

EDUARDO LEVCOVITZ

MARIA HELENA COSTA COUTO

SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA NO SÉCULO XXI

Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutor em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Foi responsável pela concepção e redação final do texto.

Pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Foi responsável pela concepção e execução da busca bibliográfica e pela seleção dos artigos que conformaram os itens 3 e 4 do texto.

SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA NO SÉCULO XXI

EDUARDO LEVCOVITZ
MARIA HELENA COSTA COUTO

1. INTRODUÇÃO

O objetivo original do presente texto, proposto pelos organizadores da coletânea, era analisar as tendências de políticas públicas na América Latina nos anos recentes, com base na hipótese de reversão do cenário de crescimento, distribuição de renda e redução das desigualdades que predominou em muitos países no início da década de 2010, especificamente em relação ao seu impacto nas políticas e nos sistemas de saúde.

No processo de pesquisa e redação do texto, optamos por ampliar o escopo e o período analisado para todo o século XXI, por um conjunto de fatores de natureza histórico-estrutural, teórica, didática e metodológica: a) os sistemas de saúde da América Latina são heterogêneos, tanto por suas origens e trajetórias como pelo impactos das reformas “neoliberais” dos anos 1980 e 1990, e seus processos de câmbio são lentos e graduais¹, demonstrando significativa inércia nas políticas de saúde da sub-região; b) os dois informes anteriores do Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas não apresentam estudos sobre as trajetórias históricas desses sistemas de saúde, o que tornaria descontínuo e de difícil compreensão tratar exclusivamente da 2ª metade da década de 2010; c) as publicações *flagship* (OPAS, 2012, 2014, 2015, 2016, 2017a, 2017b; CEPAL, 2016) que apresentam dados empíricos sobre o tema trazem informações atualizadas até *circa* 2012/13, não permitindo a construção de séries comparativas entre os anos de expansão da proteção social em saúde e aqueles em que as opções de política econômica “austera” sugerem retração na política social; d) os principais periódicos científicos que trazem artigos críticos sobre as referidas mudanças de orientação política e até mesmo a literatura cinza apresentam um atraso importante

1 Nos últimos dez anos, apenas o Uruguai implementou uma reforma estrutural, com a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde.

em relação à atualidade (DHRIFI, 2018; SOUTH AMERICAN INSTITUTE OF GOVERNMENT IN HEALTH, 2012), tanto pela tradição acadêmica de distanciar-se das análises conjunturais quanto do largo prazo observado entre a submissão dos textos e sua efetiva publicação.

2. NOTAS SOBRE AS ORIGENS E A EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DA AMÉRICA LATINA ATÉ O FINAL DO SÉCULO XX

A arte/ciência de tratar/curar é milenar, está representada nos hieróglifos egípcios, com inscrições identificadas entre o ano 3000 a.C. e o século IV d.C., e é descrita em detalhes no Bhagavad Gita hindu do século IV a.C., no Antigo Testamento judaico-cristão do século II a.C. e no Alcorão do século VII d.C., mas a breve história da construção dos sistemas de saúde como política pública tem apenas cerca de 150 anos, refletindo a história, a estrutura e os processos sociais de hegemonia-conflito-solidariedade entre as classes sociais; a correlação de forças entre distintos grupos de interesse; e as condições políticas e socioeconômicas das respectivas sociedades/nações em diferentes momentos históricos.

A políticas de saúde e proteção social emergiram dos processos de consolidação/reconstrução dos estados nacionais, como na unificação da Alemanha conduzida por Bismarck no último quarto do século XIX, por meio do formato institucional Bismarckiano ou corporativista-estatista (ESPING-ANDERSEN, 1991) do seguro social, e se expandiram durante o século XX para a França, os Países Baixos e outros países da Europa Continental. Na Rússia Soviética, em 1919, no contexto da guerra civil que se seguiu à Revolução de Outubro de 1917 e ao final da Primeira Guerra Mundial, Lênin designou Nikolai Aleksandrovich Semashko comissário de saúde com a responsabilidade de implantar o primeiro sistema universal de saúde da história, que se expandiu por todos os países socialistas do Leste Europeu e da Ásia Central até o final dos anos 1980.

É quase simultânea, em 1920, a pioneira proposição de proteção universal em saúde na Europa Ocidental, que consta do *Informe Dawson sobre o futuro dos serviços médicos e afins* (OPAS, 1962), que, entretanto, tardaria quase trinta anos para se tornar uma política pública, retomada apenas no Relatório Beveridge de 1942², concebendo a assistência médica universal como um direito do cidadão,

2 O Relatório de William Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, de novembro de 1942, definiu as bases do Welfare State britânico, incluindo a criação do Serviço Nacional de Saúde.

e não algo concedido por caridade, e a declarando como essencial entre um dos cinco gigantes que deveriam ser erradicados durante a reconstrução do pós-guerra: a carência, as doenças, a ignorância, a miséria e a preguiça (BEVERIDGE, 1942 apud RIVETT, 2017)³.

