

Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais

Asa Ebba Cristina Laurell¹

Este ensaio analisa o conteúdo e os resultados das reformas da saúde em curso na América Latina: a da Cobertura Universal de Saúde com Seguro Saúde e a dos Sistemas Universais de Saúde Pública. Seu objetivo é comparar e contrastar a estrutura conceitual e prática de cada uma e verificar seus resultados concretos no que diz respeito à garantia do direito à saúde e do acesso aos serviços necessários. Identifica uma relação direta entre o modelo de desenvolvimento e o tipo de reforma. O modelo neoclássico-neoliberal conseguiu transformar a saúde em um campo de lucros privados, mas não foi capaz de garantir o direito à saúde e de acesso aos serviços, o que causou descrédito aos governos. A reforma dos governos progressistas conseguiu expandir o acesso aos serviços e garantir o direito à saúde, mas enfrenta dificuldades e tensões relacionadas à permanência de um poderoso complexo industrial-seguro médico privado e persistência da ideologia “medicalizada” sobre “a boa medicina”. Com base nestas descobertas algumas estratégias são propostas para fortalecer os sistemas únicos, públicos e solidários de Saúde.

Descritores: Política de Saúde; Seguro Saúde; Sistema único de Saúde.

¹ PhD, Pesquisador.

Introdução

O direito à saúde tornou-se tema de debate e de luta político-ideológica. Isso ocorre porque existem atualmente duas concepções diferentes do que significa direito universal à Saúde. Existe, por um lado, o conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS) com base na garantia de um pacote limitado de serviços. Por outro lado, o conceito de se alcançar, por meio de um sistema único de saúde pública e gratuito, a garantia de igual acesso a todos, frente à mesma necessidade, conhecido como o SUS - Sistema Único de Saúde.

A CUS tem pretensões hegemônicas em escala mundial e é apoiada por instituições supranacionais, como o Banco Mundial e até mesmo a OMS, organizações filantrópicas, como a Fundação Rockefeller e os novos espaços da oligarquia transnacional, como o Fórum Econômico Mundial. Esse conceito mercantilizador, focado no indivíduo, é influenciado pelo discurso neoliberal e representa uma espécie de "pensamento único" no campo da saúde.

O outro conceito é promovido pelos governos e forças progressistas e partidos de esquerda. Na verdade, esta abordagem é a única que atende a definição do direito universal à saúde e significa que reconhecem o valor intrínseco e a igualdade de cada ser humano para assegurar o seu acesso aos serviços de saúde, sem discriminação. Em termos práticos, ela é guiada por necessidades de saúde e faz parte da construção da cidadania social. Expressa uma visão de mundo onde o bem-estar coletivo, a dignidade e a vida humana são valores fundamentais.

A complexidade do campo da saúde

Para entender as tensões na política de saúde, é necessário reconhecer a complexidade desta área. É importante examinar suas várias dimensões para esclarecer como as tensões e contradições surgem para criar formas de lidar com eles.

Em primeiro lugar, é necessário assumir que a saúde é um objeto científico-técnico de conteúdo complexo e especializado, que domina a visão médico-científico-profissional sobre a visão social abrangente. A medicina apresenta-se, nesse sentido, como um tópico de especialistas. Há também uma ideologia disseminada na sociedade sobre o que é "boa medicina". Entende-se como aquela que tem alta densidade tecnológica, utiliza medicamentos de última geração e oferece boa hospitalidade. Não só é a visão de médicos e outros profissionais de saúde, mas tende a ser compartilhado pelo público e os políticos.

Por conseguinte, ambos esperam resultados

tangíveis e relativamente rápidos através de uma atenção qualificada e tecnicamente suficiente para os pacientes sob este modelo; modelo que, também, leva a se conceber a saúde como um campo de consumo, em vez de uma área de direitos e cidadania⁽¹⁾.

