



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Labra, Maria Eliana

Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 6, núm. 2, 2001, pp. 361-376

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63060207>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação

Political system and health policy in Chile and Brazil.
Contributions to a comparison

Maria Eliana Labra¹

Abstract This work analyses the main political aspects of transformations in the health systems of Chile and Brazil in the XX century, emphasizing the Chilean neo-liberal “modernizations” in the 80s under the Pinochet dictatorship, and, in the same decade, the Brazilian reforms during the democratic transition initiated after almost 20 years of military rule. Political development is pointed to as a relevant dimension in the explanation of the differences in policy-making and, thus, in the configuration of each health system. Last but not least, it is postulated that the historical legacy of each health institutional construct challenges changes both under democratic and authoritarian regimes.

Key words Chile, Brazil, Comparative studies, Political system, Health policies, Health system reform

Resumo O artigo analisa comparativamente aspectos político-institucionais das transformações do sistema de saúde implementadas no Chile e no Brasil no último século, enfatizando as “modernizações” neoliberais chilenas dos começos dos anos 80, durante a ditadura de Pinochet, e as reformas empreendidas no Brasil, em fins da mesma década, na esteira do processo de redemocratização, após quase 20 anos de autoritarismo militar. A tese central é que o desenvolvimento político é dimensão relevante na explicação dos processos de decisão relativos às políticas de saúde e à diferente configuração de cada sistema. Por último, postula-se que o legado histórico de cada construção pode resistir às mudanças, tanto na democracia como na ditadura.

Palavras-chave Chile, Brasil, Estudos comparados, Sistema político, Políticas de saúde, Reforma sanitária

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Alice 737, Laranjeiras, 22241-020, Rio de Janeiro RJ.
labra@ensp.fiocruz.br

Introdução

O objetivo central das presentes reflexões é contribuir para a análise comparada das políticas de saúde e a evolução dos sistemas de saúde implementados no Chile e no Brasil ao longo do século XX. Após breve digressão sobre o campo dos estudos em política comparada, a exposição remete às repercussões que tiveram, nesses países, as orientações ideológicas e doutrinárias que lastream a intervenção estatal na saúde pública e na assistência médica no Ocidente. Tomando como eixo de comparação o regime político e as mediações Estado-sociedade, a análise enfatiza, em seguida, os aspectos político-institucionais mais relevantes das transformações dos respectivos sistemas de saúde. No percurso histórico, o destaque é dado, no caso do Chile, às “modernizações” neoliberais privatizantes do começo dos anos 80, durante a ditadura de Pinochet e, no do Brasil, às reformas estatizantes desencadeadas nessa mesma década, na esteira do processo de redemocratização, após quase 20 anos de autoritarismo militar. A tese central da análise é que o tipo de desenvolvimento político é uma dimensão crucial a ser levada em conta na explicação dos resultados das políticas adotadas e nas seguintes diferenças na evolução de cada sistema de saúde, bem como no impacto igualmente distinto na situação de saúde, mesmo quando o grau de desigualdade econômico-social é semelhante. Por último, postula-se que o legado histórico de cada construção pode resistir às mudanças, tanto na democracia como na ditadura.

Comparando políticas e sistemas de saúde

Ao abordar o campo das análises comparadas no âmbito da saúde é preciso introduzir uma breve distinção entre duas perspectivas teóricas principais. Uma delas remete à comparação entre os processos políticos próprios de cada país, ou *estilos* de produção de políticas. Já a outra se centra na comparação entre as configurações institucionais – os sistemas de saúde – que resultaram desses processos políticos.

Na primeira vertente, haveria consenso quanto ao fato de o campo da política comparada ter se desenvolvido com profusão nas últimas três décadas, embora para Ekcstein (1963 *apud* Lichbach & Zuckerman, 1997) suas ori-

gens intelectuais se remontem a Aristóteles. Os clássicos da Renascença, inicialmente, e logo os do iluminismo retomaram essa herança, aprofundada com Marx, Weber e outros grandes pensadores, sendo posteriormente refinada em termos teóricos, conceituais e metodológicos após a Segunda Grande Guerra, quando se fez necessário dar resposta aos conflitos políticos, econômicos e sociais que emergiram. De acordo com Lichbach & Zuckerman (1997), desafios da era presente como os conflitos domésticos, a construção de Estado, as bases políticas do crescimento econômico e a democratização, só para mencionar alguns, estão no centro da investigação atual, indicando que a necessidade de responder aos temas contemporâneos guia o campo. O escopo de indagações da política comparada é, portanto, ambicioso: nenhum fenômeno político lhe é estranho; nenhum nível de análise é irrelevante; não há período que deixe de fora.

Em suma, a grande questão da política comparada situa-se no contexto do pensamento social: Quem governa? Como os interesses são representados? Quem perde e quem ganha? De que forma é desafiada a autoridade? Por que há nações “desenvolvidas”? Tais questões têm produzido grande parte da teorização contemporânea a respeito das conexões entre ordem social, estado, sociedade civil e mudança social, especialmente nas democracias (Lichbach & Zuckerman, 1997). A esse respeito mencione-se a criativa contribuição de Streeck & Schmitter (1985) ao teorizar sobre a relação entre as bases institucionais da ordem social e a democracia, incorporando à tríade clássica – comunidade, mercado (econômico/político) e Estado (burocracia) – a *associação* (interesses organizados) como uma quarta base que, combinadamente com as demais, daria conta da resolução do conflito nas democracias contemporâneas, seja nas mais antigas, seja nas *neodemocracias*, como a do Chile e do Brasil.

Quanto aos métodos, grandes avanços também têm sido alcançados, como mostra o manual de Pennings, Keman & Kleinnijenhuis (1999), que apresenta os estágios básicos a serem seguidos em qualquer investigação empírico-analítica guiada pela teoria nas ciências políticas e sociais. Como afirmam os autores, a *arte de comparar* é um dos mais importantes marcos no desenvolvimento do conhecimento acerca da sociedade e da política porque tem a ver com a forma como aferimos o impacto da realidade nas nossas vidas e nas dos outros. Não

obstante essa importância, o que se observa são pesquisas comparadas carentes, rigorosidade e precisão na definição tanto dos objetos ou problemas, das dimensões de análise ou do escopo, quanto das variáveis e dos métodos estatísticos adequados (Pennings, Keman & Kleinnijenhuis, 1999).

Nesse mesmo plano, Björkman & Altenstetter (1997) expõem as vantagens e desvantagens da utilização dos métodos quantitativos e qualitativos na pesquisa em política comparada, reconhecendo que os estudos históricos da coletânea que organizaram sobre as experiências de reforma das políticas de saúde em mais de doze países (incluído o Brasil) sofrem de uma debilidade metodológica séria: o número de casos é pequeno, mas o número de variáveis é grande. Dado que os diferentes fatores são de difícil mensuração, o risco de que certas explicações pudessem ser favorecidas em detrimento de outras foi mitigado mediante o método de comparações estruturadas e focalizadas, o que permite maior controle sobre as variáveis quando se trata de poucos casos. Na obra desses autores foram utilizados três conjuntos de variáveis considerados como os mais relevantes para a proposta de reforma e sua implementação (ou não): exigências econômicas, interesses organizados e dimensões políticas.

As referências citadas à guisa de exemplo constituem indicativos da já vasta produção no campo das políticas comparadas. Há de se salientar, todavia, que apesar dos esforços acumulados pelas várias escolas quanto à construção de teorias, persistem amplos desacordos nesse campo. Conforme Lichbach & Zuckerman (1997), hoje concorrem basicamente as teorias da escolha racional (ou neo-institutionalismo), os enfoques culturalistas e as análises estruturais, evidenciando assim a persistência das mesmas questões que têm preocupado as ciências sociais desde sempre.

Tais enfoques têm penetrado todas as áreas de investigação, inclusive a da saúde, mas os avanços em termos de políticas de saúde comparadas são bem recentes, como veremos adiante.