Apesar dos merecidos tributos a Lorde Beveridge, de quem se origina a denominação Beveridgiano do modelo do Serviço Nacional de Saúde, injustamente omitem o nome do responsável pelas negociações políticas com o Partido Conservador e com os médicos e pela efetiva implantação em 1948 do *National Health Service*: Nye Bevan, ministro da Saúde e da Habitação no governo trabalhista de Clement Attlee, que, em 1945, derrotou os *Tories*⁴ de Winston Churchill nas eleições que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial, com uma plataforma centrada na solidariedade e na universalidade das políticas sociais como inspiração à reconstrução de uma nação gravemente destruída pela guerra, paradoxalmente na sociedade que foi o berço do capitalismo liberal. Essa concepção se expandiu durante o século XX para a Escandinávia e, mais tardiamente, para Espanha, Itália, Grécia e Portugal, constituindo o formato socialdemocrata ou institucional-redistributivo do *Welfare State* (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Esse recorrido histórico é indispensável para a compreensão das origens e da evolução do nosso objeto de análise, os sistemas de saúde da América Latina, já que os formatos institucionais referidos foram, em distintos graus, nos diferentes países da sub-região e em diversos momentos das trajetórias de suas políticas de saúde, inspiradores das ideias e constitutivos dos modelos institucionais-organizacionais implantados (MESA-LAGO, 2008), ainda que não se possa caracterizar em nenhum país da América Latina o desenvolvimento pleno de um *Welfare State*.

Também por estas latitudes, a implantação de sistemas de proteção social em saúde foi componente fundamental da consolidação dos estados nacionais, inicialmente por meio das campanhas sanitárias e de higiene pública implementadas a partir da independência dos países da Ibérico-América, em décadas posteriores expandindo sua atuação no setor saúde pela incorporação crescente de serviços médico-hospitalares, com o pioneiro estabelecimento de sistemas de seguro social Bismarckianos na Argentina, no Brasil, no Chile e

3 No original, “five giants that Beveridge declared should be slain during post-war reconstruction: want, disease, squalor, ignorance, idleness”.

4 Partido Conservador do Reino Unido.

no Uruguai no contexto das transformações políticas, dos processos de industrialização e da ascensão das classes operária e burguesa urbanas ocorridas a partir décadas de 1920/30, como demonstram a criação dos institutos de aposentadorias e pensões e de seus programas de assistência médica durante o Estado Novo de Vargas no Brasil, das múltiplas Obras Sociais na Argentina e das Instituições de Assistência Médica Coletiva no Uruguai e, mais tardiamente, da Caixa Costarricense de Seguro Social em 1941, da Caixa de Seguro Social do Panamá e do Instituto Mexicano de Seguro Social em 1943.

Esses formatos institucionais acompanharam o desenvolvimento socioeconômico dos países até as crises do modelo de substituição das importações e da dívida externa do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, alcançando coberturas populacionais que variaram de 50 a 70% da população (OPAS, 2007; MESA-LAGO, 2008), sem, entretanto, trilhar o caminho da cobertura universal de seguro social de saúde observada nos congêneres europeus.

Não menos relevante para os países da América Latina, como aliás para todo o mundo, foi o impacto no pós-guerra da criação do Serviço Nacional de Saúde britânico. Nas décadas de 1950, 1960 e 1970, os países da sub-região nele se inspiraram para implantar um amplo conjunto de hospitais, ambulatórios e postos/centros de saúde estatais, de acesso geral e gratuito, tanto sob responsabilidade dos governos nacionais como de níveis estaduais, provinciais e municipais, dependendo de suas características federativas ou unitárias.

Esse processo se aproveitou das oportunidades ímpares criadas pela onda democrática propagada pela derrota do nazi-fascismo, pelas particulares condições do comércio internacional favoráveis às economias agroexportadoras e à incipiente industrialização orientada para os mercados internos e pelo incremento do gasto social devido à predominância das políticas econômicas de corte Keynesiano, típicos dessa que foi considerada a Era de Ouro do Capitalismo.

Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai constituíram um pujante subsetor público de atenção médico-hospitalar, incluindo emergências, saúde pública e programas “verticais” de saúde materno-infantil, mental e de combate a doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. No caso do Brasil, em 1974 se instituiu o Sistema Nacional de Saúde; no do Chile, em 1979, o Sistema Nacional de Serviços de Saúde; e no do Uruguai, em 1987, a Administração dos Serviços de Saúde do Estado.

Movimentos de origem acadêmica, como os de Medicina Comunitária, Preventiva e Social, desenvolvidos nos anos 1960/70, também impulsionaram o crescimento dos serviços públicos, especialmente os centros de saúde pública. Organismos internacionais como a OMS e a UNICEF lideraram, a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, forte incorporação da ideia universalizante presente na estratégia de Atenção Primária de Saúde visando alcançar Saúde Para Todos no Ano 2000, de nítida inspiração no *Welfare State* britânico.

Tal expansão da oferta médico-assistencial estatal, entretanto, foi aditiva e não substitutiva dos seguros sociais, então já plenamente institucionalizados e politicamente sustentados pelas corporações sindicais e burocracias das organizações securitárias, consolidando situações nacionais que pouco refletem os modelos organizacionais dos já referidos tipos-ideais europeus. Ao contrário, as trajetórias das políticas de saúde na sub-região se caracterizaram pela incorporação parcial de características originadas nos diferentes formatos institucionais do *Welfare State*, simultâneas à livre expansão da assistência médico-hospitalar privada, disponível inicialmente para os grupos da população com capacidade de compra privada desses serviços e, posteriormente, organizada na forma de planos/seguros de pré-pagamento individuais, familiares ou empresariais.

A estrutura física da prestação de serviços se desenvolveu por décadas de forma autônoma e paralela em cada um desses subsistemas – e até mesmo dentro deles –, sem integração territorial ou operacional, complementariedade ou mecanismos formais de coordenação de cuidados, referência e contrarreferência.