Em todo o país, o setor da saúde está entre as atividades de negócios mais significativas e é responsável por entre cinco e 18% do PIB. Embora uma parte significativa dessa despesa seja utilizada com recursos humanos, as instituições públicas de saúde lidam, adicionalmente, com grandes orçamentos, na compra de medicamentos, suprimentos, equipamentos e obras de manutenção. Isso os expõe a práticas de corrupção, tráfico de influência e desvio de recursos.

O peso econômico transforma a atividade médica em uma importante área de geração de renda e acumulação de capital. Na última década, os planos ou seguros de saúde têm aumentado a sua importância dentro do complexo médico-industrial, consolidando o capital financeiro do setor e do resto da economia. Assim, estão presentes importantes interesses econômicos com poder político e capacidade de lobby na indústria.

Finalmente, ao contrário da educação, que tem uma presença permanente na vida da população, a saúde tende a ser uma preocupação temporária, particularmente relacionada ao início de uma doença ou risco de vida.

Dessa complexidade surgem as contradições, tensões e tentações nas políticas de saúde com sinais opostos nas políticas progressivas dos Estados Democráticos Sociais e de Direito e nos Estados de Diretriz Neoliberal.

A política de saúde neoliberal e os seguros de saúde

A América Latina destaca-se como um campo de testes da política de saúde neoliberal em duas etapas: a mercantilização subsidiada e a da CUS. Em 1993 foi lançada, numa base internacional, o plano de ação sobre saúde "Investir na Saúde⁽²⁾" neoliberal, mas anteriormente, o Chile havia feito a sua reforma em 1981-1982 e na Colômbia, foi aprovada a Lei 100 com esta orientação também em 1993. No entanto, quase nenhum país latino-americano tem sido poupado desse tipo de reforma ao longo das últimas duas décadas, com a fragilidade invariável dos seus sistemas de saúde pública.

A reforma neoliberal desafia, basicamente, a ideia do direito à saúde como um direito humano e social e empreende o caminho para a sua mercantilização. Essa política baseia-se na economia neoclássica com a premissa de que o mercado é o melhor distribuidor de recursos e que a concorrência melhora a qualidade

e diminui os custos⁽³⁾; premissas nunca comprovadas na área da saúde. Redefine, por um lado, as responsabilidades do Estado, do Mercado e da família/ indivíduo em saúde, e por outro, redefine as palavras “propriedade privada” e “bens públicos”⁽⁴⁾, o que tem gerado graves confusões epistemológicas.

A nova distribuição de responsabilidades coloca o mercado particular no centro, sejam essas empresas com fins lucrativos ou família/indivíduo, enquanto que o papel do Estado é subsidiário e atende apenas aos comprovadamente pobres, por meio de programas de saúde, com pacotes de custo-benefício restritos, produzindo “bens públicos”⁽⁵⁾.

Em sua nova definição, “bens privados” são todos aqueles consumidos por indivíduos; categoria que inclui atenção de saúde à pessoa. Nesta situação, o modelo CUS concentra-se nos indivíduos. Isto significa que as ações de saúde pública ou os que visam à comunidade pertencem à outra categoria.

Os “bens públicos”, que devem ser responsabilidade do governo, são definidos como aqueles caracterizados pela não exclusão (não pode-se excluir ninguém do consumo) e “não rivalidade” (seu consumo por alguém impede o consumo de outro). Embora não estejam estritamente em conformidade com os critérios anteriores, estão localizados neste grupo os produtos com ‘grandes externalidades’. São direcionados ao indivíduo, mas também protegem a coletividade, por meio de ações de saúde essencialmente públicas, tais como vigilância epidemiológica ou vacinas. Outro elemento da reforma neoliberal é a descentralização dos serviços, o que equivale, na prática, à descentralização da responsabilidade política do Estado central para as instâncias político-administrativas de hierarquia mais baixa⁽⁶⁾.

