países da região, segundo sua renda (PND) per capita:

Baixa renda (US\$ 635 ou menos): Haiti, Nicaragua, Honduras

Renda média (US\$ 636 a 7.909)

Renda média baixa: Bolívia, Guatemala, República Dominicana, Equador, Peru, El Salvador, Colômbia, Paraguai, Jamaica, Costa Rica, Panamá, Chile

Renda média alta: Venezuela, Argentina, Uruguai, Brasil, México, Trinidad e Tobago.

Separatas/Rep. lts: Sonia Fleury - Fundação Oswaldo Cruz/Presidência - Av. Brasil, 4365 - 21040-360 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil - Fax: (21) 541.9402

Recebido em 19.9.1994. Aprovado em 12.4.1995.

Tabela 1 - América Latina - Indicadores básicos.

População - milhões, meados 1991:	445,3 t
Área - milhares Km ² - 20.507 t	
PNB per capita - 1991 - US\$ 2,390 w	
PNB - taxa média crescimento anual % - 1980-91:	-0,3 w
Inflação - taxa média anual %:	1970-80: 3,1 w 1980-91: 208,2 w
Dívida externa, como % do PNB:	1980: 35,1 w 1991: 41,3 w
PIB - variação acumulada:	1981-90: -8,9 1991-93: 4,3
Urbanização - população rural*:	1950: 60% 1990: 30%

Fonte: Banco Mundial⁷, (1993)

* Fonte - CEPAL⁸, 1994

Convenções: t - total; w - média ponderada

Tabela 2 - Índices de pobreza e renda per capita em diferentes regiões do mundo.

Região	Índice de pobreza per capita (a)		Variação anual percentual da renda per capita	
	1985	1990	1970-92	1982-92
Todos os países em desenvolvimento	30,5	29,7	1,7	0,8
África subsaariana	47,6	47,8	-0,2	-1,1
Leste asiático	13,2	11,3	5,3	6,3
Sul da Ásia	51,8	49,0	2,0	3,0
Leste europeu	7,1	7,1	1,2	1,7
Oriente Médio e Norte da África	30,6	33,1	0,1	-1,6
América Latina e Caribe	22,4	25,2	1,1	-0,2

Fonte: Banco Mundial⁷ (1993)

Nota: Os dados regionais sobre a variação anual da renda per capita referem-se a médias não-ponderadas de países. As regiões referidas na tabela são aquelas definidas nos Indicadores do Desenvolvimento Mundial, exceto no caso do Leste europeu, que inclui Albânia, Bulgária, Hungria, Polônia, Romênia, a ex-República Socialista Federativa da Iugoslávia e a ex-Tchecoslováquia.

Ainda não se dispõe de dados desagregados para estes dois últimos países.

a) Parcela estimada da população que consome menos de US\$ 32 mensais por pessoa, a preços ajustados pela raridade do poder de compra de 1985.

redução do nível de emprego e das remunerações (Tabela 2).

No entanto, a crise da última década não chegou a inverter as tendências positivas de longo prazo, apenas diminuindo o ritmo das melhorias que se refletem em indicadores sociais, tais como: cobertura do sistema educacional, acesso à água e esgoto, redução das taxas de mortalidade infantil (mais de 50% entre 1950 e 1990), aumento da esperança de vida ao nascer (passando de 52 anos entre 1950-55 para 67 anos no período de 1985-1990).

É ainda necessário ter em conta as profundas transformações econômicas e sociais que a região vem atravessando nas últimas décadas, com um intenso processo de urbanização e migração (em 1950 quase 60% dos habitantes residia em áreas rurais enquanto em 1990 esse número foi reduzido para 30%), redução das taxas de fecundidade (em 1950 a média era de 6 filhos por mulher enquanto entre 1985-1990 essa média caiu para 3,4), alterações da estrutura etária com o aumento do número de idosos compensando a redução da população infantil.