Esse processo consolidou a fragmentação operacional dos nossos sistemas, reforçada por múltiplos fatores: desigualdades socioeconômicas profundas; estratificação das classes sociais e segregação de grupos da população; segmentação institucional resultante das trajetórias históricas dos sistemas de saúde e proteção social, que gerou multiplicidade de instituições pagadoras e de mecanismos de pagamento, contradições e “zonas cinzentas” nas regras/normas legais e administrativas dos distintos subsistemas; debilidade da capacidade reitora da Autoridade Sanitária; modelos de atenção contrários à integração, centrados na doença, no cuidado de episódios agudos e na atenção hospitalar; programas verticais, focalizados em doenças e riscos, com separação extrema dos serviços de atenção às pessoas; insuficiências no planejamento da quantidade, qualidade e distribuição dos recursos e serviços; e condutas e hábitos culturais da população e dos prestadores de serviços (LEVCOVITZ, 2009).

Os resultados de tais trajetórias históricas conformam marcantes características estruturais dos sistemas de saúde da América Latina, já plenamente consolidadas na década de 1970: 1) a segregação/estratificação da população conforme classe social, renda, condição socioeconômica, capacidade de pagamento, inserção no mercado formal de trabalho, origem étnico e urbanidade/ruralidade; 2) a segmentação da população em grupos com diferentes direitos e condições de acesso e utilização dos serviços; e 3) fragmentação operacional com superposição e duplicação das ofertas dos distintos prestadores e a descoordenação de estabelecimentos/unidades assistenciais.

Em síntese, o primeiro meio século de evolução de políticas de saúde na América Latina marcou uma tendência sustentada de extensão da proteção social em saúde, mesmo que limitada tanto em termos de cobertura populacional e de amplitude das prestações e dos benefícios como de igualdade no acesso, na utilização e na qualidade dos serviços.

Quadro 1. Características estruturais dos sistemas de saúde da América Latina*

Segmentação: subsistemas com distintas modalidades de financiamento, afiliação e provisão, cada um deles “especializado” em diferentes estratos da população, conforme sua inserção laboral, nível de ingresso, capacidade de pagamento e classe social. Consolida e aprofunda a desigualdade no acesso e na utilização entre os diferentes grupos populacionais; Coexistem uma ou várias entidades públicas, o seguro social e diversos financiadores, asseguradores e prestadores privados.

Fragmentação: coexistência de unidades e serviços não integrados em rede. Serviços/estabelecimentos que não colaboram mutuamente, ignoram e/ou competem com os outros prestadores; Múltiplos agentes operando sem integração impedem a standardização dos conteúdos, da qualidade e dos custos da provisão de serviços; Gera incrementos nos custos de transação e alocação ineficiente dos recursos do sistema.

* Adaptado de Levcovitz; Acuña; Ruales, 2007.

Movimento contrário se observa nos anos 1980-90, quando o esgotamento do modelo de desenvolvimento por substituição de importações (BIELSCHOWSKY, 2018), acelerado pelos choques de preços do petróleo de 1973 e 1978 e pela decisão do *Federal Reserve*⁵ de romper com o modelo

5 Banco Central dos Estados Unidos da América.

de regulação financeira internacional vigente desde o final da 2ª Guerra Mundial⁶, elevando drasticamente as taxas de juros e eliminando a paridade dólar-ouro, empurrou as economias periféricas e dependentes da sub-região para dívidas externas impagáveis e fortes desequilíbrios fiscais, cambiais e monetários, interrompendo o largo ciclo de crescimento de inspiração Keynesiana. Políticas econômicas desenvolvimentistas foram rápida e radicalmente substituídas por reformas macroeconômicas centradas em rígido ajuste fiscal, restrição do gasto público, privatização de ativos estatais, redução do tamanho e das funções dos estados nacionais e desregulação do mercado de trabalho, seguindo as prescrições do Consenso de Washington.

As “reformas do setor saúde”⁷ que traduziram as prescrições do Consenso de Washington não respeitaram as características históricas, políticas e de organização sanitária únicas de cada país e adotaram receitas uniformes ditadas pelas “Instituições Financeiras Internacionais”. Os temas sanitários foram relegados a segundo plano, e as atenções se concentraram nos aspectos financeiros e de gestão, com destaque para a busca de eficiência microeconômica, privatização, descentralização e separação das funções de reitoria (única que deveria seguir como atribuição exclusiva do Estado), financiamento, asseguramento e prestação de serviços (que deveria ser compartilhada com – ou totalmente transferida a – entes privados). Chile, Colômbia e a maioria dos países da América Central adotaram plenamente esse receituário, mas seus impactos se fizeram presentes em todos os países. O Quadro 2 apresenta uma síntese desses impactos.

Quadro 2. Impactos das reformas dos sistemas de saúde dos anos 1980-90*

Conteúdo das reformas	Problemas
Redução do tamanho e das funções do Estado	Limitações da capacidade reitora da Autoridade Sanitária
Disciplina (“espaço”) fiscal, com rígidos mecanismos de controle de gastos	- Drástica redução do gasto público social; - Degradação da infraestrutura estatal e dos salários do setor público

6 Conhecido como sistema de Bretton Woods.

7 Eufemismo adotado pelo Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e USAID para designar os projetos de cooperação técnica e financeira “negociados” com os países para “modernizar” seus sistemas de saúde em linha com as prescrições do “Consenso de Washington”.