A política de saúde neoliberal inicial enfrentou complicações ideológicas, protestos políticos e exclusões econômicas, como o restante das políticas, sociais e econômicas. Isso obrigou os governos neoliberais a impulsionarem uma segunda reforma ou modernização do Estado⁽⁷⁾ na qual a proposta da CUS⁽⁸⁾ está localizada. Distingue-se da primeira reforma da saúde que enfatiza a estrita separação de funções entre: a regulação a cargo do Estado; a administração de fundos/compra de serviços, públicos ou privados; sua prestação privada ou pública; e livre escolha do assegurado de administrador de fundos e prestador de serviço. É uma variante de competência gerenciada, mas é conhecida na América Latina como o pluralismo estruturado⁽⁹⁾. Essa separação é necessária para estimular as forças do mercado e da competição. Planeja-se, idealmente canalizar os recursos financeiros para a demanda, ou os usuários, eliminando o financiamento para a oferta, ou seja, o orçamento das

instituições públicas, prestadoras de serviços.

A segunda inovação é precisamente a garantia “universal”, que permite ao Estado garantir o mercado por meio de seguros públicos, administrados por agentes privados ou públicos, o que equivale a um subsídio estatal para o setor privado como um administrador ou provedor de serviços⁽¹⁰⁾. A lógica deste modelo é a mesma que um seguro privado, levando a definir pacotes de serviços explícitos para cada tipo de seguro. Outra maneira de reforçar a concorrência e mercantilização é a Nova Gestão Pública (NGP) com pagamento a fornecedores públicos ou privados, com base nos serviços efetivamente prestados; o que intensifica a terceirização, subcontratação de serviços e a precarização do emprego no setor⁽¹¹⁾.

Os casos mais conhecidos de CUS via seguro de saúde na América Latina estão no Chile, Colômbia e México. Colômbia e Chile instrumentalizaram-se com uma ampla reforma da segurança social no o qual o seguro de saúde é obrigatório, enquanto que no México foi adicionado um seguro de saúde voluntário com subsídio público aos seguros públicos da segurança social, também reformados para introduzir a separação entre essas funções. Em todos os três casos, promove-se e legisla-se a existência de gestores de fundo-compradores de serviços e prestadores privados, bem como a liberdade de escolha dos segurados.

No Chile, a reforma deu origem a dois sistemas paralelos⁽¹²⁾: O privado, pelas Instituições de Saúde Previdenciária (ISAPREs), com prestadores privados e o público, pelo Fundo Nacional de Saúde (FONASA) com prestadores públicos. Assim, manteve-se a segmentação do sistema de saúde, ampliando a fragmentação de seu componente privado. Os pacotes de saúde no setor privado dependem do montante cotizado e existe a exclusão de pessoas de alto risco (idosos ou doentes); problemas que foram, posteriormente, limitados pelo estabelecimento de Garantias Explícita de Saúde (GES). Enquanto isso, a FONASA supre, em princípio, todos os serviços necessários. Isto levou os afiliados dos ISAPREs a procurarem os serviços, excluídos do seu seguro, junto ao setor público, resultando em subsídio cruzado regressivo; situação que foi, também, posteriormente, regulada⁽¹³⁾.

A reforma da Colômbia tem outro arranjo institucional⁽¹⁴⁾. Simplificando, o Fundo de Solidariedade e de Garantia (FOSYGA) recebe contribuições aos seguros e supostamente, um subsídio estatal para os não-contribuintes. Estes recursos financeiros são transferidos para as administradoras - Empresas de Promoção da Saúde (EPS) - agora, em sua maioria privados, em função do número de seus segurados. As EPS administram os recursos e pagam os prestadores

públicos e privados. Existem dois tipos de pacotes ou cobertura de serviços, um para os contribuintes e um para os segurados subsidiados. Esse acordo levou à segmentação e fragmentação do sistema de saúde e o enfraquecimento do setor público. Hospitais públicos foram vendidos e a situação do emprego é cada vez mais precária. A implementação deste modelo tem causado muitos problemas⁽¹⁵⁾ no acesso aos serviços; com uma burocracia, por vezes intransponível, com pacotes de serviços diferenciados, causando uma avalanche de tutelas ou injunções perante as autoridades judiciais, entre outros.