Todas essas mudanças provocaram alteração do perfil epidemiológico regional, onde predominavam as causas de morte por doenças transmissíveis com a persistência de doenças endêmicas. O quadro atual tornou-se complexo, já que, sem alcançar solução para as doenças típicas do subdesenvolvimento, passaram a ter importância crescente as enfermidades próprias da idade adulta como as cardiovasculares (primeira causa de morte) e o câncer (segunda causa de morte) além das causas externas como os acidentes e a violência (terceira causa de morte).

Comparando as condições de saúde na região com o resto do mundo (Tabela 3) verifica-se que a mortalidade infantil registrada na América Latina (44 por mil nascidos vivos) é muito mais alta do que a dos países ricos da "Organización y Desarrollo Económico" (OCDE) (8 por 1.000), embora seja inferior à média mundial (53 por 1.000 nascidos vivos) e algumas regiões com renda equivalente. O mesmo padrão apresenta-se em relação à esperança de vida ao nascer na região (68 anos na América Latina, 77 anos nos membros da OCDE e 66 anos na média mundial).

Já a comparação em termos dos recursos econômicos, destinado ao setor saúde, demonstra que a região encontra-se em situação muito desfavorável, destinando apenas US\$ 121 per capita para a saúde, enquanto que a média mundial US\$ 323. Estima-se que a participação do setor saúde no PIB da região seja de 5%, sendo muito menor que a média mundial de 8%. Já o gasto público em saúde representa 2,2% do PIB, o que corresponde a menos da metade da média mundial (4,9% do PIB) (Tabela 4).

Em relação ao financiamento da saúde observa-se que na última década houve uma redução do financiamento público com o concomitante aumento do gasto privado das famílias, empresas e ONG (Organização não governamental). O crescimento das ONG's no financiamento da saúde na região assume proporções volumosas, tendo cana-

Tabela 3 - Comparação entre América Latina e Caribe e demais regiões do mundo: indicadores de saúde e desenvolvimento.

Grupos de países por nível de renda	Taxa de mortalidade infantil (a)	Mortalidade geral (b)	Esperança de vida ao nascer (c)	Produto per capita (d)
Países de renda baixa ou média	61	10	64	1.010
Países de renda baixa	71	10	62	350
Países de renda média	38	8	68	2.480
Gravemente endividados	48	8	67	2.350
Países de renda alta	8	9	77	21.050
Miembros da OCDE	8	9	77	21.530
Países de renda média-baixa				
África ao sul do Saara	104	16	51	350
Ásia Oriental e do Pacífico	42	7	68	650
Ásia meridional	92	11	59	320
Europa e Ásia Central	26	10	70	2.670
América Latina e Caribe	44	7	68	2.390
Oriente Médio e Norte da África	60	8	64	1.940
Todo o mundo	53	9	66	4.010

Fonte: Banco Mundial⁷, (1993).

(a) Taxa de mortalidade infantil de 0 a 1 ano por 1.000 nascidos vivos.

(b) Mortalidade geral por 1.000 habitantes.

(c) Esperança de vida ao nascer, expressa em anos.

(d) Produto per capita, dólares de 1991.

lizado entre 1980 e 1989 um total de US\$ 6 bilhões, sendo que sua participação, nos países mais pobres, chega a ser similar a ou superior à dos governos locais.

A oferta de serviços apresentou uma tendência a deterioração dos serviços públicos, como consequência da redução do gasto público no setor, com aumento da defasagem tecnológica entre os serviços hospitalares públicos e privados, e perda da eficiência e eficácia da atenção à saúde no setor público. Como resultado houve aumento da oferta de serviços pelo setor privado, que teve um cresci-

mento acentuado nos anos regentes, especialmente na modalidade de seguro saúde tanto em termos de afiliações quanto à oferta de camas hospitalares.