Conteúdo das reformas	Problemas
Novas fontes de financiamento	Tarifas, “cotas de recuperação de custos” e outros mecanismos de cobrança aos usuários e/ou de pagamento no ponto de atenção aumentaram o gasto <i>out-of-pocket</i> familiar
Criação de fundos específicos para usuários com capacidade contributiva, totalmente separados daqueles para os que não têm capacidade de pagamento	Perda de solidariedade do sistema, acentuando a segregação de grupos da população e as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços
Desregulação/informalização do mercado de trabalho	Redução da sustentabilidade financeira dos seguros sociais
“Pacotes básicos” para populações pobres e excluídas, submetidas à focalização por prova de meios	Oferta com planos de prestações diferentes em qualidade e quantidade de serviços para distintos estratos da população
“Pluralismo”, atribuindo ao setor privado maior relevância no asseguramento e na provisão de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicação de agentes de asseguramento e provisão em competição, acentuando a segmentação e a fragmentação dos sistemas; - Seleção de afiliados/segurados com capacidade de pagamento e exclusão das populações pobres
Descentralização de responsabilidades para níveis subnacionais de governo	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidade da função reitora e da governança do sistema; - Perda de economias de escala nas compras e nos contratos públicos
Introdução de quase-mercados e critérios de eficiência na organização da prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Competição entre prestadores aprofunda a fragmentação da oferta; - Ações de saúde pública deterioradas e priorização dos cuidados individuais e do modelo hospitalocêntrico
Introdução de métodos/instrumentos gerenciais empresariais na gestão pública	Descrédito da função de planejamento, substituída por gerencialismo microeconômico

* Adaptado e expandido a partir de Levcovitz; Acuña; Ruales, 2007.

Vinte anos de “reformas” agravaram a segmentação institucional, a fragmentação operacional, as desigualdades de cobertura e acesso dos sistemas de saúde da Ibero-América e nos legaram lições de que a restrição de direitos, os “espaços fiscais” restritivos para os orçamentos sociais, a exclusão/segregação de grupos da população, a predominância da lógica de mercado nas políticas sociais e o enfraquecimento do Estado aprofundam as desigualdades sociais e econômicas e deterioram as condições de vida e saúde das populações.

Na transição ao século XXI, partidos políticos, movimentos sociais, governantes e cidadãos dos maiores e mais desenvolvidos países da América

Latina já manifestavam consciência e iniciativa política para retomar a trajetória de expansão da proteção social em direção à universalidade, inclusive via arcabouços jurídico-legais e institucionais que reconhecem o direito à saúde como valor social e direito humano universal, como demonstra o Quadro 3, “ainda que essas sociedades tenham obtido melhores resultados em formular legislações e normas que em impulsionar as profundas transformações indispensáveis em seus sistemas de saúde para assegurar tais direitos” (LEVCOVITZ; ACUÑA; RUALES, 2007, p. 318).

Na sub-região são raras as decisões políticas efetivas de construir sistemas universais de saúde: pioneiro sistema estatal foi implantado em Cuba, após a Revolução de 1959, seguido duas décadas mais tarde pelo Sistema Nacional de Saúde da Nicarágua, produto da Revolução Popular Sandinista e vigente de 1979 a 1990, quando foi dissolvido pelo governo conservador de Violeta Chamorro, ambos inspirados no formato Semashko da União Soviética. A Constituição federal brasileira de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde, fortemente inspirado nos *Welfare States* da Grã-Bretanha e da Itália. Costa Rica expandiu a inclusão subsidiada pelo Estado da população no seguro social, de inspiração no *Welfare State* europeu ocidental, até a cobertura universal no início dos anos 2000. Uruguai, entre 2007 e 2016, incorporou a quase totalidade da população ao Sistema Nacional Integrado de Saúde/Fundo Nacional de Saúde, que combina características contributivas de seguro social com aportes dos ingressos tributários do país⁸.

Quadro 3. Normas legais que reconhecem a saúde como direito universal nos países da América Latina

País	Ano	Norma Legal
Argentina	1989	<i>Ley 23.661</i>
Bolívia	1998	<i>Decreto Presidencial 25.265</i>
Brasil	1988	Constituição federal
Colômbia	1993	<i>Ley 100</i>
Costa Rica	1973	<i>Ley General de Salud 5395</i>
Chile	1985	<i>Ley 18.469</i>

⁸ Apesar de autodeclarado como universal, não consideramos o Sistema de Proteção Social em Saúde da Colômbia nesse grupo, em razão da extrema segmentação e das profundas diferenças nos planos de prestações entre afiliados contributivos, subsidiados e vinculados.

País	Ano	Norma Legal
Cuba	1976	<i>Carta Constitucional</i>
Equador	2002	<i>Ley 80 RO 670</i>
El Salvador	1983	<i>Carta Constitucional</i>
Guatemala	2001	<i>Ley de Desarrollo Social, Decreto 82</i>
Honduras	1982	<i>Ley General de Salud</i>
México	2003	<i>Ley General de Salud</i>
Nicarágua	1997	<i>Carta Constitucional</i>
Panamá	1972	<i>Carta Constitucional</i>
Paraguai	1980	<i>Ley 836</i>
Peru	2002	<i>Ley 27.812</i>
República Dominicana	2001	<i>Ley 87</i>
Venezuela	1999	<i>Carta Constitucional</i>

Fonte: Elaboração própria, a partir de consulta a documentos oficiais dos países, realizada em 2004 e 2005.

3. SÉCULO XXI: ASCENSÃO E DECLÍNIO DA “MARÉ ROSA” NA AMÉRICA LATINA

A primeira década do século XXI testemunhou, na maioria dos países da América do Sul, a ascensão ao poder de partidos políticos e coligações de esquerda ou centro-esquerda, representados pela Frente pela Vitória na Argentina, pelo Partido dos Trabalhadores no Brasil, pela Frente Ampla no Uruguai, pela Concertação/Nova Maioria no Chile, pelo Movimento ao Socialismo na Bolívia, pela Aliança País no Equador, pela Aliança Patriótica para o Câmbio no Paraguai e pelo Partido Nacionalista Peruano, que vieram a se somar à eleição do Partido Socialista Unificado da Venezuela em 1999.