A Colômbia foi apresentada como um caso de sucesso a ser seguido por quase duas décadas. Com a declaração da emergência de saúde social, no final de 2009⁽¹⁶⁾, revelou-se o fracasso dessa reforma e a falência econômica do sistema. Foram demonstrados vários casos de corrupção e violação dos pagamentos, principalmente aos hospitais públicos. Seu único sucesso foi gerar retornos elevados para as EPS privadas.

Dado o fracasso do modelo colombiano, a reforma mexicana⁽¹⁷⁾, em particular o Seguro Popular (SP), apresenta-se hoje como o caso de sucesso da CUS. Há três formas de seguro no México: a segurança social para os trabalhadores formais, a SP para a população sem seguro de emprego e o privado, sem maior importância quantitativa. O financiamento é tripartido, com um importante subsídio fiscal para o primeiro e acima de tudo fiscal para o SP, exigindo o pagamento de um prêmio aos assegurados. Os pacotes de serviços são diferentes; o SP não cobre mais de 20% dos serviços de seguro social e exclui as doenças mais dispendiosas, cujo tratamento é pago pelo paciente. Ambos os subsistemas têm sua própria infraestrutura, com prestadores públicos e funcionários pagos, mas poderá contratar o setor privado. Legalmente, há separação de funções entre a gestão de fundos/compra de serviços e a sua prestação mas não existem gestores privados, embora tenha-se tentado a sua promoção, desde 1995.

O processo de reforma fragilizou a seguro social, a parte mais forte do sistema público de saúde, mas é notável sua resistência às disputas de mercado privado. Está na agenda do governo a criação de um "Sistema Nacional de Saúde Universal" (SNSU) por meio dos seguintes mecanismos: portabilidade de seguro entre as instituições públicas e privadas com um pacote de serviços únicos; protocolos de tratamento únicos e serviços subsidiados; desenvolvimento do mercado de saúde⁽¹⁸⁾. Conforme demonstrado, esta abordagem não procura estabelecer um serviço único e público de saúde com acesso universal e garantia do direito à saúde. Se isto acontecesse, o grande perdedor seria a população

com o seguro social, ao reduzir-se significativamente seus benefícios de saúde e os potenciais vencedores seriam as seguradoras privadas, dada a necessidade de adquirir um seguro que cobrisse as doenças e tratamentos não incluídos no pacote básico. No entanto, a SNSU não avançou até o presente, devido à falta de recursos fiscais e desacordos sobre a sua concepção financeira e institucional.

Resumindo, as principais falhas da CUS, constata-se que não atingiu a cobertura de seguro universal; com destaque para o México, com 25% da população sem seguro. Os assegurados não acessam os serviços necessários devido às restrições dos pacotes de serviços cobertos pelo seguro. É visível a confusão na literatura e na população, entre a cobertura de seguro e cobertura médica ou de serviços, levada pela crença de que ter acesso ao seguro daria acesso aos serviços¹. O enfraquecimento dos serviços públicos ou a sua franca destruição é outra característica comum, que é explicada pela falta de investimento em infraestrutura e recursos humanos, com o pressuposto de que o mercado e as empresas privadas resolverão o problema. Isso ocorreu apesar dos aumentos nos orçamentos de saúde pública, pois foram absorvidas por empresas privadas ou pela corrupção causando crises orçamentárias que antecipam uma nova redução dos serviços.