Em resumo, podemos observar que a América Latina é uma região com perfil de países em desenvolvimento que foram fortemente afetados, nas últimas décadas, pela crise econômica. Mesmo assim, enquanto os indicadores de renda assinalam um aumento da pobreza na região, os indicadores sociais mantêm, em ritmo mais suave, a tendência à melhoria das condições gerais de saúde. Em outras palavras, à nomeada década per-

Tabela 4 - Comparação dos gastos com saúde em diferentes regiões do mundo.

Região demográfica	Percentual da população mundial	Gastos totais com saúde (bilhões de US\$)	Gastos totais com saúde como % do total mundial	Gastos públicos com saúde como % do total regional	Percentual (%) do PNB gasto em saúde	Gasto per capita com saúde (US\$)	Coefficiente de gastos per capita (AS-1)
Economias de Mercado Consolidadas	15	1.483	87	60	9,2	1.860	78,9
Ex-economias Socialistas Europeias	7	49	3	71	3,6	142	6,0
América Latina	8	47	3	60	4,0	105	4,5
Oriente Médio Crescente	10	39	2	58	4,1	77	3,3
Outros da Ásia e ilhas	13	42	2	39	4,5	61	2,6
Índia	16	18	1	22	6,0	21	0,9
China	22	13	1	59	3,5	11	0,5
África subsaariana	10	12	1	55	4,5	24	1,0
Países em desenvolvimento demográfico	78	170	10	50	4,7	41	1,7
Mundo	100	1.702	100	60	8,0	329	13,7

AS: África Subsaariana

Fonte: Banco Mundial⁷, (1993)

dida (já são quase duas) na área econômica não correspondeu a mesma perda em termos de desenvolvimento social.

Tal fenômeno deve ser atribuído tanto à estrutura de serviços sociais que havia sido instalada em vários países durante o período de expansão econômica, quanto a outras características sociodemográficas associadas ao acelerado ritmo de urbanização.

Finalmente, ao lado das alterações no perfil epidemiológico e no padrão da demanda, observa-se também, como resultado da crise econômica, o conjunto de mudanças no padrão da oferta de serviços de saúde, em direção a uma maior participação do setor privado (filantrópico e de mercado), tanto no financiamento quanto na oferta de serviços, enquanto há uma redução e deterioração da participação do setor público.

Aprofundando as Iniquidades

A economia política latino-americana, desenvolvida na CEPAL no final dos anos 40, trouxe contribuição original ao analisar o processo de desenvolvimento e industrialização das economias periféricas a partir do conceito de heterogeneidade estrutural. Em breves linhas, partia-se da análise da distribuição desigual dos frutos do progresso técnico a favor dos países centrais, com a crescente deterioração dos termos de troca, em consequência da heterogeneidade persistente da estrutura produtiva nos países da periferia. Esta industrialização dependente levaria à marginalização crescente de setores da população urbana, alijando-se dos benefícios do progresso, de tal forma a alimentar um processo político singular, no qual os conflitos distributivos perdem sua aparência de conflitos para serem transformados em pleitos junto ao Estado.

O crescimento econômico sustentado durante 5 décadas demonstrou que não existe uma relação imediata entre crescimento e desenvolvimento social. A experiência histórica da América Latina neste século fundamenta a tese segundo a qual o crescimento econômico, embora seja condição necessária para o combate à pobreza e a redução das iniquidades*, além de não ser suficiente, alcança maior efetividade quando se faz acompanhar de uma melhoria na distribuição da renda.

* Adota-se aqui a definição de Whitehead⁸ (1990) para iniquidade em saúde, entendida como sendo as diferenças sistêmicas que são desnecessárias e evitáveis, ademais de injustas.

Uma segunda tese pode ser também confirmada pela experiência latino-americana, qual seja, que o gasto social também pode contribuir para a diminuição da pobreza, tornado mais acessíveis à população um conjunto de serviços básicos, tendo como vantagem sua autonomia relativa tanto do nível como do ritmo de expansão do produto (Tokman⁹, 1991).