Essa onda atingiu até mesmo os países da América Central, historicamente governados por elites conservadoras, com o retorno ao poder da Frente Sandinista de Libertação Nacional na Nicarágua e das pioneiras eleições da Frente Farabundo Martí de Libertação Nacional em El Salvador, do Partido Revolucionário Democrático no Panamá e da União Nacional da Esperança na Guatemala. Na Costa Rica, tradicionalmente independente e democrática, seguem-se até hoje quatro governos progressistas comandados pelo Partido de Libertação Nacional e pelo Partido de Ação Cidadã.

Quadro 4. Períodos de governos de esquerda, centro-esquerda e “progressistas” na América Latina no século XXI¹

País	Período	Presidências
Argentina	2003-2015	Néstor Kirchner; Cristina Kirchner
Bolívia	2006-2018	Evo Morales
Brasil	2003-2015	Luiz Inácio Lula da Silva; Dilma Rousseff
Chile	2005-2010 2014-2017	Ricardo Lagos; Michelle Bachelet Michelle Bachelet
Costa Rica	2006-2018	Óscar Arias; Laura Chinchilla; Luis Guillermo Solís; Carlos Alvarado
El Salvador	2008-2018	Mauricio Funes; Salvador Sánchez Cerén
Equador	2007-2017	Rafael Correa
Guatemala	2008-2012	Álvaro Colom
Honduras	2005-2008	José Manuel Zelaya
Nicarágua	2007-2011	Daniel Ortega ²
Panamá	2003-2008	Martín Torrijos
Paraguai	2008-2012	Fernando Lugo
Peru	2010-2015	Ollanta Humala
Uruguai	2005-2018	Tabaré Vázquez; José Mujica; Tabaré Vázquez
Venezuela	1999-2013 ³	Hugo Chávez

¹ Elaboração própria, a partir de dados de Idiart, 2018, e do site oficial da Presidência da República de cada país.

² Reeleito em 2011 e 2016, mas consideramos apenas o período até 2006-2011, em razão da virada conservadora observada nos mandatos subsequentes.

³ Apesar da manutenção no poder do Partido Socialista Unificado da Venezuela, não incluímos a Presidência de Nicolás Maduro em razão da grave crise econômica e político-institucional instalada no país nesse período, que paralisou qualquer iniciativa “progressista”.

O Quadro 4 apresenta os períodos de mandatos presidenciais desses partidos ou dessas coligações que configuram o giro à esquerda, batizado nos meios intelectuais e acadêmicos de *maré rosa* ou *onda rosa*⁹, que adotou a consigna de *Um outro mundo é possível*, lançada pelo Fórum Social Mundial, centrado na oposição ao fundamentalismo de livre-mercado (SELA, 2018)

⁹ Tradução livre de *pink tide*, conforme Sela, 2018.

hegemônico nos anos 1980-90. Na sub-região, somente México¹⁰, Honduras¹¹, Colômbia e República Dominicana ficaram imunes a esse movimento.

As políticas macroeconômicas da maré rosa se caracterizaram pelo fortalecimento das capacidades fiscais dos Estados, pelas reformas tributárias progressivas, pelo aumento do gasto público social e pela redução da vulnerabilidade da dívida externa, que levaram, em conjunto com amplas políticas sociais, à redução da pobreza extrema, retirando mais de setenta milhões de pessoas da miséria absoluta; à diminuição das desigualdades históricas; ao crescimento dos ingressos e da distribuição de renda, deslocando os países do grupo de baixo para o de médios ingressos (MOREIRA, 2017); e ao aumento do emprego formal. Essas foram acompanhadas por iniciativas político-institucionais que ampliaram a participação popular, renovaram o arcabouço jurídico-legal e inovaram com políticas externas e comerciais que buscavam simultaneamente a soberania nacional e a integração regional.

Essas políticas foram sustentadas pelo crescimento econômico de toda a sub-região, que aproveitou o “vento de cauda” dos altos preços relativos das *commodities*, especialmente petróleo, gás, minérios, grãos e proteína animal, em grande parte provocados pela demanda gerada pelo extraordinário ritmo de crescimento da China, que permitiu “[...] distribuir benefícios entre os grupos mais pobres e melhorar as condições de vida da população assalariada [...] sem alterar os equilíbrios macroeconômicos, nem propiciar a criação de uma coalizão de veto entre perdedores de enorme peso econômico, prestígio social e poder político” (Ibid., p. 15).

As políticas nacionais de saúde do período usufruíram das favoráveis condições políticas e econômicas, e quase todos os países desenvolveram iniciativas setoriais, de maior ou menor abrangência e escala, para estender a cobertura dos seguros sociais e dos serviços públicos, eliminar ou reduzir co-pagamentos no ponto de atenção, aumentar a proteção financeira das famílias frente ao risco de adoecer e reorganizar parcialmente seus sistemas de saúde. O Quadro 5 sintetiza as principais iniciativas por país.

10 No México, foi eleito recentemente e tomará posse em 1º de dezembro de 2018 Andrés Manuel López Obrador do Partido de Regeneração Nacional, histórico político de esquerda e chefe de governo do Distrito Federal mexicano até julho de 2005.

11 Em Honduras, houve um breve período de iniciativas progressistas com a eleição de José Manuel Zelaya do Partido Liberal, mas foram rapidamente extirpadas por golpe de estado que o removeu da Presidência.