Em termos muito gerais, pode-se dizer que nos anos do pós-guerra predominava a noção de uma evolução progressiva dos sistemas de saúde: a força da urbanização, da industrialização e do desenvolvimento econômico junto com a disseminação mundial dos espetaculares avanços nas ciências e nas tecnologias, bem como a própria expansão do *welfare state*, entre outros fatores, eram apontados como fatos que

concorriam para os países alcançarem no futuro configurações assistenciais cada vez mais parecidas. No entanto, autores como Heidenheimer, Heclu e Adams (1975), por exemplo, desfizeram essa idéia. De fato, no seu estudo das políticas sociais na Europa e nos Estados Unidos concluíram que *a evolução dos serviços de saúde no mundo não mostra qualquer coisa parecida a um imperativo seqüencial*. Vinte anos depois, Immergut (1992) corrobora essa conclusão afirmando que nenhuma vertente teórica dá conta dos diferentes padrões de *welfare* existentes, mesmo porque sua história não pode ser reduzida a uma explicação monocausal. Em outras palavras, nenhum estudo tem sido capaz de encontrar uma lógica inerente ao desenvolvimento do *welfare* porque a variação histórica é maior do que a prevista pelas visões sociais da política.

No esteio das comparações adquiriram grande força as teorias baseadas no método da concordância ou convergência – diferenças gerais/semelhança crucial – e o da diferença ou divergência – semelhanças gerais/diferença crucial. As polêmicas levantadas nesse terreno, porém, levariam a concluir que *cada caso é um caso*. Alguns dos muitos estudos comparando políticas e/ou sistemas de saúde, além dos já citados, ilustram o desacordo existente. Leichter (1979) centrou-se na busca de padrões comuns e desvios no seu exame das políticas de saúde em diferentes países, chamando a atenção para a ausência de consenso a respeito da primazia dos fatores políticos, sociais e/ou econômicos. Para esse autor, abundar nessa discussão é inócuo posto que não há um único fator capaz de dar conta das semelhanças de conteúdo nas políticas de saúde, ressaltando que o tipo de regime político (variável estrutural), embora tenha pouca importância para explicar a introdução de políticas nacionais de assistência à saúde, sim seria decisivo na modelagem do conteúdo, na operação e na evolução dos sistemas de saúde. De outro lado, ressalta um ponto importante: o processo de produção de políticas de saúde é extremamente *reativo* a fatores situacionais dramáticos (guerras, epidemias etc.) e a eventos como mudanças nas coalizões político-partidárias; além disso, é profusamente *imitativo* das experiências tentadas em diversos contextos nacionais (Leichter, 1979). Mais recentemente, Björkman & Altenstetter (1997) reafirmam esse ponto em relação às reformas contemporâneas na saúde: a difusão de idéias de política é realmente global – há considerável

evidência do “emprestimo” entre as nações de propostas de reformas, a fim de obter resultados benéficos que supostamente foram alcançados em outras partes. Argumentam, no entanto, que tais políticas muitas vezes são modas e crenças mais do que conhecimento bem fundamentado.

Desde uma perspectiva culturalista, Field (1989), na sua análise de vários sistemas de saúde, critica tanto o enfoque da convergência como o da divergência, optando por trabalhar com a hipótese da *combinação* de fatores gerais e particulares que definem a natureza e evolução dos sistemas de saúde e a prática da medicina, dando atenção às contradições dialéticas entre a natureza universalista da medicina enquanto ciência aplicada e o particularismo da diversidade nacional.

Frenk e Donabedian (1987), partindo dos postulados teóricos da convergência e da divergência e da hipótese de que operam em direções opostas, arrazoaram elementos para ir mais longe propondo uma teoria sobre a intervenção do Estado na assistência médica, hoje legitimada pela aceitação universal do direito à atenção da saúde e pela medicina. Para esses autores, as diferenças entre países seriam o resultado de forças internas que operam nos níveis econômico (estrutura do mercado assistencial), político (incluindo organizações de interesse, em particular as dos médicos) e ideológico. Este último fator – o ideológico – é o mais problemático porque tenta-se justificar que é nesse nível que se decide a propriedade da oferta de serviços médicos. No *continuum* proposto pelos autores a variedade é tão grande que qualquer combinação de *mix* público/privado seria legítima, ficando o grau de liberdade para o empresariado privado operar no mercado de serviços assistenciais apenas por conta da maior ou menor regulação estatal. Conforme analisa Almeida (1999), essas idéias, balizadas pelo Banco Mundial, tiveram ampla divulgação na proposta de um *pluralismo estruturado* na saúde, no qual, entre outros elementos, ao Estado é retirada a função de prover cuidados diretamente, ficando apenas como *modulador* da concorrência entre intermediadores e prestadores privados e fiador do financiamento mediante subsídios à demanda (Londoño & Frenk, 1995 *apud* Almeida, 1999), sendo postas em prática com a reforma privatizante da Colômbia.

Encerra-se esta rápida revisão com a importante investigação de Immergut (1992). A autora compara o processo de produção das

políticas relativas à introdução do seguro-saúde na Suécia, na Suíça e na França, optando por uma vertente dissidente do enfoque da escolha racional – o institucionalismo histórico – que focaliza as instituições (entendidas como as regras que pautam o jogo do poder) como variável independente, e pondera o peso e a importância dos variados fatores e atores que atuam no processo decisório. Assim, o fio condutor é a organização do sistema político e a lógica em que opera. Para a autora, as instituições mediatisam os conflitos políticos de forma distinta, atraem constelações diferentes de atores organizados, mudam a forma em que estes interatuam, reconfiguram as pressões políticas e redefinem as alternativas, resultando disso diferentes articulações entre *inputs* políticos e *outputs* em termos das políticas.

Com essa abordagem do processo de produção das políticas de saúde, a autora supera de certa forma as controvérsias que têm absorvido os analistas ao mostrar que, mesmo compartilhando inquietações semelhantes, cada um dos países por ela analisados terminou implementando uma configuração diferente para atender as demandas pela extensão da proteção à saúde. E, nessa trajetória, os fatores determinantes para desfechos distintos residiram não nas semelhanças entre os países (europeus, democráticos, desenvolvidos, corporação médica forte etc.) nem nas classes sociais, nos partidos políticos ou na corporação médica, mas na forma como as regras do jogo do sistema político pautaram a conduta e decisões dos atores, em particular as *janelas de oportunidade* e os *ponotes de veto* que permitiram avançar ou bloquear propostas.

A presente exposição não se prende a um enfoque determinado, mas dá relevo ao desenvolvimento político, em particular às continuidades e descontinuidades das instituições democráticas. Assim, a pretensão é apenas explorar o contexto político no qual o processo de produção de políticas teve lugar e seus desfechos em termos da institucionalização do sistema de saúde no Chile e no Brasil. A comparação, aqui esboçada, é interessante porque, do ponto de vista da história do desenvolvimento político, e respectiva cultura política e cívica, esses países apresentam-se como exemplos polares.

Antecedentes históricos

Os países da América Latina têm em comum traços como a raiz histórica cultural ibérica, a diversidade étnica e a inserção na periferia do capitalismo. Este último fator tem determinado, por sua vez, um subdesenvolvimento econômico crônico e excedentes insuficientes para investir em bem-estar social. Dadas essas similaridades, era de se esperar que os sistemas de saúde tivessem configurações convergentes. Não obstante, a realidade do continente mostra um mosaico de esquemas assistenciais cuja diversidade inclui fatores como: dependência jurídico-institucional; alcance da regulamentação; formatos organizacionais (centralizado ou descentralizado, compreensivo ou fragmentado); formas e fontes de financiamento, propriedade dos estabelecimentos, abrangência da cobertura, o escopo do direito à saúde e impactos na melhoria dos níveis de saúde da população.

As idéias de reforma social trazidas da Europa no início do século XX espalharam-se no nosso continente, fazendo com que acaloradas discussões agitassem políticos, profissionais, trabalhadores e opinião pública quanto aos rumos a seguir. Todavia, cada governo adotou políticas que, embora baseadas em premissas semelhantes, nas suas fases de elaboração e implementação sofreram mudanças substanciais.