Como vimos anteriormente, a manutenção da melhoria dos indicadores sociais durante o período de crise econômica é parcialmente atribuída à existência de uma rede de serviços sociais que pode tornar disponíveis à população mais carente certas tecnologias (como vacinas e a reidratação oral) e conhecimentos (por exemplo, a higiene e a importância do aleitamento materno), reduzindo os efeitos da renda sobre os indicadores sociais.

A tentativa de apreender o grau de equidade/iniquidade social tem levado ao desenvolvimento de um conjunto de indicadores mais sensíveis, que permitem desvendar como se distribuem diferencialmente os benefícios do progresso. Assim, hoje, já se pode dispor de indicadores de pobreza tradicionais como a renda sendo cotejados com um indicador de pobreza, segundo necessidades básicas (falta de acesso aos bens públicos como serviços básicos de saúde, educação, moradia), desenvolvido pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento¹⁰). Se adotado este segundo critério estima-se que cerca de 18% da população latino-americana que não seria considerada pobre segundo a renda, o seria por insatisfação de suas necessidades essenciais (Tokman⁹, 1991).

A necessidade de medir o impacto global da doença (IGD) levou o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde ao desenvolvimento de um indicador de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI¹¹), somando as perdas por morte prematura com a perda da vida saudável causada por incapacidade (Tabela 5).

Tais indicadores de iniquidade na saúde são fundamentais para orientar os "policy-makers" em relação ao estabelecimento de metas de equidade, tais como as expressas nos valores das brechas de mortalidade reduzíveis, ou seja, aquilo que é considerado ser possível superar a partir das condições socioeconômicas do país (CEPAL², 1994).

Os cenários projetados para a economia regional, em estudos do Banco Mundial⁷ e do PNUD³, apesar das diferenças, indicam tendência comum na direção do crescimento da economia regional, superando a recessão da década passada. No entanto, os estudos e projeções realizados pelo PREALC (Programa Regional de Emprego para a América

Tabela 5 - Distribuição da perda de AVAL, por causa e região demográfica, 1990.

Causa	Mundo	África sub-saariana	Índia	China	Outros da Ásia e Ilhas	América Latina e Caribe	Oriente Médio Crescente	Ex-economias socialistas européias	Economias de mercado consolidadas
População (milhões)	5.267	510	850	1.134	683	444	503	346	798
Doenças transmissíveis	45,8	71,3	50,5	25,3	48,5	42,2	51,0	8,6	9,7
Tuberculose	3,4	4,7	3,7	2,9	5,1	2,5	2,8	0,6	0,2
DST e HIV	3,8	8,8	2,7	1,7	1,5	6,6	0,7	1,2	3,4
Diarréia	7,3	10,4	9,6	2,1	8,3	5,7	10,7	0,4	0,3
Infecções infantis imunizáveis	5,0	9,6	8,7	0,9	4,5	1,6	6,0	0,1	0,1
Malária	2,6	10,8	0,3	*	1,4	0,4	0,2	*	*
Verminoses	1,8	1,8	0,9	3,4	3,4	2,5	0,4	*	*
Infecções respiratórias	9,0	10,8	10,9	6,4	11,1	6,2	11,5	2,6	2,6
Causas maternas	2,2	2,7	2,7	1,2	2,5	1,7	2,9	0,8	0,6
Causas perinatais	7,3	7,1	9,1	5,2	7,4	9,1	10,9	2,4	2,2
Outras	3,5	4,6	4,0	1,4	3,3	5,8	4,9	0,6	0,5
Doenças não-transmissíveis	42,2	19,4	40,4	58,0	40,1	42,8	36,0	74,8	78,4
Câncer	5,8	1,5	4,1	9,2	4,4	5,2	3,4	14,8	19,1
Deficiências nutricionais	3,9	2,8	6,2	3,3	4,6	4,6	3,7	1,4	1,7
Doença neuropsiquiátrica	6,8	3,3	6,1	8,0	7,0	8,0	5,6	11,1	15,0
Doença cerebrovascular	3,2	1,5	2,1	6,3	2,1	2,6	2,4	8,9	5,3
Isquemia cardíaca	3,1	0,4	2,8	2,1	3,5	2,7	1,8	13,7	10,0
Obstrução pulmonar	1,3	0,2	0,6	5,5	0,5	0,7	0,5	1,6	1,7
Outras	18,0	9,7	18,5	23,6	17,9	19,1	18,7	23,4	25,6
Traumas	11,9	9,3	9,1	16,7	11,3	15,0	13,0	16,6	11,9
Automobilísticos	2,3	1,3	1,1	2,3	2,3	5,7	3,3	3,7	3,5
Intencionais	3,7	4,2	1,2	5,1	3,2	4,3	5,2	4,8	4,0
Outros	5,9	3,9	6,8	9,3	5,8	5,0	4,6	8,1	4,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Milhões de AVAL	1.382	293	292	201	177	103	144	58	94
Equivalente em óbitos infantis (milhões)	42,0	9,0	9,0	6,2	5,5	3,2	4,4	1,8	2,9
AVAL por mil habitantes	259	575	344	178	260	233	286	168	117