Quadro 5. Iniciativas para a extensão da proteção social em saúde – países selecionados – 2003 a 2010

- Argentina: *Seguros Provinciales de Salud Materno-Infantil*
- Bolívia: *Seguro Universal Materno-infantil – SUMI*
- Chile: *Garantías Explícitas en Salud – AUGE*
- Costa Rica: Afiliación subsidiada por el Estado a la CCSS
- Equador: *Ley de Maternidad Gratuita / Transformación del Sistema de Salud para la Garantía Universal de Derechos*
- México: Seguro Popular de Salud / Programa Oportunidades
- México DF: Gratuidad Universal en la Atención
- Nicarágua: *Modelo de Salud Familiar y Comunitario con Garantías*
- Panamá: *Nueva Ley del Sistema Nacional de Salud*
- Paraguai: Acceso Gratuito a las Unidades Públicas
- Perú: *Seguro Integral de Salud – SIS / Ley del Aseguramiento Universal*
- Uruguai: *Sistema Nacional Integrado de Salud*
- Venezuela: *Misión Barrio Adentro*

Fonte: Levcovitz, 2009.

A maré rosa latino-americana encontra seu auge no período de 2006 até 2009, ano em que começam a se manifestar na sub-região os impactos da crise financeira mundial disparada a partir de 2008, consequente da crise das hipotecas dos Estados Unidos da América. Já no período 2010-2014, o PIB da sub-região cresce somente 65% da média das economias emergentes, reduzindo-se essa proporção a apenas 40% nas projeções para o período 2015-2019.

O efeito “vento de cauda” vai se desfazendo aceleradamente com a queda dos preços internacionais do petróleo, dos minérios e das commodities agrícolas, em grande parte devido à redução do ritmo de crescimento da China, inviabilizando a continuidade das políticas redistributivas e modernizantes com baixo conflito distributivo. A eleição de Mauricio Macri na Argentina, a vitória da oposição nas eleições legislativas da Venezuela, ambas em 2015, e o impeachment de Dilma Rousseff no Brasil em 2016 são considerados os principais indicadores do fim da maré rosa (MOREIRA, 2017)

Frente à já referida insuficiência de séries históricas de dados e artigos analíticos críticos sobre as políticas de saúde do período pós-2014/15, realizamos busca bibliográfica extensiva e sistemática em periódicos indexados¹²

12 Portais e bases de dados consultados: MEDLINE, consultada via PUBMED; Cinahl (Ebsco), Scopus (Elsevier) e *Web of Science (Clarivate Analytics)*, do Portal de Periódicos da Capes. Base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Acrescentou-se o portal de

e literatura cinza¹³, a partir da pergunta qualitativa *Quais são os retrocessos de redução do orçamento social, de perda de direitos e de acesso nas políticas de saúde de países na América Latina*. A partir dessa pergunta, os termos padronizados foram identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MESH)¹⁴. Os limites estabelecidos foram documentos, artigos, livros, perfis de país, relatórios de políticas, informes técnicos e relatórios de pesquisa nos idiomas inglês, português e espanhol.

Para a sistematização do processo de busca bibliográfica, essas referências foram organizadas pelos elementos da estratégia PICO (população, interesse e contexto) (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014). Foram encontrados 1.960 artigos, e, após a exclusão de duplicatas e dos estudos clínicos¹⁵, a seleção com base no título resultou em apenas 45 artigos de interesse para o presente estudo.

Observou-se que a absoluta maioria dos artigos publicados em periódicos científicos tratam de programas focalizados a grupos populacionais restritos, de doenças específicas e seus fatores de risco ou de estudos de casos sobre iniciativas locais de organização de serviços – e evitam os temas relativos à macropolítica de saúde e suas articulações com o conjunto das políticas sociais e econômicas.

Ainda mais raros são estudos multipaís ou de abrangência regional e sub-regional, que, quando existentes, utilizam séries históricas de dados e descrições de políticas e programas da década de 2000 e da primeira metade

revistas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A literatura cinzenta institucional também foi contemplada. As instituições pesquisadas: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), *International Labour Office* e *World Bank eLibrary*.

13 Sobre as publicações institucionais comumente denominadas literatura cinza, consultamos as bibliotecas virtuais dos seguintes organismos/instituições: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), *International Labour Office* e *World Bank eLibrary*.

14 Principais termos pesquisados: *Administración de los Servicios de Salud; Reforma de la Atención de Salud; Planos e Programas de Saúde; Políticas Públicas de Salud; Programas Nacionais de Saúde; Atención Primaria de Salud; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Direito à Saúde; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde*.

15 Para a elaboração das estratégias de busca, utilizaram-se os operadores booleanos OR (união dos termos compostos e/ou agrupamento dos sinônimos) e AND (interseção dos termos). O total de documentos foi de 4.160; 1.215 documentos foram excluídos por duplicação e 984 por se caracterizarem como estudos clínicos.

da década de 2010¹⁶, demonstrando uma importante omissão dos organismos internacionais e mecanismos de integração (BID¹⁷; Cepal¹⁸; ISAGS/Unasul¹⁹; OIPSS²⁰; ILO; OPS/OMS²¹, Mercosul²²) em relação a uma de suas principais funções: a de monitoramento e análise das políticas sociais e das transformações nos sistemas de saúde.