Embora as reformas do tipo CUS tenham obtido sucesso na ideia de introduzir um modelo neoclássico/neoliberal no setor, têm causado grande rejeição social. Seus promotores tentaram contrariar a rejeição pela apropriação do discurso sobre o direito à saúde e cidadania, mas no imaginário social, as barreiras, superam o acesso aos serviços. Assim, esse modelo tende a deslegitimar governos. A tensão entre o discurso da universalidade e a realidade das restrições dos serviços levou ao aumento da cobertura de saúde, mas não o suficiente. Além disso, elementos de "boa medicina" são sistematicamente violados frente aos interesses lucrativos. Por isso, segue a luta social para garantir o direito à saúde⁽¹⁹⁾.

Porém, esse modelo também tem construído e fortalecido os atores privados de saúde que agora têm suficiente poder econômico e político para resistir, com sucesso, às mudanças que considerem contrárias a seus interesses. Assim, os governos estão presos entre a agitação social e a resistência à mudança de seus aliados naturais - os empresários da saúde - nacionais e internacionais. Esta contradição clássica do Estado capitalista entre legitimidade e o acúmulo ajudou a levar o governo a partidos ou coligações que priorizam o bem-

1 O mais famoso é o contestado Relatório da OMS de 2000, que lançou um método para medir o desempenho no qual o percentual de assegurados obteve papel muito importante⁽²⁰⁾

estar social e defendem os valores do Estado Social, como no Chile. Em outros casos, a instabilidade social e protestos em geral contra o neoliberalismo têm suscitado mobilizações populares que alavancam a instalação de novos governos democráticos e promovem mudanças em suas constituições, um processo que atinge vários Estados em processo de transição.

A política de saúde dos Estados Democráticos Sociais de Direito ou Progressistas

A trajetória histórica dos governos progressistas tem sido diferente, mas podem ser agrupados a *grosso modo* em dois conjuntos. Por um lado, estão os países que derrotaram a ditadura e depois elegeram governos populares como resultado do descontentamento com a política neoliberal (Argentina, Brasil, Uruguai, El Salvador, Honduras e Paraguai). Por outro lado, temos aqueles em que mobilizações populares contra o modelo neoliberal levaram o governo a seus líderes a aprovarem novas constituições (Venezuela, Bolívia e Equador). Esses são estados em transição, na perspectiva de García Linera⁽²¹⁾. Os Governos progressistas são caracterizados por priorizar o bem-estar social e adotar uma política social abrangente e redistributiva, que inclui o aumento de salário e renda, a criação de emprego e define os benefícios e serviços sociais, como responsabilidade do Estado. Essa política envolve ação sobre os determinantes sociais da saúde - doença.

No campo da política de saúde, a Constituição Brasileira de 1988, que estabelece o direito à saúde como uma obrigação do Estado e o garante com o estabelecimento do Sistema Único, público e gratuito (SUS), tem sido o paradigma das novas constituições e das lutas da esquerda. Assim, as novas constituições da Venezuela, Bolívia e Equador recorrem a esse modelo aos quais adicionam, também, os conceitos de multiculturalismo e o "Bem Viver", mas não estabeleceu a legislação regulamentadora. Os outros governos progressistas não implantaram alterações constitucionais, mas criaram programas ou leis que apontam na mesma direção. Eles são, por exemplo, os serviços gratuitos em El Salvador e Paraguai, a Lei de Saúde Mental e o programa REMEDIAR na Argentina, entre outros.

Independentemente da sua estrutura legal específica, os governos progressistas, em comum, têm ampliado substancialmente o acesso aos serviços de saúde, o que é diferente da simples cobertura de um seguro. Por exemplo, a cobertura aumentou de 30 para 190 milhões de pessoas com o SUS no Brasil e 98% da população têm acesso aos serviços ao procurá-los⁽²²⁾; na Venezuela, o programa Bairro Adentro ampliou o acesso a 17 milhões de pessoas (57% da população) que o

necessitavam⁽²³⁾; no Equador o acesso aumentou com a gratuidade de serviços e medicamentos⁽²⁴⁾ e a nova política do Uruguai tem beneficiado a população rural anteriormente carente desses serviços⁽²⁵⁾.