Duas grandes correntes doutrinárias percorreram a América Latina nos começos do século passado, já sobre a influência dos Estados Unidos da América do Norte. A primeira corrente tem a ver com a saúde pública, para a qual preconizava-se um modelo centralizado, profissionalizado e padronizado de organização dos serviços e das atividades técnicas, em particular as campanhas sanitárias, conforme diretrizes da Oficina Sanitária Internacional (desde 1948, Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS) e também da Fundação Rockefeller. Em particular, buscava-se que os governos nacionais promulgassem um Código Sanitário (segundo especificações dessas agências) e criassem um ministério *ad-hoc* ou um departamento nacional de saúde pública (e higiene) dirigido por um “estado maior” com treinamento em cursos de especialização destinados a formar médicos sanitários. Estes, por sua vez, seriam funcionários públicos com dedicação exclusiva e preocupados apenas com as questões de saúde pública e higiene, deixando a assistência curativa individual à medicina liberal e ao empresariado médico privado, tal como era o

modelo vigente nos Estados Unidos e que ainda prevalece. A segunda corrente refere-se à proteção e recuperação da força de trabalho urbana, conforme preconizado pela Organização Internacional do Trabalho – OIT a partir do modelo alemão de seguro-doença, que passou a recomendar após o Tratado de Versalhes (1919) (Labra, 1985).

Em termos das transformações iniciais dos sistemas de saúde, quatro modelos despontaram no cenário mundial. O seguro-doença das caixas de pensões (separado da saúde pública), existente na maioria dos países. O sistema estatal soviético integral e universal, adotado na América Latina apenas por Cuba após a Revolução de 1959. O Serviço Nacional de Saúde da Grã Bretanha, criado em 1948 dentro do conceito de Seguridade Social abrangendo o binômio segurança pecuniária e biológica, mas ambas funções institucionalmente separadas. Por último, os esquemas baseados em seguros de saúde lucrativos privados e na prática liberal da medicina, com proporção residual de serviços públicos gratuitos para os mais pobres, modelo do qual, como se disse, o exemplo mais acabado ainda é o norte-americano.

A solução inglesa apresentou-se como excelente alternativa no mundo capitalista frente ao repudiado modelo soviético, sendo o Chile o primeiro país a seguir esse exemplo, em 1952. Nos anos 60, o apogeu da medicina curativa, cada vez mais complexa e centrada no hospital, se por uma parte melhorou e acelerou o atendimento à crescente demanda por assistência, por outra, levou à espiral inflacionária de custos. Isso, junto com a pressão pelo direito universal à saúde, colocou na agenda dos governos a necessidade de racionalizar e unificar os serviços médicos e sanitários em uma só instituição. Entre as reformas que se sucederam, nos anos 70 destacam-se Suécia, Itália, Espanha e Costa Rica e a mais tardia de todas, a do Brasil, no fim da década de 1980, justo quando a onda inversa, de desestatização, privatização e fragmentação se espalhava pelo mundo, sob o influxo da ortodoxia neoliberal.

Em suma, no plano setorial, tanto o Chile quanto o Brasil responderam a diversas influências externas, aceleradas pela integração das economias ao comércio internacional, e a exigências internas, como a necessidade de modernizar os aparelhos de Estado e dar resposta à questão social que agitava o mundo, empreendendo reformas nas primeiras décadas do século XX. Sob essas influências e pressões, am-

bos países adotaram formatos institucionais parecidos na sua formulação, mas, posteriormente, tomaram rumos diametralmente opostos.

Visão de conjunto

O Chile nasceu em 1810 como República unitária e teve desenvolvimento político democrático paulatino desde 1833 até setembro de 1973 quando, em pleno funcionamento das instituições e grande ativação partidária e social, teve lugar o cruel golpe militar liderado por Pinochet. Este permaneceu no poder até março de 1990, ao assumir o candidato recém-eleito, da coalizão de centro-esquerda “Concertação de Partidos pela Democracia”. Tal aliança restaurou o histórico papel de eixo das relações Estado-sociedade do sistema partidário, que já nos anos 30 abrangia formações ideológicas e programáticas de amplo espectro e bem definidas, sendo o centro ocupado desde os anos 60 até hoje pela Democracia Cristã. A “Concertação”, que ainda governa, empunhou-se na manutenção da ordem econômica liberal, por um lado e, por outro, no restabelecimento da democracia, obstaculizado porém pelas “amaras” deixadas na Constituição autoritária de 1980 para impedir reformas institucionais de fundo.

Já o Brasil teve percurso bastante diferente. Ao regime monárquico escravocrata seguiu-se a Primeira República, em 1889, mas as regras democráticas copiadas dos Estados Unidos foram logo rompidas pelos militares que se aposaram do governo, também afetando o pacto federativo que descentralizaria o poder. A chamada República Velha, dominada pelas oligarquias, chega ao fim mediante golpe militar liderado por Getúlio Vargas, líder populista que se entronizou no poder até 1945 apoiado pela classe empresarial e pelo corporativismo estatal que implantou. O período compreendido entre 1946 e 1963 foi a primeira tentativa de colocar em funcionamento uma democracia moderna e pluralista. Mas faltou o ingrediente crucial, qual seja, um sistema partidário sólido, capaz de articular e transmitir as demandas da sociedade para as arenas decisórias do Estado. O golpe militar de 1964 instalou um regime de força matizado pela permanência de um Legislativo eleito pelo voto universal e secreto; porém, como lhe foram podados poderes fundamentais, novamente foi inibido o desenvolvimento de identidades partidárias ideológicas e

programáticas claras. A centralização também sufocou o pacto federativo e fomentou mais ainda relações clientelares tanto em torno do processo decisório do nível central quanto na relação com estados e municípios e entre estes com as lideranças locais (Bezerra, 1999). A abertura do regime militar começou com timidez em meados de 1970, sendo o primeiro passo decisivo em direção à transição democrática a realização de eleições para governador estadual em 1982. O triunfo das oposições abriu o caminho para um lento processo de democratização que teve seu momento culminante com a nova Constituição de 1988 e o começo de eleições periódicas em todos os níveis.

Na década de 1980 observam-se, assim, dois contextos políticos históricos e contingentes diametralmente opostos, que pautaram as reformas da saúde. No Chile, reinava feroz ditadura, sendo tudo decidido por Pinochet e o núcleo neoliberal, mediante trocas consistentes no silêncio deste frente aos desmandos da repressão e a concessão de carta branca por parte do ditador para virar pelo avesso o sistema econômico, a máquina estatal e os esquemas de proteção social, sob o argumento de que o mercado, e não o Estado paternalista e perdulário, deveria ser o eixo organizador das relações sociais e o eficiente alocador de recursos. Nesse quadro, as diretrizes para o setor saúde visariam destruir o sistema estatal construído até então. Já no Brasil, a reforma sanitária de fins de 80, acalentada pelas forças progressistas, buscou, ao contrário, fortalecer os serviços públicos criando um sistema único que atendesse a todos os cidadãos por igual, com eqüidade e controle social.

No que segue examinam-se os sistemas de saúde do Chile e do Brasil enfatizando-se as reformas dos anos 80 desde o triplo aspecto do legado histórico, dos desdobramentos nos anos 90 e das perspectivas a futuro.

O caso do Chile¹

O problema da organização dos serviços de saúde pública arrastava-se no Chile desde fins do século XIX, sendo parcialmente resolvido em 1918, quando é publicado o primeiro Código Sanitário que criou a *Dirección General de Sanidad*. Poucos anos depois, foi criado o Seguro Social Operário Obrigatório (1924) e promulgada a Constituição liberal moderna (1925) que estabeleceu o dever do Estado de manter

um serviço nacional de saúde pública graças, aliás, à influência do assessor do governo chileno, John Long, médico higienista da Fundação Rockefeller, criando-se ao mesmo tempo o Ministério da Salubridade, Previdência e Assistência Social. O momento era de grave agitação social, de depressão econômica e de impasses políticos colocados pelo Congresso Nacional, que mantinha sua composição oligárquica, enquanto a presidência da República era conquistada por uma coalizão liberal. Como saída, o presidente fez um pacto com escalões militares para pressionarem os parlamentares, conseguindo assim a aprovação *ipso facto* de vários projetos de lei pendentes, entre eles o do Seguro Social.