4. CONCLUSÕES

Mais de 90 anos de história dos sistemas de saúde latino-americanos demonstra que o peso de suas origens e de seus processos evolutivos de longo prazo é tão determinante das possibilidades/oportunidades de reforma que períodos de expansão da proteção social em saúde, observados sucessivamente desde a criação dos primeiros seguros sociais, na Era de Ouro do *Welfare State* e durante a maré rosa do início do século XXI, não são suficientes para alterar as características estruturais de segregação populacional, segmentação institucional e fragmentação operativa, ainda que demonstrem resultados transitórios de extensão da cobertura e das condições de acesso e utilização.

Além das nossas próprias conclusões, os raros artigos sobre a macropolítica de saúde no período pós-2014/15 identificados na referida busca

16 Por exemplo: ISAGS/UNASUR, 2015, cujos dados, análises e relatos de experiências alcançam no máximo o ano 2013 e *Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación de la Atención Primaria de Salud en poblaciones adultas de Colombia, México, Brasil, El Salvador, Panamá y Jamaica*, realizada pelo BID entre 2012 e 2014, publicada em *Desde el Paciente. Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe*. Washington: BID, 2018.

17 IDB, *Social Outlook*. Consulta realizada na página web <https://data.iadb.org/> em 23 de setembro de 2018.

18 Consulta realizada na página <https://www.cepal.org/pt-br/publications> em 22 de setembro de 2018.

19 Consulta realizada a *Estudios e Documentos Oficiais do ISAGS/UNASUL* na página web <http://isags-unasur.org/publicaciones/> em 22 de setembro de 2018.

20 Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde: sem informação relativa ao Projeto de Monitoramento e Análise de Sistemas, conforme consulta em 24 de setembro de 2018 na página web www.oiapss.org.

21 OPS/OMS, *Perfiles de Sistemas de Salud / Monitoreo y evaluación de los procesos de reforma*, interrompido em 2009 e disponível para a maioria dos países até 2004/05, conforme consulta em 22 de setembro de 2018 na página web https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4283:perfiles-sistemas-salud-paises-1999-2009&Itemid=2080&lang=es.

22 Consulta realizada na página web <http://www.mercosur.int/> em 23 de setembro de 2018.

bibliográfica descrevem situações nacionais e multipaís que ratificam plenamente essa afirmação, com destaque para os estudos de Machado (2018), Aguilera (2016), Espinosa et al. (2017), Giovanella et al. (2018) e Lopez-Arellano e Jarillo-Soto (2017).

Tais resultados transitórios acompanham o crescimento econômico e a acumulação do capital nos ciclos de desenvolvimento e são interrompidos nos períodos de crise e recessão, como nos anos de hegemonia do neoliberalismo e atualmente sob a égide da austeridade macroeconômica e responsabilidade fiscal, mesmo em países com governos progressistas ou de esquerda. Esses ciclos típicos do capitalismo impactam de forma muito dramática as economias dos países periféricos da sub-região mais desigual do mundo, que não contam com a poupança interna, a reserva de divisas e os mecanismos de proteção da população dos estados de bem-estar social centrais.

Reconhecida a marcante heterogeneidade já aqui descrita entre os distintos países, observa-se o traço comum de resiliência de seus sistemas de saúde às iniciativas pontuais e limitadas mudança, além da marcante inércia nas políticas setoriais, mesmo quando duram dez ou quinze anos. Os processos de câmbio desses sistemas são difíceis, complexos e de longo prazo; requerem transformações sistêmicas amplas; intervenções isoladas e pontuais não são suficientes; e demandam compromisso e mudanças culturais dos usuários, trabalhadores e profissionais da saúde, gerentes de serviços e formuladores da política (LEVCOVITZ, 2009).

Projetos de reforma com denominações pomposas como “Pluralismo Estruturado”, “Universalismo Básico” ou “Ajuste Justo” não demonstraram nenhuma capacidade de alterar a referida inércia, fortemente enraizada na história, na cultura e na estrutura sociopolítica da Ibero-América, mas pelo menos nos ensinaram que é indispensável manter vigilância permanente com os falsos profetas e a desonestidade intelectual.

Os casos nacionais já aqui descritos de Brasil, Costa Rica, Cuba e Uruguai constituem exceções únicas à referida inércia em toda a sub-região. Esses países protagonizaram processos de câmbio estrutural em seus sistemas de saúde que configuram políticas de Estado, capazes de sobreviver a vários governos nacionais e às “receitas” de políticas macroeconômicas e sociais das “Instituições Financeiras Internacionais”, em condições peculiares de correlação de forças entre classes sociais ou janelas de oportunidade criadas

em momentos de mobilização solidária da maioria da sociedade, como revoluções sociais ou transições democráticas após longos períodos de ditadura.

A inércia das políticas de saúde ibero-americanas pode ser interpretada como resultado da “dependência de trajetória”, identificada também na Europa pelos pesquisadores afiliados à atual tendência analítica majoritária, tanto na Ciência Política internacional como na Saúde Coletiva brasileira, do neoinstitucionalismo histórico²³ “[...] que considera a organização institucional da comunidade política como principal fator para estruturar o comportamento coletivo e para estruturar resultados distintos” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 195).

Sob perspectiva distinta, analistas que trabalham com a abordagem teórico-conceitual e metodológica de Economia Política Marxista priorizam as interpretações baseadas na estrutura de classes sociais, em seu inerente conflito distributivo, nas relações de poder e nos pactos político-eleitorais duradouros entre elas, como pioneiramente descrito no texto canônico de Esping-Andersen (1990).

A permanência na América Latina de profunda desigualdade e estratificação social; da hegemonia política de elites cada vez mais individualistas; de relações de trabalho desfavoráveis aos trabalhadores; da primazia do modelo exportador de “commodities”; das travas à industrialização; da fragilidade dos movimentos sociais organizados, das instituições, dos partidos e dos poderes do Estado; e finalmente da ausência de valores de solidariedade e pertencimento coletivo a um Estado-nação impedem transformações radicais e duradouras nos sistemas de bem-estar social, incluída a atenção à saúde.