Essas conquistas devem-se, em primeiro lugar, a uma mudança no modelo de atenção a partir de diversas formas de Atenção Primária de Saúde Renovada, ou medicina familiar, implantadas territorialmente, com ênfase especial na educação e promoção da saúde sem prejuízo à atenção preventiva, curativa e de reabilitação. Por outro lado, tem-se empreendido um esforço sustentável para a construção de infraestrutura e formação de pessoal para garantir a atenção, ao contrário dos sistemas neoliberais, que a deixaram a cargo das empresas. Ainda que também seja uma característica da Política de Saúde baseada na CUS, os governos progressistas têm aumentado o orçamento da saúde⁽²⁶⁾. A diferença entre ambos é a de que os governos progressistas têm fortalecido o orçamento do setor público, enquanto que nos neoliberais têm sido explorado pelo setor privado.

Outro elemento importante da política de saúde é a participação popular e social, legalmente estabelecida no Brasil e Venezuela, ou como parte do processo político como na Bolívia e no Equador. A participação tem sido fundamental para a concepção e implementação da nova política, mas tem tido altos e baixos, como toda mobilização social e política.

As tensões da política de saúde progressista

Esta política de saúde tem produzido vários efeitos sobre a sociedade e a política. Por um lado, os ganhos em saúde dos governos progressistas conferiram a ela o reconhecimento social da população. Por outro, têm despertado maiores expectativas e demandas que pressionam as instituições públicas e abrem caminho para a dissidência e lutas políticas mais intensas. Antes de analisar essas tensões, é necessário fazer algumas considerações.

Em primeiro lugar, ressalta-se que uma nova política é forjada através e contra as instituições existentes, cada uma com o seu próprio processo histórico. Isso significa que deve-se ter um diagnóstico preciso do que García Linera⁽²¹⁾ denomina materialidade institucional, ou seja, as normas, regras e formalidades; as burocracias e hierarquias e costumes; os orçamentos. Todos os governos progressistas têm enfrentado problemas relacionados a esta materialidade, mas resolveram de várias maneiras. A Venezuela⁽²³⁾ a enfrentou criando um sistema de saúde paralelo chamado "Bairro Adentro" (BA), que permitiu um rápido progresso na expansão do acesso e transformação do modelo de atenção.

No entanto, ao longo do tempo, tornou-se urgente unir o BA ao resto do sistema público. Os Governos progressistas, por exemplo, Chile atual e Argentina, com setores privados consolidados e Obras Sociais poderosas, procederam ao fortalecimento da regulação estatal e das instituições públicas⁽²⁷⁾. No Brasil, a quase ausência de um sistema público inicialmente facilitou a tarefa, mas deixou brechas legais exploradas pelo setor privado para expandir e fortalecer-se⁽²⁸⁾. Parece, portanto, fundamental ter um plano estratégico que permita tomar decisões que resolvam problemas sem ameaçar o objetivo final de construção de um sistema público único e solidário de saúde.

Outra questão crucial é que, em países com governos progressistas, a concepção do direito à saúde como uma obrigação do Estado tornou-se um valor social muito apreciado pela ação dos próprios governos. No entanto, isso não tem necessariamente levado a uma compreensão global e social da saúde. Acontece que frequentemente prevalece a ideia medicalizada de "boa medicina". Isso é crucial para as possíveis ações que os governos podem propor. Se as autoridades de saúde não conseguiram posicionar a compreensão integral e social da saúde para o público e o resto do governo, corre-se o risco de tratar o problema como uma questão técnica e de recursos financeiros, sem analisar a melhor forma de abordar as necessidades de saúde da população. O problema não é trivial, pois é ao mesmo tempo, técnico-financeiro e conceitual.