Sob a égide do novo ministério, por um lado, continuaram funcionando as repartições da saúde pública, encarregada das campanhas sanitárias, fiscalização, bioestatísticas etc. e, por outro, implantaram-se os serviços médicos do Seguro Social. Estes serviços prestavam apenas atenção ambulatorial, enquanto a hospitalar era fornecida mediante convênios com os estabelecimentos da Beneficência Pública, que atendia pobres e indigentes desde os tempos da Colônia de forma gratuita (embora com financiamento fiscal crescente). Com o seguro, estendeu-se a gratuidade para o novo contingente de trabalhadores assalariados (*blue-collars*), enquanto para os empregados dos setores público e privado (*white collars*) criaram-se caixas de capitalização individual, sendo os cuidados médicos prestados mediante convênios com a medicina liberal privada.

Quatro traços principais marcaram a evolução do sistema de saúde chileno, que vão pautar as grandes lutas políticas em torno das reformas ao longo do século: (1) o viés de classe estabelecido com a divisão entre operários e empregados; (2) a demanda social para universalizar o atendimento estatal; (3) o não desenvolvimento da medicina empresarial privada; (4) o déficit financeiro crônico do setor. A esses traços cabe acrescentar o papel central desempenhado pela profissão médica no desenho das políticas até 1973, graças à sua coesa organização em torno da Associação Médica do Chile (1932), fortalecida com a fundação do Colégio Médico (1948), bem como à politização da categoria e ao elevado *status* social que ostentava.

Essas características tornaram-se visíveis com a grande reforma de 1952, que deu vida ao Serviço Nacional de Saúde-SNS. Como se disse, foi a segunda instituição após o NHS da Grã Bretanha, o qual pretendeu-se imitar, mas ape-

nas teve sucesso em unificar todos os serviços médico-assistenciais e da saúde pública do país e integrar, na prática, os cuidados preventivos e curativos. Por outro lado, mantiveram-se a exclusão dos empregados e o financiamento do SNS atrelado às contribuições tripartites do Seguro Social.

Os resultados peculiares da política materializada no SNS devem ser entendidos à luz da conjuntura política. De fato, desde 1941 tramitava no Congresso Nacional projeto de modificação do Seguro Operário Obrigatório visando ampliar e majorar os benefícios. Mas, apesar da forte pressão das esquerdas, a correlação de forças na conjuntura 1950-1952, dominada no Parlamento pelos conservadores, tornou politicamente impossível não somente universalizar o Seguro Social, como aprovar o SNS como projeto de lei em separado, de modo que a pretendida mudança radical no sistema de saúde chileno ficou mutilada. Na conjuntura, a estratégia mais viável para as forças progressistas, lideradas pelo médico, dirigente socialista, ex-ministro da Saúde e Previdência, e então senador, Salvador Allende, foi incluir a proposta como apenas mais um artigo da nova lei do seguro. E como este ficou restrito aos operários, o direito à saúde e o financiamento continuaram condicionados à cobertura e recursos daquele. Os médicos, por sua vez, barganharam no Legislativo um estatuto especial que os tornaria funcionários públicos, com seu próprio plano de carreira e salários. Na época, para os profissionais essa foi a opção mais racional, visto que o Estado era o empregador quase monopólico frente a um mercado de trabalho privado muito acanhado. Diga-se de passagem que, embora as condições do mercado de trabalho tenham mudado radicalmente nos anos 80, esse estatuto, bastante modificado e bem mais inclusivo quanto às profissões que de início contemplava, continua vigente.

Os problemas acima citados, agravados pelo crescente acesso da população sem direito legal ao SNS e a deterioração dos salários dos médicos funcionários, fomentaram intenso movimento de reforma que se alastrou por mais de uma década, até se encontrar uma solução de compromisso em 1968 entre os interesses dos profissionais, das classes médias e dos partidos políticos. A nova reforma consistiu na introdução, no SNS, de um regime especial só para os empregados que permitia o atendimento nas bases da medicina liberal, ou seja, o paciente teria escolha livre do profissional pagando um

plus por cada ato médico. A gestão do esquema ficou a cargo do Colégio Médico, que saiu assim mais fortalecido. Essa saída foi considerada provisória até ser criado um Sistema Unificado de Saúde-SUS, com cobertura universal, sem distinção entre classes sociais. Desde que Allende assumiu o governo, em fins de 1970, tentou negociar o SUS com o Colégio Médico sem sucesso. Com efeito, com a mudança legal de 1968, que alargou o mercado de trabalho e permitiu ganhos adicionais provenientes da livre escolha, os recursos de poder corporativo e político dos médicos tinham se reforçado. E como os profissionais estavam decididos a manter essas conquistas, não havia disposição para apoiar os planos de Allende. Mais ainda, o clima de radicalização ideológica levou o Colégio Médico a pedir a renúncia do colega presidente e a apoiar, enfim, o golpe mortal assestado na democracia chilena.

Já no início da ditadura pinochetista, um grupo de médicos direitistas, apoiado por economistas neoliberais, apresentou ao governo um plano contendo radicais mudanças no setor saúde, num momento em que o SNS cobria 100% da população em matéria de saúde pública e prestava atenção médica e hospitalar a 90% da população, ficando a diferença por conta das forças armadas, que mantiveram seus sistemas próprios (até hoje) e do estrato de rendas mais altas, atendido pela medicina liberal privada. Tal plano foi efetivado em curto espaço de tempo, entre 1978-1980, quando o núcleo hegemônico integrado por Pinochet e economistas neoliberais estava no auge. Essa aliança permitiu empreender com velocidade as chamadas “modernizações” que mudaram a face e a cultura do país: inserção da economia nos mercados mundiais, privatização de empresas públicas e redução do pessoal da Administração Pública em um terço. Ao mesmo tempo, foi efetivada a transformação mais profunda de todas, qual seja, a privatização do sistema previdenciário mediante a transferência dos fundos acumulados pelo Seguro Social e caixas de empregados a Administradoras de Fundos e Pensões lucrativas, baseadas apenas no regime de capitalização individual visto que os aportes do Estado e das empresas foram eliminados.²

Dissolvido o vínculo histórico entre Previdência e Saúde, foi possível completar a “refundação” do setor saúde, que consistiu nas seguintes mudanças principais: (1) extinção do SNS e criação do Sistema Nacional de Serviços

de Saúde-SNSS, regionalizado; (2) separação entre funções executivas (SNSS), financeiras (Fundo Nacional de Saúde) e político normativas (Ministério da Saúde); (3) transferência dos centros de Atenção Primária a corporações municipais de direito privado, junto com o pessoal, que deixou de pertencer à Administração Pública; (4) eliminação da distinção entre operários e empregados e acesso geral ao regime de livre escolha no SNSS; (5) contribuição inicial de 2% e, desde 1986, de 7% da renda do assalariado para a saúde, ficando isentos os empregadores, a par que o Estado assume aportar recursos até os usuários terem capacidade de arcar com todos os custos; (6) criam-se as Instituciones de Salud Previsional, ou Isapre, intermediadoras financeiras de planos de saúde – note-se que a adesão do assalariado a uma Isapre o isenta de contribuir para o sistema estatal; (7) estratificação do acesso aos serviços estatais segundo faixa de renda do usuário.

Como se pode coligir, com a isenção de contribuição para o Fundo Nacional de Saúde para as pessoas que optam por uma Isapre, rompeu-se a solidariedade no financiamento da saúde, a par que o SNSS deixou de receber considerável volume de recursos. O forte subsídio indireto dado dessa e de outras formas ao setor privado e mais a estratificação do acesso desenhou dois tipos de medicina: uma para ricos e outra para pobres. Esses estratos, por sua vez, passaram a receber uma atenção de péssima qualidade, visto o desmantelamento dos estabelecimentos públicos e a desmoralização do pessoal devido à repressão e aos baixos salários.