* Menos de 0,05%.

AVAL: anos de vida ajustados por incapacidade.

DST: doença sexualmente transmissível.

HIV: vírus da imunodeficiência humana.

Fonte: Banco Mundial, (1993).

Latina e Caribe) (apud Tokman⁵, 1991) sobre emprego indicam tendências no sentido de aumento da diferenciação social, como: o problema da pobreza será crescentemente um fenômeno urbano e aumentará a participação do setor informal na força de trabalho urbana com a queda da renda média, ampliando a dispersão dos salários com a expansão dos salários mais altos nos setores de maior produtividade. Em outros termos, os estudos indicam um cenário onde a melhoria das condições gerais de pobreza vai se fazer acompanhar por uma redução na equidade (Tokman⁵, 1991).

Há algumas razões para explicar essas tendências perversas da retomada do crescimento econômico na região. A modernização atual da estrutura produtiva com vistas à incorporação tecnológica e aumento da competitividade é decorrência das transformações da economia internacional a partir da introdução do novo paradigma de organização industrial e tecnológica liderado pelo complexo eletrônico. A vinculação das economias em

desenvolvimento a essa dinâmica internacional tem dado origem ao fenômeno de "integração transnacional e desintegração nacional", dando lugar a uma segmentação tripartite, ainda que estreitamente inter-relacionada, da economia e da sociedade: de um lado a economia de competição oligopólica dos grandes gigantes internacionais, de outro a economia de mercado tradicional dos produtores médios e pequenos, e, agregado a esta, uma vasta massa da economia marginal e informal (Sunkel⁴, 1987).

Na análise de Lechner¹ (1990), tal situação caracteriza uma nova "heterogeneidade estrutural", na medida em que as distâncias sociais não só se aprofundaram quantitativamente como foram modificados qualitativamente, dando lugar a uma ordem social segmentada. O aprofundamento da iniquidade, a "urbanização da miséria", a falência do Estado para cumprir suas funções mínimas (econômicas: segurança, moeda, tributação; e sociais: educação, saúde, habitação), levaram a América Latina a uma situação sem precedentes,

que se expressa na decomposição do tecido social nas grandes metrópoles. Os dados sobre a crescente violência, criminalidade e suas ligações com o aumento do tráfico de drogas apontam para uma realidade explosiva.