Os sistemas de saúde latino-americanos, inclusive dos países progressistas, muitas vezes carecem das competências necessárias e é urgente desenvolvê-las. Todos também tendem a ser subfinanciados, exigindo mais recursos orçamentais. No entanto, a concepção de saúde e doença e sua determinação social são fundamentais para a tomada de decisões sobre as prioridades para orientar o desenvolvimento técnico-científico e para calcular os recursos financeiros necessários. Ninguém nega a necessidade de prestar serviços de qualidade e tecnicamente satisfatórios. É neste contexto que devem localizar-se os argumentos a favor do sistema único e público de saúde, que é o esquema institucional mais adequado, idôneo e barato para responder às necessidades de saúde, mas também para combater a mercantilização e a desumanização da saúde⁽²⁹⁾.

Na disputa orçamentária com outras áreas sociais, parece insuficiente considerar a saúde como apenas mais um direito social. Pode ser útil assumir a ideia das liberdades positivas, que são as que permitem a plena participação numa sociedade democrática. Uma delas é a saúde como uma necessidade humana básica⁽³⁰⁾, cuja satisfação é essencial para essa participação.

Também reforça a ideia de que a saúde não é um objeto de consumo⁽¹⁾, mas um meio para desenvolver as competências, as potencialidades e a autonomia individuais e coletivas.

A falta de compreensão dessas tensões ou decisões erradas, por falta de visão, pode determinar que as ações de saúde se transformem em um ingrediente em um processo de deslegitimação, o de questionamento do Governo, ainda que inicialmente o tenha ajudado a legitimar. Ele desempenha um papel importante de que a saúde é uma área importante de acúmulo de capital também nas sociedades pós-neoliberais. Assim, os membros do complexo assegurador médico-industrial exercem toda sua influência para fazer valer os seus interesses, como vendedores de medicamentos, suprimentos, equipamentos e de seguros médicos. São os primeiros a dizer que as instituições públicas oferecem uma "medicina pobre para os pobres". A melhor estratégia para contrariar esse argumento é a de reforçar e melhorar a capacidade institucional de prestação de serviços públicos, tecnicamente competentes e humanamente satisfatórios que deslocam serviços privados.

Isso não é suficiente se não se revelar o conteúdo ideológico da "boa medicina" e sua articulação com o acúmulo. Os elementos para isso são muitos e há extensa literatura sobre os abusos e danos causados pelo desejo de lucro do complexo médico-industrial. Neste contexto, é também essencial para reforçar a regulação estatal, a avaliação tecnológica e a produção estatal de medicamentos e outros suprimentos.

Outra questão essencial é enfrentar os seguros ou planos privados de saúde que persistem e até mesmo crescem nos sistemas conceitualmente originais de saúde pública^(24,31-32). Isso é necessário porque canaliza quantidades significativas de recursos públicos para os serviços privados de várias maneiras que debilitam o sistema público⁽²⁶⁾. Um obstáculo paradoxal é que os empregos são geralmente negociados pelos grandes sindicatos, ou seja, a base classista natural dos sistemas públicos solidários e igualitários⁽³²⁾. Assim, surge a tentação governamental de incentivar os seguros privados, com o argumento de que isso diminui a demanda no sistema público, o que equivale a naturalizar a desigualdade no acesso aos serviços necessários, especialmente quando se abre a porta para as grandes corporações internacionais de saúde. O antídoto mais eficaz é a participação popular bem informada, que promove a mudança política, ideológica e cultural. Outra tentação é a de se aderir ao modelo de seguro "universal" que, como discutido acima, significa a utilização privada de recursos públicos para o bem de uma premissa ideológica não comprovada.

Conclusão

As reformas da saúde na América Latina estão ocorrendo de duas formas opostas: a CUS e oSUS. São inseridas em dois modelos de desenvolvimento diferentes que se expressam na conformação e papel do Estado e na política econômica e social. Os governos neoliberais adotaram o pensamento econômico neoclássico e consideram a saúde como um campo de economia livre de mercado. A CUS, por meio de seguros de saúde, é sua política de saúde que tem fortalecido o complexo segurador-médico-industrial e propiciado o aumento dos lucros, mas à custa de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e da legitimidade do governo.