Paralelamente, tomaram-se medidas destinadas a quebrar o poder corporativo das organizações sociais mediante a decretação da livre associação. Essa decisão foi mais um triunfo dos neoliberais, que assim enterraram de vez o sonho da direita católica de implantar no país um Estado orgânico que, por sinal, nunca vinhou no Chile por causa da força dos partidos políticos. Assim, foi abolido o *status* público das organizações, sendo obrigadas a transformar-se em “associações gremiais” de direito privado e afiliação voluntária. Para o Colégio Médico os efeitos foram e ainda são dramáticos, pois perdeu o monopólio da representação e o controle ético, que passou à Justiça, bem como a faculdade de fixar e administrar os honorários da livre escolha, agora a cargo do Fundo Nacional de Saúde.

Entre outros resultados do redesenho neoliberal autoritário do setor saúde destacam os

efeitos desastrosos da regionalização e da municipalização em termos de descoordenação e fragmentação do sistema, a frustração do pessoal da Atenção Primária, que teve seus direitos estatutários cancelados e a mencionada deterioração dos serviços estatais e das condições de trabalho. Por outro lado, as Isapre, impulsionadas desde o Estado, ganharam aceitação entre a população e os médicos, mas sua expansão viu-se limitada pelo baixo poder aquisitivo dos chilenos, de modo que hoje cobrem menos de 24% da população e se concentram em consultas médicas e maternidades. Quer dizer, a intenção de desvincilar o Estado do dever de prestar cuidados médicos aos cidadãos viu-se frustrada posto que o SNSS, além de continuar a cargo da saúde pública nacional, ainda beneficia 70% da população (Ministério de Salud, 2001a). Por outra parte, se o atendimento era gratuito nos tempos do SNS, a ditadura conseguiu repassar quase 50% do financiamento para os usuários.

Em linhas gerais, esse redesenho do sistema de saúde se mantém até hoje no Chile, ainda que com o retorno à democracia, em março de 1990, diversas medidas tivessem sido tomadas para sanear os problemas acima apontados, sobretudo porque, no conjunto, induziam altos graus de ingovernabilidade e iniquidade no setor. Os governos da "Concertação" têm se empenhado, por um lado, em dotar o SNSS de maior racionalidade e coordenação e em regular as Isapre e, por outro, têm aumentado o aporte fiscal para a saúde para diminuir o ônus dos usuários, acompanhando assim uma série de políticas sociais destinadas a reduzir a pobreza herdada da ditadura a patamares próximos de 22% da população, embora mantendo abissal concentração de renda induzida pelos ajustes neoliberais. Com efeito, em 1994, 40% dos lares mais pobres detinham apenas 15,2% da renda, enquanto os 40% mais ricos ficavam com 39,4% (Schatan, 1998).

A esse respeito, cabe ressaltar que, embora os indicadores sociais aproximem o Chile e o Brasil, a situação de saúde dos chilenos apresenta-se bem melhor que a dos brasileiros, em particular aqueles relacionados com os cuidados preventivos e a atenção ao parto. A título de ilustração, insere-se no final da exposição uma tabela mostrando indicadores que permitem aquilar tais assertivas.

Entre as projeções para o caso do Chile, é improvável a adoção, no médio prazo, de políticas que objetivem a reestruturação do sistema

de saúde com vistas a superar o maior problema reconhecido pelas autoridades, qual seja, a iniquidade no acesso aos serviços médicos do país. De fato, o aprofundamento do viés de classe cristalizou, como se disse, uma medicina para ricos e outra para pobres. Uma nova reforma significaria introduzir transformações radicais no segmento privado, que se coloca como complementar ao setor público, mas não se submete às regulamentações estatais nem aceita perder a posição de novo ator setorial poderoso e bem-organizado, com ingerência privilegiada direta nos processos decisórios. Por outro lado, se em outros tempos o Colégio Médico teve grande influência na modelagem das políticas, hoje encontra-se enfraquecido não só pela perda de suas prerrogativas, mas também pela escassa coesão de seus membros, que agora têm diversos vínculos empregatícios por causa da fragmentação territorial dos serviços públicos e a expansão do mercado de trabalho na esfera privada. Por esses e outros motivos, e tal como sucedera nos anos da Unidade Popular (1970-1973), dificilmente a categoria estaria disposta a apoiar propostas que reduzam as conquistas econômicas alcançadas com a privatização.

Por último, nos anos 60, e no governo Allende em particular, intensificaram-se mecanismos de controle social mediante conselhos locais de saúde que se espalharam pelo país e que a ditadura os anulou. Com o retorno à democracia foram revigorados conselhos comunitários e regionais que, no entanto, carecem de legitimidade para incidir na formulação das políticas e fiscalizar os programas em curso.

Finalizando, a polarização político-ideológica do país, demonstrada nas eleições presidenciais de dezembro de 1999, quando o candidato da "Concertação" ganhou por apenas 2,6% dos votos de seu rival ultradireitista, augura um futuro incerto ou mesmo bloqueado quanto a novas reformas que atendam a objetivos de maior igualdade social na atenção à saúde. Isto porque a polarização se traduz em duas propostas radicalmente opostas para o setor: uma, da direita, de aprofundar a privatização aplicando a lógica lucrativa das Isapre no setor estatal; outra, progressista, que propõe retornar ao ideário de medicina social que encarnara o ex-SNS, com isso implicando atendimento estatal fundamentado em princípios de igualdade, universalidade, integralidade e participação.

O caso do Brasil

A história política e social e a vastidão territorial do país tornaram o desenvolvimento das instituições encarregadas de cuidar da saúde da população (e dos setores sociais em geral) um conjunto extremamente complexo e heterogêneo que nunca chegou a formar um sistema integrado e racional.

Nas primeiras décadas do século XX, os mesmos ventos de profissionalização da saúde pública e de preocupações com a manutenção física da força de trabalho urbana arribaram ao país. Entre 1923 e 1926, processou-se importante reforma sanitária liderada por jovens médicos imbuídos das doutrinas norte-americanas. Criou-se então o Departamento Nacional de Saúde Pública-DNSP e promulgou-se o primeiro Código Sanitário. O maior empenho centrou-se no combate às grandes endemias que assolavam o país, como a malária, a febre amarela, a tuberculose e outras, contando-se, para tanto, com o apoio técnico da Fundação Rockefeller.³ Um dos principais problemas para “nacionalizar” os serviços de saúde pública era a difícil relação do governo central com os estados devido aos defeitos do pacto federativo, que não conseguiu (até hoje) dosar adequadamente os componentes cooperação e autonomia nas relações intergovernamentais. Ao contrário, a tensão entre centralização na União e autonomização dos executivos estaduais tem sido a marca registrada do federalismo brasileiro (Zimmerman, 1999; Abrucio, 1998).

Na mesma época, entre os anos 1923 e 1926, foram criadas, por decreto, as Caixas de Aposentadorias e Pensões. Esses instrumentos legais previam a prestação de cuidados médicos ambulatoriais e atendimento hospitalar em convênio com a medicina privada até serem construídos estabelecimentos próprios. As caixas tiveram início incipiente devido, entre outros motivos, às conturbações da República Velha, entrapada nas contradições entre as oligarquias ruralistas e a burguesia industrial paulista em ascensão e na relutância das elites políticas dominantes em aceitar a “questão social” como assunto da esfera política e não da polícia.⁴

Por conseguinte, existiam no Brasil dois projetos em separado para cuidar da saúde da população: um, para atender problemas de natureza coletiva e que não considerava a assistência médica individual como sua atribuição, salvo no caso de hospitais e sanatórios para doenças infecciosas e mentais; outro, para re-

parar a saúde dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Quer dizer, contingentes imensos da população haveriam de ficar sem qualquer atendimento devido à absoluta insuficiência dos esquemas caritativos, como as Santas Casas da Misericórdia, e dos cassos dispensários públicos existentes. Essas duas tradições viram-se reforçadas ideologicamente pela influência da medicina liberal da corrente norte-americana, da qual foram imbuídos os médicos brasileiros que, a partir de 1918, foram à América do Norte para se especializar em higiene e saúde pública. Tanto é assim que nos centros de saúde, criados no Rio de Janeiro a partir de 1927, aos clínicos era proibido o exercício porque para os sanitários o que realmente importava era aplicar o critério científico à administração e à educação higiênica das mães (Labra, 1985).