Se a dinâmica de mercado exclui cerca de um terço da população latino-americana da produção formal e do consumo mínimo - e as novas bases para retomada do crescimento econômico não parecem indicar a possibilidade de equacionamento desta questão - a sobrevivência desta parcela da população relegada pelo modelo econômico está, cada vez mais, na dependência da atuação do Estado. Enquanto para alguns o Estado deveria atuar na área de saúde com vistas apenas ao combate à pobreza, em programas específicos e focalizados, outros compreendem a importância da dimensão econômica do setor saúde na região (que representa cerca de 5% do PIB e emprega 5% da população economicamente ativa) e formulam uma proposta na qual o setor público tem lugar estratégico no esforço para lograr a transformação produtiva com equidade social.

Neste sentido, foi analisado, no próximo ponto, o padrão de proteção social latino-americano e as atuais tendências de reforma.

O Padrão de Proteção Social Latino-Americano: Cooptação e Exclusão*

Na América Latina pode-se encontrar alguns dos mais antigos complexos e institucionalizados sistemas de proteção social, que tiveram início na virada do século em países como Argentina, Uruguai, Chile e Brasil.

Conformou-se nesses países um sistema de Seguridade Social caracterizado pela sua fragmentação, com a existência de múltiplas instituições e regimes de contribuição e benefícios, a depender do poder de barganha de cada categoria de trabalhador ao qual se aplicava. A cooptação política das frações mais organizadas e estratégicas da classe trabalhadora, através dos aparelhos de políticas sociais, transformava os cidadãos em clientes das estruturas burocráticas do Estado. A dimensão jurídica da cidadania, enquanto igual-

dade formal diante do Estado, foi transmutada em desigualdade política na concessão diferencial de privilégios cumulativos a alguns setores da classe trabalhadora, enquanto os grupos mais necessitados eram excluídos da proteção social.

As tentativas de reformação do sistema de Seguridade Social, na direção de uma maior uniformidade, unificação e universalização foram frustradas em muitos pontos, em um processo de marchas e contra-marchas em que se buscava modernizar as estruturas administrativas e viabilizar sua gestão mais racional, tendo, no entanto, como limite, o próprio tecido político em torno da proteção social.

A complexidade da estrutura política, a insatisfação das expectativas geradas por este processo, o acirramento das contradições entre cooptação e controle, tornaram difícil a possibilidade de compatibilizar as demandas emergentes no curso do processo de industrialização com a lógica política que presidiu a montagem dos sistemas de Seguridade Social. Por isto, a expansão e maturação desses sistemas manifestaram como crise, insolúvel nos marcos da sua estrutura original.

Entre os anos 60 e 70 os governos militares que tomaram o poder nos países do Cone Sul, da América Latina, buscaram reformar o sistemas de proteção social na Argentina, Brasil, Chile e Uruguai. As reformas levadas a cabo no regime autoritário-burocrático caracterizam-se pela tentativa de exclusão do processo decisório das políticas sociais daquelas forças mobilizadas durante o período populista, de forma a eliminar o jogo político da barganha e pressão exercidas pelos trabalhadores.

A despolitização da questão social correspondeu, ao mesmo tempo, ao fortalecimento das estruturas burocráticas, em um contexto de supressão da cidadania política e eliminação dos canais de representação e organização das demandas sociais.

A substituição dos mecanismos de representação corporativos por canais burocráticos teve um sentido claro de privilegiamento dos interesses dos produtores privados de serviços, especialmente no caso da atenção à saúde, como se evidencia na redução dos serviços públicos, na deterioração da rede existente e na introdução de diferentes modalidades de privatização da lógica estatal.

A redução do gasto público social marcou todos os governos nesse período, sendo que as medidas de ampliação da proteção social, quando ocorreram, foram custeadas por recursos parafiscais, quase sempre advindos do aumento de contribuições sobre a folha de salários.

* A análise do padrão de proteção social na região tomará por base os sistemas de Seguridade Social que abarcam as políticas de previdência, saúde e assistência. Embora existam serviços de saúde pública que não pertençam à Seguridade Social, e sim ao Ministério da Saúde, a tendência mais marcante é que a Seguridade dê conta da maior parte da atenção médica curativa na região.

