

41º Encontro Anual da Anpocs

GT 25 Políticas Públicas

Caxambú, outubro de 2017

Efeitos do arranjo federativo na política de saúde do Brasil e da Argentina

Telma Maria Gonçalves Menicucci (UFMG)

Versão preliminar - favor não citar

1. Introdução

O artigo apresenta parte dos resultados de uma pesquisa que tem como temática central a relação entre instituições federativas e políticas sociais a partir dos casos da Argentina e Brasil, focando especificamente a política saúde. Parte-se de algumas noções difundidas na literatura, embora distintas:

1. Enquanto forma específica de organização do Estado nacional cuja principal característica é a divisão territorial do poder político, o federalismo tem efeitos na conformação e desenvolvimento das políticas sociais, particularmente naquelas de caráter universalista, ao constranger propostas redistributivas e ou de conteúdo universal.
2. Entretanto, o federalismo é um fenômeno múltiplo e pode ter efeitos diferenciados sobre as políticas públicas dependendo da sua configuração institucional específica em cada contexto ou país.
3. No âmbito de cada país federativo, as características das relações inter-federativas podem variar no âmbito de cada área de intervenção governamental, ou em cada campo setorial das políticas públicas; conseqüentemente seus efeitos não são uniformes.
4. Os efeitos das características institucionais do federalismo não devem ser considerados isoladamente, pois outras variáveis de contexto, socioeconômicas ou políticas, afetam o processo decisório e, portanto, a natureza e formato das políticas públicas.

Do ponto de vista epistemológico, esses argumentos têm conseqüências no desenho de pesquisas que se proponham a desvendar os efeitos de instituições federativas sobre as políticas sociais e apontam, tanto para uma menor parcimônia teórica, quanto para a necessidade de considerar o efeito isolado ou combinado de diferentes características do federalismo, ao invés de considerá-lo como uma variável institucional binária. Numa primeira possibilidade, esse desenho consideraria os diversos fatores contextuais que afetam as políticas públicas e levaria à busca de identificação de configurações institucionais, entendidas como um conjunto de instituições políticas, sociais e econômicas, entre elas as instituições federativas, cujas articulações específicas se conformam em processos históricos-políticos diversos que precisam ser considerados na estrutura analítica. Numa segunda possibilidade, o desenho da pesquisa envolve tentar isolar os diferentes aspectos do arranjo federal em

cada contexto e identificar os seus efeitos específicos sobre as políticas públicas, sobre políticas específicas ou sobre aspectos específicos dessas políticas.

Para além da identificação dos fatores explicativos de determinados resultados de políticas públicas, outro desafio é especificar que efeitos considerar. Se a maioria dos estudos tendem a considerar os efeitos redistributivos das políticas sociais (ou a dificuldade de se obtê-los num contexto federativo), restam ainda considerar outros efeitos, como por exemplo, a maior ou menor flexibilidade para mudança das políticas, os problemas de implementação num quadro federativo, entre outros.

Esses são alguns desafios teórico-metodológicos das pesquisas voltadas para a compreensão das relações entre federalismo e políticas públicas. Estudos comparados sistemáticos sobre a combinação nacional particular das estruturas do Estado e as políticas sociais são ainda reduzidos (OBINGER; CASTLES; LEIBFRIED, 2005). Uma ideia recorrente é a de que os arranjos institucionais do federalismo e do *Welfare State* contemporâneos parecem desempenhar funções opostas: federalismo é um dispositivo institucional desenhado para assegurar unidade por meio de certo grau de diversidade enquanto o objetivo básico do *welfare* é garantir direitos sociais iguais. Decorre dessa contradição entre diversidade e unidade um suposto de que as políticas sociais em estados federais geram tensões e conflitos sobre quem obtém o que, a que nível de governo deve ser atribuída a provisão de serviços sociais e, o mais relevante, que nível de governo deve arcar com os custos.

Mas os resultados não são conclusivos. De um lado, estudos focados nos Estados Unidos, como o de Peterson (1995) afirmam que o federalismo é um inibidor das políticas de bem-estar social na medida em que dispersa o poder territorialmente e aumenta o número de atores com poder de veto, enfraquecendo o governo central e sua capacidade de formular políticas sociais de âmbito nacional. Por outro lado, esses resultados são questionados por outros casos que apontam, por exemplo, que o maior número de atores políticos com capacidade de veto em federações pode coibir a retração destas políticas em contextos de ajuste fiscal, e destacam a relação recíproca entre federalismo e os padrões de provisão de bem-estar (Obinger; Castles; Leibfried, 2005). Dessa perspectiva, seria um equívoco tratar o federalismo como fenômeno uniforme, pois assume configurações diversas e seus efeitos potenciais sobre as políticas públicas são múltiplos e variáveis, além de dependerem de outros fatores e parâmetros contextuais.

Algumas questões analíticas relativas ao impacto do federalismo sobre a formulação e implementação de políticas públicas norteiam este estudo comparativo. Um aspecto central é a identificação da autoridade do governo central versus a dos governos subnacionais, distinguindo-se a execução de atribuições (*policy-making*) e a autonomia decisória sobre essas atribuições (*policy-decision making*). Em geral se assume que quanto maior a liberdade decisória, maior a desigualdade nos serviços prestados ente as jurisdições, significando que os Estados federativos produzem efeitos centrífugos sobre a produção de políticas públicas. Mas no caso em que a regulação central limite a autonomia decisória dos governos subnacionais é possível que esses efeitos centrífugos sejam mitigados ou eliminados dado o impacto das relações verticais sobre a produção de políticas públicas. Decorre daí que os resultados de políticas públicas não podem ser deduzidos *diretamente* da categoria federalismo/estado unitário, mas dependem do modo como se combinam as distintas dimensões das políticas setoriais: autoridade para executar políticas, autoridade para tomar decisões com relação às regras de sua execução, controle sobre recursos (Arretche, 2012).

Na América Latina não se registram muitos estudos comparativos com esse enfoque, excetuando-se no caso brasileiro os estudos de Marta Arretche, que buscam dialogar com os principais pressupostos da literatura internacional e problematizar a sua adequação ao caso brasileiro, sustentando que o federalismo brasileiro favorece a autoridade do governo central e não é impedimento para aprovação de políticas de corte nacional. Acrescentaríamos como hipótese inicial de que o inverso se daria na Argentina, pelo menos no caso da política de saúde.

Considerando o caráter ainda em construção dos marcos teóricos da relação federalismo/políticas sociais, esse artigo pretende dar uma contribuição dentro dessa agenda complexa e tem ainda a natureza bastante indutiva, na busca de elementos empíricos que possam produzir uma estrutura analítica mais robusta a partir do estudo dos casos da Argentina e do Brasil. O objetivo é comparar a política de saúde desses dois países, buscando identificar como as políticas de saúde diferem e em que medida, os arranjos institucionais dos respectivos federalismos afetam os resultados da política de saúde, particularmente a definição de políticas universais, bem como as potencialidades de mudança de percurso. Em primeiro lugar, tratou-se de identificar as características específicas do federalismo no caso da política de saúde, a partir do pressuposto de que há variações entre políticas em relação à distribuição de competências e autoridade entre os entes federados. Em segundo lugar, foi feita uma

reconstrução histórica da política de saúde nos dois países, identificando mudanças e continuidades e buscando interpretá-las a partir das características dos respectivos arranjos federativos, mas agregando outras variáveis explicativas. Para a comparação sincrônica da política de saúde foram considerados os seguintes elementos: princípios organizadores e arranjo institucional; distribuição de competências e responsabilidades entre os entes federados; recursos disponíveis, situação de saúde, cobertura, efeitos sobre a equidade. A pesquisa é assentada em fontes secundárias, documentais e bibliográficas, além da utilização de bases de dados nacionais e internacionais.