Em síntese, apesar das profundas transformações tecnológicas e produtivas do capitalismo latino-americano, de sua crescente financeirização e da globalização das relações comerciais, continuamos sendo periféricos e dependentes, como já indicava a Cepal (BIELSCHOWSKY, 2018) desde os anos 1950.

As desigualdades; a débil participação política organizada dos trabalhadores urbanos e rurais, da indústria, do comércio, dos serviços e da agropecuária; e a exclusão social das populações econômica, ética e espacialmente marginalizadas mudaram de forma, mas seguem sendo os

23 Termo consagrado na Ciência Política por Steinmo (STEINMO; THELEN; LONGSTRETH, 1992).

elementos constitutivos predominantes nas sociedades latino-americanas. Nessas condições, a construção plena de sistemas universais e igualitários de proteção social seguirá sendo agenda política inconclusa.

Urge que os organismos internacionais de cooperação e integração, como a Cepal, o ISAGS e a Opas/OMS, disponibilizem rapidamente dados, informações, estudos e conhecimentos atualizados, da mesma forma que é tarefa fundamental dos pesquisadores e estudiosos das políticas de saúde ética e politicamente comprometidos com a transformação social dos nossos países priorizar o acompanhamento atualizado das conjunturas sociopolíticas que impactam o desenvolvimento dos sistemas de saúde da América Latina, além de produzir e socializar análises e reflexões críticas.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, X. P. et al. From instinct to evidence: the role of data in country decision-making in Chile. **Glob Health Action**, v. 9, n. 32611, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.32611>. Acesso em: 29 set. 2018.

BIELSCHOWSKY, R. A trajetória histórica do pensamento da CEPAL: 1948-1998. In BRANDÃO, C. A. (Org.). **Teorias e políticas do desenvolvimento latino-americano**. Rio de Janeiro: Contraponto/Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2018.

CEPAL. **Panorama Social de América Latina 2016**. Santiago: CEPAL, 2016.

DHRIFI, A. Gastos en salud, crecimiento económico y mortalidad infantil: antecedentes de países desarrollados y en desarrollo. **Revista de la CEPAL**, n. 125. Santiago: CEPAL, ago. 2018.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Great Britain: Princeton University Press, 1990.

_____. As três economias políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 24, 1991.

ESPINOSA, V. et al. La Reforma en Salud del Ecuador. **Rev Panam Salud Pública**, v. 41, n. e96, 2017.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva** [on-line], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GUANAIS, F. C. et al. (Ed.). **Desde el Paciente**: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington: BID, 2018.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do Neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n. 58, 2003.

IDIART, G. El color político de América Latina. **La Nación**, Buenos Aires, 30 jun. 2018. Disponível em: <https://www.lanacion.com.ar/2148998-el-color-politico-de-america-latina>. Acesso em: 29 set. 2018.

ILO. **World Social Protection Report 2017-19**. Geneva: ILO, 2017.

ISAGS/UNASUR. **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual**. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2014.

LEVCOVITZ, E. Evolución histórica y dinámica de cambio de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. In: CURSO INTERNACIONAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD, 4., Nicaragua, 2009. **Anais...** Nicaragua: OPS-UNFPA-ASDI-AECID-CIES, 2009.

LEVCOVITZ, E., ACUÑA, C., RUALES, J. Organization, Coverage and Performance of National Health and Social Welfare Systems. In: PAHO/WHO. **Health in the Americas 2007**. Volume I Regional, Chapter 4 – Public Policies and Health Systems and Services. Washington DC: PAHO, 2007.

LOPEZ-ARELLANO, O.; JARILLO-SOTO, E C. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

MACHADO, C.V. Health Policies in Argentina, Brazil and Mexico: different paths, many challenges. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, jul. 2018.

MESA-LAGO, C. **Reassembling Social Security**. A survey of pensions and health care reforms in Latin America. Oxford: Oxford University Press, 2008.

MOREIRA, C. El largo ciclo del progresismo latino-americano y su freno. Los cambios políticos em América Latina de la última década (2003-2015). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 93, fev. 2017.

OPAS. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Publicación científica 93. Washington: OPS/OMS, 1962.

_____. **Health in the Americas 2007**. Volume I Regional, Chapter 4 – Public Policies and Health Systems and Services. Washington DC: PAHO/WHO, 2007.

_____. **Saúde nas Américas – 2012**, Washington DC: PAHO/WHO, 2012.

_____. **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2014. Washington DC: PAHO/WHO, 2014.

_____. **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2015. Washington DC: PAHO/WHO, 2015.

_____. **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2016. Washington DC: PAHO/WHO, 2016.

_____. **Situação de Saúde nas Américas**. Indicadores Básicos – 2017. Washington DC: PAHO/WHO, 2017a.

_____. **Saúde nas Américas** – 2017, Washington DC: PAHO/WHO, 2017b.

RIVETT, G. **National Health Service History**. Londres, 2017. Disponível em: <http://www.nhshistory.net>. Acesso em: 24 set. 2018.

SELA, L. The rise and fall of the “pink tide”. **International Socialist Review**, n. 106. Disponível em: www.isreview.org/. Acesso em: 29 set. 2018.

SOUTH AMERICAN INSTITUTE OF GOVERNMENT IN HEALTH. **Health Systems in South America**: Challenges to the universality, integrality and equity. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

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