A década de 80 na América Latina foi caracterizada por dois fenômenos que atuaram simultânea e contraditoriamente sobre o sistema de proteção social. Por um lado, a crise econômica e o endividamento externo afetaram profundamente a economia regional, reduzindo a capacidade financeira do Estado. Os custos sociais das medidas de ajuste também foram enormes, com aumento do desemprego e diminuição da renda.

Por outro lado, muitos países iniciaram nesse período seu processo de transição à democracia, trazendo, no bojo da luta pela restauração do Estado de Direito, demandas sociais longamente reprimidas.

Esses fatores, embora de forma divergentes, confluíram para a formulação de modelos distintos de reforma da proteção social, tendo como princípios norteadores a busca da eficiência em um caso e o aumento da justiça social em outro. Neste sentido, podemos encontrar dois casos paradigmáticos, o do Brasil e do Chile, que configuraram modelos distintos de reformulação da proteção social, polarizando o debate e as forças políticas nos demais países da região.

Chile: Reforma Liberal-Produtivista

A reforma chilena consistiu na transposição dos fundos de pensão e de saúde para instituições privadas criadas para este fim, de forma que o Estado ficou responsável apenas pela parcela da população mais pobre, que não alcançava comprar um seguro privado no mercado.

Embora seja um modelo de inspiração liberal, trata-se de um seguro compulsório que é também regulamentado e fiscalizado pelo poder público. Com rompimento do modelo tripartite anterior, o financiamento da proteção social passou a ser responsabilidade exclusiva do trabalhador, no caso de sua filiação a um seguro privado, ou do poder público na cobertura de medicina preventiva e atenção integral para a população pobre.

Essa reforma, pela primeira vez quebrou a espinha dorsal do sistema de seguridade montado pelos governos populistas, alterou a lógica corporativa solidária em direção a um parâmetro produtivista, no qual privilegia-se a proteção àquela parcela da população trabalhadora que está inserida nos setores mais dinâmicos da economia, enquanto aqueles que se vinculam aos setores mais atrasados e/ou no mercado informal passam a ter um tratamento público diferencial.

Para se ter uma noção dos efeitos desta política que estratifica a proteção social em função da lógica

econômica podemos tomar os dados sobre o gasto em saúde como exemplo. Em 1991, os seguros privados atingiram uma cobertura de cerca de 19% da população e absorveram 50% do gasto total em saúde. Supõem-se que os outros 50% deveriam dar conta da atenção primária para toda a população e da cobertura total dos restantes 80%, onde se localizam os grupos mais pobres, além daqueles que foram progressivamente excluídos do mercado da saúde, como os idosos e os doentes crônicos.

O sistema público de saúde foi descentralizado e orientado para a focalização em relação aos grupos mais vulneráveis - por exemplo, materno-infantil-ainda que tenha que cobrir a maioria da população com reduzidos recursos.

Em resumo, a reforma chilena aumentou o grau de iniquidade do sistema de proteção social, assumindo que a política social deve ter um formato que corresponda à segmentação existente na esfera econômica.

Brasil: Reforma Universal Publicista

No Brasil, organizou-se, desde os anos 70, um forte movimento social no campo da saúde, reunindo intelectuais, parlamentares, burocratas e usuários, em torno das lutas pela democratização do país e, específica, pela democratização do campo da saúde, reivindicando a melhoria da qualidade de vida da população e a universalização do acesso ao sistema de saúde.

Tal proposta foi inserida na Constituição de 1988, onde a saúde ficou inscrita como direito da cidadania e dever do Estado, devendo os serviços de saúde organizar-se em um sistema *único, público, universal, de atenção integral, descentralizado e democraticamente gerido com a participação da sociedade*.