2. Características gerais

Argentina e Brasil são dois estados federados, mas divergem quanto aos respectivos arranjos federativos, particularmente em relação ao papel do governo federal, à distribuição de competências e recursos e à autonomia dos entes federados. A partir da utilização de quatro dimensões analíticas - centralização jurisdicional, federalismo partidário, poder de revisão e arbitramento de conflitos federativos pela Suprema Corte de Justiça e federalismo fiscal – Miranda e Machado (2016¹) concluíram que o federalismo não se constitui como um obstáculo para a adoção e expansão das políticas sociais, mas no Brasil há condições mais favoráveis à produção de políticas sociais mais perenes, universais e equitativas em todo o território nacional; nos dois casos existem governos centrais fortes, mas o Brasil apresenta maior grau de centralização jurisdicional e na Argentina, a produção legislação no âmbito nacional é mais restrita, deixando maior espaço para as províncias legislarem, inclusive sobre políticas sociais; o Brasil tem maior grau de descentralização das receitas tributárias, mas isso é contrabalanceado pela centralização jurisdicional que possibilita à União interferir na forma de gastar dos entes subnacionais; as diferenças de *status* conferidas ao município em ambos os países também têm implicações para o desenvolvimento das políticas sociais.

Argentina é um estado federal constituído por 23 províncias e a Cidade Autônoma de Buenos Aires. Cada nível de governo tem diferentes responsabilidades na provisão de bens e serviços públicos e diferentes atribuições em relação à imposição de cargas tributárias (BERTANOU ET all, 2015). As províncias possuem subdivisões administrativas e municípios, mas esses últimos não são entes federados autônomos,

¹ Essa análise foi feita por Soares e Machado, no escopo da pesquisa da qual faz parte este estudo da política de saúde dos dois países.

sendo dependentes das províncias às quais estão vinculados e suas atribuições são definidas por cada constituição provincial com variação entre elas. As províncias são consideradas preexistentes à Nação e exercem todos os poderes não delegados expressamente ao governo federal, podendo legislar, dentro de seu território, sobre quaisquer temáticas que não são de exclusividade do Congresso Nacional, entre as quais se inclui a saúde².

Embora todos os níveis de governo tenham responsabilidades no desenho, financiamento e gestão das políticas de saúde, constitucionalmente, as províncias gozam de autonomia em matéria de saúde e a elas pertence na prática toda a capacidade instalada pública e são responsáveis pela administração dos serviços públicos localizados em seu território (MERA; BELLO, 2003). Às províncias cabe também a cobertura de saúde dos empregados públicos provinciais e suas famílias por meio de Obras Sociais provinciais. Algumas descentralizaram alguns componentes da política de saúde para os municípios, particularmente a atenção primária. Existem programas e planos nacionais que operam através de acordo com as jurisdições e às vezes de forma direta, como o programa de saúde materno-infantil, além de o governo nacional possuir algumas atividades próprias como a saúde de fronteiras. Nesse arranjo, falta capacidade de coordenação pelo governo nacional, gerando heterogeneidade, além da fragmentação em função do desenho institucional do “sistema” de saúde argentino.

O Brasil também é uma república federativa formada pela União, 26 estados, 5570 municípios e o Distrito Federal. Os entes federados, inclusive os municípios nesse federalismo *sui generis* de três níveis, têm autonomia político-administrativa, mas caracterizam-se por heterogeneidades estruturais e desigualdades socioeconômicas. Há uma distribuição de competências e atribuições entre União, estados e municípios, mas em muitas áreas a União tem competência privativa de legislar; os estados-membros têm reduzido escopo e número de competências exclusivas, algumas competências remanescentes e muitas competências concorrentes (União e estados podem legislar) e compartilhadas.

O federalismo brasileiro, por um lado, é caracterizado por alto grau de descentralização política, fiscal e de competências, particularmente para a execução das políticas sociais. Os municípios são os principais provedores de serviços sociais básicos. Mas há um grande desnível entre as competências administrativas e as possibilidades

² A constituição de 1994 menciona o direito à saúde apenas no artigo 42, parágrafo primeiro, vinculado aos direitos de consumidores e usuários de serviços.

financeiras dos municípios, sendo que a maioria deles depende dos recursos das transferências federais (algumas constitucionais e outras condicionadas) que constituem a sua principal fonte de receita. O Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) são os principais mecanismos de transferências constitucionais e a distribuição é proporcional à população e inversamente proporcional à renda, com vistas à redução dos desequilíbrios regionais. Por outro lado, a Constituição brasileira confere ampla autoridade legislativa à União e limitadas oportunidades institucionais para o veto dos governos subnacionais (ARRETCHE, 2012). A União exerce poderosa influência e poder de regulação sobre as políticas dos governos subnacionais por meio da legislação específica de cada área e pelo maior poder de gasto, a despeito da descentralização política, fiscal e de competência. Por meio de transferências condicionadas de recursos são providos incentivos para o alinhamento dos governos locais às prioridades da agenda federal.

3. Desenvolvimento histórico das políticas de saúde no Brasil e na Argentina

3.1 Argentina

A historiografia identifica quatro etapas na evolução do sistema de saúde argentino, utilizando como critérios de demarcação o nível de concentração ou descentralização das decisões e o poder relativo dos atores envolvidos: Estado, sindicatos e atores privados (Bisang e Cetrángolo, 1997; Repetto et al, 2001; Acuña e Chudnovsky, 2002; Cetrángolo e Devoto, 2002). Podemos acrescentar um quinto período referente aos desdobramentos mais recentes nas últimas décadas.

Na primeira etapa, que vai até 1945, viveu o *Modelo de descentralização anárquico*, quando saúde era uma questão individual ou objeto de caridade, praticamente com ausência do Estado. Esse exercia apenas uma função subsidiária de formação de Recursos Humanos, cuidado da higiene pública, controle de epidemias e vigilância sanitária de fronteiras. Uma variedade de instituições privadas operava em resposta a demandas pontuais.

O segundo momento (1945-1955) denominado de *modelo centralizado*, marca a erupção do Peronismo e uma mudança de paradigma com fortalecimento da intervenção estatal e no qual a saúde passa a ser vista como responsabilidade do Estado. A atenção médica torna-se um dos principais instrumentos de legitimação e uma das políticas para consolidar o apoio dos setores populares ao governo. Deu-se impulso à saúde pública com o desenvolvimento de programas contra doenças endêmicas; ampliação de

capacidade instalada a partir da nacionalização dos estabelecimentos públicos, desenvolvimento de uma rede de centros de atenção ambulatorial em todo território nacional e criação de novos hospitais. Há forte expansão da cobertura e de serviços apesar da autonomia constitucional das províncias; e a política de saúde assume traços universalistas, tendo o Hospital público como o lugar de atenção médica para todos.

Embora já existissem sistemas de cobertura mutualista, com forte predomínio sindical, fomentou-se a partir do Estado a criação de entidades de seguridade social que asseguravam cobertura aos assalariados afiliados de maneira voluntária. Com essas entidades lançaram-se as bases para as Obras Sociais que viriam a ser o principal pilar da assistência à saúde na Argentina.