Esse quadro de influências guarda algumas semelhanças com o do Chile nas primeiras décadas do século XX, exceto no âmbito da assistência médica hospitalar. No Chile, a Beneficência Pública, inspirada na caridade, funcionou como instituição quase estatal até 1952, quando foi incorporada ao SNS, a par que o segmento privado era insignificante. Quanto ao Brasil, o setor privado já era relevante nos anos 20 posto que respondia por 60% da oferta de serviços,⁵ destacando dois segmentos: o filantrópico (Santas Casas da Misericórdia principalmente), que se manteve separado do Estado (até hoje) e o lucrativo que, em lugar de retrair-se conforme avançava a proteção social pública, teve, como veremos, vigoroso crescimento.

Com a Revolução de 30, Getúlio Vargas tomou o comando da nação e levou adiante o projeto do Estado desenvolvimentista e benfeitor. No plano social, engajou-se na proteção dos trabalhadores transformando as caixas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Os IAP construíram grandes hospitais, mas em pequeno número e quase todos concentrados na capital do país, o Rio de Janeiro. Desse modo, a expansão da assistência ocorreu mediante a contratação de serviços privados, tornando-se o Estado o comprador monopsônico dessa oferta. Os governos estaduais e municipais, por sua vez, criaram alguns serviços médicos, como hospitais e policlínicas, mas tudo isso foi insuficiente para atender uma população cada vez mais urbanizada e numerosa.

Quanto às relações entre o Estado e a Sociedade, a engenharia política de Vargas baseava-

se num centralismo autoritário que barrou o florescimento das instituições democráticas e dos partidos políticos. Outro mecanismo de dominação foi o corporativismo estatal, que atrelou os sindicatos operários ao Ministério do Trabalho, a ponto de aqueles se converterem em extensões do próprio Estado. Junto com isso, Vargas fomentou o sindicalismo entre as classes patronais e profissionais, cujas organizações foram atraídas para o interior dos aparelhos estatais para legitimar as políticas de governo. Esse esquema teve resultados duradouros porque enquistou no poder público os interesses do capital, a par que subordinou a este a classe operária. No caso da assistência médica, os representantes do setor privado, naturalmente se alojaram na burocracia previdenciária, participando com desenfado na construção do gigantesco complexo em que a assistência médica brasileira iria se transformar ao longo dos anos, barrando, por outro lado, todos os projetos de unificação dos IAP que, finda a ditadura varguista, buscava-se aprovar no Congresso Nacional (Cohn, 1980).

No interregno da democracia liberal (1946-1963), a saúde pública foi um dos objetos prioritários dos planos nacionais de desenvolvimento e, de fato, expandiram-se muitos serviços e programas ao longo do país. Entretanto, o Ministério da Saúde, criado em 1953, continuou sendo uma burocracia tradicional com peso ínfimo no Orçamento Nacional e preocupada apenas com os assuntos de sempre. Igualmente, os IAP não sofreram grandes transformações, embora as pressões pela racionalização organizacional e a extensão dos benefícios aos estratos excluídos (trabalhadores rurais, autônomos e domésticos) se fizessem sentir agudamente. A demanda por atendimento por parte de uma sociedade massificada, sobretudo pelo operariado das regiões paulistas mais industrializadas, incentivou a proliferação dos seguros de saúde privados em grupo, estes comprados a preços subsidiados pelas empresas e indústrias para suprir a morosidade do atendimento dos serviços da Previdência Social.

A fase democrática da história contemporânea brasileira encerrou-se com um sistema político que não tinha chegado a desenvolver-se plenamente, com partidos fracos e atrelados a práticas fisiológicas e aparelhos estatais colonizados por “anéis burocráticos” ligando interesses públicos e privados. Por outro lado, processou-se rápida industrialização e grande revitalização da sociedade, mantendo-se, porém,

as enormes desigualdades sociais e territoriais que o modelo econômico não conseguia superar.

A ditadura militar, instalada em 1964, assumiu a tarefa de racionalizar a máquina pública, dentro de um magno projeto de converter o Brasil em grande potência. Ambiciosas reformas administrativas de meados da década de 1960 em diante traçaram as fronteiras entre a burocracia tradicional, centralizada e pobre, e as autarquias estatais ligadas aos setores mais dinâmicos da economia. Nessa divisão, o Ministério da Saúde ficou, obviamente, na primeira esfera, enquanto a Previdência foi assimilada à moderna administração indireta. A idéia de “sistema” permeava os empreendimentos dos militares, alcançando a Previdência em 1974, quando se cria o SINPAS-Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, no qual foram incluídos os IAP já unificados, a par que se estendiam os benefícios para os grupos até então excluídos. Seguidamente definiu-se um Sistema Nacional de Saúde, que atribuía amplos poderes ao Ministério da Saúde para formular, implementar e integrar as políticas setoriais; todavia, a iniciativa não passou do papel. Em 1978, finalmente, outro grande movimento teve lugar com a criação de nova autarquia no seio do SINPAS: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. Na época, os ventos da abertura política se faziam sentir, dando passo à renovação das cúpulas dirigentes do INAMPS, que começaram a liderar um processo de integração “pelo alto” dessa autarquia com o Ministério da Saúde e com as secretarias de saúde de estados e municípios. A idéia de unificar saúde pública e assistência médica foi tomando corpo na medida que se arrastava pelo país o anseio de retorno à democracia.

Como mencionado, com as primeiras eleições livres para governador, em 1982, inicia-se realmente a lenta transição à democracia, a qual também deveria se expressar no direito universal à saúde garantido pelo Estado e executado por um Sistema Único de Saúde-SUS, integrado, eqüitativo e participativo. Essa foi a bandeira do chamado “movimento sanitário” que, ao contrário de seu antecessor dos anos 20, buscava aunar a medicina preventiva e a curativa e submeter ao controle público o empresariado privado. Este, aliás, tornava-se cada vez maior e mais diversificado em segmentos como os seguintes: contratado pelo INAMPS, medicina de grupo e planos de saúde indivi-

duais, aos quais se juntaram mais tarde cooperativas médicas e esquemas de autogestão de empresas públicas e privadas, ficando relegado a um segundo plano o segmento filantrópico. Além disso, nos estados e municípios mantinham-se os serviços ambulatoriais e hospitalares das secretarias de saúde e do INAMPS. O conjunto, no entanto, apresentava-se insuficiente, fragmentado, muito ineficiente e quase impossível de coordenar, por carecer o país de estruturas e diretrizes capazes de impor ordem e concerto, em particular sobre os segmentos privados, que se expandiram praticamente sem qualquer regulação e fiscalização estatal.

O movimento pela reforma sanitária levou adiante seu empenho pressionando para que o Congresso Nacional, que editararia a nova Constituição de 1988, nela incluísse os princípios fundamentais do SUS, o que de fato aconteceu. Em 1990, inicia-se a promulgação das leis orgânicas e normas operacionais que dariam vida ao novo sistema, sob a bandeira da descentralização, com o qual também atendia-se aos interesses dos governos estaduais e municipais, que muito tinham lutado por maior autonomia financeira, também conseguida na nova Carta. Nesse direcionamento, mais tarde perfurado como verdadeira municipalização, tiveram destacado papel as associações nacionais dos secretários estaduais e dos secretários municipais de saúde e suas articulações com os partidos políticos. No entanto, nem as organizações dos profissionais da saúde nem os partidos chegaram a se unir em torno de uma proposta de SUS verdadeiramente negociada e consensual entre os principais atores do setor, aí incluído o empresariado da medicina, engajando-se no movimento pela reforma apenas lideranças políticas, sociais e corporativas isoladas (van Stralen, 1996).

Como era de se esperar, a ausência de um grande pacto político social relativo ao desenho e montagem inicial do SUS, redundou em resistências de toda ordem na fase de implementação. Em verdade, os formuladores da reforma teriam apostado na criação de conselhos de saúde em todos os níveis da Federação, onde os usuários teriam 50% da representação como condição necessária e suficiente para o avanço do SUS. Mas a realidade veio a demonstrar que a extremamente complexa tarefa de transformar a heterogeneidade de formas assistenciais e de conciliar interesses antagônicos em um todo orgânico era de envergadura bem maior que a imaginada.