A força política alcançada pelo "movimento sanitário" foi suficiente para realizar as mudanças legais e institucionais referentes à unificação dos serviços públicos do Ministério da Saúde com os da Seguridade Social, descentralização das competências e recursos e universalização virtual da cobertura. No entanto, não foi capaz de alterar a realidade da oferta de insumos e serviços cujas características são: a produção de fármacos, equipamentos hospitalares e outros insumos é basicamente realizada por empresas transnacionais, sendo que o governo não alcança controlar nem a oferta nem os preços desses produtos; os leitos hospitalares são predominantemente ofertados pelo setor privado (77,1%); a distribuição dos recursos hospitalares e dos recur-

tos humanos é altamente concentrada nas regiões urbanas mais ricas do país.

A persistência desses fatores determinou a inviabilização, na prática, do princípio básico que garantia a equidade no acesso a toda a população brasileira. Além disso, o fato mais crucial no impedimento do cumprimento das determinações legais foi a redução brutal do gasto público em saúde: enquanto em 1989 o gasto per capita em saúde foi de US\$ 81.43 em 1991 foi de apenas US\$ 54.33.

Como conseqüência da redução do gasto público em saúde o que se observou foi um processo de auto-exclusão de produtores de serviços e usuários que, por apresentarem condições mais vantajosas de sobrevivência no mercado, retiraram-se do Sistema Único de Saúde. Ao fim de pouco mais de 5 anos o que se pode observar é uma perversão da proposta original de um sistema público, igualitário e universalizado em saúde. O sistema público, em péssimas condições de funcionamento, acabou ficando apenas com a atenção destinada à parcela mais pobre da população, que não conseguiu, através do empregador privado ou do próprio Estado (cujas empresas garantem planos de saúde para seus funcionários) ter acesso ao mercado privado de saúde.

Neste sentido, o que se pode constatar é que não se cria equidade por meio apenas da lei e da estrutura institucional do setor saúde. É necessário haver um pacto social que fundamente a igualdade básica, embasado em um projeto de retomada do crescimento econômico, que implique em uma melhor distribuição da renda e no fortalecimento do setor público; caso contrário, mesmo um sistema voltado para a equidade acaba por ser transmutado em algo que termina por replicar a segmentação real e profunda daquela sociedade.

Em resumo, pudemos observar que as propostas de reforma do sistema de proteção social levadas a cabo naqueles dois países, embora partindo de princípios completamente opostos, acabaram tendo um resultado semelhante. Sem querer desconsiderar a importância dos modelos na estruturação das políticas sociais, esta evidência permite considerar que a América Latina esteja atravessando um processo comum de readaptação de seus sistemas sociais a uma estrutura social de tal forma segmentada que viabiliza qualquer projeto de aumento da equidade que não se insira em uma proposta mais abrangente de transformação socioeconômica.

Referências Bibliográficas

1. LECHNER, N. A modernidade e a modernização são compatíveis? O desafio da democracia latino-americana *Lua Nova* (21), 1990.
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Washington, CEPAL/OPS, 1994. (Série Documentos Reproducidos, n° 31).
3. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Informe sobre el desarrollo humano*. Santa Fé de Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1991.
4. SUNKEL, O. Las relaciones centro-periferia y la transnacionalización. *Pensamiento Iberoamer.* (11), 1987.
5. TOKMAN, V. Pobreza y homogeneización social: tareas para los 90. *Pensamiento Iberoamer.* (19), 1991.
6. WHITEHEAD, A.N. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, World Health Organization, 1990.
7. WORL BANK. *World development report*. 1993. Washington, 1993.

Abstract

Four points relating to the inequities of the health services are brought out. In the first, the economic crisis the region has been going through during recent decades, is discussed and the contention that the tendency to an overall improvement of the living conditions has not been deeply affected by this crisis is questioned. In the second the characteristics of the Latin-American process of development, marked by the deepening of inequities is examined. In the third an analysis of the pattern of social protection in the region is presented and in the last two polar models for the reformation of this pattern are discussed.

Health policy. Economic development. Quality of life. Social justice.