Os governos progressistas ampliaram o acesso e garantiram o direito à saúde por meio dos seus sistemas únicos de saúde pública solidária, mas enfrentam vários desafios relacionados às exigências crescentes da população e à persistência de um agressivo setor privado.

Referências

- Cohn A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. En: Rodrigues N, Duarte P, organizadores. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 244-51.
- Banco Mundial. Invertir en Salud. Washington D. C.: Banco Mundial; 1993.
- FUNSALUD (MX). Economía y salud. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1994.
- Laurell AC. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. Sao Paulo: Cortez Ed; 1995.
- Laurell AC, López O. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. *Int J Health Serv.* 1996;26(1):1-18.
- Collins C, Green A. (1994) Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Int J Health Serv.* 1994;24(2):459-75.
- Ozslak O. De menor a mejor. Los desafíos de la segunda reforma del Estado. *Nueva Soc.* 1999;160:81-100.
- Laurell AC, Herrera J. La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva.* 2010;6(2):137-48.
- Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy.* 1997;41(1):1-36.
- Laurell AC. The Mexican popular health insurance. *Int J Health Serv.* 2015;45(1):105-25.
- Dahlgren G. Why public health services? *Int J Health Serv.* 2014;44(3):507-24.
- Tetelboin C. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2003.
- Missoni E, Solimano G. Towards universal health coverage: the Chilean experience. En *World Health Report 2010. Background paper 4.* Geneva: WHO; 2010.
- Hernández M., Torres M. Colombia's new health reform: Helping keep the financial sector healthy. *Soc Med.* 2010;5(4):177-81.
- Torres M. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Saude Debate.* 2008;32(78/79/80):207-19
- Voces críticas desde la academia sobre la Emergencia Social en Salud. Cuadernos del Doctorado 13. Bogotá: Universidad Nacional; 2010.
- Laurell AC. Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2013. [Acesso 18 jan 2014]; Disponível em: <http://asacristinalaurell.com.mx/>
- Juan M. Sistema Nacional de Salud Universal. México DF: Secretaría de Salud; 2014.
- Torres M. Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá: Ed Cinep; 2013.
- World Health Organization. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* Geneva: WHO; 2000.
- García Linera A. Democracia, Estado y Nación. La Paz: Asamblea Legislativa Plurinacional; 2013.
- Ministerio de Saúde (BR). [Internet] 2012. [Acesso 15 fev 2014]; Disponível em: http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es
- Armada F, Muntaner C, Haejoo C, Williams-Brennan L, Benach J. Barrio Adentro and reduction of health inequalities in Venezuela. *Int J Health Serv.* 2009;39(1):161-87.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. *Sistemas de salud en Suramérica.* Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012 p. 462
- Borgia F, Gularte A, Gabrielzyk I, Azambuja M, Soto J, Corneo M, et al. al. De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay, a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde Debate.* 2012;36(94):421-35.
- Laurell AC. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde Debate.* 2014;38(103):873-87.
- Stolkiner A, Cames Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2807-16.

28. Sostelo JAF, Portela LG, Bahía L. Saúde suplementar no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(5):851-66.
29. Laurell AC. *Sistemas universales de salud: Retos y desafíos*. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2013.
30. Doyal L, Gough I. *A theory of human needs*. London: Palgrave Macmillan; 1991.
31. Melo L. *El Sistema Público Nacional de Salud*. Carácas: La Rosa Roja; 2014.
32. Ocké-Reis O. *SUS o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012.

Recebido: 2.6.2015

Aceito: 5.7.2015

Correspondência:

Asa Ebba Cristina Laurell
Callejón Chilpa, 23, Casa 9
La Concepción
CP: 04000, Distrito Federal, México

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.