Na esteira dessas transformações é da maior relevância mencionar a integração do INAMPS com o ministério da Saúde, em 1993, com o qual completar-se-ia a desejada fusão entre a medicina previdenciária e saúde pública, que os chilenos tinham alcançado em 1952 com o SNS. Ao que tudo indica, porém, a fusão não tem se traduzido ainda em práticas assistenciais integradoras dos enfoques preventivo e curativo, prevalecendo a lógica da medicina centrada no ato médico e no hospital, em desmedro de uma visão ampliada de promoção da saúde.

A década de 1990 encerra-se após anos muito duros, ao longo dos quais todo tipo de entraves se fez presente: instabilidade política, que incluiu a morte do primeiro presidente civil no dia da sua posse e o *impeachment* do primeiro presidente eleito pelo sufrágio universal, inflação anual de 3.000% até meados de 1994, crises fiscais internas, agravadas pelas crises internacionais, além da violência nas cidades e nos campos, em muito derivada da concentração da propriedade da terra e das desigualdades sociais. Estas, todavia, não estão distantes das citadas acima para o Chile. Com efeito, no Brasil, em 1993, 40% dos lares mais pobres ficavam com 12,6% da renda, enquanto os 40% mais ricos se apropriavam de 42,2% (Schattan, 1998. Ver também tabela 1).

Vale ainda salientar que o cenário internacional, dominado pela ortodoxia neoliberal, tem sido totalmente adverso à reforma sanitária brasileira, encontrando inclusive barreiras dentro do próprio governo, atualmente engajado no enxugamento da máquina estatal, na privatização das empresas públicas e na flexibilização das relações de trabalho.

Tudo isso tem afetado o avanço da reforma, também entravada pela ausência de mecanismos claros, suficientes e estáveis de financiamento os quais, embora previstos na Constituição de 1988, foram barrados pelas autoridades monetárias, devendo-se buscar fontes extraordinárias de recursos através de impostos específicos. Por outro lado, a descentralização não foi acompanhada de um pacto federativo setorial capaz de discernir com clareza deveres e responsabilidades das subunidades nacionais quanto aos encargos do SUS. Nesse quadro, o Ministério da Saúde tem assumido o papel do grande gestor e tutor da municipalização, que a vem moldando mediante incentivos financeiros de repasse direto segundo os programas em voga, como são atualmente Atenção Básica, Saúde da Família e Agentes Comunitários.

Tabela 1

Chile e Brasil. Indicadores de Saúde e outros dados – c. 1998-1999

Indicadores	Chile ^a	Brasil ^b
População total	15.211.300	163.948.000
População urbana (%)	85,2	78,0
Crescimento demográfico anual (%)	1,3	1,6
Fecundidade (nascidos vivos por mulher)	2,3	2,4
Esperança de vida ao nascer (anos)	75,2	68,0
Mortalidade geral (por mil habitantes)	5,4	7,1
Mortalidade materna (por cem mil nascidos vivos)	20,0	68,0
Mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	10,3	33,1
Taxa de mortalidade infantil mais baixa	8,9*	17,0*
Taxa de mortalidade infantil mais alta	14,9**	68,2**
Mortalidade neonatal (por mil nascidos vivos)	5,9	19,8
Mortalidade pós-neonatal (por mil nascidos vivos)	4,4	13,3
Mortalidade perinatal (por mil nascidos vivos)	4,3	26,8
Partos institucionais (%)	99,6	97,0
Mortalidade por homicídios (óbitos informados por 100 mil habitantes)	2,8	25,9
Leitos públicos (por mil habitantes)	3,0	0,9
Planos de saúde privados (% da população)	23,0***	24,0
Médicos (por 10 mil habitantes)	5,4	14,0
Enfermeiras (por 10 mil habitantes)	2,3	5,5
Matronas (por 10 mil habitantes)	1,4	–
Dentistas (por 10 mil habitantes)	0,8	9,0
Abastecimento de água potável (% população urbana)	99,3	92,0
Coleta de esgoto sanitário (% população urbana)	91,0	74,0
Taxa de alfabetização (% de 15 anos e mais)	95,7	87,0
Razão de renda 20% superior/20% inferior	15,5	17,0
População abaixo da linha de pobreza (%)	21,7	–
Taxa de pobreza (% da população com renda familiar <i>per capita</i> até meio salário mínimo)****	–	28,0
IDH-Índice de Desenvolvimento Humano (1999) ^c		
Grupo de países segundo IDH	Elevado	Médio
Ranking no grupo	39	69
Valor IDH no grupo	0,825	0,750
PIB <i>per capita</i> – US\$	8.652	7.037
Desigualdade – Índice de Gini	57,5	59,1

Fontes: ^a Chile. Ministerio de Salud. Situación de Salud en Chile – 2001.^b Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB 2000.^c UNDP – Human Development Report – 2001

* Chile: I Região – Tarapacá (Norte); Brasil: Estado de Santa Catarina (Região Sul).

** Chile: III Região – Atacama (Norte); Brasil: Estado de Alagoas (Região Nordeste).

*** Cálculo próprio.

**** Meio salário mínimo equivalente a US\$37, em julho de 2001.

Além disso tudo, os esforços para implementar o SUS encontram obstáculos praticamente intransponíveis nos interesses do empresariado privado da medicina, afiançados pelo fato de que o setor público, por não ter expandido a infra-estrutura hospitalar própria, ainda deve comprar daquele 70% das internações hospitalares para atender a demanda. Soma-se a isso a questão da indústria farmacêutica, praticamente toda internacionalizada, que impõe regras, produtos e preços às autoridades

e à população. Os excessos justificaram, aliás, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a primeira a ser criada no âmbito das políticas sociais, após testado o formato autárquico “agência” nas áreas privatizadas, como a das telecomunicações.

A melhoria na qualidade da assistência e no acesso da população aos serviços, quer dizer, atendimento eficaz, eficiente e humanizado, são metas que estão longe de serem alcançadas. Assim também os impactos na elevação dos ní-

veis de saúde têm sido moderados, ficando os indicadores básicos em pior situação que os ostentados pelo povo chileno, como mostram os dados da tabela. De qualquer forma, o SUS veio para ficar e, lentamente, está sendo internalizado por todos os níveis e setores do país, tal qual espraiia-se o sentimento de que a democracia é um valor a ser cuidadosamente preservado.

Nesse sentido, cabe destacar, por último, os conselhos de saúde, que já ultrapassam a casa dos 5.000, constituindo uma experiência inédita na América Latina e alhures que afasta radicalmente, nesse plano, o modelo de engenharia institucional do SUS brasileiro do insulado SNSS chileno. Num país como o Brasil, de tradição autoritária, tal fenômeno, movido pela participação dos representantes de associações da sociedade civil, está modificando as relações entre os cidadãos e os gestores das redes de saúde e induzindo comportamentos alinhados com os valores de uma cultura cívica que lentamente desabrocha em todos os cantos do país (Figueiredo, 2001).

Reflexões finais

A evolução comparada dos sistemas de saúde do Chile e do Brasil permite apontar algumas conclusões a respeito da importância do tipo de regime político quanto à forma como são buscadas soluções e tomadas decisões concorrentes às demandas colocadas pela sociedade quanto aos cuidados coletivos e individuais com a saúde. Um traço relevante, se não o principal, a considerar nesse processo refere-se ao desenvolvimento continuado das instituições políticas democráticas.

No Chile, durante 140 anos, a continuidade foi marcante, sobressaindo a centralidade do Parlamento nos grandes debates nacionais e a fortaleza do sistema partidário que, a partir dos anos 30, mostra-se completo, dinâmico, ideológico e programaticamente definido e atrela a si as organizações sociais. Estas, por sua vez, alinharam-se de forma aproximada segundo os interesses que representavam: capitalistas com a direita; profissionais liberais, funcionários e pequenos empresários com o centro; e, operários e boa parte dos intelectuais com as esquerdas.