O terceiro momento (1955-1978) é caracterizado pelo *modelo de descentralização*, após a derrocada de Peron. O governo auto denominado de *Revolução Libertadora* realiza reformas para transferir para províncias e municípios as responsabilidades técnicas e administrativas dos estabelecimentos públicos nacionais. Ocorrem as primeiras transferências dos hospitais nacionais para as províncias sem adequada assistência técnica e financeira, tendo como resultado a deterioração dos estabelecimentos.

Num contexto de prescrição da atividade política e sindical e crescimento do sindicalismo “de confronto”, o governo busca fortalecer relações com dirigentes sindicais “do diálogo” e pragmáticos. Num clima de conflito acirrado, dá-se a institucionalização do sistema das Obras Sociais (OS) no governo do presidente militar Onganía (Lei 18.610/1970), tornando-se obrigatória a filiação dos trabalhadores e a contribuição patronal, sob a administração dos sindicatos, que adquirem elevados recursos de poder. Paralelamente dá-se a redução da importância do setor público a partir do paradigma Estado subsidiário se promovendo uma “descentralização” para os sindicatos. São criadas, no início dos anos 1970, OS sob controle estatal nacional: o Instituto de Serviços Sociais para Aposentados e pensionistas (INSSJP), conhecido como PAMI, o Instituto de Serviços Sociais para as Atividades Rurais e Afins (ISSARA) e o Instituto de Obra Social para o Pessoal dos Ministérios de Bem-estar Social e Trabalho.

Em 1974 ocorre uma violenta reabertura democrática, com retomada do peronismo ao poder. O eixo do problema da saúde se desloca da questão descentralização nação-províncias para as formas de articulação entre os distintos componentes do sistema de saúde. Para promover a coordenação e integração é criado o

Instituto Nacional de Obras Sociais e o Fundo de Redistribuição para melhorar a capacidade instalada das OS, assisti-las financeiramente e dar subsídios inversamente proporcionais às rendas médias por beneficiário.

Esse sistema ampliou rapidamente a cobertura mesmo que à custa de grande fragmentação; dada a estreita relação entre trabalho assalariado e base contributiva, nos anos 1970 dois terços da população estava coberta pelo sistema OS (Repetto; Alonso, 2004). A expansão das OS se tornou articuladora do desenvolvimento do setor saúde e orientou sua demanda para prestadores privados; a rede de serviços estatais que era hegemônica passou a ser voltada basicamente para a atenção à população mais carente sem cobertura da seguridade social e para os casos de dupla cobertura. Além disso, a organização da OS por ramo de atividade limitou o impacto de qualquer processo descentralizador (Cetrángolo, Gatto, 2002) e marca o caráter corporativo do estado de bem-estar argentino.

O quarto período, iniciado em 1978 num governo militar, é caracterizado pelo *modelo de descentralização fiscal*, e tem como marcos principais a retomada da transferência dos hospitais públicos nacionais para as províncias; a deterioração dos serviços de saúde reforçada pela crise econômica; e a proposta de novos marcos normativos para os subsistemas ou para articulá-los. Mas há diferenças em cada década, em função das intenções diversas dos governos.

Na década de 1980, destacam-se a lei das OS e a lei do Seguro Nacional de Saúde. A primeira define as OS como "entes públicos não estatais" administrados pelo sindicato que exerce a representação dos trabalhadores do setor e estabelece que devem oferecer as prestações de caráter médico e de internação ao beneficiário trabalhador e seu grupo familiar primário; define regimes de administração para distintas obras; o financiamento permanece a cargo dos beneficiários e de contribuições de seus empregadores.

O Sistema Nacional do Seguro de Saúde, proposto pelo Governo Alfonsín (1983-1989), primeiro democrático depois do fim do regime militar, foi concebido para assegurar o pleno gozo ao direito à saúde para todos e seu objetivo era prover prestação de benefícios de saúde igualitários, integrais e humanizados, tendendo à promoção, proteção, recuperação e reabilitação. O seguro nacional, entretanto, fracassou por pressão das corporações afetadas.

Como proposta de articulação federativa foi criado, em 1981, o Conselho Federal de Saúde (COFESA). Integrado pelo Ministério da Saúde da Nação e seus pares

provinciais, tinha como missão coordenar o desenvolvimento setorial mas sem que tenham sido especificadas a metodologia de trabalho nem as ferramentas para cumprimento das funções além de contar com poucos recursos próprios e falta de equipes técnicas próprias (Repetto, 2004).

A década de 90 marca uma segunda geração de reformas, associadas a outras levadas a cabo pelo governo Menem (1989-1999) e impulsionadas pelos financiamentos dos bancos multilaterais de desenvolvimento, particularmente o Banco Mundial, para tornar viável a estratégia econômica de abertura da economia e de ajuste fiscal. A descentralização torna-se uma ideia força nas reformas sociais e com o discurso de tornar a gestão pública mais eficiente e fortalecer a participação, na prática buscava resolver problema de déficit fiscal do nível central e ganhou mais força nos serviços universais, como educação e saúde (Repetto; Alonso, 2004). A transformação da política social redefiniu o papel dos níveis de governo, aumentando o protagonismo das províncias e apenas em casos pontuais dos municípios.

No caso da saúde, os principais marcos foram:

- 1) Retomada da política descentralizadora e transferência de estabelecimentos hospitalares nacionais para as províncias para obter equilíbrio fiscal em contexto de disputas entre Nação e províncias pela repartição dos recursos tributários arrecadados pelo governo nacional e de redefinição das relações financeiras entre Nação e províncias com o regime de “coparticipação federal de impostos”.
- 2) A promoção da figura dos Hospitais públicos de autogestão (HPA) com maior autonomia e capacidade de obter recursos com prestação de serviços a pessoas com capacidade de pagamento, inclusive as OS, com vistas a mudar o subsídio à oferta pelo subsídio à demanda. Implicava a adesão das províncias, mas foi pouco exitoso e em 2000 foi substituído pelos hospitais de gestão descentralizada.
- 3) Reforma do subsistema de OS. A ameaça de desregulação e livre escolha pelos trabalhadores foi usada como moeda de troca pelo governo Menem para negociar apoio a outros projetos de reforma, particularmente a trabalhista. Com forte reação do sindicalismo por erodir o seu monopólio na provisão e financiamento da cobertura dos assalariados, deu-se apenas uma desregulação parcial que se restringiu à livre escolha apenas entre OS diferentes da atividade econômica do emprego; a livre escolha entre OS e seguro privado foi permitida apenas para o pessoal de posições hierárquicas de direção, o que facilitou a ampliação da participação do setor privado na cobertura de

saúde e aumentou sua importância na provisão social com avanço da privatização do sistema.

5) Criação em 1996 do Programa Médico Obrigatório (PMO) que definiu um pacote de prestações básicas obrigatórias; em 2007 foi modificado para Programa Médico Obrigatório de Emergência (PMOE), com reconhecimento da dificuldade de efetivá-lo (Kweitel e del Pozo, 2003, p. 74). Foi também possibilitada a quebra da solidariedade intra ramos de atividade ao se permitir que a OS prestasse apenas o PMO para novos associados, além da associação entre algumas obras sociais e empresas de medicina pré-paga ou obras sociais de pessoal de direção que oferecem planos diferenciados para captar a demanda de maior poder aquisitivo. Ambos esses processos tendem a favorecer o aumento da iniquidade do sistema de saúde e a erodir o critério de solidariedade segmentada que era próprio das OS (Repetto; Alonso, 2004).

Podemos identificar um quinto momento nessa trajetória a partir da profunda crise econômica e social enfrentada pela Argentina nos dois primeiros anos deste século e que levou a uma inflexão no modo de abordar a questão social, recolocando o Estado numa posição central (Bertranou et al, 2015). Depois da crise a Argentina viveu um período de crescimento econômico e certa reversão de tendências excludentes (Repetto, 2009). A recuperação da presença estatal no setor saúde se expressa em algumas medidas e programas, destacando-se:

- 1) Plano Nacer (posteriormente Programa Sumar), um dos pilares centrais da estratégia sanitária do governo nacional, é centrado na redução da mortalidade materna e infantil e tem como público-alvo gestantes, puérperas, crianças menores de 6 anos que não tem cobertura explícita em saúde.
- 2) Definição de uma política de medicamentos por meio da Lei de Genéricos (N° 25.649/2002), que estabelece que a prescrição médica deve expressar o nome genérico do medicamento; e do Programa Remediar, em 2002, que visa garantir acesso da população em situação de pobreza a medicamentos que servem para tratar 90% das patologias mais frequentes.
- 3) A revitalização do papel do COFESA, até então incapaz de construir consensos federais. Nele foi consensuada uma estratégia setorial de médio e longo prazo, expressa no Plano Federal de Saúde 2004-2007 e que colocou como visão de longo prazo o alcance de um sistema equitativo e integrado com papel ativo do Estado como garantidor do bem-estar.

Na década seguinte algumas decisões apontam para o esforço regulador e de coordenação federal: 1) estabelecimento de um Marco Regulatório para as empresas de medicina pré-paga, planos de adesão voluntária e planos complementares (Lei 26.682/11), até então sem regulação específica, exceto a obrigatoriedade do PMO; 2) criação do Conselho Federal Legislativo de Saúde (Cofelesa) como organismo deliberativo com objetivo de articulação e promoção de políticas legislativas comuns em matéria de saúde em todo o território nacional; 3) elaboração do Plano Federal de Saúde 2010-2016, que propõe tornar a saúde um direito, baseado nos princípios de solidariedade, equidade e justiça social, e reconhece o papel do Estado como instrumento de redistribuição; destaca a necessidade de obter consensos federais e define como objetivo estratégico o fortalecimento da planificação sanitária para assegurar a participação federal na formulação de políticas de saúde.

Essa forma em que se desenvolveu a provisão de serviços de saúde na Argentina levou à constituição de um setor fragmentado em três sub-setores, diferenciados pela população que cobrem, pelo tipo de financiamento e pelos serviços oferecidos:

I Sub-setor Público: de acesso universal, mas na prática é o refúgio dos setores de menor renda que não tem cobertura de seguridade social e nem capacidade de gasto privado, ou das pessoas que enfrentam restrições geográficas; é competência dos governos provinciais e financiado na sua maior parte pelos orçamentos provinciais, secundariamente por transferências do orçamento nacional e pelos orçamentos municipais. A supervisão cabe ao Ministério da Saúde da Nação que tem como funções a condução e o direcionamento político do sistema de saúde em seu conjunto e por meio do COFESA vincula-se às jurisdições provinciais e municipais através do estabelecimento de convênios. No nível provincial, o sistema é supervisionado pelo Ministério da Saúde Provincial, responsável pela gerência, gestão política e técnica dos estabelecimentos em sua jurisdição. O hospital público de autogestão se insere num sistema de redes de serviços de saúde centradas no hospital, que devem articular e coordenar os serviços dos prestadores públicos e privados em um sistema de cobertura universal e obrigatória.

II Sub-setor Seguridade social: Formado pelas OS: entidades de direito público não-estatal, sem fins lucrativos, sujeitas a regulação estatal, que funcionam como ente financiador para prover serviços médicos e tem como principais características: seguro social de adesão obrigatória para trabalhadores (organizado por ramo de atividade), aposentados e pensionistas; financiamento decorre dos descontos nos salários dos trabalhadores formais e dos aportes das empresas empregadoras ou do governo para seus funcionários; é integrado por obras sociais nacionais (a maioria),

provinciais e dos aposentados e pensionistas sob controle estatal federal. Apenas as obras sociais nacionais possuem um marco legal homogêneo, as demais têm marcos legais, regulamentações e jurisdições próprias, além de cobertura, gasto e cobertura de serviços variadas e não se ajustam ao PMO; há concentração de beneficiários e recursos em um número reduzido de instituições e diferenças no tamanho das organizações em função da atividade produtiva a que estão ligadas; o setor tem baixa capacidade instalada e tende para contratação do setor privado, além de seus beneficiários usarem também a rede pública. Os organismos de supervisão das obras sociais são: a) no âmbito nacional a Superintendencia de Servicios de Salud, que tem outras funções como a fiscalização do cumprimento do PMO, o controle do Hospital Público de gestão descentralizada e a supervisão do exercício do direito de opção dos beneficiários; e b) no âmbito provincial a Confederação de Obras e Serviços Sociais Provinciais da Republica Argentina (COSSPRA).

3) **Sub-setor Seguro Privado:** formado por empresas de saúde pré-pagas muito diversas, com variação de preços e serviços e baixa intervenção regulatória do estado, enfrentando a concorrência por meio da diversificação de planos e forte concentração na capital estrangeiro. O financiamento decorre do aporte voluntário dos usuários e o crescimento do setor está associado à sua consolidação como prestador do sistema de obras sociais; o gasto do setor é menor comparativamente aos outros dois sub-setores; entretanto, o gasto per capita é mais alto.

Há certo consenso de que os principais problemas do modelo argentino são a heterogeneidade, em função da fragmentação das instituições que compõem o sistema; a falência ministerial na função de coordenação e ausência de uma função articuladora clara do Ministério da Saúde das atividades descentralizadas que apresentam grande diversidade, particularmente em relação aos recursos provinciais destinados ao sistema público; falta de integração entre os subsistemas e fragmentação dentro de cada um deles: no setor público falta de articulação entre as jurisdições e nos outros sub-setores há um grande número de organizações heterogêneas.

As diretrizes do governo nacional têm apenas valor indicativo e na prática o Ministério da Saúde tem um papel restrito, administrando alguns hospitais e alguns programas nacionais, participando da administração dos fundos da seguridade social e na definição da política relativa às Obras Sociais, mas intervém pouco na política de saúde nacional; não existe uma normativa que defina claramente as diretrizes da política

de saúde para todo o país e nem mesmo uma definição constitucional sobre as atribuições da Nação em relação à equidade no acesso a serviços.

Apesar do importante nível de gasto, há uma fragmentação dos direitos no sistema de saúde, o que o torna inequitativo. A incorporação do sistema de livre escolha nas OS piorou o funcionamento do sistema ao agravar as diferenças de cobertura que evoluíram não mais em relação ao setor de atividade, mas de acordo com as rendas pessoais. Os efeitos perversos foram agravados com a autorização de se criar planos diferenciados em cada instituição.

3.2 Brasil

No desenvolvimento histórico da política de assistência à saúde no Brasil é possível identificar dois grandes períodos: a constituição da política e sua reforma ampla definida na constituição de 1988, seguida de sua implementação contraditória e conflitiva a partir da década de 1990. Nesse processo, dá-se a passagem de um modelo restrito aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho e de jurisdição nacional, para um modelo universal, descentralizado na execução e coordenado nacionalmente, embora sob a forma de gestão compartilhada entre os entes federados.

A constituição segmentada da política de assistência à saúde: vinculação ao contrato de trabalho e provisão privada (1930-1988)

A origem e expansão da assistência médica individual no Brasil como política pública faz parte do processo de montagem e desenvolvimento da Previdência Social, que é o marco básico do sistema de proteção social montado no país, juntamente com a legislação trabalhista e sindical durante o governo do presidente Vargas. No seu conjunto, essa legislação constitui a nova forma de regulamentação da relação capital/trabalho e reorganização das relações Estado/sociedade de forma corporativista. Na medida em que se desenvolve incorporada aos benefícios previdenciários, a assistência médica vai ser um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com as características de seguro; com segmentação de clientelas, diferenciação das formas e dos serviços de saúde prestados aos diversos segmentos de trabalhadores e separada funcional e institucionalmente das ações de caráter coletivo a cargo do Ministério da Saúde (Menicucci, 2014).

As primeiras instituições previdenciárias para os trabalhadores do setor privado são as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas a partir de 1923 por

determinação governamental e com a participação de recursos públicos e tornadas obrigatórias apenas para as empresas com mais de cinquenta empregados; nelas estava prevista a prestação de alguns serviços médicos aos trabalhadores cobertos e seus dependentes e a provisão dos serviços se fazia pela compra de serviços privados.

Na década de 1930 o sistema passa por profunda reformulação, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de caráter nacional e cada um deles incorporando uma categoria profissional. A extensão da cobertura previdenciária às diferentes categorias profissionais possibilitou certa ampliação da assistência médica e, ao mesmo tempo, institucionalizou a diferenciação conforme a categoria de trabalhadores, estabelecendo-se no Brasil a “cidadania regulada” (Santos, 1979), que traduz a relação entre ocupação e cidadania.

Após a instalação do governo militar (1964-1984), ocorre uma substancial expansão da assistência médica previdenciária a partir da unificação de todos os institutos, em 1966, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estendeu o seguro social para todos assalariados urbanos e uniformizou os benefícios. Ao mesmo tempo, deu-se a implosão do arranjo corporativo anterior quando as bases do poder autoritário passaram a prescindir do apoio dos trabalhadores.

Por vários mecanismos a expansão da assistência pública favoreceu a expansão da rede privada de produção de serviços e estancou o crescimento da rede pública, como: a compra de serviços privados, particularmente hospitalares, o financiamento a juros baixos para a construção de hospitais, o estabelecimento de convênios subsidiados com empresas para que assumissem a atenção médica a seus empregados. Essa última prática favoreceu a expansão dos planos privados e recriou as desigualdades entre diferentes estratos dos trabalhadores não mais por categorias profissionais, mas pelas formas de inserção no mercado de trabalho uma vez que os planos privados se restringiam às grandes empresas localizadas no eixo sul-sudeste. Além disso, transformou os atores privados em atores poderosos e influentes na arena da saúde, o que foi acompanhado da atrofia capacidade regulatória e de produção de serviços por parte do Estado, então fortemente cooptado pelos interesses privados. Um poderoso incentivo para a expansão da assistência privada, tanto por parte das empresas quanto das pessoas físicas, estabelecido na década de 1980 e vigente até hoje, foi a renúncia fiscal, por meio da qual as despesas com assistência médica passam a ser deduzidas dos lucros ou da renda bruta para efeitos de tributação do Imposto de Renda (MENICUCCI, 2007).

Esse modelo se mostrou inadequado tanto pelo seu alto custo quanto pela ineficácia, desencadeando críticas e propostas alternativas, frente à crescente dificuldade

de seu financiamento. Mais importante que a crise financeira, entretanto, foi a sua coincidência com o processo de democratização do país, que colocou em cena outros atores políticos.

A reforma sanitária no bojo do processo de democratização (1975-1988)

Desde a década de 1970 ensaiaram-se algumas práticas governamentais alternativas no sentido de valorização do setor público como embriões dos princípios da reforma que seria definida no final da década de 1980; foram experimentadas propostas como descentralização, integração das ações preventivas e curativas, expansão de cobertura de uma perspectiva universalizante, participação comunitária, ênfase na atenção primária, articulação das ações de diferentes instâncias públicas, e fortalecimento do setor público (Cordeiro, 1979; Menicucci, 2007).

Mas será apenas com a promulgação de uma nova Constituição, em 1988 – marco na restauração do Estado de Direito no país após longo período de autoritarismo e na ampliação dos direitos de cidadania -, é que serão introduzidos dispositivos constitucionais que promoveram uma ruptura com os marcos da política de saúde. Essa reforma foi resultado de um amplo e vitorioso movimento político-ideológico, denominado movimento sanitário, que se desenvolveu a partir de meados da década de 1970 ainda no contexto do regime autoritário e de luta pela redemocratização do país. Esse movimento logrou atingir alto grau de organicidade e grande visibilidade política, vindo a ter papel relevante na reformulação da política de saúde.

Os embates na constituinte colocaram expostas duas visões antagônicas. Por um lado a visão “estatizante” representava a perspectiva inovadora dos atores que se articulavam em torno da reforma, a partir de uma concepção de saúde como direito, tendo como corolários a universalização e a igualdade, a segunda, “privatizante”, representava os interesses dos representantes das instituições privadas. Esses últimos demonstraram significativo poder de veto e, apesar de não terem conseguido barrar as alterações institucionais mais significativas, garantiram a preservação de arranjos previamente estabelecidos. O resultado foi a conformação jurídico-legal de um sistema híbrido que, ao mesmo tempo em que, por um lado, consagra a saúde como direito, garante a universalidade de acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a constituição de um sistema inclusivo, por outro lado, preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência.

Apesar dessas continuidades, o sistema público foi completamente reestruturado e suas principais características, em termos de princípios, diretrizes e configuração

institucional definidos na Constituição/1988 e na legislação infra-constitucional (Leis 8080 e 8142/1990), podem ser sumarizadas da seguinte forma:

- adoção de um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica, e o reconhecimento da saúde como direito social universal;
- caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle;
- saúde como *parte da seguridade social*, organizada sob uma lógica universalista e equitativa, e destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, com criação de orçamento próprio;

1) instituição do *Sistema Único de Saúde*, formado pelo conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e que tem como *princípios*: a universalidade de acesso e gratuidade em todos os níveis da atenção à saúde; a igualdade e a integralidade da assistência; a participação da comunidade no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política e na fiscalização, controle e avaliação de ações e serviços; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços.

- financiamento do SUS é competência dos três entes federados (União, estados e municípios), mediante recursos de seus orçamentos e de contribuições sociais previstas no Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Na década de 1990 inicia-se o processo de implantação das mudanças jurídico-institucionais definidas na Constituição. Isso envolvia mudanças drásticas na organização e amplitude, como a transição de um sistema restrito aos trabalhadores assalariados para um sistema universal; a descentralização da gestão para unidades de governo autônomas do ponto de vista político-administrativo em substituição a um modelo altamente centralizado; a unificação de estruturas e atividades antes separadas com vistas à integralidade da atenção; a introdução de novos mecanismos de gestão que incluem a participação da sociedade após longo período de cerceamento das liberdades. Isso em um país com mais de cinco mil municípios e profundas desigualdades tanto na capacidade de prestação de serviços e nas condições socioeconômicas, quanto nas necessidades e situação de saúde.

O contexto nacional e internacional de reordenamento do papel do Estado e de restrição a políticas universalistas, associados às políticas de ajuste fiscal e de reestruturação da relação Estado/mercado em favor do segundo, não foi favorável à implementação do SUS com suas consequências sobre o financiamento das políticas sociais. Os governos que se sucederam no período da transição democrática caracterizaram pela configuração conservadora, em perfeita sintonia com o ambiente internacional; a regulamentação do texto constitucional foi lenta e conflituosa, existindo setores contrários à implementação do SUS dentro do próprio governo com resistência ao deslocamento de poder das instâncias centrais para as unidades subnacionais de governo.

Outros fatores que afetam a implantação da reforma são: a) ausência de coalizões mais amplas numa arena política constituída por diferentes atores e interesses que se contrapõem à universalização, como prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde, usuários desses planos que são itens relevantes de negociações trabalhistas; b) dependência da rede prestadora privada e falta da incorporação dessa rede de acordo com critérios públicos em função das resistências à regulação pública; e c) o financiamento.

O financiamento é considerado o maior entrave para a efetivação do direito constitucional à saúde e alcance dos objetivos da reforma; envolvendo tanto o volume quanto a forma de repasse dos recursos do governo federal para estados e municípios, uma vez que a descentralização se fez na dependência dos recursos federais, principais responsáveis pelo financiamento das ações de saúde. A ausência de fontes estáveis de financiamento e constantes atrasos nos repasses da União geraram uma crise em meados da década de 90, levando a reformulações: em 1996 foi instituída a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira para financiamento da saúde e depois aprovada a Emenda Constitucional nº. 29/2000 como solução mais duradoura e que definiu recursos mínimos para o financiamento do SUS, sob a forma de vinculação de recursos orçamentários dos estados e municípios para a saúde (12 e 15%, respectivamente, de seus orçamentos) além de regras menos vinculantes para a União, mas atrelando os recursos ao crescimento do PIB.

Concomitantemente à implantação do SUS deu-se o processo regulatório (Lei 9665/1998) das atividades privadas de assistência à saúde já bastante institucionalizadas mas auto-reguladas. A regulação assumiu o formato institucional de agência reguladora (Agência Nacional de Saúde Suplementar) com alto grau de autonomia, embora vinculada ao Ministério da Saúde. De uma perspectiva econômico-normativa, a

regulação teve como justificativa a correção de falhas do mercado; do ponto de vista econômico-financeiro estabeleceu as condições de funcionamento e operação das empresas de planos de saúde; e da perspectiva assistencial estabeleceu regras rígidas de proteção ao consumidor.

Embora não tenha significado nenhuma mudança normativa da política nacional de saúde, a regulamentação fragilizou os princípios do SUS, particularmente a universalidade e a igualdade de acesso e reafirmou formalmente a segmentação de clientela. O Ministério da Saúde, como o espaço institucional de formulação e execução da política de saúde passa a ser a instância reguladora de dois sistemas díspares do ponto de vista conceitual e jurídico: um deles, o SUS, fundamentado na concepção do direito à saúde, portanto, de caráter universal e igualitário; e o segundo, baseado na lógica do mercado em que a participação é desigual, embora formalmente livre.

Do ponto de vista, federativo, o SUS foi criado como um pacto assentado em uma concepção de cooperação entre as três esferas de governo. Cabem à União a normalização e a coordenação geral do sistema de saúde no âmbito nacional e o Executivo federal, especificamente o Ministério da Saúde, detém o controle do processo decisório, define o formato da cooperação e a destinação dos recursos transferidos. Ao Ministério cabe a regulamentação do processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios e estados a partir de duas diretrizes da descentralização político-administrativa com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, e regionalização e hierarquização da rede de serviços.

Há um conjunto grande de atribuições comuns aos três entes federados. Como foros de negociação e pactuação entre gestores em relação aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, atuam Comissões Intergestores Bipartite (formada por representantes dos secretários municipais e do estado), Tripartite (representantes das três esferas de governo); e Comissões Intergestores Regionais compostas pelos secretários municipais da região e por representantes da gestão estadual.

O principal mecanismo de regulação e que define a natureza das relações intergovernamentais é a distribuição dos recursos para o custeio do sistema de saúde. A União tem um poderoso mecanismo institucional de coordenação que é a maior disponibilidade de recursos, apesar de o financiamento da saúde ser responsabilidade de todos os entes federativos. O repasse “fundo a fundo” é a modalidade preferencial de

transferência de recursos entre os três níveis de governo e o financiamento com recursos federais é organizado e transferido em blocos de recursos. Mas parte desses recursos são transferências condicionadas e dependem da adesão a programas e prioridades definidas nacionalmente e são um mecanismo para alinhar as decisões dos governos subnacionais às prioridades nacionais.

Tem havido uma evolução constante na definição de regras e instrumentos, por parte do Ministério da Saúde, que favoreçam a construção de acordos e a cooperação entre os níveis de governo. Embora as regras nacionais sejam observadas de forma geral, a autonomia de estados e municípios, aliada às suas heterogeneidades, redundam em implementações diversas dos dispositivos nacionais que se traduzem em graus diferenciados de cooperação entre os municípios de forma a garantir a universalidade e integralidade da atenção à saúde (Menicucci, 2013).

4. Efeitos dos arranjos federativos

A partir da reconstituição histórica e da descrição das características dos sistemas de saúde do Brasil e da Argentina, trata-se nesta seção de buscar responder à pergunta inicial: em que medida, os arranjos institucionais dos respectivos federalismos afetam os resultados da política de saúde, bem como as potencialidades de mudança de percurso?

O quadro 1 sintetiza as características gerais dos dois sistemas de saúde com ênfase nas competências jurisdicionais:

Quadro 1. CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE/FEDERALISMO

Argentina	Brasil
Direito à saúde não constitucionalizado	Direito à saúde constitucional/ forte regulamentação constitucional/legal nacional
Fragmentação: 3 subsistemas heterogêneos internamente	Sistema Único x sistema privado
Acesso e cobertura diferenciados/ predomina a partir do trabalho formal (OS)	Acesso universal e igualitário ao sistema público/dupla cobertura. Cobertura única pelo SUS: 75%
Setor público residual, organizado a partir do hospital público	Setor público predominante, organizado a partir da ESF
Província: principal responsável pela saúde pública; maior gasto	Competências partilhadas (gestão compartilhada por 3 níveis de governo); gasto federal maior via transferências diretas
Grande autonomia das províncias/baixa capacidade de coordenação pelo governo nacional	Poder de coordenação e regulação da União; execução predominantemente municipal
Articulação nação/províncias via convênios de	Articulação União/ estados e municípios regulada

adesão voluntária	por normas federais
Legislação, normatização e gastos províncias heterogêneos/ausência de normas gerais nacionais ou de uma política nacional de saúde	Gastos dos entes federados regulados constitucionalmente; política de saúde nacional bastante regulamentada
Arenas federativas frágeis	Arenas federativas com poder decisório

O governo central no caso brasileiro concentra autoridade no processo decisório e na regulamentação da política de saúde, enquanto os governos subnacionais, particularmente os municípios, enquanto entes federados com autonomia política, são os responsáveis pela execução. Ao contrário, na Argentina as províncias são as principais responsáveis pela elaboração e execução da política de saúde, com baixo poder de coordenação da Nação cujo papel é reduzido. Se no Brasil existe uma política nacional constitucionalizada e um sistema nacional de saúde do qual todas as jurisdições fazem parte com atribuições compartilhadas, mas definidas, não se pode falar de um sistema de saúde na Argentina onde a divisão de competências jurisdicionais produz efeitos centrífugos sobre a produção de políticas públicas nacionais.

Em relação ao federalismo fiscal, o papel da União no financiamento público da saúde no Brasil é preponderante e garantido pela Constituição e legislação infraconstitucional. Na Argentina, as transferências para o sistema efetivamente público se limitam a programas nacionais específicos e a responsabilidade maior pelo financiamento do setor público é das províncias. Mas as diferenças no arranjo institucional da atenção à saúde nos dois países exigem qualificar o significado dos gastos públicos. Se no Brasil eles se referem aos gastos para financiamento do SUS enquanto um sistema universal e com regras uniformes em todos os entes federados, na Argentina ele mescla o gasto destinado a custear a atenção pública gratuita e universal e o gasto com as Obras Sociais nacionais e provinciais que, a rigor, se constituem como organizações para-estatais ou semi-públicas. Se a primeira é financiada principalmente pelas províncias, as segundas têm maior participação da Nação por sua natureza majoritariamente nacional:

Tabela 1. Gasto público em saúde (%) segundo esfera federativa.

Esfera federativa	Argentina, 2015				Brasil, 2011
	Atenção Pública de saúde	Obras Sociais	INSSJP	Total	Total
Nacional	20,54	69,2	100	53,09	44,7
Provincial	62,61	30,8	0	39,75	25,7
Municipal	16,85	0	0	7,16	29,6

Fonte: Subsecretaría de Programación Macroeconómica - Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo

No conjunto, a nação tem o maior gasto com saúde, superior ao da União no Brasil, contribuindo para isso o alto gasto com as Obras Sociais nacionais e para apresentados. Mas quando se considera o gasto com a atenção pública gratuita e universal, as províncias tem gasto mais de três vezes superior. O gasto municipal é bem baixo em termos relativos e restrito à atenção pública, refletindo a posição dependente desta esfera no federalismo argentino, cuja autonomia e atribuições dependem da definição constitucional de cada província. Situação distinta do federalismo brasileiro que dá grande protagonismo a esse ente federado no financiamento e provisão dos serviços de saúde, maior do que os do nível estadual. Regras constitucionais definem percentuais mínimos da receita dos estados e municípios para serem gastos com saúde, o que garante patamares básicos, em que pesem os diferenciais na capacidade de gastos dos entes federados. As transferências federais constitucionais, acrescidas de transferências condicionadas, minimizam as desigualdades, mas não são capazes de eliminá-las, o que pode ser exemplificado pela variação do gasto estadual, incluindo o gasto decorrente de arrecadação própria e o decorrente das transferências, em 2000 variava de \$76,2 a \$261,2. Ilustrando a desigualdade também na Argentina, no mesmo ano, o gasto exclusivamente provincial com serviços públicos de saúde variava de \$6,13 a \$37,7.

A segunda fonte de desigualdade decorre do próprio arranjo do sistema de saúde nos dois países, com uma segmentação acentuada na Argentina a partir da forma de inserção no mercado de trabalho, e menos acentuada no Brasil a partir da dupla cobertura (pública e privada) de um segmento menor da população:

Tabela 2. Cobertura (%) por subsistema de saúde na Argentina e Brasil

Argentina (2008)		Brasil (2016)	
Subsistema público	100 (30%) ¹	Público (SUS)	100 (75%) ²
OSN	39,3	Planos privados (total)	25,4
OSP	14,4	Coletivos empresariais	66,3
PAMI	8	Coletivo por adesão	13,6
Seguro voluntário	9	Individual ou familiar	19,6

Fontes: PNUD;ANS

Notas: 1) O sistema público cobre 100% da população, mas estima-se que apenas 30% faça uso efetivo.

2) O sistema público cobre 100% da população, sendo que 75% é usuário exclusivo. 3) A cobertura varia entre províncias de 66% (Formosa, Córdoba) a 26% (CABA).

4) A cobertura varia entre estados de 42,7% (São Paulo) a 6% (Acre).

Alguns dados sobre os gastos apontam para diferenças marcantes entre os dois países. Apesar de contar com um sistema público inclusivo, o gasto privado no Brasil é superior ao gasto público, o que pode ser visto como um indicador de grande iniquidade dado que ele afeta apenas a 25% da população e se reflete no gasto em saúde per capita (público mais privado) superior ao argentino. Mas na Argentina o gasto público inclui o gasto com seguridade, de caráter para-público, e que consome mais da metade do gasto governamental para um sistema muito desigual. Percebe-se, contudo uma evolução positiva dos gastos em saúde no Brasil, não verificado na Argentina, considerando dois momentos nesta evolução (1995 e 2012): ao passo que o gasto em saúde como percentual do PIB apresenta um crescimento acentuado nesse período, na Argentina mantém-se estacionado, embora num patamar elevado; em compensação o gasto público sofre uma queda acentuada no mesmo período, ao passo que no Brasil houve elevação desse gasto; o gasto governamental em saúde em relação ao gasto governamental total é significativamente mais alto na Argentina em relação ao Brasil.

Quadro 2. Indicadores de Gastos em saúde

	ANO	ARGENTINA	BRASIL
% do PIB	1995	8.3	6.7
	2012	8.5	9.3
Gasto do setor público % do PIB	1995	4,9	2,8
	2014	2,6	3,8
Gasto governamental em saúde como percentual do gasto total governamental	1995	15,3	8,4
	2012	22,5	7,6
Gasto em Seguridade Social para saúde como porcentagem do gasto governamental total em saúde	1995	62,1	0
	2012	52,8	0
Gasto governamental em saúde como percentual do gasto total em saúde	1995	59,8	43,0
	2012	69,2	46,4
Gasto privado em saúde como percentual do gasto total em saúde	1995	40,2	57,0
	2012	30,8	53,6
Gasto em saúde per capita (em dólares a preços atuais)	1995	612,9	314,2
	2014	605,8	947,42
Gasto privado em saúde como percentual do gasto total em saúde	1995	40,2	57,0
	2012	30,8	53,6

O Brasil possui ainda menor capacidade instalada para a prestação de serviços, expresso pelo número de médicos e leitos hospitalares por mil habitantes, mas a desigualdade é consideravelmente menor entre os estados do que nas províncias argentinas: nessas, o número de médicos/1000 hab. variava de 1,3 a 10,6 em 2001; no Brasil a variação em 2010 era de 1,56 a 2,85; o número de leitos/1000hab. variava de 2,2 a 7,5 entre as províncias argentinas em 2000, ao passo que entre os estados brasileiros variava entre 1,56 a 2,85, em 2009.

Indicadores das condições de saúde apontam para uma melhora considerável do Brasil nas últimas décadas, diminuindo consideravelmente as diferenças que apresentava em relação à Argentina no início da década de 1990 e que, em parte, podem ser associadas à universalização do acesso a serviços de saúde, mas em parte à melhorias nas condições socioeconômicas, embora ainda apresentando situação mais desfavorável em relação à Argentina como apontado no Quadro 4.

Quadro 3. Indicadores de mortalidade, morbidade e condição de saúde na Argentina e Brasil

Indicadores	Anos	Argentina	Brasil
Taxa mortalidade infantil entre 0-1 anos (por 1000 nascidos)	1990	24,4	50,9
	2015	11,1	14,6
Taxa de mortalidade infantil menores de 5 anos (por 1000 nascidos)	1990	27,6	61,5
	2015	12,5	16,4
Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	1990	15,3	8,4
	2015	17,4	10,7
Taxa de mortalidade por doenças transmissíveis (por 100.000 habitantes)	2000	85,4	106,6
	2014	70,3	76,9
Taxa de mortalidade por diabetes mellitus (por 100.000 habitantes)	2000	24	20
	2014	18,9	28,1
Esperança de vida ao nascer (em anos)	1990	71,6	65,3
	2015	76,6	74,7
Número de casos suspeitos e confirmados de dengue e dengue grave	2000	1700	230.970
	2014	4774	1.649.008
% Pop. em estado de subnutrição	1991	5	14,8
	2015	5	5
% de recém-nascidos com peso mínimo de 2500 grs	2003	8	8,3
	2014	7,2	8,4

Fontes: Cepal/ Pan American Health Organization/ Millennium Development Goals Indicators/ Ministerio de Salud/ DATASus

Quadro 4. Indicadores socioeconômicos, Brasil e Argentina

	Argentina	Brasil
População (milhões) 2015	43,42	207,8
PIB per capita 2015 (USD)	13.431,88	8.538,59
IDH 2015	0,827	0,754
Proporção da população que utiliza fontes de água potável melhorada - 2015	99	98
Proporção da população que utiliza saneamento melhorado - 2015	96	83
População vivendo abaixo da linha nacional da pobreza - 2013	4,73	8,92
Percentual da população vivendo com menos de \$1,25 dólares por dia - 2011	1,41	4,51

Algumas conclusões preliminares emergem da comparação entre as políticas de saúde do Brasil e da Argentina e sua relação com seus respectivos arranjos federativos.

No Brasil, em função da combinação entre regulação centralizada e autonomia política dos governos locais, a desigualdade territorial tende a ser minimizada. As transferências constitucionais são a principal fonte de receita da grande maioria dos governos locais e elas não dependem na sua maior proporção de negociações políticas ou de alinhamento partidário; e definem incentivos para alinhar as prioridades dos governos locais às prioridades da agenda política nacional. Na Argentina, em função da ausência ou fragilidade da regulação central, com forte autonomia provincial no campo da saúde, as desigualdades no subsetor público tendem a ser maiores.

As disparidades de recursos e de acesso podem ser explicadas tanto pelos arranjos institucionais historicamente constituídos para a cobertura de serviços de saúde, quanto pela natureza do federalismo dos dois países: mais descentralizado na Argentina e mais centralizado no Brasil no qual os percentuais de gasto não são explicados pela iniciativa autônoma dos municípios e estados, mas pela regulação federal das finanças subnacionais.

Em que pese a maior segmentação do sistema de saúde argentino em relação ao brasileiro, que construiu um sistema de saúde universal, os indicadores de saúde (situação de saúde, capacidade instalada) são superiores aos do Brasil, com tendência à redução das diferenças mais recentemente quando se fazem sentir os efeitos positivos da universalização e da construção de um sistema único de saúde, associado a outras políticas sociais das primeiras duas décadas do século XXI.

Enfim, no caso da política de saúde, é possível identificar diferenças fundamentais entre os dois países. Se no Brasil os princípios da universalidade e da integralidade da atenção orientam a política, além de seu reconhecimento como direito constitucionalmente afirmado, a segmentação em diferentes sistemas é a característica institucional na Argentina com graves reflexos quanto à equidade tanto em relação à cobertura quanto ao financiamento. O arranjo federativo parece pertinente para explicar o segmento público da assistência, a cargo das províncias e com ausência de capacidade institucional do nível central de governo para decidir e coordenar a política, gerando diversidade e iniquidades. Nesse segmento, parece fazer sentido a hipótese de que o federalismo dificulta ou impede a adoção de políticas universalistas, dado que a saúde é de responsabilidade provincial. Por outro lado, o maior segmento da política que são as Obras Sociais, administradas e providas por sindicatos por ramo de atividade, funciona como um conjunto de instituições privadas com baixíssima ingerência estatal e resiliente a qualquer tentativa de alteração, relacionado ao poder político dos sindicatos historicamente constituído. Também entre as Obras Sociais as diferenciações são expressivas dependendo do ramo de atividade, mas não explicadas pelas instituições federativas. No Brasil, a superação da “cidadania regulada” só foi possível num contexto de redemocratização do país e de constituição de um novo pacto político expresso numa nova constituição que produziu uma reformulação profunda da política de saúde, embora tenha mantido algumas marcas da trajetória anterior.

Ou seja, hipóteses alternativas que levem em conta os processos políticos específicos a partir dos quais são constituídas as políticas públicas precisam ser agregadas àquelas focadas em sistemas políticos estáticos para explicar as características da política de saúde, tanto no Brasil quanto na Argentina.

Referências

ACUÑA, Carlos H. & CHUDNOVSKY, Mariana. El sistema de salud en Argentina.

ARRETCHE, Marta. (2012). Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz.

BERTRANOU, FABIO ET ALL. Desempeño y financiamiento de la protección social en Argentina : consideraciones a partir de La Recomendación núm. 202 sobre pisos de protección social / Oficina de País de la OIT para Argentina. Buenos Aires: OIT, 2015.

BISANG, Roberto; CETRÁNGOLO, Oscar. Descentralización de los servicios de salud em La Argentina. Santiago, ONU/CEPAL, 1997.

BLOCH, Carlos ET all. Evaluacion Del Programa de atencion primaria de la salud em

La ciudad de Rosario. OPAS/OMS, Oficina Sanitaria Panamericana. Publicação Nº 34, 1992.

CETRÁNGOLO, Oscar; DEVOTO, Florencia. *Organización de la salud en argentina y equidad*. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Documento apresentado na oficina: “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, realizado em Toronto, em 17 de junho de 2002.

CETRÁNGOLO, Oscar; GATTO, Francisco. Descentralización fiscal en argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado. Apresentado no seminário *Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores*, organizado por el ILPES e o Governo da Província de Pichincha, realizado em Quito, Equador, 10-12 de julho de 2002.

CORDEIRO, Hésio. Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde. *RAP*, 13(4): 39-62, 1979.

KWEITEL, M; Del POZO, P.R. Análise Fiscal de los Servicios Descentralizados de Educación y de Salud em Argentina. *Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad e Crecimiento (CIPPEC)*: 2003, p. 1-141. Disponível em <http://www.cippec.org/documents/10179/51827/Análisis+fiscal+de+los+servicios+descentralizados+de+educacion+y+de+salud+en+argentina.pdf/3d717a42-66fd-41d5-8853-b010b4690133>.

MENICUCCI, Telma M.G. (2007). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MENICUCCI et all. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: as relações intergovernamentais na regionalização da assistência à saúde. Relatório de Pesquisa. Financiamento: FAPEMIG e CNPq, 2013.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. (2014), “A relação entre o público-privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional”. *Série Políticas Sociais*, Santiago, CEPAL, volume 196, jun.

MERA, Jorge A.; BELLO, Julio N. *Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción*. Buenos Aires: OPS, 2003.

MIRANDA, MÁRCIA s.; MACHADO, JOSÉ ANGELO. Federalismos e políticas sociais na Argentina e no Brasil. 10º Encontro da ABCP. Área temática: Estado e políticas públicas. Belo Horizonte, 2016.

OBINGER; LEIBFRIED ;CASTLES (eds). (2005). *Federalism and the Welfare State: new world and European experiences*. Cambridge: Cambridge University.

PETERSON, Paul. (1995)*The price of Federalism*. Washington D.C.: The Brookings Institution.

REPETTO, Fabián. La historia reciente de la política social argentina: ¿es posible La

redistribucion? *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, V. 12, N.1, P. 89-121, Jul/Dez. 2009

Repetto, Fabián; Alonso, Guillermo V. La economía política de La política social argentina: una mirada desde la desregulación y La descentralización. Santiago do Chile, CEPAL/Nações Unidas. *Série Políticas sociales*, n. 97, 2004.

REPETTO, Fabián; DAL MASETTO, Fernanda Potenza. Protección social en La Argentina. C E P A L: *Serie Políticas sociales N° 174*. Santiago, setembro de 2011.

Santos, W.G. dos. Cidadania e justiça. Rio de Janeiro: Campos, 1979.