Após os eventos de 1920, a livre discussão das questões de interesse geral, a militância esquerdista de grupos médicos, sua defesa da medicina social e mais o apoio de parlamentares progressistas, fizeram possível desenhar, discu-

tir e aprovar um sistema de saúde verdadeiramente nacional e de alta qualidade técnica, pioneiro e modelar na América Latina. Entretanto, o viés de classe da cultura política foi obstáculo para que um sistema de saúde de fato universal e igualitário fosse implementado. A ditadura de Pinochet arremessou com fúria contra a história pregressa mediante um projeto messiânico destinado a refundar a nação. E foi somente com a força das armas, coadjuvada pelo reacionarismo neoliberal, que se conseguiu demolir, em lugar de aperfeiçoar, os esquemas de proteção social construídos até então mediante negociações e acordos. Com as “modernizações” da ditadura, o Chile, mais uma vez, foi laboratório para avançados projetos de transformação, só que desta vez regressivos, e que hoje tenta-se imitar em muitos lugares. A privatização da previdência e a criação de intermediadoras financeiras privadas na saúde são apenas exemplos já adotados em vários países da América Latina. Por outro lado, as condições da redemocratização, ainda tutelada pelos herdeiros de Pinochet, levaram a impasses políticos que impedem resolver os graves problemas de governabilidade setorial. Mais ainda, a matemática polarização ideológica entre bandos opositores, bloqueia avanços no sentido de dotar o sistema de saúde de maiores graus de eqüidade. Este, aliás, é o principal mote do atual governo, empenhado que está na Reforma da Saúde cujo esboço, todavia, não apresenta indicação de transformações estruturais no modelo vigente (Ministerio de Salud, 2000).

Em outro plano, o avanço no Chile de projetos de desenvolvimento social ao longo do século, apesar do atraso econômico, das trevas ditatoriais e da concentração de renda, contribuiu de forma significativa para que os indicadores de saúde e bem-estar dos chilenos estejam próximos dos níveis de países mais desenvolvidos.

Quanto ao Brasil, a descontinuidade no desenvolvimento político tem sido uma característica crucial da história moderna do país, pautada mais pela clausura do que pela vigência das instituições democráticas desde que se tornou República. O renitente encapsulamento do Estado em relação ao escrutínio da sociedade civil contribuiu para as burocracias da Saúde e da Previdência desenharem e desenvolverem seus próprios projetos, alheios ao efeito dos vasos comunicantes propiciados pelos partidos e as organizações sociais na livre discussão das idéias. Por sua vez, a influência dos as-

sessores norte-americanos que pelo país transitaram não teve contrapesos ideológicos ou doutrinários, transplantando-se o modelo da medicina liberal a um contexto pobre, onde tudo estava para ser feito no campo social. A grandiosa engenharia desenvolvimentista de Getúlio Vargas contemplava “o povo”, desde que se mantivesse tutelado pelo Estado. Em contraposição, tudo foi oferecido ao empresariado, que engendrou absoluta displicência na questão social, petrificando-se desigualdades abissais que os governos posteriores, democráticos ou autoritários, encarregaram-se de manter na prática, ainda que não no discurso... até hoje.

A opacidade das instituições públicas, permeadas por quistos privados, permitiu, enfim, o desenvolvimento caótico de multiplicidade de esquemas de atendimento à saúde, resultando num quadro que apenas uma profunda reforma, como a pretendida pelo movimento sanitário dos anos 80, poderia ordenar. A demo-

cratização do país permitiu materializar um sonho – o SUS – que condensa essa empreitada e vai se desenvolvendo a passo lento, à revelia mesmo da conjuntura internacional e dos embates internos. E hoje, com as instituições em pleno funcionamento, o futuro se apresenta como um longo e intrincado caminho a percorrer em direção ao aperfeiçoamento do novo sistema.

Para encerrar, cabe assinalar que tanto o caso do Chile como o do Brasil mostram que é muito difícil introduzir mudanças verdadeiramente estruturais nos sistemas de saúde, seja em ditadura, seja em democracia, após a consolidação histórica de determinado formato institucional. Com efeito, as vigas mestras sobre as quais foram construídos os respectivos sistemas de saúde, estatal no Chile e privatista no Brasil, até agora têm se mantido firmes e podem perdurar para além do esforço das armas ou do voto para erguer um edifício *ex-novo*.

Notas

¹ O caso do Chile está baseado em Labra (1997). Ver também Labra (2000; 1995)

² Para estudos críticos recentes, ver Zapatta (1997); Elter (1999).

³ Sobre a Reforma Sanitária brasileira dos anos 1920, ver Labra (1985).

⁴ Para uma análise consubstanciada da criação e desenvolvimento da Previdência Social brasileira, ver Oliveira e Teixeira (1985).

⁵ Cf. Labra (1985).

Referências bibliográficas

- Abrucio F 1998. *Os barões da federação. Os governadores e a redemocratização brasileira*. USP-Hucitec, São Paulo.
- Almeida CM 1999. Reformas do Estado e reforma de sistemas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2):263-286.
- Altenstetter C & Björkman JM (eds.) 1997. *Health policy reform, national variations and globalization*. Macmillan Press Ltd., Londres.
- Bezerra M 1999. *Em nome das "bases". Política, favor e dependência pessoal*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Brasil. Ministério da Saúde 2000. *Indicadores e dados básicos para a saúde*.
- Chile. Ministerio de Salud 2000. *Políticas de salud y metas ministeriales 2000-2006*.
- Chile. Ministerio de Salud 2001a. *Estimación de los beneficiarios del sistema público de salud*.
- Chile. Ministerio de Salud 2001. *Situación de salud en Chile*.
- Cohn A 1980. *Previdência social e processo político no Brasil*. Editora Moderna, São Paulo.
- Elter D 1999. *Sistema de AFP chileno. Injusticia de un modelo*. LOM Ediciones/Universidad Arcis, Santiago.
- Field M (ed.) 1989. *Success and crisis in national health systems: a comparative approach*. Routledge, Londres.
- Figueiredo J 2001. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 113 pp.
- Frenk J & Donabedian A 1987. State intervention in medical care: types, trends and variables. *Health Policy and Planning* 2(1):17-31.
- Heidenheimer AJ, Heclio H & Adams CT 1975. *Comparative public policy. The politics of social choice in Europe and America*. St. Martin's Press, Nova York.
- Immergut E 1992. *Health politics. Interests and institutions in Western Europe*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Labra ME 1985. *O movimento sanitarista nos anos 20. Da "conexão sanitária internacional" à especialização em saúde pública no Brasil*. Dissertação de mestrado. Fundação Getúlio Vargas/Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro. 410 pp.
- Labra ME 1995. As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força. In Buss P. & Labra ME (orgs.). *Sistemas de saúde: mudanças e continuidades*. Editoras Hucitec-Fiocruz, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Labra ME 1997. *Política, saúde e interesses médicos no Chile (1900-1990)*. Tese de doutorado. Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, 468 pp.
- Labra ME 2000. Padrões de formulação de políticas de saúde no Chile no século XX. *DADOS-Revista de Ciências Sociais* 43(1):153-182.
- Leichter H 1979. *A comparative approach to policy analysis. Health care policy in four nations*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Lichbach MI & Zuckerman AS (eds.) 1997. *Comparative politics. Rationality, culture, and structure*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Londoño JL, Frenk J 1995. *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America*. World Bank, Washington, D.C.
- Oliveira JAA e Teixeira SMF 1985. (Im)Previdência social. 60 anos de história da previdência no Brasil. Vozes-Abrasco, Petrópolis-Rio de Janeiro.
- Pennings P, Keman H & Kleinnijenhuis 1999. *Doing research in political science*. Sage Publications, Londres.
- Schatan J 1998. *El saqueo de América Latina*. LOM Ediciones/Universidad Arcis, Santiago.
- Streeck W & Schmitter PC 1985. Community, market, state – and associations? The prospective contribution of interest governance to social order. In Streeck W & Schmitter PC (eds.) *Private interest government. Beyond market and the State*. Sage Publications, Londres.
- van Stralen C 1996. *The struggle over a national health system. The "Movimento Sanitário" and health policy-making in Brazil: 1960-1990*. Universiteit Utrecht.
- Zapatta F 1997. *Mitos y realidades del sistema privado de fondos de pensiones en Chile (AFP)*. LOM Ediciones, Santiago.
- Zimmerman A 1999. *Teoria geral do federalismo democrático*. Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro.