

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Departamento de Ciência Política

Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Rosiene Maria de Freitas

**A CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO DO MAS NA  
BOLÍVIA**

Belo Horizonte  
2016

Rosiene Maria de Freitas

A CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO DO MAS NA BOLÍVIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciência Política.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Natália Guimarães Duarte Sátyro

Área de Concentração: Estado, gestão e políticas públicas

Belo Horizonte  
2016



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

**UFMG**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**A conformação da política de saúde no governo do MAS na Bolívia**

**ROSIENE MARIA DE FREITAS**

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIA POLÍTICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em CIÊNCIA POLÍTICA, área de concentração INSTITUIÇÕES, PARTICIPAÇÃO E SOCIEDADE CIVIL, linha de pesquisa Estado, Modernização e Políticas Públicas.

Aprovada em 09 de dezembro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Profª. Natália Guimarães Duarte Sátyro - Orientadora  
DCP/UFMG

Prof. Jose Angelo Machado  
DCP/UFMG

Prof. Juarez Rocha Guimaraes  
DCP/UFMG

Profª Eli Iola Gurgel Andrade  
UFMG

Prof. Antonio Fernando Mitre Canahuati  
UFMG (aposentado)

Prof. Herland Tejerina Silva  
Universidad Mayor de San Andres

Belo Horizonte, 18 de janeiro de 2017.

320  
F866c  
2016

Freitas, Rosiene Maria de

A conformação da política de saúde no governo do MAS na Bolívia [manuscrito] / Rosiene Maria de Freitas. - 2016.

327 f. : il.

Orientadora: Natália Guimarães Duarte Sátyro.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1.Ciência política – Teses.2. Saúde pública - Teses  
3.Saúde – Planejamento - Teses. I. Sátyro, Natália. II.  
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de  
Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Muitos estiveram comigo no antes e no durante desse caminho, desde as primeiras palavras de incentivo a essa minha escolha, até no silêncio desses últimos dias de “aperto”. Amigos, parentes, companheiros no trabalho e em tantos espaços. Obrigada a todos pelo apoio.

Agradeço aos professores do DCP pela acolhida e pelos ensinamentos. Especialmente, ao Professor Juarez Guimarães, pelo primeiro apoio à ideia de trilhar o caminho da Ciência Política.

Também aos funcionários do Departamento, Alessandro Magno e Marlene Maciel, presentes e atenciosos em todos os momentos necessários. À colega Juliana Hauck pela preciosa ajuda no momento final desse trabalho.

A minha mãe, Vitória, pela torcida e compreensão pelas ausências.

Sem palavras que dêem conta, agradeço à minha orientadora Natália Sátyro pela acolhida, atenção, cuidado e pelo brilhantismo de seu trabalho. Mesmo não estando fisicamente perto nesses últimos meses, foi minha companheira mais próxima.

Por fim, e no início, e no meio, agradeço ao meu companheiro Marcos Alberto (Marcão) por estar ao meu lado, com amor, nesse e em todos meus caminhos.

Enero - 26

Segunda fundación de Bolivia

En el día de hoy del año 2009, el plebiscito popular dijo sí a la nueva Constitución propuesta por el presidente Evo Morales. Hasta este día, los indios no eran hijos de Bolivia: eran nada más que su mano de obra.

En 1825, la primera Constitución otorgó la ciudadanía al tres o cuatro por ciento de la población. Los demás, indios, mujeres, pobres, analfabetos no fueron invitados a la fiesta.

Para muchos periodistas extranjeros, Bolivia es un país ingobernable, incomprensible, intratable, inviable. Se equivocan de in: deberían confesar que Bolivia es, para ellos, un país invisible. Y eso nada tiene de raro, porque hasta el día de hoy, también Bolivia había sido un país ciego de sí (GALEANO, 2012, p. 22).

## RESUMO

Essa tese faz um estudo da política de saúde na Bolívia a partir das reformas levadas pelo governo de esquerda do MAS (Movimiento al Socialismo). O objetivo é analisar, pelo prisma dos processos de reforma, se um governo de esquerda implica em maior cobertura do sistema de saúde, ou se outros fatores político-institucionais são mais fortes nesse processo. Busca-se contribuir para a compreensão do “giro à esquerda” na América Latina, a partir desse caso particular. Na Bolívia, as reformas instituídas após os anos 1980 aprofundaram a exclusão em saúde e colaboraram para constituir um sistema de saúde fragmentado e segmentado. A vitória do MAS em 2005 trouxe a expectativa de uma reforma dessa política. A questão colocada é: qual o efeito da ascensão da esquerda à presidência na política de saúde boliviana? Como a presença da esquerda tem afetado a reconfiguração do sistema de saúde boliviano? A hipótese central é de que um partido de esquerda no governo tem o efeito de promover reformas na política de saúde que garantem mais universalidade e integralidade. Pressupõe-se também que nenhum fator isolado determina mudanças institucionais na arena política. A investigação, qualitativa e focada em configurações causais, assume uma abordagem institucional que considera as decisões políticas como resultantes da combinação de fatores e que as instituições, em grande medida, condicionam e determinam o comportamento dos atores políticos. Além da ideologia do partido do presidente eleito, central para a análise, são considerados o sistema partidário, as relações intergovernamentais entre os níveis de governo e o legado das políticas de saúde. Trata-se de um estudo de caso cuja estratégia metodológica mescla a análise histórica comparativa e *process tracing*, utilizando a literatura pertinente, a legislação e os programas governamentais e de campanha, outros documentos relacionados à saúde e entrevistas com ex-dirigentes do Ministério de Salud y Deportes durante o governo do MAS. Constatou-se que a conjunção de fatores levou à frustração de uma reforma radical na política de saúde a partir de um governo de esquerda na Bolívia. Mesmo em um contexto político-institucional favorável ao governo e propício a uma reforma nessa política, a agenda do Executivo foi constringida especialmente pelas próprias características do partido: a natureza constituída de diversos grupos e interesses internos e a disjunção entre suas duas almas: de movimento social e de governo.

Palavras-chave: Governos de esquerda. Política de saúde. Reformas da saúde. Mudança institucional.

## **ABSTRACT**

The thesis dissertation is centered in health policy reforms implemented in Bolivia during MAS' left-wing government. By analyzing the reform processes, the main purpose is to understand if a left-wing government provides a more inclusive and comprehensive health policy, or if other political and institutional aspects are more relevant. Our aim is to provide a better comprehension of the left-turn in Latin America through the Bolivian case. In Bolivia, the reforms instituted after 1980's deepened health exclusion and pushed the constitution of a fragmented health system. In 2005, MAS victory in elections arose expectations of a reform in health policies. The main issues are: what is the effect of left-wing rising to presidency in Bolivian health policy? How that has affected the reconfiguration of the Bolivian health system? The working hypothesis is that the left-wing government has the effect of promoting more inclusive and universal health policy reforms. We also claim that no isolated factors assure institutional changes in policy arena. The qualitative study, focused on causal configurations and framed in an institutional approach, presumes that political decisions result from a combination of factors and institutions constrain and determine political actors' behavior. Besides presidential party ideology, central in the analysis, we take into consideration the party system in which the president is inserted, the intergovernmental relations between government levels and the legacy of health policies. The literature in the matter, governmental and campaign programs, health legal framework and other policy health related documents as well as interviews with MSD leaders are analyzed through a methodological mix of comparative historical analysis and process tracing. The results show that the conjunction of factors led to the frustration of a radical reform in health policy from a leftist government in Bolivia. Although the political and institutional context was favorable to the government and auspicious to a reform in health policy, the Executive's agenda was constrained especially by the very characteristics of the party: the nature constituted of diverse groups and internal interests and the disjunction between its two souls: social movement and government.

Key words: Left-wing governments. Health policy. Health reforms. Institutional change.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Níveis de governo e eixos das relações intergovernamentais na Bolívia a partir da Ley 031 de 2010 .	60
Figura 2- Dinâmica dos sistemas de saúde .....	155
Figura 3- Mapa político da Bolívia, 2012.....	167
Figura 4- Organização do sistema da saúde boliviano em 2005.....	222
Figura 5- Espaços de gestão e de participação comunitária dos níveis nacional, departamental e local de saúde, no SAFCI.....	240
Figura 6- Estrutura organizacional da rede de serviços no sistema de saúde boliviano .....	243
Figura 7- Fragmentação e segmentação no sistema de saúde boliviano, 2010.....	248
Figura 8- Fragmentação e segmentação no sistema de saúde boliviano, 2014.....	255

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Proporção de votos nas eleições presidenciais na Bolívia entre 1993 e 2014, por partido.....	103
Gráfico 2 – Proporção de votos do MAS nas eleições presidenciais de 2005, 2009 e 2014, por Departamento da Bolívia.....	106
Gráfico 3– Volatilidade eleitoral agregada, Bolívia, 1989-2009.....	107
Gráfico 4- Número efetivo de partidos eleitoral e parlamentar na Bolívia (NEPe e NEPp), 1985-2009 .....	108
Gráfico 5- Proporção de municípios governados pelo MAS, por Departamento, alcançada pelos processos eleitorais de 2010 e 2015 .....	114
Gráfico 6- Percentual de participação das fontes de financiamento da saúde segundo a faixa de renda dos países, 2012.....	157
Gráfico 7- Coeficiente de Gini para a Bolívia entre 1989 e 2013 .....	169
Gráfico 8- Taxa anual de crescimento do PIB e PIB per capita (em dólares de 2010) na Bolívia, 1990-2014.....	170
Gráfico 9- Gasto público social total e com a saúde na Bolívia, como porcentagem do PIB, 1995-2012.....	171
Gráfico 10- Comportamento de indicadores selecionados de cobertura de ações de saúde materno-infantil na Bolívia, 1996-2005 .....	225
Gráfico 11 - Taxas de mortalidade infantil e materna, 1975-2005.....	226
Gráfico 12- Gasto em saúde na Bolívia, 1995-2005 .....	227
Gráfico 13- Gasto em saúde na Bolívia 1995-2014 .....	260
Gráfico 14- Gasto per capita em saúde na Bolívia, 1995-2014.....	262
Gráfico 15- Densidade de profissionais de saúde por 10 mil habitantes, Bolívia, 1993-2013 .....	263
Gráfico 16- Proporção de estabelecimentos de saúde na Bolívia, por tipo de estabelecimento, entre 2000 e 2014 .....	264
Gráfico 17- Distribuição dos estabelecimentos de saúde, da atenção primária e total, segundo a população e o índice de pobreza dos Departamentos, no sentido decrescente, Bolívia, 2014.....	266
Gráfico 18- Cobertura do sistema de saúde boliviano declarada nas pesquisas domiciliares de 2007 e 2014 .....	267
Gráfico 19- Cobertura do sistema de saúde boliviano, por vinculação aos subsistemas e Departamentos, em 2007 .....	268

Gráfico 20- Cobertura do sistema de saúde boliviano, por vinculação aos subsistemas e Departamentos, em 2014 .....	269
Gráfico 21- Local de realização do último parto, nascido vivo, nos anos de 2006, 2008 e 2014, na Bolívia.....	270
Gráfico 22- Proporção de crianças que tiveram acesso à reidratação oral, ao tratamento de infecções respiratórias agudas (IRA) e à suplementação de vitamina A, Bolívia, 2003 e 2008 .....	271
Gráfico 23- Proporção de demanda de planejamento familiar atendida, em áreas urbanas e rurais na Bolívia, 1994-2008 .....	272
Gráfico 24- Proporção de mulheres fazendo uso de métodos contraceptivos, tradicionais ou modernos, e com necessidades de planejamento familiar satisfeita, por quintil de renda, Bolívia, 1994-2008.....	273
Gráfico 25- Proporção de mulheres que tiveram atendimento pré-natal de uma e até quatro visitas, por setor urbano e rural, Bolívia, 1994-2008 .....	273
Gráfico 26- Proporção de partos atendidos por pessoal capacitado, Bolívia, 1994-2013. ....	274
Gráfico 27– Razão de mortalidade materna (/100 mil nascidos vivos) na Bolívia, 1980-2015 .....	275
Gráfico 28- Taxas de mortalidade neonatal e mortalidade infantil por mil nascidos vivos, Bolívia, 1994-2008 .....	275

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Tipos de reforma de políticas, em função dos processos e dos resultados implementados.....	35
Quadro 2- Sistemas partidários na América Latina, segundo graus de polarização e fragmentação .....	48
Quadro 3- Tipologia dos partidos governantes na América Latina.....	81
Quadro 4- Partidos e coalizões governantes na Bolívia entre 1985 e 2015 .....	100
Quadro 5- Classificação de países da América Latina, segundo distintos autores, em relação aos regimes de bem-estar .....	133
Quadro 6- Tipologia dos sistemas de saúde latino-americanos, segundo Londoño e Frenk (1997) .....	151
Quadro 7- Indicadores utilizados na análise do sistema de saúde boliviano, segundo dimensões selecionadas .....	164
Quadro 8- Presidentes bolivianos durante o período da ditadura militar, 1964-1982. Sánchez de Lozada – 2002-2003 - Carlos Mesa (2003-2005); Eduardo Rodríguez (2005-2006).....	215
Quadro 9- Ministros do MSD nos governos do MAS entre 2006 e 2016 e ações no sistema único durante a gestão. ....	289

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Institucionalização do sistema partidário, medida pelos índices número efetivo de partidos, fragmentação e volatilidade em países da América do Sul .....	49
Tabela 2- Dimensões e indicadores dos regimes de bem-estar na América Latina e conglomerados (2000-2002) e média da região e na Bolívia (2000-2002 e 2010-2013) .....	137
Tabela 3- Proporção (%) da população boliviana com necessidades básicas insatisfeitas e variação média anual, por Departamento e para o país. Censos de 1992, 2001 e 2012 .....	168
Tabela 4 - Cobertura do sistema de saúde boliviano, por subsistema, em anos selecionados.....	223
Tabela 5 - Cobertura do Seguro Médico Gratuito de Vejez em 2003 .....	224
Tabela 6- Proporção de mulheres que tiveram demanda de uso de contraceptivos e planejamento familiar atendidas, em áreas urbanas e rurais na Bolívia, 1994-2008..	226

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADN	Acción Democrática Nacionalista
APB	Autonomia para Bolívia
APDHP	Asamblea Permanente de Derechos Humanos de Bolívia
APRA	Alianza Popular Revolucionaria Americana
ASOFAMD	Asociación de Familiares de Detenidos, Desaparecidos y Mártires por la Liberación Nacional de Bolívia
ASP	Asamblea por la Soberanía de los Pueblos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CBF	Corporación Boliviana de Fomento
CEJIS	Centro de Estudios Jurídicos y Pesquisa Social
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CIDOB	Central Indígena de los Pueblos del Oriente Boliviano
COB	Central Obrera Boliviana
CODEMETRA	Consejo Departamental de Medicina Tradicional
COMIBOL	Corporación Minera de Bolívia
COMSIB	Confederación Médica Sindical Boliviana
CONAMAQ	Consejo Nacional de Ayllus y Markas Qollasuyo
CONAMETRA	Consejo Nacional de Medicina Tradicional
CONAMETRAB	Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana
CONAN	Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición
CONDEPA	Conciencia de Patria
CPESC	Coordinadora de Pueblos Étnicos de Santa Cruz
CSTB	Confederación Sindical de Trabajadores de Bolívia Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolívia
CSUTCB	
CUS	Cobertura Universal em Saúde
DIDES	Direcciones Departamentales de Salud
DILOS	Directorios Locales de Salud
EDAs	Enfermedades Diarreicas Agudas
EGTK	Ejército Guerrillero Tupac Katari
ELAM	Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas
ENFE	Empresa Nacional de Ferrocarriles del Estado

EUA	Estados Unidos da América
EXTENSA	Programa Nacional de Extensión de Coberturas (EXTENSA)
FIS	Fondo de Inversión Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNMCB-BS	Federacion Nacional de Mujeres Campesinas de Bolívia-Bartolina Sisa
FSB	Falange Socialista Boliviana
IBSS	Instituto Boliviano de Seguridad Social
IDH	Impuesto Directo a los Hidrocarburos
INASES	Instituto Nacional de Seguridad Social
INASME	Instituto Nacional de Suministros Médico
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPSB	Instrumento Político pela Soberania de Los Pueblos
IRAs	Infecções Respiratórias Agudas
LAB	Loyd Aéreo Boliviano
LDA	Ley de Descentralização Administrativa
LPP	Ley de Participación Popular
MAS	Movimiento al Socialismo
MAS-IPSP	Movimiento al Socialismo - Instrumento Político por la Soberania de los Pueblos
MBL	Movimiento Bolívia Libre
MDH	Ministerio de Desarrollo Humano
MDS	Movimiento Demócrata Social
MIP	Movimiento Indígena Pachakuti
MIR	Movimiento de Izquierda Revolucionaria
MNR	Movimiento Nacional Revolucionario
MNRI	Partido Nacionalista Revolucionario de Izquierda
MPSSP	Ministério de Previsión Social e Salud Pública
MRTK	Movimiento Revolucionario Tupac Karati
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSM	Movimiento sin Miedo
MSPS	Ministério de Salud y Previsión Social
NFR	Nueva Fuerza Republicana
NPE	Nueva Política Economica

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PCB	Partido Comunista Boliviano
PDC	Partido Demócrata Cristiano
PES	Plan Estratégico de Salud
PIASS	Programa Integrado de Atención de Área de Salud
PIB	Produto Interno Bruto
PIR	Partido da Izquierda Revolucionaria
PND06-11	Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011
PODEMOS	Poder Democrático Social
POR	Partido Obrero Revolucionario
PP	Partido Popular
PPB-CN	Plan Progreso para Bolívia-Convergencia Nacional
PRA	Partido Revolucionario Auténtico
PRIN	Partido Revolucionario de la Izquierda Nacionalista
PROISS	Proyecto Integrado de Salud
PS	Partido Socialista
PSD10-20 HSU	Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia la Salud Universal"
PT	Partido de los Trabajadores
PVB	Partido Verde de Bolívia
RIG	Relações Intergovernamentais
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SBS	Seguro Básico de Salud
SCISP	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SESO	Seguro Escolar de Salud Obligatorio de El Alto
SILOS	Sistema Locales de Salud
SMGV	Seguro Médico Gratuito de Vejez
SNMN	Seguro de Maternidad y Niñez



SSPAM	Seguro de Saluyd para el Adulto Mayor
SUICS	Sistema Único Intercultural y Comunitario de Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUSA	Seguro Universal de Salud Autonomico
SUSALUD	Seguro Universal de Salud
SUSAT	Seguro Universal de Salud Autonomico de Tarija
TGN	Tesouro Geral da Nación
UCS	Unión Cívica Solidaridad
UD	Concertación Unión Demócrata
UDP	Unidad Democrática y Popular
UDP	Unidad Democrática y Popular
UN	Frente de Unidad Nacional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
YPBF	Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO 1 – INSTITUIÇÕES E POLÍTICA COMO DETERMINANTES DE POLÍTICAS SOCIAIS .....	30
Introdução.....	30
1.1 Reformas em políticas vistas como mudança institucional.....	31
1.2 Explicar reformas sociais por uma abordagem institucional que considere multicausalidade .....	38
1.2.1 Ideologia partidária e sistema partidário importam? .....	40
1.2.1.1 Partidos e o sistema partidário: América Latina e Bolívia .....	44
1.2.2 A relação dos agentes políticos – a liderança institucionalizada do presidente e o legislativo .....	49
1.2.3 As relações entre os níveis de governo como determinantes para uma reforma da política de saúde .....	56
1.2.4 O legado restringindo alternativas.....	63
Síntese.....	67
CAPÍTULO 2 - A ESQUERDA NA AMÉRICA LATINA.....	69
Introdução.....	69
2.1 O “giro à esquerda” na América Latina .....	72
2.2 Os formatos e as políticas da esquerda na América Latina. ....	79
Síntese.....	85
CAPÍTULO 3- MUDANÇA ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL NA BOLÍVIA.....	87
Introdução.....	87
3.1 A esquerda na Bolívia .....	87
3.1.1 O MAS como alternativa à esquerda na Bolívia .....	92
3.2 Quais limites e possibilidades os sistemas político e partidário colocam para a reforma? ..	98
3.3 O espaço de ação do MAS no governo: o parlamento, a oposição e os movimentos sociais .....	110
3.4 O cenário das relações entre os níveis de governo – a questão das autonomias .....	116
CAPÍTULO 4- SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA.....	123
Introdução.....	123
4.1- Proteção social e regimes de bem-estar na América Latina.....	123
4.1.1 Tipologias dos regimes de bem-estar latino-americanos.....	130

4.1.2 Qual proteção social na Bolívia? .....	136
4.2- Sistemas de saúde e sua tipologia na América Latina.....	141
4.2.1 Classificando sistemas de saúde .....	144
4.2.2 Alcançando os sistemas de saúde latino-americanos .....	149
4.3- Dimensões para a análise das reformas dos sistemas de saúde.....	155
4.3.1 O que entendemos por reforma dos sistemas de saúde?.....	159
4.3.2 Como analisar as reformas do sistema de saúde boliviano?.....	160
<b>CAPÍTULO 5 - A POLÍTICA DE SAÚDE NOS GOVERNOS NEOLIBERAIS NA</b>	
<b>BOLÍVIA.....</b>	<b>166</b>
Introdução.....	166
5.1 De qual país tratamos?.....	166
5.2 O cenário político-institucional e da constituição do sistema de saúde na Bolívia: dos anos 1930 aos anos 1980. ....	172
5.3 A redemocratização e uma nova concepção para a política de saúde .....	180
5.4 A política de saúde nos governos neoliberais entre 1985 e 2005 .....	183
Paz Estenssoro – 1985-1989.....	185
Paz Zamora – 1989-1993.....	193
Sánchez de Lozada- 1993-1997.....	200
Hugo Bánzer – 1997-2001.....	209
Síntese.....	221
<b>CAPÍTULO 6- A POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO DO MAS .....</b>	<b>229</b>
Introdução.....	229
6.1 O desenho institucional da política de saúde e a perspectiva de construção de um sistema único .....	231
6.1.1- A aposta não concretizada na reforma do sistema de saúde no primeiro mandato do MAS .....	233
6.1.2- Um novo rumo na reforma da política de saúde no segundo mandato do MAS?....	249
6.1.3- O terceiro mandato: breve análise de um tempo ainda em curso.....	256
6.2 O efeito das mudanças no sistema de saúde, em perspectiva comparada .....	258
6.3 A reforma idealizada da política de saúde, mas não concretizada .....	276
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>291</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>306</b>

## Introdução

Este é um estudo em profundidade acerca da política de saúde na Bolívia, especificamente a partir das reformas levadas pelo governo de esquerda do *Movimiento al Socialismo* (MAS). Nosso objetivo é, por meio da abordagem qualitativa, analisar minuciosamente os processos de reforma na política de saúde desse governo, para responder se um governo de esquerda faz diferença no sentido da maior inclusão e abrangência dessa política ou se outros fatores político-institucionais são mais fortes nesse processo. Nesse sentido, o estudo busca contribuir para a compreensão do “fenômeno” que foi o “giro à esquerda” na América Latina, desvendando um pouco mais este caso em particular.

Entendemos que após os governos de cunho neoliberal entre 1985 e 2005 – estes já em um ambiente democrático –, o governo de esquerda do MAS tenha abraçado a meta de alcançar maior igualdade tanto no aspecto socioeconômico, com a redução de desigualdades entre as classes, quanto no status dos diferentes grupos sociais. Do ponto de vista da ação política, entendemos que os governos de esquerda privilegiam o Estado como reformulador da sociedade e da economia e se colocam criticamente com relação à possibilidade de o mercado equacionar sozinho todas as demandas sociais. Portanto, trabalhamos com o fato da eleição de Evo Morales para a presidência do *Estado Plurinacional de Bolívia*, em 2005, trazer a expectativa de melhoria das condições de vida da população por meio do investimento em políticas sociais que alcancem a grande parcela da população historicamente delas excluída.

A relevância do estudo da política de saúde está, dentre outros, em sua complexidade intrínseca: é um importante setor de reprodução social, marcado por uma alta especificidade técnica e pela presença de fortes e importantes interesses corporativos, políticos e econômicos. Além dessa premissa, o atendimento das necessidades de saúde tornou-se uma questão fundamental para a ação dos governos, considerando o contexto atual de marcadas crises econômicas no qual convivem, paradoxalmente, o aumento da esperança de vida ao nascer e, em muitos países, problemas extremos de saúde, como doenças infectocontagiosas típicas de países com baixo desenvolvimento e doenças crônicas, típicas de países desenvolvidos.

No caso da Bolívia as questões a serem enfrentadas no campo da saúde são exacerbadas, uma vez que o país se encontra entre aqueles com maiores níveis de desigualdade e pobreza no mundo. Ao final dos anos 1990 o índice de Gini na Bolívia era de 0,595 (a média para a América Latina foi de 0,533). Em 2013 o índice de Gini na Bolívia foi de 0,491 (próximo à média da América Latina, de 0,497), mas com uma distribuição diferenciada dentro do país: 0,422 nas áreas urbanas e 0,522 nas áreas rurais, sendo que estas últimas concentravam 34% da

população, conforme dados da CEPAL. A expectativa de vida ao nascer estimada para o período 2010-2015 era de 70,2 e 65,3 anos para mulheres e homens, respectivamente, a mais baixa entre os países da América do Sul e em relação à média da América Latina (78,0 e 71,5 para mulheres e homens, respectivamente). A taxa de mortalidade materna em 2013 foi de 200 óbitos/100 mil nascidos vivos, a maior entre os países latino-americanos. Em 2010 cerca de 37% da população não tinha nenhum tipo de cobertura em saúde (DUPUY, 2011).

A política de saúde é um componente dos sistemas de proteção social. Nos países da América Latina, de forma geral, o Estado teve tradicionalmente um papel ativo na provisão da proteção social (em suas diversas políticas, incluindo a de saúde), mas a forma de ofertar os serviços acabou por distorcer seus fins universalistas, ou seja, o alcance das garantias à totalidade das populações, e tendeu a sustentar privilégios corporativos. Dadas as limitações fiscais e institucionais desses Estados, as políticas sociais constituíram modelos que incorporaram os distintos grupos sociais de forma fragmentada em função de sua inserção no mercado de trabalho – nos casos dos países de maior desenvolvimento na região –, ou modelos duais e excludentes com cobertura apenas aos grupos inseridos no mercado formal de trabalho. Esses sistemas de proteção social, até a crise econômica dos anos 1970 e com as reformas instituídas nas políticas sociais nos anos 1980 e 1990, se caracterizaram por sua forte estratificação, direcionando recursos para grupos que não necessitavam ou necessitavam menos deles (FILGUEIRAS et al., 2006). Da mesma forma, em muitos casos as reformas dos sistemas de saúde na região resultaram em exclusões e na segmentação desses sistemas de acordo com a capacidade de pagamento dos diferentes conjuntos da população.

Sob o argumento de que as desigualdades em saúde refletem as desigualdades econômicas e sociais produzidas em cada país, algumas abordagens têm justificado alternativas que limitam a garantia universal da saúde, aqui entendida como a garantia de acesso às ações de saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos. Essas abordagens refletem a existência de dois paradigmas para os sistemas de saúde – as políticas universais e aquelas segmentadas e residuais –, temática inserida na discussão mais ampla das profundas mudanças econômicas e políticas ocorridas na América Latina nos anos finais do século XX e iniciais do século XXI. Em um primeiro momento, marcado pela substituição de governos autoritários, e do desenvolvimentismo pela democracia e liberalização econômica – nas décadas finais do século XX –, o consenso acerca da necessidade de reformulação do Estado e redefinição de suas funções materializou-se em práticas e políticas nas mãos de governos de centro-direita (ex.: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Venezuela, Uruguai). As reformas nos sistemas de saúde, adotando a ideologia neoliberal, passaram preponderantemente pela redução dos

custos dos sistemas, incorporando alternativas como a privatização de serviços e suas variantes; a separação das funções de financiamento e provisão; a definição de pacotes mínimos e máximos de oferta de serviços; o controle da demanda através de mecanismos de co-pagamento e de atenção gerenciada, dentre outros; a descentralização; a focalização das ações em questões e populações prioritárias. A questão central do receituário das reformas, entretanto, foi a discussão do papel do Estado nos sistemas de saúde (COUTINHO, 2006).

Em um segundo momento, nos anos iniciais do século XXI, houve uma reação contra essas reformas em direção ao mercado, que não conseguiram transformar significativamente as estruturas sociais da pobreza e as desigualdades da região. Abriu-se um período pós-neoliberalismo (embora não se possa considerar que esse estivesse plenamente desenvolvido na região) no qual em quase toda a América Latina foram eleitos governos de esquerda e centro-esquerda (LEVITSKY e ROBERTS, 2011: p.2), mais preocupados com a defesa dos interesses nacionais e com questões relacionadas à pobreza e às desigualdades (por exemplo, na Argentina, Brasil, Bolívia, Equador, El Salvador, Chile, Uruguai, Venezuela, Costa Rica e Nicarágua). Na maioria desses países os governos têm experimentado formas de conter a força da liberalização com esforços para a redução da dívida pública, da vulnerabilidade externa e dos índices de pobreza, dentre outros (COUTINHO, 2006). A expectativa colocada é de que o Estado abrace o desafio de retomar seu papel de indutor do desenvolvimento e de ser o agente capaz de reequilibrar as tensões entre o mercado e a sociedade. Nos sistemas de saúde, as reformas instituídas a partir dos anos 2000 geralmente têm buscado ampliar a cobertura aos excluídos dos sistemas de proteção social com a reforma das leis gerais e a garantia do direito à saúde.

Ressaltamos que entendemos por reforma da política de saúde aqueles processos de mudança estrutural que alteram as concepções de saúde e doença, os princípios organizativos dos sistemas de saúde, o papel do Estado, do setor privado e das organizações da sociedade que interagem nesse campo (ALMEIDA, 2005). Ou seja, as mudanças ocorridas na política afetam os princípios, as estruturas e as regras duras da política. Reformas que afetam apenas parte dos princípios e da institucionalidade da política de saúde configuram reformas parciais (DRAIBE, 2003).

No caso da Bolívia as reformas dos anos 1980 e até o início dos anos 2000 contribuíram para com o aprofundamento da exclusão em saúde, entendida como a impossibilidade de um indivíduo acessar a atenção adequada à saúde. Essa exclusão tem causas diversas, endógenas ou exógenas ao sistema. As causas endógenas ao sistema são sua fragmentação e segmentação. As exógenas incluem o analfabetismo, principalmente das mulheres, a barreira econômico-

financeira associada à pobreza, à ruralidade, e às barreiras geográficas, bem marcadas na Bolívia pelas regiões dos altiplanos e dos vales, e a origem étnica (CHACÓN e VALVERDE, 2009), o que por si só justifica que a política de saúde boliviana deve assumir uma concepção ampla de saúde, que vá além do binômio saúde-doença e inclua intervenções intersetoriais sobre seus determinantes sociais.

A fragmentação do sistema de saúde boliviano é especialmente caracterizada pela baixa integração das receitas e das contribuições, pela existência de distintas formas de vinculação dos usuários nos setores público e privado e por uma estrutura heterogênea de prestação de serviços públicos. Essa característica limita a capacidade de alcançar uma efetiva cobertura da população e, ao contrário, produz a exclusão de grande parcela da população. A fragmentação é também reforçada pela focalização de programas de atenção à saúde para públicos distintos, tradicionalmente crianças, gestantes e idosos. A segmentação é reconhecida na dificuldade de coordenação dos subsistemas público, do seguro social e privado, que tendem a competir entre si pelos recursos provocando perdas de economia de escala e o uso ineficiente dos recursos, além de não permitir a garantia de um padrão de assistência à saúde e de fragilizar a regulação efetiva do sistema pelo Estado (CHACÓN e VALVERDE, 2009).

Somadas à forte herança do sistema de proteção social formatado no país, as reformas que resultaram nesse quadro do sistema de saúde ocorreram em um contexto no qual a Bolívia relativamente se notabilizou na América Latina, ao final dos anos 1980 e nos anos 1990, por uma estabilidade política e econômica baseada em um crescimento moderado (em média 4% entre 1989 e 1997), governos de coalizão estáveis – de centro e centro-direita – e pela realização de reformas institucionais do Estado. Esses governos adotaram uma política de cunho neoliberal. A partir do final dos anos 1990 a paralisação da economia, a crise fiscal, a polarização política, o surgimento de movimentos indígenas contestatórios e a multiplicação das demandas sociais e regionais constituíram uma prolongada crise de governabilidade, propiciando a ascensão de novas forças políticas, sendo a principal delas o MAS – *Movimiento al Socialismo*, um partido de esquerda.

O MAS chegou ao poder em 2005 sustentado por uma combinação de propostas inclusivas étnicas e nacionalistas e uma retórica anti-neoliberal. Sua vitória representou a ascensão de uma esquerda diferenciada da esquerda trabalhista e classista tradicional do país por representar identidades e demandas camponesas e étnico-culturais, sustentar-se sob uma rede de organizações sindicais, movimentos sociais e povos indígenas, expressar um projeto nacionalista estatista e praticar uma política internacional próxima à Venezuela e a Cuba (MAYORGA e RODRÍGUEZ, 2010; MADRID, 2011). O MAS tem promovido mudanças

significativas como a promulgação da nova Constituição; a incorporação ativa, em instituições e espaços de governo, de atores antes excluídos; a definição do país como Estado Plurinacional; e as mudanças na configuração territorial, com a implementação das autonomias. A agenda do governo segue as linhas de geração de excedente econômico para investimento em um processo de industrialização com protagonismo estatal – principalmente no setor dos hidrocarbonetos e da mineração –, e redistribuição das receitas fiscais por meio de políticas sociais de caráter popular. Como desafio, enfrenta o complexo processo de construção de uma nova institucionalidade estatal (MAYORGA e RODRÍGUEZ, 2010: p.118). No âmbito da economia, o PIB na Bolívia teve um crescimento médio de 6,0% entre 2006 e 2013, muito superior à média de 3,7% do período anterior entre 1995 e 2005<sup>1</sup>. Esse crescimento em muito se deve ao momento de alta nos preços das *commodities* e ao maior peso das exportações (minerais, soja e gás, por exemplo), mas também aos esforços do governo de controlar as cadeias produtivas de diversos desses produtos, garantindo que suas receitas permanecessem no país. Esses resultados fortaleceram a capacidade executora do Estado, que incrementou sua capacidade produtiva em 252% no período 2006-2012 em relação a 1999-2005 (CUNHA FILHO, 2014).

No nosso campo específico de interesse, a política de saúde, a nova Constituição promulgada em 2009 deu relevância à garantia universal da saúde e à proteção do direito à saúde, que deve ser garantido por políticas de promoção da qualidade de vida, do bem-estar coletivo e do acesso gratuito aos serviços. O Estado tem o dever incontestável de garantir esse direito, dando prioridade à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Esse reconhecimento na Constituição, somado (e fruto) à posição ideológica do governo do MAS e às condições de crescimento econômico presentes no país, abre a perspectiva de uma reforma da política de saúde que rompa com a institucionalidade existente e que possibilite a inclusão dos segmentos excluídos do sistema de saúde, resultando em mudanças nas condições de saúde da população.

Entendemos, portanto, que a ascensão do MAS ao governo da Bolívia abriu uma janela de oportunidade para a reforma da política de saúde. Reconhecemos, no entanto, que existem constrangimentos a essa reforma. A tradição do subsistema do seguro social, com sua cobertura restrita a um grupo minoritário da população vinculado ao mercado de trabalho, conformou entre os atores que nele orbitam interesses que os coloca no campo de disputa e defesa dos benefícios e vantagens dos quais usufruem. Por sua vez, o processo de descentralização ocorrido na Bolívia a partir dos anos 1990 e posteriormente aprofundado com a instituição das

---

<sup>1</sup> Dados da OMS disponíveis em <http://ais.paho.org/phis/viz/basicindicatorbrowser.asp>



autonomias em 2010, gerou novos espaços de relações intergovernamentais que colocam um desafio para a coordenação do sistema de saúde em uma proposta mais inclusiva e abrangente.

A questão que nos interessa, portanto, é: Qual o efeito da ascensão da esquerda à presidência na política de saúde boliviana? Em outros termos, como a presença da esquerda tem afetado a reconfiguração do sistema de saúde boliviano?

Nosso interesse está tanto nas mudanças no desenho dessa política para garantir princípios mais inclusivos, quanto no alcance da política de saúde na Bolívia a partir de 2005 no sentido de ampliar o acesso à assistência à saúde, diminuindo ou eliminando as formas de exclusão, e de ampliar a cobertura das ações na direção de uma atenção integral. Construir um sistema de saúde mais abrangente e inclusivo implica em alcançar a universalidade, entendida como a cobertura de toda a população conforme suas necessidades em saúde. Argumentamos que para alcançar essa meta são necessárias reformas estruturais no sistema de saúde que eliminem ou reduzam drasticamente sua fragmentação e segmentação, características que historicamente têm condicionado a exclusão em saúde no país. A mudança deve, portanto, afetar de forma radical a institucionalidade do sistema de saúde.

A análise da questão que colocamos – o efeito da ascensão da esquerda à presidência na política de saúde boliviana – é orientada para responder à indagação a seguir, que tange as várias dimensões do problema. De forma genérica podemos perguntar: Quais são as condições político-institucionais sob as quais tem se construído a política de saúde e as reformas do sistema de saúde? O foco é na mudança ideológica do governo central na Bolívia e nos processos de construção da política de saúde em relação àquelas anteriores a esse marco, sob o pressuposto de que a presença da esquerda conduz a reformas que atendem às mudanças no sistema de saúde que aqui defendemos: a constituição de um sistema mais abrangente e inclusivo.

A construção da política de saúde em um governo de esquerda, mesmo em um contexto de maioria parlamentar como ocorre na Bolívia a partir do segundo mandato do MAS, sofre também os efeitos da institucionalidade do Estado. Esse contexto condiciona as relações que ocorrem entre os poderes Executivo e Legislativo, relações essas que influenciam os processos de definição e implementação da política de saúde. Da mesma forma, condiciona as relações intergovernamentais, especialmente considerando o fato de que a Bolívia é um Estado unitário. Perpassam essas questões os efeitos da institucionalidade herdada de processos anteriores à ascensão do MAS ao governo. Essas dimensões da questão impõem, para a explicação dos processos políticos e institucionais que levam à reconfiguração da política de saúde, um estudo qualitativo focado em configurações causais.

Colocamos a hipótese central de que a presença da esquerda no governo central tem o efeito de promover reformas na política de saúde que garantem mais inclusão e universalidade, mas partimos do pressuposto que nenhum fator isolado determina mudanças institucionais na arena política. E, considerando as condições político-institucionais sob as quais a política de saúde tem sido construída, elencamos as sub-hipóteses a seguir:

- 1- A ideologia do partido do presidente, bem como suas características enquanto instituição de representação de interesses, conformam as reformas na política de saúde.
- 2- O contexto institucional e do sistema partidário na Bolívia a partir de 2005 conferiram maior poder de agenda ao Executivo, favorecendo a condução de uma reforma radical na política de saúde que configure um sistema de saúde universal.
- 3- Em que pese o fato de a ascensão do MAS ao governo ter aberto a janela de oportunidade que propiciaria mudanças radicais na política de saúde, o legado das políticas de saúde anteriores condicionou o alcance dessas mudanças.
- 4- A Constituição Boliviana de 2009 e as mudanças na legislação infraconstitucional decorrentes criaram espaços de ação para os entes subnacionais que dificultam a coordenação entre esses níveis e o nível nacional do governo, comprometendo a implementação de uma reforma radical da política de saúde.

Como explicitado, o foco central do estudo é compreender e explicar a configuração da política de saúde boliviana a partir da chegada da esquerda ao poder em 2005, dado que ali existe uma perspectiva de mudança institucional, de uma reforma no próprio desenho da política com o objetivo de aumentar a capacidade inclusiva do sistema. O fenômeno em análise, portanto, é a mudança institucional no sistema de saúde na Bolívia consequente à reforma da política de saúde, a partir de dimensões aportadas da literatura específica, como: o formato do direito à saúde; o nível do gasto em saúde; a estrutura dos serviços; a cobertura e acesso aos serviços; e os resultados em saúde da população. Contudo, nos interessa avançar nessa análise identificando o reflexo das mudanças na segmentação e na fragmentação do sistema de saúde boliviano. A análise das mudanças na cobertura pelos subsistemas público, do seguro social e privado, nos indica a manutenção, redução ou eliminação da segmentação. A análise da estrutura da rede de serviços de saúde, especialmente do modelo de atenção à saúde adotado e dos programas implementados, nos indica a manutenção, redução ou eliminação da fragmentação do sistema de saúde.

A investigação assume uma abordagem institucional e considera que uma política nacional de saúde não poderia ser explicada por um fator ou outro, analisados isoladamente, mas por conjunções causais. Consideramos que as decisões políticas são o complexo resultado

da combinação de fatores e que as instituições, em grande medida, condicionam e determinam o comportamento dos atores políticos, delimitando sua possibilidade de ação e distribuindo os recursos existentes. Como afirmamos, o fator explicativo de maior interesse, dada nossa hipótese central, é a ideologia do partido do presidente eleito, o MAS. No entanto, temos que considerar a importância não apenas desse partido, mas também do sistema partidário no qual ele está inserido, dado que nas democracias esse sistema tem reflexos na formação dos governos e na forma pela qual os atores, dentro da arena política, lidam com as demandas políticas. Entendemos também que os vínculos dos partidos políticos na sociedade e seu caráter ideológico e programático têm reflexos na constituição do governo eleito e nos mecanismos e estratégias utilizados na definição e na implementação das políticas públicas. Além dessa configuração, abordamos também a centralidade do papel do presidente, especificamente tratando do poder de agenda do Executivo, tido na literatura como um dos principais fatores explicativos das políticas públicas. Por fim, trazemos ainda dois fatores para essa conjunção causal, que entendemos também condicionar as mudanças na política de saúde. O primeiro, as relações intergovernamentais que se estabelecem entre os níveis de governo, considerando que diferentes arranjos institucionais produzem diferentes formas de ação estratégica dos governos centrais e subnacionais, que podem determinar constrangimentos à implementação das políticas públicas. Especialmente no caso da Bolívia, a constituição das autonomias torna a coordenação entre os níveis de governo uma questão estratégica. O segundo é o legado das políticas de saúde, considerando que um contexto institucional estabelecido anteriormente condiciona proposições alternativas dessas políticas, ou seja, os constrangimentos estabelecidos pelas instituições originadas de uma política pública vão se refletir nas possibilidades de mudanças futuras.

A escolha dessa conjunção causal para a explicação das mudanças na política de saúde no governo do MAS não descarta a possibilidade de explicações alternativas para os resultados. Primeiramente destacamos os movimentos sociais, que operam a partir de sua capacidade de constituir grupos de interesse e abrir diálogo com os poderes do Estado e com outros atores institucionais, e de constituírem pontos de veto às reformas. Segundo, a burocracia estatal que, com o mandato legal de implementar as decisões tomadas no âmbito da democracia representativa, se constitui em um grupo de poder que detém certos recursos que atores do sistema não possuem como, por exemplo, a expertise relacionada a uma política específica. Ao mesmo tempo, a burocracia é entendida como a única instituição permanente do poder Executivo e, portanto, tem certo grau de autonomia que lhe permite negociar suas preferências e, portanto, influenciar nos resultados das mudanças nas políticas (OSZLAK, 2006). Destacamos, por fim, o contexto econômico-produtivo, que inclui a capacidade de um país de

produzir renda e gerar receitas, o desempenho do seu mercado doméstico de capital e também a disponibilidade de recursos externos, como créditos e doações. Um ambiente econômico doméstico dinâmico e uma economia mundial estável são fatores determinantes das finanças públicas nacionais e, aqui, as crises econômicas ao nível mundial têm consequências severas para os países em desenvolvimento. Também importam para as reformas nas políticas sociais analisar as decisões acerca da distribuição dos recursos públicos, resultado de processos políticos que envolvem atores e interesses em distintos segmentos. No entanto, essa tese não analisará tais fatores em função do seu recorte.

Fazemos aqui um estudo de caso, pelo qual buscamos compreender as mudanças institucionais decorrentes das reformas na política de saúde a partir da conjunção dos fatores explicativos que elencamos. Para a análise dessas reformas estabelecemos um recorte que demarcou, no momento seguinte, as mudanças e continuidades na política de saúde no país, ou seja, sua variação (DRAIBE, 2003). Esse ponto de corte é a conformação da política de saúde nos governos democráticos que antecederam ao MAS de 1982 a 2005, nos atendo principalmente aos vinte anos de governos de centro e centro-direita de cunho neoliberal, de 1985 a 2002. Para empreender essa análise combinamos análise histórica comparativa e *process tracing*, que envolve a observação de um caso específico ou um fenômeno temporalmente delimitado para a análise de teorias ou hipóteses (BENETT, 2008, p.704; SÁTYRO e CUNHA, 2014). Buscamos, para essa análise, a literatura pertinente, a legislação e os programas governamentais e de campanha referentes ao período aqui delimitado, e outros documentos produzidos pela imprensa e entidades relacionadas à saúde na Bolívia. Realizamos também entrevistas por *e-mail* com três ex-diretores que atuaram no *Ministerio de Salud y Deportes* no primeiro e segundo mandatos do MAS.

Essa tese está composta por seis capítulos. No primeiro deles discutimos a abordagem teórica e conceitual que adotamos. Em um primeiro momento defendemos a possibilidade de analisar a reforma de uma política como mudança institucional, e, portanto, focamos no fenômeno de interesse, qual seja, as mudanças no sistema de saúde boliviano consequentes às reformas na política de saúde após a ascensão do MAS ao governo na Bolívia. Em um segundo momento tratamos dos fatores políticos e institucionais que explicam essa política e apresentamos as hipóteses explicativas investigadas nesse estudo. Como o fator explicativo de maior interesse é a ideologia do partido do presidente eleito, trazemos a literatura que discute essa questão. Consideramos também a literatura que discute os partidos e o sistema partidário, o poder de agenda do Executivo, as relações intergovernamentais e o legado das políticas anteriores. Ao propor essa abordagem, assumimos que trabalhamos com uma conjunção de

fatores causais, ou seja, apesar de aqui serem apresentados isoladamente, a análise será feita no seu conjunto.

No segundo capítulo trazemos a contribuição recente do conhecimento acerca do giro à esquerda na América Latina com o objetivo de, ao incorporar elementos dessa literatura, abrir o caminho para a discussão específica da esquerda na Bolívia e da ascensão do MAS ao governo, que fazemos no capítulo seguinte. Demarcamos, portanto, o âmbito do tratamento aqui proposto quando falamos de esquerda.

O capítulo 3 discute o contexto político-institucional e a conjuntura da Bolívia em relação às abordagens teóricas adotadas nessa tese. Destacamos primeiramente a trajetória da esquerda no país e a ascensão do MAS como partido relevante no cenário político boliviano e até o governo. Discutimos também os principais aspectos que caracterizam o partido e suas relações com os movimentos que o sustentam e, a partir dessas características, posicionamos o MAS no sistema político e partidário boliviano. Isso porque assumimos que o sistema partidário tem reflexos na formação dos governos e na forma pela qual os atores dentro da arena política lidam com as demandas. Destacamos também as mudanças institucionais levadas pelo MAS no governo e como têm afetado o comportamento dos atores no cenário político boliviano – os partidos, o parlamento, e o poder de agenda do Executivo. Por fim, discutimos os principais aspectos do processo de descentralização e fortalecimento das autonomias na Bolívia, que têm, junto com as demais questões aqui colocadas, implicações na definição e implementação da política de saúde.

Ainda demarcando o espaço da análise aqui proposta, no capítulo 4 desenvolvemos a concepção de sistemas de saúde, trazendo as tipologias desses sistemas na América Latina a partir de uma análise da constituição dos sistemas de proteção social na região. Também discutimos as reformas implementadas nesses sistemas, especificamente por governos neoliberais nas décadas finais do século XX, assumindo que essas tenderam à redução de aportes financeiros, privatização da prestação de serviços e focalização das ações nos grupos menos favorecidos da população. Ou seja, se deram no sentido inverso à hipótese aqui defendida de que os governos de esquerda privilegiam uma política de saúde universal e inclusiva, com o objetivo de reduzir as desigualdades. Delimitamos também o conceito de reforma dos sistemas de saúde aqui adotado e apresentamos as dimensões utilizadas para analisar o alcance das reformas implementadas no sistema de saúde boliviano, ou seja, o nosso fenômeno: as mudanças na política de saúde e em sua institucionalidade.

Na sequência, o capítulo 5 traz a conformação e as reformas da política de saúde nos governos democráticos que antecederam ao MAS, de 1982 a 2005. Focamos especialmente os

vinte anos de governos neoliberais entre 1985 e 2005. O objetivo dessa análise é trazer o contexto político-institucional da política de saúde quando da posse do novo governo e, principalmente, considerando o arcabouço teórico aqui adotado, fornecer subsídios para a análise das reformas empreendidas *vis a vis* o legado dessa política.

Assim, chegamos ao capítulo 6 onde analisamos a política de saúde no governo do MAS e as reformas empreendidas nessa política. Perpassamos especialmente os dois primeiros mandatos, entre 2005 e 2014 trazendo os projetos desenhados para essa política, implementados ou não, e discutimos esses resultados à luz de nossos fatores explicativos. Trazemos também a análise das dimensões e indicadores que definimos no capítulo 4 para discutir as mudanças institucionais promovidas pelas reformas na política de saúde.

Por fim, resgatando as hipóteses que elencamos, trazemos a conclusão desse estudo. Nosso primeiro pressuposto foi de que os governos de esquerda empreendem reformas mais inclusivas e abrangentes. Mais ainda, esperávamos aqui uma mudança institucional drástica do sistema de saúde, o que não se confirmou pelas análises empreendidas. Mas esse fator – um governo de esquerda –, por si só, claramente não se apresentou como uma condição suficiente para essa mudança. No entanto, o contexto político-institucional estava favorável ao governo e, portanto, propício a uma reforma na política de saúde. Mesmo com tudo isso, não houve uma ruptura com a institucionalidade herdada do sistema de saúde. Argumentamos que a conjunção de fatores analisada constrangeu essas reformas, mas principalmente, isso se deve às características do MAS de partido-movimento.

## **Capítulo 1 – Instituições e política como determinantes de políticas sociais**

### **Introdução**

O objetivo desse capítulo é trazer elementos teóricos e conceituais acerca das instituições e da política como determinantes das políticas sociais, assumindo uma abordagem institucional e considerando que uma política nacional de saúde não poderia ser explicada por um fator ou outro, analisados isoladamente, mas por conjunções causais. Considera-se que as decisões políticas são o complexo resultado da combinação de fatores e que as instituições, em grande medida, condicionam e determinam o comportamento dos atores políticos, delimitando sua possibilidade de ação e distribuindo os recursos existentes.

Iniciar a discussão acerca da determinação dos fatores institucionais e políticos sobre as políticas sociais e, especialmente, sobre a política de saúde, demanda delimitar a concepção de instituição aqui adotada. Podemos tratá-las como os arranjos organizacionais da vida política, as estruturas formais como o congresso, o executivo, as agências subnacionais, as leis, os movimentos da sociedade, dentre outros, bem como as regras e procedimentos informais que estruturam o comportamento dos atores no cenário político (PIERSON e SKOCPOL, 2008; THELEN e STEINMO, 1992). De uma forma mais estruturada, Ikemberry (1988) delimita três níveis de alcance das instituições, quais sejam, as características específicas das instituições governamentais, como as regras decisórias, padrões e mecanismos de processamento das demandas; a forma como o poder é distribuído no Estado; e a ordem normativa que define as relações entre o Estado e a sociedade (IKEMBERRY, 1988, p.226-267).

Uma importante característica das instituições as associa ao seu grau de autonomia, criticando o entendimento de que a política é apenas o reflexo da sociedade e que as instituições são a consequência da agregação de comportamentos individuais (MARCH e OLSEN, 1984, 2004). Assumindo que são autônomas, entendemos que ao configurarem o espaço no qual as decisões são tomadas elas definem a ação política e, por sua vez, as políticas públicas (SÁTYRO, 2007). A maior significância dessa ênfase é o fato de que o elo causal entre a sociedade e a política é deslocado da primeira (a sociedade) para a última (a política). Ainda, entendemos que as instituições são dependentes do contexto e de sua história. Dessa forma, não são estáticas, apesar da legitimidade e da história codificadas nas normas e rotinas que as estruturam conferirem resistência às mudanças (MARCH e OLSEN, 1984, 2004).

O capítulo tem dois momentos: no primeiro, defendemos a possibilidade de analisar a reforma de uma política como mudança institucional, e, portanto, o foco é o fenômeno de interesse: as mudanças no sistema de saúde boliviano consequentes às reformas na política de

saúde após a ascensão do MAS ao governo na Bolívia. Em um segundo momento são tratados os fatores políticos e institucionais que explicam essa política. Nesse sentido, enfatizamos que o fator explicativo de maior interesse é a ideologia do partido do presidente eleito, o MAS. Isso porque existe uma hipótese central para o trabalho, qual seja, que mudanças ideológicas no governo central tendem a trazer consigo reformas nas principais arenas setoriais, como é o caso da saúde. É analisada a literatura que discute esse aspecto. No entanto, é mister considerar a importância não apenas do partido do presidente ou dos partidos políticos que fazem parte da coalizão governamental, mas também do sistema partidário no qual estão inseridos, considerando que esse sistema, nas democracias, tem reflexos na formação dos governos e na forma pela qual os atores, dentro da arena política, lidam com as demandas políticas. Ainda, entendemos que os vínculos dos partidos políticos na sociedade, bem como seu caráter ideológico e programático, terão reflexos na constituição do governo eleito e nos mecanismos e estratégias utilizados na definição e implementação das políticas públicas. Dentro desse cenário, defendemos também a centralidade do papel do presidente, considerando que a literatura trata o poder de agenda do Executivo como um dos principais fatores explicativos das políticas públicas, e que alguém com maior ou menor poder de liderança terá peso no processo. Outro importante fator a ser considerado para reformas em políticas sociais são as relações entre os níveis de governo, entendendo que a efetiva implementação dessas políticas comumente demanda ações articuladas entre esses níveis. Por fim, trazemos a discussão do legado das políticas, conceito central na análise de políticas públicas, que traz o entendimento de que as escolhas políticas em um determinado momento condicionam as alternativas de escolhas posteriores.

Ao propor essa abordagem, assumimos que estamos trabalhando com uma conjunção de fatores causais, ou seja, apesar de serem aqui apresentados isoladamente, a análise será feita no seu conjunto. Ao final do capítulo expomos as hipóteses explicativas investigadas nessa tese.

### **1.1 Reformas em políticas vistas como mudança institucional**

Quando há mudança de governo as expectativas da opinião pública ocorrem em função das promessas de campanha que, por sua vez, estão baseadas em um projeto político apresentado. Um governo de esquerda como o do MAS, tendo ganhado com uma maioria expressiva (53,72% dos votos válidos nas eleições presidenciais de 2005), entrando em um contexto que carrega o legado de políticas neoliberais, como veremos, traz consigo expectativas de reformas que podem ser consideradas mudanças institucionais. Entendemos a mudança institucional como o processo por meio do qual os arranjos institucionais anteriores são



substituídos por um novo conjunto de regras e procedimentos. Por sua vez, assumimos por reformas as mudanças que afetam os princípios, as estruturas e as “regras duras” da política (DRAIBE, 2003). No caso das reformas da política de saúde, são entendidas como as mudanças estruturais que alteram as concepções de saúde e doença, os princípios organizativos dos sistemas de saúde e o papel do Estado, do setor privado e das organizações da sociedade que interagem nesse campo (ALMEIDA, 2005; 2008). Assumimos, portanto, esse conceito “forte” de reforma (DRAIBE, 2003:67), mas também entendemos que as reformas podem ser parciais, afetando parte dos princípios e da institucionalidade da política de saúde.

Uma política pública, como a política de saúde, envolve organizações, tanto para sua formulação quanto para sua operacionalização, e surge a partir da articulação de um conjunto de instituições com objetivos a serem alcançados, buscados por meio da definição de processos e de formas de desempenhar as funções dessas instituições a partir de um conjunto de regras e procedimentos. Assumindo que essa política pública envolve e se constitui a partir da articulação de um conjunto de instituições, assumimos também que suas etapas de implementação, e mesmo os processos para sua manutenção, influenciam os resultados, dado que incorporam elementos capazes de condicionar o comportamento dos atores políticos. Isso considerado, podemos dizer que o processo de implementação de uma política pública constitui um momento de mudança institucional, que representará a superação ou a substituição de instituições anteriormente existentes, implicando em novas regras de comportamento para os atores nelas envolvidos. E essas novas regras e procedimentos vão gerar novas oportunidades e constrangimentos que terão impacto no comportamento dos atores envolvidos. Assim entendido, assumimos aqui a literatura que trata da mudança institucional para analisar a política de saúde na Bolívia no governo do MAS.

Ao considerar que as instituições constituem as regras do jogo, influenciando a alocação de recursos e restringindo futuras estratégias políticas alternativas, trazemos a discussão da persistência das instituições em decorrência, por um lado, da retroalimentação da própria política e, por outro lado, da geração de um funcionamento auto-referido, existente em qualquer processo de desenvolvimento institucional (PIERSON, 2000). A compreensão da persistência das instituições está estreitamente vinculada ao conceito de *increasing returns effects* que alude, basicamente, à reprodução institucional, ou seja, àqueles mecanismos que reforçam seu funcionamento. Entre eles, consideramos o fato de que os custos para a criação e consolidação de uma política pública como a de saúde são relevantes a ponto de tornar complicado substituí-la. Isso que dizer que, com o tempo, os atores que nela interagem terão gerado e aprendido vários procedimentos e fortalecido determinadas relações que tornarão mais altos os custos para

a implementação de reformas radicais (*learning effects*, efeitos da aprendizagem). Por sua vez, considerando que as instituições e os atores se relacionam entre si, qualquer mudança que ocorra em seu interior altera as relações com o entorno. A dificuldade de adaptação desse entorno ao novo cenário aumenta os custos da mudança e de reformas.

Assim, trazemos também o conceito do efeito *lock-in*, que alude às inércias próprias de um caminho adotado e à dificuldade dos atores saírem desse caminho. Como veremos na análise da política de saúde na Bolívia, a constituição do sistema de proteção social –especificamente, do subsistema do seguro social –, com base na vinculação ao mercado formal de trabalho tornou os atores nele envolvidos resistentes às reformas que propõem um sistema único de saúde. Essa resistência pode estar associada ao fato de perceberem ameaças à abrangência e à qualidade dos benefícios dos quais usufruem.

Ao considerarmos que os elementos acima elencados levam à estabilidade e à continuidade das políticas e das instituições a elas referidas, temos que a mudança estará condicionada à ocorrência de choques exógenos capazes de romper essa estabilidade (*critical junctures*). Nesses momentos são produzidas decisões que condicionam o desenvolvimento posterior das instituições. Contudo, essa concepção da persistência das instituições, rompida apenas na presença de conjunturas críticas, é criticada pelo fato de não considerar etapas que potencialmente possam produzir transformações (MARCH e OLSEN, 2005). Ou seja, podem ocorrer pressões internas por mudanças, frutos das lacunas entre o ideal projetado e a realidade prática das instituições e das políticas. Ou, ainda, as mudanças podem ocorrer por meio da inclusão de normas necessárias à adaptação das instituições; pela realocação de recursos em setores específicos, impactando a capacidade de resposta às regras e normas; ou serem geradas por diferentes interpretações e formas de implementação das regras e das normas em uma rotina. Nesse sentido, não se caracterizam rupturas institucionais drásticas, mas processos adaptativos e incrementais.

De toda forma, o estímulo imediato para as mudanças em conjunturas críticas é uma vulnerabilidade no *status quo*, ou seja, a mudança viria para atender a alguma necessidade de um sistema que se encontra em crise (existe o “espaço” para a mudança). Ao assumirmos o estímulo para a mudança a partir dessa vulnerabilidade é possível questionar sua ocorrência apenas como produto das conjunturas críticas, ou de contextos excepcionais como crises ou revoluções (MAHONEY, s/d). Assim, um conceito mais amplo dos momentos considerados válidos para a introdução de mudanças substanciais nas instituições traz a noção de “janelas de oportunidade”, que alteram a estabilidade sem constituir uma ruptura drástica no sistema (KINGDON, 1995 *apud* GONZÁLEZ, 2013). Incluem-se aqui reformas constitucionais,

mudanças ideológicas no governo após vários anos de hegemonia partidária, amplos pactos sociais, ou maiorias parlamentares, que podem dar oportunidade a importantes inovações (ou retrocessos) nas políticas públicas.

O conceito de janela de oportunidade é de especial interesse nessa tese. Consideramos que a ascensão do MAS ao governo da Bolívia abriu uma janela de oportunidade para a introdução de mudanças no sentido da melhoria das condições de vida da população e, em especial, da definição de uma política de saúde mais abrangente e inclusiva. Justificamos esse argumento pelo fato de a ascensão de um governo de esquerda no país ter se dado 23 anos após o retorno à democracia, em 1982, e após os subsequentes governos neoliberais ocorridos entre 1985 e 2005, bem como pela premissa assumida nessa tese de que a entrada de um novo governo, ideologicamente diverso daqueles anteriores, é um elemento que cria expectativas de mudanças, de reformas.

Além disso, defendemos de que ir além da lógica dos retornos positivos (*increasing returns effects*) e das conjunturas críticas como mecanismos de continuidade e de mudança nas instituições e nas políticas, e pensar nos realinhamentos e na incorporação de novos atores, nos permite analisar as direções nas quais essas instituições e políticas são transformadas. É essa linha analítica que nos propomos a seguir. Assumindo que a reprodução das instituições e das políticas não é automática, é mais provável, em alguns casos, que a necessidade de adaptação a ondas de inovação inspire revisões ao invés de enraizar os arranjos existentes. Ainda, as conjunturas críticas não necessariamente desmantelam as instituições existentes, mas podem, em parte, recalibrá-las (THELEN, 2004). A proposição analítica que traz esse entendimento é de que as instituições contêm em si mesmas as possibilidades de mudança, estando estabilidade e mudança interligadas, variando em função de tensões resultantes da correlação de forças entre atores. A estabilidade é também, em parte, função da ação e da mobilização, e as instituições estão vulneráveis à mudança não apenas nos momentos de crises, mas durante toda sua existência. Pressupomos, portanto, que o realinhamento das coalizões políticas, como ocorrido na Bolívia, pode permitir mudanças e reformas incrementais (THELEN, 2004; GÓMEZ, A., 2015).

Da mesma forma, assumimos o questionamento do automatismo da reprodução institucional, que concebe os ajustes sempre no sentido da adaptação dos atores às instituições predominantes e para a manutenção do *status quo*, entendendo que as instituições têm grande influência sobre as estratégias, cálculos e interações entre os atores, mas são objeto de contínua contestação, e que mudanças nas coalizões políticas sob as quais se apoiam podem direcionar mudanças em seu formato e em suas funções. Ou seja, o desenvolvimento e a reprodução

institucional refletem a luta entre os atores para estabelecer regras que levem os resultados em direção ao equilíbrio mais favorável a eles (THELEN, 2004, p.32). Essa argumentação se adequa à proposta desse estudo, considerando, mais uma vez, que o realinhamento das coalizões políticas na Bolívia tem a capacidade de produzir uma alteração na distribuição de recursos entre os atores e, conseqüentemente, alterar a configuração das políticas e das instituições.

Assumimos, portanto, que existem limites nos modelos que estabelecem uma forte separação entre a estabilidade e a mudança institucional e que concebem essa última como fruto preponderantemente de forças exógenas. E, ao considerar que os elementos de continuidade e mudança estão interligados, destacamos também a necessidade de evitar esquemas conceituais que sustentem apenas a mudança incremental, resultando na continuidade por meio de adaptação, ou aqueles que sustentam a mudança por ruptura das instituições, resultando em descontinuidade. Uma melhor análise considera que os processos de mudanças institucionais podem ser abruptos ou incrementais, bem como resultar em mudanças contínuas ou descontínuas. Como estamos tratando aqui os processos de reformas em políticas como mudanças institucionais, podemos também distinguir processos de reformas abruptos ou incrementais, que vão resultar em mudanças contínuas ou descontínuas nessas políticas (Quadro 1).

Quadro 1- Tipos de reforma de políticas, em função dos processos e dos resultados implementados.

		Resultado das mudanças implementadas	
		Continuidade	Descontinuidade
Processo de reforma	Incremental	Reprodução por adaptação	Transformação gradual
	Abrupto	Sobrevivência e retorno	Quebra e substituição

Fonte: Adaptado de Streeck e Thelen, 2005:9.

A reforma nas políticas que resulta em sua descontinuidade se dá de forma abrupta, ou seja, uma substituição radical de suas instituições, como no conceito “forte” que trazemos de reformas da política de saúde, entendidas como mudanças estruturais que alteram as concepções de saúde e doença, os princípios organizativos dos sistemas de saúde e o papel dos atores que interagem nesse campo. Uma reforma que resulta na continuidade das políticas se dá de forma incremental, por adaptação às novas regras. Contudo, existe também a possibilidade de continuidade apesar de um processo de reforma abrupta, quando as instituições sobrevivem a

esse processo, bem como processos de reforma incremental que vão se dando ao longo do tempo e resultam em descontinuidade das instituições que sustentam as políticas. Aqui se encaixam as reformas parciais, ou por adaptação, que afetam parte dos princípios e da institucionalidade da política de saúde.

A mudança incremental ocorre em função das lacunas existentes entre a interpretação e a execução das regras e normas, que abrem espaços para que os atores incidam sobre os resultados das instituições e da política. Mas, sobretudo, essa mudança é impulsionada pela distribuição dos recursos de poder entre os atores, que permite que eles direcionem a interpretação e a execução dessas regras e normas. Quando consideramos que as diferenças no balanço de poder ocorrem não somente no interior das instituições, mas que a distribuição de recursos em um conjunto de instituições pode afetar os resultados distributivos em outras, a proposta na análise das mudanças é olhar os efeitos combinados de diversas instituições e processos (MAHONEY e THELEN, 2010).

A partir das condições que permitem as mudanças institucionais podemos identificar quatro mecanismos pelos quais ocorrem. Um primeiro mecanismo, o deslocamento (*displacement*), ocorre, de forma abrupta ou não, quando novos modelos emergem e se difundem, desafiando a existência de formas e práticas já tomadas como certas. Os arranjos institucionais, por meio da ativação de lógicas alternativas de comportamento, são removidos e substituídos. Ou seja, a mudança não ocorre por uma revisão explícita ou pela complementação dos arranjos existentes, mas pela destruição ativa de uma configuração institucional (STREEK e THELEN, 2005; GÓMEZ, 2015; MAHONEY, s/d). Os processos de mudança por deslocamento são identificados quando ocorrem alterações na distribuição de poder entre diversos grupos sociais e esses novos atores consideram os arranjos existentes inadequados, substituindo-os por formas institucionais alternativas. Quanto maior a quantidade dos atores que rejeitam os velhos arranjos, maior a probabilidade de ocorrer essa forma de mudança. Sob a concepção que adotamos nessa tese, esperamos que a reforma na política de saúde na Bolívia tenha esse formato. Ou seja, considerando o entendimento de que o sistema de saúde deve ser abrangente e inclusivo e que na Bolívia esse é segmentado e fragmentado, com a exclusão de grande parcela da população, a mudança que esperamos é a substituição dos velhos arranjos institucionais por outros, alternativos, que conformem uma política de saúde inclusiva e abrangente. Consideramos que existem lacunas nas regras e normas dessa política, mas, como é a distribuição de poder entre os diversos atores nesse setor? Quais atores rejeitam o arranjo tradicional? Qual o poder de veto dos atores que defendem o *status quo*?

O segundo mecanismo, a mudança por camadas (*layering*), aplica-se a momentos nos quais novas regras são adicionadas às já existentes e modificam a lógica reprodutiva pela qual as instituições originais estruturavam o comportamento dos atores. A mudança não ocorre por uma revisão explícita ou pela complementação dos arranjos existentes, mas por um crescimento diferencial que desvia os diferentes arranjos dentro do sistema (STREECK e THELEN, 2005; GÓMEZ, 2015; MAHONEY, s/d). Nesse sentido, defensores do *status quo* estariam aptos a mantê-lo, mas não são capazes de impedir pequenas modificações que, de maneira cumulativa, podem vir a favorecer grandes transformações ao longo do tempo. Como veremos, a reforma da política de saúde no governo do MAS, no atendimento aos interesses dos diversos atores, pode estar assumindo muito desse mecanismo.

O terceiro mecanismo, a mudança por *drift* (desvio), parte do pressuposto de que as instituições requerem manutenção, recalibração e afirmação de seu foco, em resposta às alterações dos ambientes político, social e econômico. Por exemplo, disjunções entre os programas sociais e o padrão de risco da população podem resultar de tendências naturais, que geram a mudança institucional sem uma manobra política explícita, mas por necessidade de recalibração. Na falta de atenção aos processos e metas da instituição (negligência) a mudança pode ser estimulada pelas lacunas abertas nas regras e normas, e pela ação de agentes que alteram suas funções centrais, sem, contudo, desloca-las (STREECK e THELEN, 2005; MAHONEY, s/d). Mudanças por *drift* são bem caracterizadas nas políticas de saúde, considerando que essas podem se tornar progressivamente menos efetivas no atendimento das necessidades das populações, por exemplo, por mudanças no contexto como a transição demográfica ou a transição epidemiológica. Políticas focalizadas, ao enfatizar determinadas ações em uma política mais ampla de saúde, também caracterizam esse mecanismo de mudança. Especialmente, a adoção de políticas focalizadas tem sido um mecanismo frequente na política de saúde boliviana, redirecionando as instituições desse setor. Como consequência, essas políticas aprofundam a fragmentação do sistema de saúde.

Por fim, a conversão (*conversion*) caracteriza situações nas quais as instituições são redirecionadas para novos objetivos ou funções, ou seja, novos propósitos são colocados em antigas estruturas. O mecanismo é a reorientação programática, funcional, ou de objetivos e papéis, em resposta ao ambiente no qual estão inseridas. As alterações no ambiente que acionam esse mecanismo de mudança podem ser devidas, por exemplo, à falta de visão dos limites ou consequências não previstas do desenho institucional; à ambiguidade das regras e à quebra dos compromissos entre os atores envolvidos quando da constituição da instituição; à reinterpretção das regras por aqueles que as executam; ou à readaptação às mudanças nas

coalizões e contextos. Aqui, ocorre uma modificação na elaboração, interpretação ou execução das regras, contrariando ou adequando os objetos estabelecidos no desenho de determinada instituição sem, contudo, chegar a desfigurar essa instituição. A conversão, em que pese a estabilidade institucional e a existência de efeitos *lock-in*, ocorre com a adequação às novas metas e interesses dos atores, ao invés desses adaptarem suas estratégias às instituições existentes (GÓMEZ, 2015; STREECK e THELEN, 2005). Na política de saúde, a expansão gradual de cobertura de um programa inicialmente modesto, que teve seus objetivos redefinidos, é uma forma comum de conversão. Como discutiremos nessa tese esse mecanismo de mudança institucional, do ponto de vista da política de saúde, atende às proposições difundidas na América Latina – assim, também, na Bolívia – da cobertura universal em saúde por meio do “universalismo progressivo” (JAMISON et al., 2013), ou do “universalismo básico” (LODOÑO e FRENK, 2007). Essas alternativas de política de saúde têm em comum a defesa do compromisso dos países de incluir a cobertura de serviços públicos de saúde para as populações mais pobres e de prover um extenso pacote de benefícios financiado por diversos mecanismos para outros segmentos da população, excluindo os mais pobres do pagamento.

Como veremos, a política de saúde na Bolívia passou por reformas ao longo do período de interesse desse estudo – o governo do MAS –, que não se refletiram em mudanças institucionais abruptas cujos resultados fossem a ruptura e a substituição daquelas instituições anteriormente existentes. Entendemos que o formato das mudanças ocorridas está associado à relação entre os atores políticos, condicionadas pelos recursos de que dispõem, e que proporcionam a eles oportunidades de manter o *status quo* ou de modificar as regras. Assim, a partir das mudanças ocorridas da política de saúde boliviana, nos interessa explicar os fatores que condicionaram as reformas dessa política.

## **1.2 Explicar reformas sociais por uma abordagem institucional que considere multicausalidade**

Passamos ao segundo momento desse capítulo, no qual tratamos dos fatores políticos e institucionais que explicam as reformas na política de saúde na Bolívia. Assumimos o consenso dos estudos pautados no arcabouço teórico do institucionalismo, qual seja, o interesse em como as instituições moldam o comportamento e a definição das preferências dos atores políticos, e como estruturam as relações de poder entre os grupos. Ou seja, em como estabelecem as “regras do jogo” político – incluindo a elaboração e implementação de políticas públicas –, considerando que essas regras proporcionam oportunidade de resistência, ou não, a mudanças políticas, influenciam direta e indiretamente a força de grupos de interesse, e promovem, ou

não, os valores e ideias nas políticas sociais (THELEN e STEINMO, 1992). Em suma, esses estudos se preocupam em definir os processos, as condições, a extensão, e porque as instituições fazem diferença na política. As instituições organizam a política e estabelecem como o poder e a autoridade são constituídos, exercidos, controlados e distribuídos (MARCH e OLSEN, 1984; 2004). Ao estabelecer códigos de comportamento, regras e práticas, as instituições afetam, sem ser determinísticas, as capacidades dos atores e a governança em um sistema político. O poder político, portanto, não é um atributo estático de determinado ator ou grupo. O exame de como uma configuração institucional molda a política tem um caráter relacional, com foco principalmente nos pontos de veto dos sistemas, áreas de vulnerabilidade nas quais a mobilização dos grupos pode frustrar uma determinada *policy* (IMMERGUT apud THELEN e STEINMO, 1992). Esses pontos variam de acordo com o contexto, sendo sujeitos ao balanço de poder entre os grupos da sociedade, e considerados os parâmetros institucionais (THELEN e STEINMO, 1992).

Considerando também que as instituições estão sujeitas ao balanço de poder na sociedade, elas são também o resultado das estratégias e das escolhas políticas. Portanto, são tratadas como fenômenos capazes de determinar outros fenômenos. Esse pressuposto contém os elementos anteriormente discutidos – o balanço na distribuição dos recursos de poder, e as lacunas entre a interpretação e a execução das regras – que permitem aos atores incidirem sobre os resultados das instituições, produzindo mudanças.

Especificamente na análise das políticas públicas, os estudos pautados no institucionalismo buscam explicar como configurações políticas, instituições formais e informais, e estruturas organizacionais geram distintas políticas (PIERSON e SKOCPOL, 2008). Isso torna central o contexto institucional no qual se opera a constituição das políticas públicas – dentre elas a política de saúde –, o qual acreditamos moldar as possibilidades da ação governamental e a reconfiguração dessas políticas. Especificamente para a Bolívia, assumimos que o contexto institucional delimita o quanto um ator político, como o presidente ou os partidos políticos, pode implementar reformas. A análise proposta nesse estudo busca, portanto, verificar como uma configuração institucional molda as interações e as estratégias políticas, e estrutura as relações de poder entre os atores, revelando seus impactos nas políticas (IMMERGUT, 1992). Entendendo que apenas a mudança ideológica do governo central não é fator suficiente para explicar nosso fenômeno, o contexto institucional no qual se opera a reforma da política de saúde é central para a análise e, acreditamos, molda as possibilidades da ação governamental e a própria reconfiguração da política. O contexto institucional do qual falamos é constituído pelos elementos que, após a ascensão do MAS ao governo da Bolívia, conformam o ambiente



no qual a reforma da política de saúde acontece, entendendo esses elementos como contextos particulares que se inter-relacionam. Estamos tratando, portanto, de uma conjunção de fatores.

Como ressaltado, o fator explicativo de maior interesse nesse estudo é a mudança ideológica no governo central do país, considerando nossa hipótese de que governos de esquerda promovem reformas mais inclusivas e abrangentes nas políticas sociais. Consideramos também os efeitos do sistema partidário, partindo do pressuposto que esse tem reflexos na formação dos governos e nos mecanismos e estratégias utilizados na definição e implementação das políticas públicas. Um terceiro fator que aqui trazemos é o poder de agenda do presidente, função não só das características institucionais do sistema político, mas também da ideologia e do nível de coesão dos diversos atores nesse sistema. Esse poder de agenda tem sido identificado na literatura como o principal determinante das políticas. Entendemos também que, dadas as autonomias constituídas na Bolívia a partir da Constituição de 2009, traduzidas em quatro níveis territoriais e cinco formas de governo – ou seja, dez eixos de relacionamento intergovernamental –, as relações intergovernamentais, entendidas como a necessária articulação e espaços de coordenação entre esses, tornam-se um fator de interesse nesse estudo. Isso porque a implementação da política de saúde de forma universal e integral exige, pela própria natureza universal dos problemas em saúde, a articulação de seus objetivos e ações. Por fim, entendemos que o legado de políticas prévias condiciona as possibilidades de reforma da política de saúde, na medida em que essas políticas podem criar incentivos para que os atores gerem efeitos *lock-in* em determinado curso da política, e que o aprendizado pode influenciar os interesses dos indivíduos. Entendemos que a conjunção desses fatores, associada às regras do jogo, é capaz de explicar a questão perseguida nessa tese.

### ***1.2.1 Ideologia partidária e sistema partidário importam?***

Vários estudos têm destacado que os partidos políticos e os sistemas partidários importam para as políticas públicas, e para as políticas sociais, em sua expansão, retração, ou para explicar a variação dessas políticas entre os países (PIERSON, 1994; SKOCPOL, 1995; ALLAN e SCRUGGS, 2004; KITTEL e OBINGER, 2002; SCHMIDT, 2010). Essa premissa é também assumida para a América Latina, mesmo considerando a fragilidade dos partidos políticos em alguns países, e fato de que nesses países as conexões políticas são, muitas vezes, utilizadas para o acesso a privilégios e favores do Estado (MAINWARING e SCULLY, 1995).

O ponto de partida das análises de “se” e “como” os partidos e sistemas partidários importam é o fato de que, nas democracias, o exercício da autoridade pública requer o procedimento eleitoral e, sendo assim, a organização e funcionamento dessa arena tem reflexos

na formação dos governos e na forma pela qual os atores envolvidos lidam com as demandas políticas (PIERSON, 1994). Ressalva-se que essa dinâmica é apenas uma dimensão da análise: na medida em que as regras do jogo importam, seu poder explicativo para as políticas sociais é limitado quando os constrangimentos institucionais aos quais os atores estão expostos são levados em conta (KITTEL e OBINGER, 2002; SKOCPOL e AMENTA, 1986; PIERSON, 1994; IMMERGUT, 1992; SÁTYRO, 2013). Guardando essa consideração, espera-se uma variação significativa nos indicadores das políticas sociais em relação às medidas de variação da natureza dos partidos nos governos, tais como a ideologia e a distribuição de cadeiras no legislativo.

Estudos que evidenciam como os partidos importam para as políticas públicas têm realizado comparações de suas posições em relação às políticas sociais e de seu impacto no *welfare state*. Partidos liberais e conservadores tenderiam a promover cortes nos serviços públicos e a promover a retração do *welfare state* ou sua recalibração, com o objetivo de conter custos. Por sua vez, partidos radicais de esquerda teriam preferência pela expansão do *welfare state*, apesar dos custos envolvidos nessa opção (BENIOT e LAVER, 2006 apud SCHMIDT, 2010). Com relação aos efeitos dos partidos no *welfare state*, destacam-se os estudos que identificam como forças preponderantes a presença de um partido forte de esquerda e a fragilidade do principal partido de direita. Enquanto um partido forte de direita, em um governo de direita, é a principal barreira para a expansão do *welfare state*, um partido fraco de direita no governo ou a ausência de um partido de direita é uma condição favorável para a expansão do *welfare state*. Normalmente, partidos de esquerda e centro-esquerda adotam uma política pronunciadamente centrada no Estado e se esforçam para alcançar resultados positivos em relação à igualdade e aos níveis da proteção social. De forma diversa, partidos conservadores de direita escolhem uma postura pro-mercado pronunciada, voltada para uma política social com maior ênfase no setor privado, orçamentos sociais moderados e uma proteção social de base contributiva. Outro fator explicativo na teoria dos partidos, em relação aos seus efeitos no *welfare state*, sugere a análise de seu tempo de permanência no gabinete (SCHMIDT, 2010).

Entre os estudos que comparam as políticas sociais levadas por distintos partidos no governo e seu impacto sobre essas políticas, trazemos a análise de Allan e Scruggs (2004) acerca das políticas de proteção ao desemprego e de auxílio-doença em 18 países da OCDE, entre 1975 e 1999. Nesse estudo os autores identificaram que os governos de partidos à esquerda, antes dos anos 1980, estiveram mais associados à expansão dessas políticas. A partir dos anos 1980, quando foi identificada uma crise no *welfare state* devida, dentre outras, à recessão econômica, a associação dos governos de esquerda com a expansão das políticas

analisadas não foi significativa. A ação observada desses governos foi de impedir a retração do *welfare state*. Já os governos de partidos neoliberais à direita foram associados a grandes cortes nas políticas de proteção ao desemprego e de auxílio-doença (ALLAN e SCRUGGS, 2004).

O estudo de Horn (HORN, 2012) acerca de 18 países da OCDE entre 1981 e 2009 analisou como a posição ideológica dos partidos afeta a retração do *welfare state*. O autor utilizou uma medida desagregada de ideologia que considerou “ideologia do *welfare state*” e “ideologia de mercado”. Os resultados demonstraram que a crise econômica refletiu em cortes nas políticas de bem-estar apenas quando não se constatava uma ideologia pró-*welfare* e em forte presença de uma ideologia pró-mercado.

Argumentos ainda reforçando que os partidos importam para as políticas sociais são relatados no estudo de Kittel e Obinger (2002) acerca das dinâmicas do gasto social em 21 países da OCDE entre 1980 e 1997, período que evidenciou o fim da fase de expansão do *welfare state*. Os resultados mostraram que partidos conservadores tendiam a conter significativamente o crescimento do gasto social e também os gastos em programas sociais específicos. Com relação aos partidos de esquerda, foi identificado um aumento do gasto social nos anos 1980, mas nenhum efeito nos anos 1990. O estudo conclui que nos anos 1980 os partidos de esquerda e conservadores conseguiram defender suas políticas preferenciais, enquanto que nos anos 1990, independente da orientação ideológica dos partidos, a reorientação política dos orçamentos afetou também os gastos sociais (KITTEL e OBINGER, 2002). Nessa análise os autores expõem a evidência de que o poder explicativo da teoria dos partidos para as políticas sociais é limitado quando são considerados os constrangimentos institucionais. Também nessa direção, Negri (s/d) sugere que a posição ideológica do governo em uma escala esquerda/direita não é capaz de afetar as políticas sociais no curto prazo quando são levadas em consideração variáveis econômicas de controle. A autora ressalta, no entanto, que a influência dos partidos adquire relevância no longo prazo e, *ceteris paribus*, existe um impacto negativo no gasto social total quando a coalizão de governo muda para a direita da escala ideológica.

Voltando o olhar para as análises desse tema na América Latina, o estudo de Huber (HUBER et al., 2008) sobre os determinantes do gasto social em 18 países da região entre 1970 e 2000 (apenas de períodos democráticos, totalizando 446 observações), evidenciou, dentre outras, que os partidos não importam para o gasto social global, mas que as diferenças entre ideologias dos partidos governantes aparentemente se relacionam à forma como o recurso é alocado: partidos de centro-esquerda favorecem programas com um perfil progressivo, tais como transferência de renda, alimentação escolar e saúde preventiva. Para os autores esse resultado pode estar evidenciando as dificuldades dos governos latino-americanos em aumentar

o orçamento social, bem como uma preocupação em direcionar esse gasto no sentido de promover uma diminuição das desigualdades. O fato de não serem identificados os efeitos da esquerda nas políticas sociais pode ser explicado pelo baixo crescimento econômico e pelos fortes constrangimentos fiscais enfrentados por esses países no período analisado. Além disso, concorrem especialmente questões históricas e estruturais: muitos dos partidos de esquerda, tradicionalmente frágeis, chegaram ao período democrático mais enfraquecidos ainda pelos regimes autoritários vivenciados nos países da região (HUBER et al., 2008).

Mais recentemente, Pribble (2013) analisou as reformas nas políticas sociais ocorridas nos anos 1990 e 2000 em países da América Latina (Chile, Uruguai, Argentina e Venezuela), buscando associá-las a governos de esquerda e de centro-esquerda, bem como explicar o impacto dos partidos de esquerda nas mudanças nos graus de pobreza e desigualdade nesses países. Nos resultados a autora argumenta que partidos de esquerda e centro-esquerda no governo tendem a promover mudanças significativas nas políticas sociais, em direção a sistemas mais universalistas. No entanto, governos de partidos de esquerda e centro-esquerda do tipo eleitoral não-programático farão mudanças mais modestas, o que reforça o argumento de que mudanças nas políticas que reduzam as desigualdades na região somente serão alcançadas à medida em que os partidos desenvolvam sua organização interna e os vínculos com a sociedade (PRIBBLE, 2013: p.179). A conclusão é que o “caráter” do partido no governo – sua orientação ideológica, combinada com o formato da estrutura interna e o tipo de vínculos que mantém com a sociedade –, é um elemento chave para explicação da variação nas políticas sociais entre os países.

A partir dessa literatura assumimos que a análise da influência dos partidos e da ideologia partidária em relação às políticas sociais traz importantes elementos para a compreensão de sua determinação. Especificamente na América Latina, o significado da esquerda em relação à ideologia partidária e em relação à identidade dos atores políticos tem sido questão de permanente discussão, mas como apontado por Levitsky e Roberts (LEVITSKY e ROBERTS, 2011a), de forma geral apenas os partidos de esquerda têm a igualdade social e a redistribuição como central em sua agenda programática (a esquerda na América Latina será discutida nessa tese, em uma seção à frente). Assim considerando, justificamos a hipótese de que o governo de esquerda na Bolívia, de forma diferente dos governos democráticos anteriores de centro e centro-direita, envide maiores esforços no sentido de estabelecer políticas de saúde mais abrangentes e inclusivas. Contudo, como vimos, fatores como as características dos partidos e do sistema partidário podem contribuir para esse resultado.

### *1.2.1.1 Partidos e o sistema partidário: América Latina e Bolívia*

Para além do componente ideológico, os partidos, organizações que preenchem a lacuna entre representantes individuais e o crescente número de eleitores (DAALDER, 2002), são atores importantes para as políticas públicas. Da mesma forma o são os sistemas partidários – composição estrutural dos partidos em dado sistema político –, assumidos em uma abordagem sistêmica, ou seja, um conjunto de partidos que são constrangidos por suas interações com os outros partidos no sistema (BARDI e MAIR, 2010:235).

Os partidos políticos se caracterizam e se distinguem de outras organizações e movimentos por sua vocação pelo poder e pela orientação de sua estrutura a esse objetivo, buscando levar adiante seu programa. Nas democracias consolidadas os partidos têm importantes papéis na governança e sua permanência nos governos depende, tipicamente, da demonstração de responsabilidade para com as necessidades dos cidadãos, o que confere a eles o incentivo para desenvolver e implementar políticas efetivas. De forma sucinta, os partidos são motivados pelo desejo de garantir os cargos eletivos e seu comportamento objetiva aumentar a chance de seus membros serem reeleitos, convencendo uma maioria de eleitores de que seus candidatos farão o melhor. Esse “melhor”, na maioria das vezes, significa melhorar a qualidade de vida dos cidadãos o que, conseqüentemente, coloca o incentivo para, uma vez eleitos, coordenarem políticas que construam uma reputação de “bom governo” (NDI, 2004). Em relação à oposição, o partido no poder deverá não apenas bloquear suas ações, mas também promover programas que atendam às necessidades de grupos organizados, no sentido de manter seu apoio. Um partido na oposição, por sua vez, tem um incentivo para apontar as falhas e articular políticas alternativas de forma a aumentar suas possibilidades de vencer as próximas eleições.

Outro aspecto a ressaltar é o fato de que os partidos, em sistemas multipartidários, necessitam estabelecer coalizões de governo que propiciem levar adiante um programa pactuado. Nesses sistemas, as ações dos governos são definidas pela força e tamanho das coalizões legislativas, o que também é um indicador da capacidade decisória do governo. Ou seja, aqui a proporção de cadeiras legislativas da coalizão do governo é um indicador da capacidade de governança (SÁTYRO, 2013).

O pressuposto da ação dos partidos no processo político, e que constitui sua “fortaleza”, é o nível de institucionalização dos sistemas partidários (MAINWARING e SCULLY, 1995; MAINWARING e TORCAL, 2005; PRIBBLE, 2013).

Institucionalização refere-se a um processo pelo qual uma prática ou organização se torna bem estabelecida e amplamente conhecida, senão universalmente aceita. [...]

Desse modo, um sistema partidário institucionalizado é aquele em que os atores desenvolvem expectativas e comportamentos baseados na premissa de que os contornos e as regras fundamentais da competição e do comportamento partidário prevalecerão no futuro previsível. [...] A noção de institucionalização não é teleológica nem o processo é linear; não há progressão necessária de uma institucionalização fraca para uma maior (MAINWARING e TORCAL, 2005:254).

Considera-se que os sistemas partidários institucionalizados sustentam, em alto grau, o sistema político e são considerados a chave para o funcionamento e a viabilidade da democracia. Quanto mais institucionalizado o sistema partidário, maior a possibilidade de existirem partidos programáticos, que competem pautados em sua reputação política, em questões-chave e propósitos políticos concretos. Quanto mais institucionalizado o sistema partidário, maior a possibilidade de a orientação política dos partidos ser estável, permitindo altos níveis de *accountability* e identificação pelos eleitores. (MAINWARING e SCULLY, 1995; MAINWARING e TORCAL, 2005; VALDÉS, 2007; JONES, 2010; BUQUET, 2014). A institucionalização do sistema partidário deve ser entendida a partir das interações que decorrem da competição entre os partidos, o que permite pressupor que o sistema mude sem que seus componentes se alterem, ou que o sistema sobreviva apesar de uma mudança nos partidos que o compõem. Em suma, um sistema partidário institucionalizado é um sistema com capacidade de adaptação a choques externos, capaz de processar uma transformação sem que se produza uma crise ou ruptura institucional.

Os estudos acerca da institucionalização dos sistemas partidários têm analisado quatro dimensões desses sistemas (MAINWARING e SCULLY, 1995; MAINWARING e TORCAL, 2005; JONES, 2010). A estabilidade nos padrões de competição, primeira delas, avalia sua proporção de mudança. Em sistemas institucionalizados os partidos tendem a ser os mesmos nas diversas eleições e ter proporções relativamente similares de votos e cadeiras nos mandatos. Ao contrário, em sistemas pouco institucionalizados<sup>2</sup> os partidos deixam de ser relevantes de um ano para outro e a porcentagem de votos tende a variar muito entre as eleições. A estabilidade é medida por meio da comparação da volatilidade eleitoral – transferência agregada de votos de um partido para o outro, de uma eleição para a próxima<sup>3</sup>.

A segunda dimensão enfatiza que os sistemas partidários devem desenvolver vínculos estáveis com a sociedade, ou seja, elos entre partidos, cidadãos e interesses organizados. Em sistemas institucionalizados os eleitores tendem a votar no mesmo partido em diferentes

---

<sup>2</sup> Mainwaring e Torcal (2005) ressaltam que embora discordem de Sartori, ao conceberem a institucionalização como um *continuum* ao invés de uma dicotomia, reconhecem que existem profundas diferenças entre os níveis de institucionalização dos partidos.

<sup>3</sup> Computada pela soma da mudança em porcentagem de votos ganhos ou perdidos de uma eleição para a outra, dividida por dois (MAINWARING e TORCAL, 2005).

períodos e eleições, sendo que a fonte mais comum da vinculação dos eleitores é ideológica ou programática, com possíveis variações nos graus de um ou outro formato. Uma correlação mais frágil entre a estrutura ideológica e a estabilidade eleitoral sugere a existência de vínculos não-programáticos ou não-ideológicos – de especial importância em sistemas partidários menos institucionalizados –, baseados em clientelismo, voto personalista, por simpatia com um candidato, ou em elos baseados nos laços de tradição ou afetivos, independentes de clientelismo ou ideologia (MAINWARING e SCULLY, 1995; MAINWARING e TORCAL, 2005; JONES, 2010).

A terceira dimensão dos sistemas partidários enfatiza, como um pré-requisito para sua institucionalização, que os partidos e as eleições nas quais competem sejam tidos como legítimos pela população, ou seja, devem ser vistos como instituições vitais para o funcionamento da democracia. A quarta dimensão, por sua vez, leva em consideração que as elites dos partidos sejam leais e que a disciplina partidária seja relativamente sólida e, além disso, que os partidos sejam bem organizados, com presença nos níveis nacional e local (MAINWARING e SCULLY 1995; JONES, 2010).

A partir dessas dimensões a literatura tem informado que os sistemas partidários na América Latina, de forma geral, enquadram-se entre aqueles menos institucionalizados, ou frágeis, sendo também considerados mais voláteis do que, por exemplo, os sistemas partidários da Europa ocidental. A alta volatilidade é uma função da estabilidade dos sistemas partidários e reflete uma grande mudança nos votos dados aos partidos já estabelecidos a um longo tempo, bem como uma alta rotatividade entre eles. Coppedge, em sua análise de 166 eleições ocorridas em 11 países da América Latina no século 20, identificou que competiram 1200 partidos, sendo que apenas 15 deles (1,25%) participaram em todas as eleições cobertas pelo estudo e 80% competiram apenas em eleições legislativas, antes de desaparecer. Ou seja, com a baixa participação dos partidos em todas as eleições, fica a hipótese da alta rotatividade desses partidos: muitos surgiram, muitos desapareceram. Podemos também inferir a respeito dos vínculos com os eleitores, fracos à medida em que não contribuíram para a permanência desses partidos ao longo do tempo (COPPEDGE, 1997:13).

Mais recentemente, Mainwarring e Zoco (2007), analisando a volatilidade eleitoral para assembleias legislativas em democracias e semidemocracias<sup>4</sup>, também concluíram a alta volatilidade de muitas democracias pós 1978, fato especialmente importante para a América

---

<sup>4</sup> Democracias não consolidadas, as quais apresentam irregularidades institucionais que impedem a liberdade e a justiça.

Latina, considerando que a maioria de suas democracias se instauraram após esse ano<sup>5</sup>. A alta volatilidade torna menos provável o estabelecimento de vínculos programáticos com os cidadãos e, embora os movimentos sociais, as ONGs e os grupos de interesses possam articular os interesses, considera-se que nem eles, nem os candidatos independentes (sem vinculação partidária), substituem os partidos como mecanismo de representação. Além disso, uma alta e persistente volatilidade produz maior incerteza em relação aos resultados eleitorais e pode debilitar os regimes democráticos e possibilitar maior chance de políticos personalistas chegarem ao poder (MAINWARRING e ZOCO, 2007:150).

O sistema partidário boliviano se enquadraria nesse grupo. A alta volatilidade após a redemocratização em 1982 pode ser explicada pelo baixo rendimento governamental dos partidos, que não foram capazes de implementar políticas públicas eficazes, bem como pelas mudanças na estrutura social do país, relacionadas ao crescimento da economia informal, ao desaparecimento da economia estatal e à erosão das bases sociais dos partidos (MAYORGA, 2005). Esses fatores, dentre outros, teriam levado ao declínio dos partidos tradicionais, ao fortalecimento dos movimentos sociais e ao surgimento de novas lideranças populares que possibilitaram a organização de novos partidos, como foi o caso do MAS.

Especificamente em relação aos sistemas partidários latino-americanos, Alcántara Saéz (2004) analisou as dimensões da institucionalização, defendendo o argumento de que altos níveis de institucionalização favorecem a democracia. Em seu modelo, analisou a polarização ideológica e a fragmentação desses sistemas partidários (Quadro 2). Um esquema desejável seria de sistemas partidários institucionalizados, com poucos partidos – baixa fragmentação – e uma baixa distância ideológica entre eles (BUQUET, 2014). A distância ideológica entre os partidos políticos permite inferir sobre condições que facilitam ou não o consenso na formulação de políticas. A fragmentação, relacionada ao número e força dos partidos, afeta as probabilidades de o partido no governo obter apoio para a aprovação de políticas. Quando as duas dimensões configuram um cenário de alta fragmentação e de alta polarização, tornam o sistema menos governável, com dificuldade na formação de coalizões e predisposição a bloqueios entre o executivo e o legislativo (SARTORI, 1996 *apud* ALCÁNTARA SAÉZ, 2004; MAINWARING, 1993 *apud* ALCÁNTARA SAÉZ, 2004; CHASQUETTI, 2001 *apud* ALCÁNTARA SAÉZ, 2004).

---

<sup>5</sup> O estudo foi realizado em 47 democracias e semidemocracias que em 2003 tivessem experimentado pelo menos três eleições consecutivas e que não fossem regimes autoritários; e eleições em 41 democracias a partir de 1901 que não houvessem sofrido quebras ou ocupações militares.



Quadro 2- Sistemas partidários na América Latina, segundo grau de polarização e fragmentação<sup>6</sup>.

		Polarização ponderada (1-esquerda; 10-direita ponderada pelo peso de cada partido no executivo)		
		Baixa (0 a 1,10)	Média (1,11 a 3,10)	Alta (+ de 3,10)
Fragmentação (número efetivo de partidos parlamentares – última eleição)	Baixa (0 a 2,5))	Honduras Guatemala	Rep. Dominicana Colômbia	
	Média (2,51 a 4,50)	Paraguai Costa Rica México Argentina Peru Venezuela	Panamá Uruguai	El Salvador Nicarágua
	Alta (+ de 4,50)		Bolívia Chile	Equador

Fonte: Alcântara Sáez, 2004.

Segundo a classificação proposta por Alcântara Saéz (2004), uma definição global desses sistemas poderia ser a fragmentação média e a baixa polarização, dado que cerca de um terço dos países se enquadram nessa tipologia<sup>7</sup>. Especificamente, o sistema partidário da Bolívia foi caracterizado por uma alta fragmentação – medida pela presença de mais de cinco partidos no parlamento –, e uma polarização média, entre 1,11 e 3,10 em uma escala que vai da extrema esquerda (1) à extrema direita (10). Devemos ter em conta, contudo, que os sistemas partidários da região são diversos e dinâmicos quanto à fragmentação, ao grau de polarização, e na proporção de mudanças decorrentes de aprendizados tanto da esquerda quanto da direita.

Em outro estudo sobre o tema, Giora (2012) analisou as eleições livres e democráticas com disputa para cargos legislativos ocorridas em países selecionados da América do Sul após 1984. Os dados obtidos para Bolívia não mostram um alto grau de institucionalização (Tabela 1). Na mesma situação ficou a Venezuela e, de forma diversa, Brasil e Uruguai, países com maior institucionalização do sistema partidário dentre aqueles analisados nesse estudo.

Como destaca Álvarez (2011), o sistema partidário boliviano vinha se caracterizando por ser muito mutável e, ainda, por apresentar uma baixa capacidade de formar novas lideranças e uma alta rotatividade dos líderes entre os partidos. Com relação à organização interna dos partidos bolivianos, o estudo de Alcântara Saéz (2004) mostrou que estes se inclinaram mais a

<sup>6</sup> Segundo Alcântara Sáez (2004), o Brasil não foi incluído na análise pelo fato de que a falta de dados de entrevistas com as elites parlamentares não permitiu calcular a fórmula ponderada.

<sup>7</sup> Os dados para a construção, de 1994 a 2004, foram obtidos pelo autor no *Proyecto de Elites Parlamentarias de América Latina* (PELA), da Universidad de Salamanca.

uma posição de partidos de eleitores – cujas estratégias centravam-se na preparação de comícios –, do que a uma posição de partidos de militantes, que privilegiam estratégias burocraticamente preparadas.

Tabela 1- Institucionalização do sistema partidário, medida pelos índices número efetivo de partidos, fragmentação e volatilidade em países da América do Sul.

	NEP	Fragmentação	Volatilidade
Argentina	1	1	0
Bolívia	0	0	0
Brasil	1	1	1
Chile	1	1	1
Equador	1	1	0
Uruguai	1	1	1
Venezuela	0	0	0

Fonte: adaptado de Giora, 2012. (1) Casos onde se verifica bom grau de institucionalização; (0) onde os dados não permitem verificar institucionalização ou apontam para a instabilidade dos índices.

A análise de Alcântara Saéz (2004) colocou os partidos bolivianos mais próximos de um rótulo de “máquinas eleitorais”, caráter que dificulta o fortalecimento da institucionalização do sistema partidário, principalmente por meio de vínculos programáticos. No entanto, entendendo que os sistemas partidários são dinâmicos, é possível esperar mudanças no sistema partidário boliviano, iniciadas com a extinção de partidos tradicionais a partir das eleições ocorridas em 2005 e com a formação de outros, novos. Voltaremos a esse cenário no capítulo 3 dessa tese.

### ***1.2.2 A relação dos agentes políticos – a liderança institucionalizada do presidente e o legislativo***

Algumas questões emergem da discussão levada na seção anterior: as implicações do multipartidarismo na complexidade do sistema partidário, pelos maiores custos de transação que gera para o Poder Executivo e, conseqüentemente pelas maiores dificuldades de controle da agenda; do bipartidarismo, que confere maioria a um único partido e, conseqüentemente, gera governos mais estáveis e maior controle da agenda; ou, ainda, da fragmentação, que pode refletir em uma legislatura mais ativa mas, também, fazer com que o poder legislativo se torne um espaço de negociação de benefícios particulares. Como supõe a literatura, existe a probabilidade de que seja na relação entre os poderes Executivo e Legislativo onde mais fortemente está evidenciada a influência dos partidos (JONES, 2010; RASCH e TSEBELIS, 2011). Para nós, essa possibilidade vai se refletir no poder de agenda do Executivo (presidente), entendido como a capacidade do presidente de monopolizar a iniciativa parlamentar ou de

limitar os projetos aprovados pelo Poder Legislativo, e apontado pela literatura como um dos principais determinantes das políticas públicas (SANTOS et al., 2014).

Uma questão clássica da discussão do poder de agenda é derivada da distinção entre regimes parlamentaristas e presidencialistas, esses últimos predominantes na América Latina e tidos por alguns analistas como a origem de muitos problemas na região (SCARTASCINI, 2011). Sob o enfoque da capacidade dos governos, nos sistemas parlamentaristas o Executivo teria uma ação mais concertada, dada a fusão entre os poderes Executivo e Legislativo. No presidencialismo o conflito teria uma raiz institucional, que se inicia no fato de que Executivo e Legislativo são eleitos de forma independente um do outro, a partir de bases eleitorais diferentes. Assim, o presidente teria menor capacidade de dar unidade à ação do governo, ou seja, a separação dos poderes aumentaria os pontos de veto no sistema decisório, dificultando a formulação ou implementação das políticas públicas (FIGUEIREDO, 2004). Considerando a independência das eleições, a probabilidade de os legisladores dependerem do apoio de líderes partidários e do presidente seria menor em relação aos regimes parlamentaristas, o que diminuiria o incentivo para estes cooperarem com o governo. Esse argumento traz a hipótese de que nos regimes presidencialistas os presidentes têm menor capacidade de implementar sua agenda, e o parlamento, considerando eleições que ocorrem simultaneamente (são concorrentes), tem menos incentivo para cooperar com o governo.

Uma crítica ao argumento exposto acima ressalta que a distinção entre regimes parlamentaristas e presidencialistas não se pauta diretamente na distribuição de poder nas relações entre Executivo e Legislativo. Como nos traz Lijphart (2002), os poderes dos presidentes são derivados de sua definição nas constituições, da força e da coesão do partido do presidente na legislatura, e do fato de obterem um poder considerável – legitimidade – a partir de sua eleição direta. Especificamente, os poderes definidos constitucionalmente tendem a ser mais estáveis; a dependência da força e coesão dos partidos mostra que o poder presidencial pode mudar abruptamente; e a legitimidade advinda das eleições, por sua vez, pode variar de acordo com as proporções da vitória eleitoral (LIJPHART, 2002).

Sob esse segundo argumento, os achados de Figueiredo (2004) em um *survey* da literatura que pesquisou fragilidades dos sistemas parlamentarista e presidencialista em relação à tendência de concentração ou dispersão do poder, mostram a diversidade entre os países nas duas dimensões e nos dois regimes. Mostram também a crescente ênfase dos estudos na análise do poder de agenda do Executivo, considerado como o mecanismo institucional que define a capacidade do governo coordenar sua estrutura interna, obter o apoio do Legislativo e a concordância da burocracia para a implementação de seu programa político (FIGUEIREDO,

2004). Nesse entendimento, o poder de agenda não depende do fato de o regime ser parlamentarista ou presidencialista. Além disso, pode variar ao longo da história, em cada país e de país para país. Considerando a abordagem institucional adotada nessa tese, entendemos que o poder de agenda do Executivo é uma função das características institucionais do sistema político, ou seja, das regras do jogo. É também que é uma função das diferentes posições ideológicas, do nível de coesão nessas posições e dos atores com poder de veto nesse sistema, como argumentam Rasch e Tsebelis (2011).

O poder de agenda do Executivo tem sido focado, como já ressaltado, como o principal determinante das políticas. Supõe-se que quando o Executivo e o Legislativo são dominados por tendências ideológicas conflitantes a capacidade do Executivo de definir as políticas é menor, em relação a uma situação na qual os partidos que apoiam o governo e que dominam o legislativo convergem quanto à sua tendência programática. Quando não existe uma maioria partidária estável, a definição da agenda é um grande desafio. Em suma, a possibilidade de o governo levar adiante sua agenda depende dos fatores políticos e institucionais que incidem no processo decisório.

Considerando o fato da maioria dos países da América Latina adotar o regime presidencialista, os presidentes tornam-se os atores-chave no processo decisório das políticas públicas, e isso dá ênfase à importância de compreender seus incentivos e os fatores que afetam seu comportamento. Os presidentes podem moldar os resultados legislativos – que, por sua vez, irão configurar as políticas do governo. Podem fazê-lo de forma institucional, com o uso de disposições constitucionais ou regras parlamentares que conferem ao governo a possibilidade de coibir ações do Legislativo, ou de forma partidária, pelo controle da maioria das cadeiras no parlamento (RASCH e TSEBELIS, 2011). Para Shugart e Mainwaring (1997), a interação entre os poderes constitucionais e partidários do presidente formata o caráter das relações entre o Executivo e o Legislativo e determina a capacidade de transformar uma proposta em uma política, ou seja, seu poder de agenda. Muitos dos fatores dessa interação são institucionais – relativos às regras do jogo em cada país –, e não uma característica intrínseca do presidencialismo.

Os poderes constitucionais dos presidentes em relação à legislação podem ser analisados a partir de sua relação com o *status quo*. Poderes que permitem estabelecer um novo *status quo* – por exemplo, implantar determinada legislação em políticas específicas, como no poder de decreto –, são poderes pró-ativos. Por sua vez, poderes que permitem a ação do presidente contra tentativas do Legislativo de mudar o *status quo*, como o poder de veto total ou parcial, são poderes reativos. Na América Latina, além do poder de veto e do poder de decreto, vários

presidentes podem introduzir propostas legislativas em áreas específicas, definidas constitucionalmente. Em situações nas quais o parlamento também tem interesse na matéria e o presidente opta por não iniciar um projeto de lei, a prerrogativa de introduzir propostas no Legislativo pode assumir a forma de poder reativo. Os presidentes podem também ter poderes constitucionais não-legislativos: aqueles de nomear cargos e funções, os quais determinam sua capacidade de manejar determinadas áreas do governo e oferecer a possibilidade de utilizá-la como moeda de troca, por exemplo, no processo legislativo (SHUGART e MAINWARING, 1997).

O impacto das regras constitucionais deve ser avaliado em interação com a capacidade dos presidentes para mobilizar o apoio no parlamento, ou seja, com os seus poderes partidários. De forma padrão, esse apoio pode ser medido pelo tamanho do contingente legislativo do presidente e pelo grau de disciplina do partido (SHUGART e MAINWARING, 1997). A fragmentação nas legislaturas define o contingente presidencial legislativo, bem como o número de parceiros com os quais o governo deverá formar algum tipo de coalizão ou estruturar alianças específicas para que possa conduzir sua agenda. A formação de coalizões é tida como mais factível em ambientes com baixos níveis de polarização ideológica no sistema partidário. No entanto, em contextos de baixa fragmentação ou presidentes com um amplo contingente legislativo, é provável que sejam capazes de implementar sua agenda apesar da polarização ideológica. Quando a fragmentação é moderada ou alta e o presidente não tem maioria parlamentar, ou algo próximo disso, o nível de polarização ideológica torna-se muito importante: se é baixo, facilita a formação e sustentação de coalizões; se é alto, sua formação e manutenção serão mais difíceis, além de ter maiores custos em termos dos acordos necessários para viabilizá-la. Ou seja, o argumento é de que a presença de altos ou moderados níveis de fragmentação<sup>8</sup> e de moderado a baixo contingente presidencial no Legislativo, quando associados a níveis moderados e altos de polarização ideológica, pode inibir a eficiência e efetividade da formulação de políticas pelo presidente (JONES, 2010). Certamente, a extensão na qual o presidente pode contar com os representantes dos partidos no Legislativo está relacionada à organização deste e ao grau de institucionalização do sistema partidário.

Vários estudos têm buscado tratar essas hipóteses. Figueiredo et al. (2009) investigaram os determinantes políticos e institucionais da performance dos governos latino-americanos por meio da análise do sucesso legislativo do Executivo, medido pela proporção de projetos enviados e aprovados. O estudo abrangeu 12 países e avaliou os resultados em relação aos

---

<sup>8</sup> Jones (2010) comenta que alguns observadores consideram os baixos contingentes do presidente no legislativo, especialmente abaixo de 33%, como problemáticos para a governança.

poderes do presidente (poder de agenda e de veto, suporte entre os partidos e prerrogativas legislativas constitucionais), características do governo ou das coalizões e características do sistema partidário, entre 1979 e 2006. Os resultados mostraram que o número absoluto de partidos no parlamento e o nível de fragmentação dos partidos não parecem ter o efeito usualmente atribuído em termos da performance do governo. É mais provável que o resultado, em termos do sucesso legislativo do Executivo, seja explicado pela distribuição de preferência dos partidos, ou seja, a polarização ideológica. Observou-se o efeito positivo do número de partidos na coalizão no sucesso legislativo, o que pode ser consequência do baixo nível de polarização (pode diminuir custos de transação e ser capitalizado em apoio). Os resultados para o efeito dos poderes institucionais do presidente, de acordo com Figueiredo et al. (2009), foram inconclusivos.

Outra discussão do poder de agenda dos presidentes tem debatido que as legislaturas na América Latina frequentemente renunciaram às suas prerrogativas em benefício do Executivo. Saiegh (2010) questiona esse senso comum argumentando que, ao contrário, as legislaturas têm relevância nos resultados políticos, mesmo não estando envolvidas intensamente na formulação das políticas. Em alguns países as legislaturas participam exercendo o veto e bloqueando propostas do Executivo. De outra forma, podem negociar com o Executivo, nos bastidores. Ou, ainda, podem reformular projetos de lei que chegam em suas mãos. Dentre os fatores que determinam esse papel estão aqueles formais – capacidades proporcionadas pelos procedimentos e estruturas formais –, o espaço político conferido pelos executivos ou pelos partidos, as capacidades proporcionadas pelas bases de apoio e os objetivos dos membros e dirigentes dos parlamentos.

A partir dessa argumentação Saiegh (2010) analisou a natureza e o alcance das legislaturas em 18 países latino-americanos, e buscou avaliar seu potencial no processo político. Os indicadores utilizados foram a confiança no Congresso (o nível de confiança dos cidadãos pode afetar a probabilidade dos legisladores investirem em aumento de sua capacidade); a efetividade do Congresso na aprovação de projetos de lei (se tem pouca credibilidade é provável que sejam menos efetivos e o Executivo terá maior incentivo para agir à parte); a experiência dos legisladores (mandatos mais extensos isolam os legisladores das pressões eleitorais); a educação (o nível educacional influencia a participação do processo de definição de políticas); e a especialização legislativa (o número médio de participação em comissões por legislador dá uma medida do grau de especialização das mesmas e de sua efetividade). Os resultados mostraram que, embora o alcance e o papel das legislaturas latino-americanas variem muito entre os países – algumas com capacidade de participar na definição do programa político e

monitorar sua implementação, como no Brasil e no Chile –, no conjunto estas estiveram em muito limitadas a exercer seu poder de veto, restringindo a informação e utilizando as estratégias disponíveis para adiamento do caminhar dos processos (SAIEGH, 2010).

Também motivados pelos argumentos de que os parlamentos têm perdido a centralidade no processo político e se transformado em meros ratificadores das decisões, Santos et al. (2014) investigaram os fatores que garantiriam ao Executivo o controle sobre a agenda legislativa em países da América Latina. O argumento do estudo vai no sentido contrário, postulando que o fato de alguns presidentes terem apresentado altos índices de êxito legislativo – como demonstrado nos dados coletados entre 1993 e 2010 para 30 administrações latino-americanas –, não descarta a necessidade de negociar com o Legislativo e nem comprova que ele está sujeito às iniciativas do Executivo. O controle da agenda foi medido pela proporção de leis iniciadas pelo Executivo e aprovadas pelo Legislativo e as explicações, combinando fatores institucionais e a conformação das maiorias partidárias, se concentraram nas regras institucionais do processo legislativo, poderes partidários do presidente, fragmentação do parlamento e distância ideológica entre os blocos políticos (SANTOS et al., 2014, p.516).

O estudo de Santos et al. (2014) assumiu que o processo legislativo é demarcado pelas regras institucionais constitucionais e regulamentos do parlamento e que os processos estabelecidos a partir destes delimitam a distribuição de poder entre Executivo e Legislativo. Ou seja, se as regras estabelecidas são mais favoráveis ao Executivo, a possibilidade de que o presidente domine a agenda legislativa é maior. Com relação às maiorias parlamentares, os autores também consideraram as dificuldades que presidentes sem maioria legislativa têm para controlar essa agenda e que esse fato incentiva o uso dos poderes constitucionais do presidente e aumenta a influência do partido mediano e a necessidade de formar coalizões. A fragmentação torna o sistema político mais complexo, com maiores dificuldades de controlar a agenda e maiores custos de transação para o Executivo (SARTORI, 1999 apud SANTOS et al., 2014; COX e McCUBBINS, 1999 apud SANTOS et al., 2014). Por último, uma maior polarização, como também já evidenciado em outros estudos citados, gera maiores conflitos entre Executivo e Legislativo e constitui um incentivo aos presidentes para o controle da agenda (SANTOS et al., 2014). Nos resultados os autores destacam que não existe um fator que, sozinho, garanta o sucesso legislativo do presidente. A análise realizada demonstrou que a polarização ideológica e a potência institucional (poderes do Executivo, combinados com a natureza do processo parlamentar) é a principal combinação que possibilita o controle presidencial da agenda. Ainda, a presença de maioria parlamentar fiel ao Executivo em um sistema partidário pouco

fragmentado facilita o controle da agenda, mecanismos que se reforçam quando existe uma explícita distância ideológica entre os partidos (SANTOS et al., 2014:531).

Em suma, assumindo o argumento de que a distinção entre regimes parlamentares e presidencialistas não está diretamente ligada à distribuição de poder nas relações entre Executivo e Legislativo, os estudos aqui trazidos nos permitem enfatizar que a distância ideológica entre os partidos, a fragmentação do sistema partidário e os poderes institucionais no processo legislativo são fatores que determinam o poder de agenda dos presidentes. Não operam de forma isolada, mas articulados em distintas configurações que se estabelecem historicamente (SANTOS et al., 2014). Portanto, podem variar no tempo e entre os países.

Podemos sugerir que o contexto institucional e do sistema partidário na Bolívia a partir das eleições ocorridas em 2005 conferiram ao presidente Evo Morales maior poder de agenda. A partir do segundo mandato o MAS alcançou maioria no parlamento, facilitada pelo arranjo eleitoral definido na Constituição de 2009 que estabeleceu a eleição de parte dos deputados (aqueles plurinominais) e dos senadores por meio de uma lista fechada confeccionada e pré-ordenada pelos dirigentes partidários, atrelada ao voto presidencial. Ao votar na figura do presidente o eleitor automaticamente está votando em quatro senadores e entre um a 13 deputados nominais, dependendo do *Departamento*, todos esses do mesmo partido (CARVALHO, 2011, p.13). Soma-se a esses fatos o amplo respaldo do MAS conferido pela proporção de votos obtidos nas três eleições que venceu: 54% dos votos válidos em 2005; 63% em 2009; e 61% em 2014. Voltaremos a essas questões.

Apoiados no arcabouço teórico aqui apresentado e considerando nosso argumento de que os mandatos do MAS ocorrem em um ambiente de maior poder de agenda do presidente, entendemos que existem condições para a aprovação de projetos de lei que proponham reformas na política de saúde. Ainda, considerando nosso argumento de que os governos de esquerda conduzem reformas mais inclusivas nas políticas sociais, as reformas na política de saúde também seguirão nessa direção. No entanto, a reforma “forte” na política de saúde – termo que tomamos emprestado de Draibe (2013) –, que altera a institucionalidade do sistema de saúde, ainda não ocorreu. Como estamos tratando de uma conjunção causal, conferimos também um poder explicativo às relações entre os níveis de governo, que conferem uma coordenação e harmonização na implementação da política de saúde.



### ***1.2.3 As relações entre os níveis de governo como determinantes para uma reforma da política de saúde***

Argumentamos nessa tese que as relações entre o governo central, os departamentos e os municípios na Bolívia configuram uma das dimensões das regras do jogo institucional e que também explicam o alcance das reformas da política de saúde e a conformação do sistema de saúde no país. Quando delimitamos a expectativa do alcance das mudanças decorrentes da reforma na política de saúde destacamos o entendimento da cobertura universal, que pressupõe o atendimento das necessidades em saúde de todos os indivíduos. Esse princípio, a integralidade da atenção, impõe que as ações de saúde devem alcançar os indivíduos em todas as etapas do seu ciclo de vida. Do ponto de vista da organização dos sistemas de saúde isso somente acontece quando eles garantem que, seja qual for o nível de complexidade da atenção e o formato da distribuição dos serviços no território, o cuidado se dê de forma articulada entre os níveis, estejam os serviços localizados em um ponto da rede pertencente ao âmbito municipal, intermediário ou nacional. Ou seja, para que um indivíduo tenha acesso à assistência hospitalar, por exemplo, prestada em estabelecimentos de maior complexidade com gestão pelo governo central, é necessário que o nível local consiga um encaminhamento oportuno desse indivíduo. Ainda, do ponto de vista da qualidade da atenção, o nível local deverá dar prosseguimento à assistência quando esse indivíduo retornar, seja para sua reabilitação ou para o acompanhamento de rotina já realizado por esse nível de atenção. É a partir dessa lógica de organização dos sistemas de saúde e desse objetivo, a atenção universal e integral à saúde, que destacamos como de suma importância a noção de coordenação entre os níveis de governo para a prestação de serviços e para a resolutividade dos sistemas de saúde.

Uma segunda discussão que justifica a incorporação das relações entre os níveis de governo entre os fatores explicativos propostos nessa tese é o fato de que diversos modelos de implementação da política de saúde contêm diretrizes relativas ao planejamento ascendente a partir das necessidades locais e, para tal, defendem que a autonomia das unidades subnacionais, geralmente expressa na descentralização (administrativa, fiscal e política), permitiria a aproximação entre os “problemas de saúde” e o *locus* de decisão e execução. No entanto, a pertinência da descentralização é também questionada quando é considerada a necessidade de coordenação entre os níveis de governo, imprescindível para que as ações de saúde sejam eficazes e efetivas. A economia de escala, de importante interesse quando está em jogo a disponibilidade de recursos para o financiamento dos sistemas de saúde, é também um elemento que coloca em questão a solução da descentralização adotada nos sistemas de saúde. Podemos

argumentar que uma economia de escala não é alcançada sem que o sistema tenha uma coordenação efetiva, seja qual for seu nível de descentralização ou a autonomia das subunidades que o compõem.

No nosso caso específico, uma terceira discussão que pode ser somada ao debate em torno da descentralização e da coordenação entre os níveis de governo é a natureza unitária do Estado boliviano. De uma forma simplista os Estados unitários são identificados pelo fato de centralizarem as decisões, em oposição aos Estados federados nos quais se pressupõe que o processo decisório é descentralizado. Em uma visão mais ampla os Estados unitários poderiam ser entendidos como aqueles cujo governo nacional é soberano sobre as unidades territoriais e os níveis subnacionais, com autoridade e legitimidade para controlar as atividades dessas unidades mesmo quando alguns papéis e funções administrativas estão descentralizados (NORRIS, 2008). De outra forma, podemos entender que o conceito binário federalismo/unitarismo se refere às características constitucionais da política. Uma política unitária remete ao fato de que a soberania – autoridade constitucional – é investida no governo central, o que não significa que todo o processo decisório ocorra nesse nível ou que, por exemplo, todo e qualquer recurso financeiro se origine ou seja gasto ali. A diferença nesse enfoque é que o poder delegado aos níveis subnacionais em um sistema unitário pode ser revogado. Nos sistemas federados, por seu turno, os poderes delegados às unidades subnacionais são constitucionais, ou seja, inerentes a elas (GERRING et al., 2007).

Considerado o fato de que Estados unitários podem delegar poderes às unidades subnacionais, podemos supor a existência de variações nos formatos desses Estados. Em um extremo encontraríamos Estados unitários descentralizados, com considerável desconcentração de poderes administrativos, fiscais e políticos aos níveis subnacionais. Esses também incluiriam Estados nos quais executivos e legislativos eleitos localmente planejam, financiam e gerenciam questões e políticas de âmbito local. Em outro extremo estariam os Estados unitários centralizados, nos quais a maior parte das funções executivas e legislativas seriam exercidas no nível nacional, sendo as decisões implementadas nos níveis locais com uma descentralização fiscal ou política mínimas. Esse caso caracteriza, por exemplo, regimes menos democráticos com uma estrutura comando-e-controle com autonomia e poder decisório das unidades subnacionais muito limitados (NORRIS, 2008).

A partir dessa possibilidade de variação nos formatos do compartilhamento da soberania Gerring et al. (2007), em um estudo sobre o impacto de sistemas unitários no desenvolvimento humano, político e econômico, identificaram três categorias para a alocação dos países. Na primeira estão os países federais, aqueles nos quais ocorrem eleições legislativas regionais e a

autoridade subnacional é reconhecida constitucionalmente. Na segunda categoria, os países semifederais, aqueles nos quais ocorrem eleições legislativas locais, com exercício de importantes poderes decisórios, mas cuja soberania constitucional é reservada ao governo nacional. Por fim, os países unitários *stricto sensu* nos quais todo poder decisório está concentrado no nível nacional.

Como vemos, o entendimento da diversidade dos países quanto aos regimes federal e unitário dilui a simplista concepção binária de centralização e descentralização de poderes decisórios para sua diferenciação. Alguns autores têm proposto deslocar o foco da soberania estabelecida constitucionalmente, chamando para um olhar sobre as origens reais do poder decisório. É o caso do conceito que Ricker propõe para o federalismo.

Federalism is a political organization in which the activities of government are divided between regional governments and a central government in such a way that each kind of government has some activities on which it makes final decisions. (RICKER, 1975 apud VOLDEN, 2004: p.91)

Esse conceito traz o entendimento de um *continuum* entre um sistema federal periférico no qual o governo central controla apenas uma categoria decisória, e um federalismo muito centralizado no qual o governo central controla quase a totalidade dos processos decisórios. Da mesma forma podemos entender os sistemas unitários em um *continuum*.

Distanciando da polarização centralização/descentralização, em uma última abordagem que trazemos alguns autores têm defendido a ideia de substituí-la pelo conceito simples/composto, com base no debate em torno do monopólio nacional do poder de legislação no Estado. Ou seja, quando esse monopólio se rompe em favor dos níveis subnacionais surge uma forma de Estado composto, em oposição a um Estado simples (SUVELZA, 2011)<sup>9</sup>.

A diferenciação entre o Estado unitário simples e o composto tem sido adotada para localizar a Bolívia, sob a justificativa que se trata de uma inovação. O país não teria deixado o “Estado simples”, mas evitou o federal e o autônomo e, a partir da Constituição de 2009, estabeleceu variantes dentro de um “Estado composto” (talvez de encontro ao conceito de Estados semifederais, de Gerring et al.). As abordagens que definem a Bolívia como tal assumem que se trata de um Estado unitário com descentralização política e administrativa, ou seja, com autonomias (CARVALHO, 2011). Assim é o entendimento do *Tribunal Constitucional Plurinacional* da Bolívia acerca do disposto na Constituição de 2009.

---

<sup>9</sup> Destacamos que essa definição irá depender do alcance do termo “lei”, delimitado pelo fato de tratar-se ou não de uma norma geral e abstrata, ter sido editada por um órgão habilitado, conter uma decisão política em uma área pública, ter reconhecimento efetivo no ordenamento jurídico do país, ter a mesma hierarquia e a mesma forma de proteção constitucional seja qual for sua escala territorial e, por fim, ter hierarquia sobre as normas administrativas correspondentes (SUVELZA, 2011, p.58).

En primer lugar, antes de ingresar al análisis concreto, cabe señalar el artículo 1 de la Constitución Política del Estado, que assume que Bolívia tiene un modelo de Estado: “(...) Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías ...”, instituyendo un modelo de Estado Compuesto, que reconoce que la soberanía del mismo radica en la unidad del pueblo boliviano; la división horizontal como vertical del poder público, la primera en cuanto ejercicio de funciones bajo o principio de separación de funciones en cuatro órganos y otras instituciones propias del Estado de Derecho, y la segunda, en tanto división territorial, articulando la administración y gestión del poder público; y además, que assume la existencia de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, en un escenario de convergencia del Pueblo boliviano en la construcción de un Estado Plurinacional (Tribunal Constitucional Plurinacional apud. TELLERIA, 2016:39).

Na estruturação do Estado “composto” a Constituição boliviana de 2009 definiu, dentre outras, que a aprovação de leis que regem o território nacional é atribuição exclusiva da assembleia nacional, mantendo, portanto, o caráter unitário do Estado. Constituiu também os governos autônomos departamentais e municipais e suas assembleias e conselhos deliberativos, fiscalizadores e legislativos no âmbito de sua competência; e definiu o poder dos departamentos e municípios de aprovar, modificar ou eliminar impostos de domínio exclusivo. Na sequência, essa determinação constitucional foi regulamentada, bem como coordenação entre o nível central e as entidades territoriais e autônomas<sup>10</sup>. Portanto, ficaram estabelecidos os princípios e diretrizes para a coordenação intergovernamental, sendo a *Ley Marco de Autonomías y Descentralización* o instrumento de mediação e articulação do relacionamento das distintas formas de governo no país entre si e com o nível central, em relação às políticas públicas.

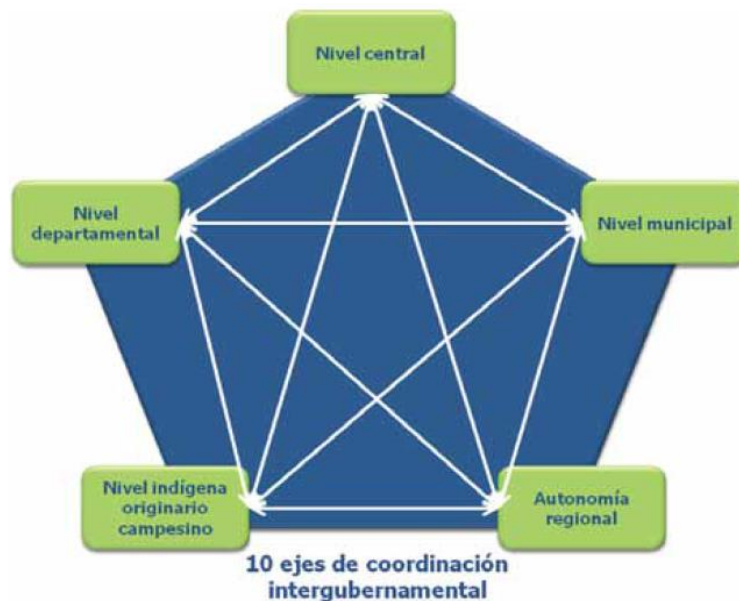
A Constituição boliviana de 2009, ao estabelecer quatro níveis territoriais do Estado – nacional, departamental, municipal e indígena originário camponês –, e cinco formas de autonomias – aquelas dos quatro níveis de governo e mais a autonomia regional –, constituiu dez eixos de relacionamento intergovernamental, tornando complexo o cenário da definição e implementação das políticas públicas (Figura 1).

A coordenação entre os níveis tornou-se uma questão crucial para a implementação de uma política de saúde na Bolívia, na concepção defendida nessa tese. Para além da diferenciação entre Estados federais ou unitários, simples ou compostos, o que está colocado é a capacidade do governo central de coordenar e obter a cooperação dos governos subnacionais na produção dessa política (RODRIGUÉZ, 2010; ARRETCHE, 2012).

---

<sup>10</sup> *Ley Marco de Autonomías y Descentralización* “Andrés Ibáñez”, n° 031, de 19 de julio de 2010.

Figura 1– Níveis de governo e eixos das relações intergovernamentais na Bolívia a partir da Ley 031 de 2010.



Fonte: RODRIGUEZ, 2010.

Assumindo a complexidade da estrutura das autonomias criada no Estado boliviano, trazemos da literatura o argumento de que a presença de mecanismos institucionais que permitem aos governos centrais obter a cooperação dos entes subnacionais é mais relevante do que a forma federal ou unitária do Estado. Isso sugere que as instituições que centralizam a autoridade política têm iguais chances de se consolidarem em um ou outro formato. Ou seja, o que melhor explicaria a coordenação central das políticas seria a combinação de regras institucionais que centralizam a autoridade política (ARRETCHE, 2012). A proposição contida nesse argumento é a distinção entre a designação formal de responsabilidades de governo (*policy-making*) e a autonomia para tomar decisões sobre as políticas públicas (*policy decision-making*), e os conceitos de descentralização política, fiscal e de competências. Como nos traz Arretche (2012), achados de estudos indicam que os governos subnacionais podem ter grandes responsabilidades de execução de políticas, mas essas estarem fortemente reguladas pelos governos centrais. Sendo assim, a descentralização fiscal e de competências ocorre sob uma autonomia limitada, revelando uma distinção entre *policy-making* e *policy decision-making* (ARRETCHE, 2012).

Essa distinção nos traz elementos para compreender as relações verticais entre os níveis de governo em relação ao modelo de descentralização adotado na Bolívia. Podemos argumentar, por exemplo, que a extensão do controle dos recursos fiscais exercido pelo governo central pode afetar decisivamente a extensão na qual os governos autônomos subnacionais

podem empregar seu poder de gasto para induzir suas prioridades políticas. Em relação à política de saúde, a medida desse controle pode conferir, dentre outras, maior ou menor possibilidade de fragmentação do sistema de saúde. Explicando, embora esse sistema possa ter nacionalmente um caráter fragmentado – como realmente é o caso da Bolívia –, um maior controle e regulação dos gastos dos governos subnacionais tiraria deles a autonomia para investimentos em novos programas direcionados a públicos específicos, que poderiam aprofundar essa fragmentação. O controle dos gastos funcionaria como um mecanismo para conferir certa unidade ao sistema de saúde. Certo é, entretanto, que os resultados das políticas não são explicados apenas pelos gastos, sendo também afetados pelo desenho das políticas, como apontou Arretche ao retomar o argumento de Esping-andersen (ESPING-ANDERSEN, 1975 apud. ARRETCHE, 2012).

A atribuição de competências relativas às políticas públicas aos níveis subnacionais de governo – à luz da análise dos níveis de descentralização alcançados, da capacidade decisória e também do desenho das políticas – traz, portanto, uma complexidade para sua implementação que supera a concepção clássica de um Estado que opera com base em hierarquias. Colocada essa realidade, podemos esperar o conflito, o jogo político e o estabelecimento de relações de interdependência, contidos no campo de análise das relações intergovernamentais (RIG) “un importante cuerpo de actividades o interacciones que tienen lugar entre unidades de gobierno de todo tipo y nivel territorial de actuación” (ANDERSON, 1960 apud MOLINA MORTE, 2015, p.42).

O campo de estudo das RIG surgiu a partir das teorias sobre o federalismo, que nos anos 1960 começaram a se ocupar em explicar porque esse deixou de ser uma teoria sobre a separação de poder entre o Estado central e as unidades subnacionais, começando a configurar uma teoria dos sistemas de cooperação. Estudos clássicos de Elasar e Wright à época começaram a se referir a um federalismo no qual os atores estatais nos distintos níveis do governo já não se assumiam independentes e no qual o centro tinha um papel mais ativo na coordenação de relações cooperativas<sup>11</sup> (ELASAR, 1964 apud. BOTERO, 2011; WRIGHT, 1974 apud. BOTERO, 2011). Na atualidade assume-se que em todo Estado – sejam federais ou unitários, ou unitários descentralizados (ou, como se propõe para a Bolívia, compostos) –, existem diferentes níveis territoriais que permitem ou necessitam que os governos se relacionem, seja em condições de hierarquia ou de maior igualdade, o que torna a coordenação dos assuntos públicos uma questão estratégica. As RIG incluem todo tipo de relações que se

---

<sup>11</sup> Esse sistema de relações surgiu nos EUA nos anos 1930, gerado pela maior intervenção do Estado nos entes federados no período do New Deal (ELASAR, 1964 apud. BOTERO, 2011).

estabelecem entre esses níveis, incluindo os atores políticos nos governos e em seus organismos públicos e não-governamentais, nos partidos políticos e nos parlamentos, analisando os poderes legais, as ações formais e a atuação dos governos, bem como as ações e concepções informais dos atores nesses governos (AGRANOFF, 1993; WRIGHT, 1997 apud. MOLINA MORTE, 2015).

A análise é, portanto, institucional. As RIG acontecem no marco de um sistema político e administrativo no qual um conjunto de instituições com desenho, formas de funcionamento e histórias específicas intervêm. As instituições condicionam os espaços de atuação dos diferentes atores e os limites de sua ação, bem como as vias às quais podem recorrer para obter recursos e relacionar-se com seu entorno, composto por diversas unidades pertencentes a outros níveis de governo. Diferentes arranjos institucionais produzem diferentes formas de ação estratégica dos governos centrais e subnacionais que podem determinar relações de confronto, negociação, coalizão, e de solução conjunta ou não dos problemas (MOLINA MORTE, 2015; BOTERO, 2011). Da mesma forma, o legado dos arranjos institucionais determinados por uma dada política pública em relação à autoridade para tomar decisões relativas às regras, à execução e ao controle de seus recursos, afeta as relações entre os níveis de governo.

Nosso interesse para a análise da política de saúde no governo do MAS está especialmente nos aspectos estruturais das RIG na Bolívia. Esses envolvem a análise das leis e dos marcos legais, da estrutura organizativa do governo e de sua administração, e das relações fiscais entre os níveis de governo no âmbito do sistema de saúde. Nas relações entre os níveis consideramos relevantes fatores como o peso da história, o impacto do passado recente, as disposições constitucionais, o entorno político e os recursos dos quais os níveis subnacionais dispõem (WRIGHT, 1988 apud. AGRANOFF, 1992). O modo como essas relações se articulam, por meio de quais canais, e em que medida conseguem gerar um equilíbrio de poderes entre os níveis, são questões-chave para entender a lógica dos processos que condicionam a *policy-making* e *policy decision-making* e que definem o alcance da implementação do sistema de saúde, para além dos aspectos meramente técnicos e administrativos.

Como sugere a definição das RIG, o modelo de interações dentro da estrutura do Estado pode ser bastante amplo. Essa análise é, portanto, seletiva. Contudo, buscamos na análise dos aspectos estruturais da inter-relação entre os níveis de governo ir além da simples descrição do processo de descentralização e de constituição das autonomias para explicar como o Estado executa seu papel coordenador. De forma paradoxal, uma maior autonomia requer maiores capacidades institucionais centrais para assegurar o funcionamento e a co-evolução das

atividades regionais com os objetivos da unidade nacional. Nesse sentido, a coordenação intergovernamental é entendida como o conjunto de ações orientadas à harmonização das expectativas divergentes e à maximização da complementariedade entre as ações contingentes de múltiplos atores autônomos em um sistema de relações interdependentes, como entendemos que deve ser o sistema de saúde (BOTERO, 2011).

Nos interessa, portanto, identificar os mecanismos instituídos na Bolívia para a coordenação das políticas de saúde no governo do MAS sempre visando a complementariedade e harmonização das ações no sentido da construção de um sistema de saúde mais inclusivo e abrangente. Como tratamos nessa tese de uma conjunção de fatores explicativos das mudanças ocorridas no sistema de saúde boliviano a partir das reformas na política de saúde, a análise das relações intergovernamentais está imbricada no contexto institucional determinado pelo regime constitucional, pelas características do sistema partidário, pela distribuição de poderes entre os atores e pelo legado das políticas de saúde anteriores ao governo do MAS.

Em síntese, a questão que provocou a inserção do tema das relações entre os níveis de governo como fator que explica as mudanças no sistema de saúde boliviano promovidas no governo do MAS, partiu da tese de que os Estados unitários teriam maiores mecanismos de coordenação das políticas sociais implementadas pelos governos locais. Essa tese foi aqui contestada sob distintos enfoques. Ainda que persistisse, as mudanças estruturais ocorridas no Estado boliviano a partir da Constituição de 2009 já não colocam o país como um Estado unitário “simples”. Nos interessa, então, a partir da identificação dos mecanismos de coordenação estabelecidos, explicar como as relações entre os níveis de governo na Bolívia têm afetado a construção de um sistema de saúde mais inclusivo. A hipótese é que as determinações constitucionais e infra-constitucionais referentes às autonomias estabeleceram espaços de atuação que dificultam a coordenação do sistema de saúde entre os níveis de governo, à medida em que propiciam a constituição de pontos de veto às reformas na política de saúde.

#### ***1.2.4 O legado restringindo alternativas***

Temos enfatizado a perspectiva das instituições como regras do jogo formais ou informais, ou limites que estruturam a conduta dos atores políticos. Também trouxemos o entendimento de que as políticas públicas, ao levarem à constituição de instituições para viabilizar sua implementação, estabelecem limites à ação dos atores políticos e ao seu papel na decisão em relação a elas e, conseqüentemente, em relação às reformas nessas políticas. Nesse sentido as políticas públicas, ao provocarem efeitos sobre as políticas, são também instituições. Ou seja, *policies make politics* (PIERSON, 1994). O fato é que os constrangimentos



estabelecidos pelas instituições originadas de uma política pública vão se refletir nas possibilidades de mudanças. Isso está expresso na noção de *policy feedback* ou legado, segundo o qual políticas definidas e implementadas em um tempo  $t1$  têm efeitos sobre as políticas em um tempo posterior  $t2$ .

Pierson (1994), em uma abordagem do legado, destaca que seus efeitos se dão em duas linhas. Na primeira, a implementação de novas políticas transforma as capacidades dos Estados e muda as possibilidades de iniciativas no futuro, afetando potenciais alternativas de mudança (PIERSON 1994, SCKOCPOL, 1992). Essa linha analítica pode ser adotada para avaliar o sucesso ou não de políticas por meio de seus efeitos nas capacidades do Estado de promover ou frustrar posteriores extensões dessa política (SCOKPOL, 1992). Ou seja, uma política seria bem-sucedida se aumentasse a capacidade do Estado para incrementá-la no futuro e se fornecesse estímulos aos grupos de interesse para defender sua continuidade. Na segunda linha analítica, o *feedback* é reconhecido pelas mudanças que as políticas provocam nas metas e capacidades dos grupos de interesse. Podem proporcionar tanto incentivos e recursos a esses grupos – decorrentes das próprias ações governamentais –, quanto inibir sua formação e expansão. Isso se daria, por exemplo, por meio de legislações que favorecem determinados segmentos, do favorecimento do acesso de determinados grupos aos recursos de poder, de sua aproximação do processo decisório ou, em outro sentido, por meio de incentivos para a formação de grupos contrários à política. Esse argumento é reforçado nos estudos de Esping-Andersen: as políticas, ao tomarem determinado curso de desenvolvimento, produzem incentivos e recursos que influenciam os indivíduos em sua vida e em suas escolhas, como no caso dos *welfare states* (ESPING-ANDERSEN, 1991 apud. PIERSON, 1994).

Os estudos de Pribble (2013) sobre a América Latina ilustram esses efeitos do legado ao abordarem as reformas nos sistemas de proteção social ocorridas ao final dos anos 1990 e a partir dos anos 2000. Primeiro, o legado estruturou o tipo de problemas encontrados na região. Por exemplo, no caso do Chile e do Uruguai o legado das políticas sociais dos governos anteriores (ditatoriais e neoliberais), moldou a natureza das reformas empreendidas. No Chile, as brechas de cobertura geradas pelo governo de Pinochet (1973 a 1990) nos sistemas educacional, de saúde e previdenciário, e que se expandiram durante os anos 1990 e no início dos anos 2000, abriram o caminho para as reformas nessas políticas. No Uruguai, a política de expansão do ensino médio nos anos 1980 foi levada sem que houvesse um investimento no aumento do número de escolas públicas, o que ocasionou problemas de superlotação daquelas existentes e diminuição da qualidade do ensino. Esse legado levou à necessidade e à definição da reforma educacional de 1995 no país. Segundo, o legado influenciou o processo de reformas

das políticas sociais na América Latina estruturando a distribuição de poder, ou seja, empoderando alguns grupos e enfraquecendo outros. Nos anos 1980 e 1990 as reformas privatizantes no setor social permitiram a entrada do setor privado na arena política. Esse setor se tornou extremamente poderoso e, nas proposições de reformas posteriores, estava mobilizado para bloquear mudanças que envolviam a expansão do poder do Estado na proteção social, na regulação do mercado, ou no estabelecimento de taxações. Entretanto, nos países nos quais o processo de privatização foi moderado o poder dos atores privados foi menor e, conseqüentemente, ofereceu menor barreira às reformas. Por sua vez, nos países onde os atores privados permaneceram fracos, os grupos de interesse corporativos, como os sindicatos, tornaram-se importantes atores na barreira contra as reformas universalizantes (PRIBBLE, 2013, p.27).

Entre os mecanismos de *feedback* a literatura distingue a criação de incentivos e recursos para os atores por meio de dois processos. Primeiro, as políticas podem criar incentivos para sua adaptação de forma que geram efeitos *lock-in* em determinada trajetória dessas políticas e aumentam os custos para a adoção de perspectivas alternativas. Um elemento que caracteriza esses efeitos são os retornos crescentes, pelos quais uma etapa inicial da implantação da política gera efeitos de retroalimentação positiva que a consolidam, mesmo se não é a melhor alternativa ao longo de sua trajetória. Nessa perspectiva, dado que as instituições estabelecem mecanismos estáveis no tempo e as reformas ou ajustes elevam o custo de sua reversão, os processos de desenvolvimento institucional tendem a se reforçar. Ou seja, são desenvolvidos padrões de comportamento que dificilmente serão revertidos, pois as políticas públicas, ao criarem determinados incentivos, propiciam o desenvolvimento de redes de interesses e compromissos difíceis de serem rompidos por outras alternativas (MENICUCCI, 2007). Em um segundo processo, como as políticas fornecem informações que podem produzir o aprendizado, são capazes de influenciar a consciência individual sobre a atividade do governo. Esse processo acontece em um contexto de informações limitadas e, como é reconhecido que a distribuição de informações é frequentemente desigual, são gerados incentivos seletivos para indivíduos e grupos na sociedade (PIERSON, 1994).

Em conseqüência a esses efeitos pode-se esperar um processo dependente da trajetória (*path dependent*), pelo qual as escolhas iniciais do desenho institucional têm implicações de longo prazo para a performance das políticas públicas. Nos processos *path dependents* cada momento decisório constitui-se em um poderoso dispositivo para decisões posteriores e a possibilidade de continuar no mesmo caminho aumenta em relação àquela de desviar-se da trajetória estabelecida ou mesmo sair completamente dela. Isso não se traduz em um

determinismo histórico, mas significa que essa perspectiva é dominada por qualquer que seja o *status quo* (WILSFORD, 1994), dado que os benefícios desse caminho aumentam com o tempo, comparados com outras opções possíveis, tornando maiores os custos da mudança. A dependência de trajetória, portanto, enfatiza o impacto da existência de legados políticos sobre as escolhas políticas subsequentes.

Tanto o legado e seus mecanismos quanto a concepção de *path dependence* trazem importantes elementos para a análise das reformas na política de saúde na Bolívia no governo do MAS. Tomando as conclusões do estudo de Pribble (2013) e aplicando-as à Bolívia, podemos argumentar que o legado comum aos países latino-americanos de constituição de seus sistemas de proteção social, qual seja, o direito vinculado à participação no mercado formal de trabalho, condicionou em grande parte os problemas do sistema de saúde no país. Um deles, de forma contundente, é a exclusão desse sistema de parcela significativa da população boliviana, considerando que 55% da população economicamente ativa em 2009 estava vinculada à economia informal<sup>12</sup>. Um segundo ponto é o fato dessa política ter criado incentivos para a formação e fortalecimento de redes de interesse, com potencial para alterar o desenvolvimento subsequente dessa política em favor de seus objetivos políticos e de suas preferências. No subsistema do seguro social podemos citar a ampliação da cobertura das *Cajas* que, a partir de sua expansão e da incorporação de novos grupos de beneficiários fortaleceu a política segmentada de saúde. No subsistema público, destacamos a autonomia dos serviços e profissionais de saúde na geração de recursos próprios por meio da cobrança de co-participação pelos serviços prestados, funcionando como um financiamento paralelo revertido principalmente para o incremento dos salários dos profissionais.

Como ressalta Menicucci (2007) o processo de constituição do sistema de saúde tem também consequências na constituição de uma identidade coletiva na população. As políticas adotadas passam a ser consideradas naturais, levando à reprodução de políticas preexistentes ou apenas a ajustes a novas situações. Ou seja, os legados institucionais podem inviabilizar ou limitar as mudanças na política e dar a essas um caráter gradual.

Em suma, o estudo da política de saúde na Bolívia assume as instituições como regras do jogo, limites impostos ao comportamento e à definição das preferências dos atores políticos. A política de saúde, uma vez definida e implementada, estabelece também regras do jogo influenciando a alocação de recursos e as estratégias políticas alternativas. Essa influência é exercida tanto pelas instituições criadas para a implementação da política quanto pelos efeitos

---

<sup>12</sup> Dado mais recente da CEPAL, disponível em <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=1766&idioma=e>

que essa pode ter sobre as estruturas institucionais já existentes, e está contida nos conceitos de *policy feedback* e *path dependence*. Portanto, esperamos que o contexto institucional estabelecido anteriormente à chegada da esquerda ao governo na Bolívia em 2005 explique, em grande parte, o desenvolvimento posterior da política de saúde. Seus efeitos condicionaram as proposições de alternativas para o sistema de saúde, no sentido que aqui esperamos, de maior cobertura e inclusão. Ou seja, a política de saúde é explicada pelas relações de poder estabelecidas nos processos de formulação e implementação, bem como explica o processo de reforma e mudança institucional, na medida em que seu legado condicionou a trajetória em etapas subsequentes. A hipótese é que os mecanismos estabelecidos a partir das escolhas políticas anteriores ao governo do MAS, especialmente nos governos neoliberais a partir da redemocratização da Bolívia, condicionaram as possibilidades de reformas radicais no sentido de maior inclusão e cobertura das ações de saúde.

### **Síntese**

O objetivo desse capítulo foi tratar o marco teórico adotado nessa tese e as dimensões da análise proposta para o estudo da política de saúde na Bolívia. A partir dos aportes teóricos do institucionalismo buscamos explicar a reforma na política de saúde e as mudanças no sistema de saúde a partir da ascendência política da esquerda ao governo na Bolívia. Consideramos a ascensão do governo de esquerda à presidência da Bolívia uma janela de oportunidade para a introdução de mudanças estruturais na política de saúde.

Entendidos como uma conjunção causal na explicação da política de saúde, a análise é focada na conformação do sistema partidário no país e seu reflexo na formação dos governos e nas demandas políticas; nos papéis dos atores políticos, especialmente os poderes Executivo e Legislativo; nas relações estabelecidas entre os níveis de governo na definição e implementação da política de saúde; e no legado das políticas de saúde anteriores. Espera-se que a liderança do presidente e seu poder de agenda tenham efeito positivo sobre a política de saúde, no sentido estabelecido nessa tese (maior inclusão e cobertura). É esperado que a relação com o Legislativo tenha o mesmo efeito positivo, considerando o contexto do período em análise, marcado pelas maiorias legislativas do governo. Da mesma forma, espera-se que as regras estabelecidas a partir da ascensão do MAS ao governo, referentes às atribuições dos diferentes níveis de governo em relação à política de saúde, tenham efeito positivo na capacidade dos níveis subnacionais de implementar essa política. Em outro sentido, existe a hipótese de que essas mesmas regras, ao estabelecerem e regulamentarem as autonomias dos níveis subnacionais, possam obstaculizar a ação coordenadora do nível central tendo, portanto, um efeito negativo

sobre a implementação da política de saúde. Por fim é suposto que o legado da política de saúde dos governos anteriores ao MAS, especialmente a partir de 1985, tenha um efeito negativo sobre o fenômeno aqui analisado, qual seja, as mudanças no sistema de saúde decorrentes das reformas empreendidas pelo governo do MAS, em direção a uma política de saúde mais abrangente e inclusiva. Algumas hipóteses são, portanto, delimitadas.

- 1- A ideologia do partido do presidente, bem como suas características enquanto instituição de representação de interesses, conformam as reformas na política de saúde.
- 2- O contexto institucional e do sistema partidário na Bolívia a partir de 2005 conferiram maior poder de agenda ao Executivo, favorecendo a condução de uma reforma radical na política de saúde que configure um sistema de saúde universal.
- 3- Em que pese o fato de a ascensão do MAS ao governo ter aberto a janela de oportunidade que propiciaria mudanças radicais na política de saúde, o legado das políticas de saúde anteriores condicionou o alcance dessas mudanças.
- 4- A Constituição Boliviana de 2009 e as mudanças na legislação infraconstitucional decorrentes criaram espaços de ação para os entes subnacionais que dificultam a coordenação entre esses níveis e o nível nacional do governo, comprometendo a implementação de uma reforma radical da política de saúde.

## Capítulo 2 - A esquerda na América Latina

### Introdução

Nesse capítulo trazemos a contribuição recente do conhecimento acerca do giro à esquerda na América Latina com o objetivo de, ao incorporar elementos dessa literatura, propiciar a discussão específica da esquerda na Bolívia, da ascensão do MAS ao governo<sup>13</sup> e, objetivo central dessa tese, analisar a política de saúde implementada no país a partir da compreensão e análise dessa esquerda.

A literatura, ao falar genericamente da esquerda, inclui regimes, partidos políticos e movimentos sociais que desafiam o capitalismo neoliberal, o imperialismo e a exploração de classe de diversas formas e em diferentes graus, e se opõem a qualquer tipo de opressão, seja sexual, racial, de gênero ou classe (WEBBER e CARR, 2013, p.4). Como enfatiza Mayorga (2007) a esquerda busca a justiça social e a redução das desigualdades, a distribuição de riqueza, a integração social, a expansão da participação política e o aprofundamento da democracia. Também se preocupa em fortalecer o Estado e reafirmar seu papel na economia.

Para Levitsky e Roberts (2011a) a esquerda refere-se àqueles atores políticos que têm como objetivo programático central reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Ampliando essa definição, os autores enfatizam que:

“os partidos de esquerda buscam usar a autoridade pública para redistribuir a riqueza e a renda para grupos menos favorecidos, eliminar hierarquias sociais e fortalecer a voz dos grupos em desvantagem no processo político. No âmbito sócio-econômico, as políticas de esquerda buscam combater as desigualdades arraigadas na competição de mercado e na concentração de propriedade, aumentar as oportunidades para os pobres e prover proteção social contra as inseguranças do mercado. Embora a esquerda contemporânea não se oponha, necessariamente, à propriedade privada ou à competição no mercado, recusa a ideia de que seja possível confiar nas forças não reguladas do mercado para satisfazer as necessidades sociais. No âmbito político, a esquerda busca aumentar a participação dos grupos menos privilegiados e eliminar as formas hierárquicas de dominação que marginalizam os setores populares”. (LEVITSKY e ROBERTS, 2011a: 5).

Essa definição, contudo, é criticada por Gargarella (2014), que a considera imprecisa, permitindo incluir governos que não desafiam a propriedade privada, não estão na trilha do socialismo (nem mesmo de uma social-democracia), concentram o poder no executivo e não democratizam a sociedade. O autor ainda critica o caráter “sub-inclusivo” da definição, dado que ao destacar que o objetivo programático central da esquerda de reduzir as desigualdades econômicas e sociais ela cria obstáculos à inclusão de governos que não esclareçam esses objetivos antes da chegada ao poder. Critica também seu caráter “sobre-inclusivo”,

---

<sup>13</sup> Esses temas – esquerda na Bolívia e ascensão do MAS ao governo –, serão discutidos em capítulo específico nessa tese.

considerando que a definição reduz e modera os princípios econômicos do que seria um governo de esquerda, e aceita a ação desses governos apenas sobre a redução de desigualdades. A definição proposta por Gargarella (2014) foca na crítica à concentração de poder econômico e de poder político, vinculando-se aos ideais e tradições do pensamento de esquerda: a democracia econômica e a democracia política<sup>14</sup>. Trata-se, segundo o autor, de um “ideal regulativo” que pretende contribuir para a leitura crítica dos ideais políticos contemporâneos e que se coloca incompatível com outros conceitos de esquerda de uso comum na região porque impede a realização de juízos categóricos em relação às recentes experiências (GARGARELLA, 2014, p.471-472).

Sem pretender esgotar a discussão desse conceito para a América Latina, mas guardando o entendimento das controvérsias existentes, consideramos que a esquerda latino-americana não permaneceu intocada pelas mudanças políticas e econômicas das últimas décadas, tendo se adaptado e acomodado aos desafios da democratização e da economia neoliberal, redefinido seus princípios ideológicos, mudado suas estratégias e adotado novas políticas econômicas. Isso posto, nos atende a abordagem de Ardití (2009) que parte da construção de um marco conceitual para a esquerda a partir de conceitos mínimos que demarcam o termo – a busca de mudança no *status quo* e a promoção da igualdade e da solidariedade, sendo estes produtos do consenso entre os atores políticos. Considera também critérios centrados na práxis dos grupamentos de esquerda, que aludem à ideia de que a identidade desses grupamentos se modifica de acordo com o fracasso ou sucesso dos projetos, com os adversários que devem enfrentar e com as representações que fazem de si mesmos. Assim, o autor identifica as coordenadas que dão forma à maior parte das esquerdas latino-americanas contemporâneas. Primeiro, a concepção da igualdade, da solidariedade, do pensamento crítico e do questionamento do *status quo* como variáveis dependentes do contexto, e não como um conjunto de lemas ideológicos. Segundo, o fato de a maior parte das esquerdas serem menos hostis em relação à propriedade privada e ao mercado e aceitarem a coexistência com eles, mas também desafiarem a ortodoxia da década de 1990. Terceiro, essas esquerdas assumem o Estado como a instância decisiva para regular os mercados e implementar políticas de

---

<sup>14</sup> Segundo Gargarella, desde suas origens e até o início do século XX as forças mais contestatórias e radicais da esquerda latino-americana defenderam a democracia política, sempre junto das reivindicações pela democracia econômica. Por meio das demandas por democracia política mostraram a oposição ao projeto político conservador, verticalista e de autoridade concentrada. Por meio das demandas por democracia econômica se opuseram ao projeto econômico liberal, caracterizado pelo anti-estatismo, pela defesa da liberdade e da desregulação econômica, pela complacência frente à concentração econômica e pelo descuido das questões sociais (GARGARELLA, 2014:470).

redistribuição (apesar de o autor reconhecer que algumas correntes dessa esquerda defendem a saída do Estado). Quarto, não confiam na imposição de uma ordem unipolar pelos EUA, mas não se negam a negociar com eles, ou qualquer outro país, acordos comerciais que sejam vantajosos. Quinto, e por fim, assumem que a democracia eleitoral multipartidária é um elemento constitutivo de seu imaginário, mas também o são a experimentação de formatos pós-neoliberais de participação política.

A esquerda latino-americana, entendida a partir dessas coordenadas, é necessariamente ampla e, como ressaltam Levitsky e Roberts (2011a), não tem fronteiras nítidas, podendo existir esquerdas “parciais” ou “intermediárias”. A literatura, ao mesmo tempo em que concorda que não existe apenas um tipo de esquerda na região tem apontado a dificuldade de consenso acerca dos tipos e características das esquerdas latino-americanas e de seus governos. No entanto, de forma geral diverge muito quanto aos fatores que levaram à reemergência da esquerda na América Latina – o “giro à esquerda” –, e à sua ascensão aos governos.

O “giro à esquerda” tem sido explicado, embora com pesos diferenciados, pelas consequências das políticas neoliberais implementadas nos anos 1980 e 1990 e pela crise econômica que emergiu ao final dos anos 1990, identificados por Levitsky e Roberts (2011a) como contingenciais –, e por fatores estruturais como a institucionalização da competição eleitoral e o aumento das desigualdades na região. Por seu turno, a diversidade dessas esquerdas tem sua explicação em suas origens históricas. Os novos movimentos e esquerdas populistas teriam emergido em contextos de crises agudas nas quais os atores sociais questionaram os regimes, os sistemas de partidos e as políticas de desenvolvimento. Em contraste, a formação da esquerda partidária teria se dado em democracias estabelecidas, onde desempenharam importante papel na redemocratização.

A diversidade dessas esquerdas tem importantes implicações para as políticas públicas levadas a cabo e os fatores que explicam essa diversidade são de especial interesse nessa tese, pelo fato de fornecerem o arcabouço para a delimitação do caso particular da esquerda boliviana. Por exemplo, Gargarella (2014) destaca que existem contradições no governo de esquerda na Bolívia: por um lado, a concentração de poder no governo do MAS, a polarização social, as políticas econômicas heterodoxas e uma política um tanto polêmica de mobilização social; e, por outro lado, o caráter de esquerda desse governo em questões como a promoção da participação política e as políticas dirigidas à população indígena, antes marginalizada.

Para nosso propósito o capítulo está dividido em duas partes: na primeira recuperamos o “giro à esquerda” na América Latina, abordando seus fatores explicativos; na segunda



abordamos a diversidade das esquerdas governantes na América Latina a partir de seu formato, e discutimos brevemente as políticas desses governos de esquerda.

## 2.1 O “giro à esquerda” na América Latina

A esquerda na América Latina historicamente foi concebida, em termos ideológicos, como movimentos de inspiração socialista, e particularmente marxista, e identificada como alternativa aos modelos capitalistas de desenvolvimento, enfatizando a propriedade estatal dos meios de produção e o planejamento central, em oposição à alocação pelo mercado dos bens e serviços. As diferenças entre essas esquerdas eram mais estratégicas. Para Webber e Carr (2013) muitas das formações partidárias que constituem referência ao atual giro à esquerda, especialmente aquelas surgidas na última metade do século XX, como na Venezuela e Bolívia, tiveram pouca ou nenhuma ligação com a história da esquerda.

De forma geral, os regimes autoritários na América Latina durante os anos 1960 e 1970 e as contra-insurgências na América Central no início dos anos 1980 varreram muito das esquerdas tradicionais nessas regiões. Ainda nos anos 1980, a crise fiscal marcou o início de um período de reestruturação neoliberal que provocou, dentre outras, o declínio das organizações sindicais e do poder da classe trabalhadora, ou seja, rompeu-se muito da base de apoio dos partidos de esquerda. Soma-se a isso o fato de que a queda do bloco soviético, o isolamento de Cuba e a derrota dos sandinistas na Nicarágua em 1990 tiraram da cena possibilidades de qualquer menção ao socialismo. Muitos dos movimentos sociais então existentes ficaram restritos ao nível de suas comunidades. De outro modo, ONGs, intelectuais progressistas e muitos partidos latino-americanos moveram-se em direção à direita, aceitando os pressupostos básicos do Consenso de Washington<sup>15</sup> como parâmetros para as políticas (WEBBER e CARR, 2013).

A crise inflacionária dos anos 1980 desacreditou os modelos de desenvolvimento liderados pelo Estado. Por sua vez, as reformas neoliberais adotadas como solução para a crise aprofundaram a integração global da América Latina ao mercado e ao circuito financeiro

---

<sup>15</sup> “O surgimento do “Consenso de Washington” pode ser circunscrito no contexto das significativas transformações tecnológicas e financeiras ocorridas nas sociedades industriais avançadas, desde os anos 70, as quais colocaram em dúvida a eficiência das políticas keynesianas e as teorias do desenvolvimento, abrindo lacunas para o ressurgimento do pensamento liberal... O termo foi cunhado [...] para indicar que existe, na visão das sociedades industriais avançadas, um consenso sobre a natureza e as causas da crise latino-americana, bem como sobre as políticas econômicas a serem adotadas” (PEREIRA, 1995: p.128). O Consenso abrange um conjunto de regras de condicionalidade aplicadas de forma padronizada aos diversos países e regiões do mundo, com o objetivo de obter o apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais, bem como políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes.

internacional, ao mesmo tempo que reduziram as opções políticas dos governos na região (Levitsky e Roberts, 2011a). Ao final dos anos 1990, apesar do modelo neoliberal ter conseguido controlar a inflação, os problemas decorrentes dele criaram novas oportunidades para a mobilização da oposição, algumas canalizadas para a arena eleitoral pelos partidos de esquerda, outras alimentando movimentos populares que derrubaram governos (Equador, Argentina e Bolívia). Em relação a essa mobilização, a análise de Barret et al. (2008) ressalta que embora os sindicatos continuassem como parte central da esquerda latino-americana, grande parte da renovação organizacional e ideológica dos partidos na reemergência da esquerda veio de movimentos indígenas, organizações camponesas, trabalhadores rurais, movimentos feministas, dentre outros. Essa pluralidade de atores compensou, do ponto de vista da mobilização, o declínio das organizações sindicais nos anos 1980 e 1990 e tornou-se, nesse momento, uma característica central da esquerda na região.

Para desenvolver as explicações do retorno da esquerda ao cenário político na América Latina – o “giro à esquerda” – adotamos aqui a estratégia analítica de Levitsky e Roberts (2011a), que diferenciam entre fatores de longo prazo e estruturais, e fatores de curto prazo e contingenciais. Dentre os fatores estruturais, de longo prazo, destacam-se a institucionalização da competição eleitoral e o aumento das desigualdades sociais na região. Os fatores contingenciais, de curto prazo, abarcam as consequências das políticas neoliberais e a crise econômica nos anos 1990.

Na avaliação de Panizza (2009), apesar da crise na qual a esquerda se encontrava no início da atual onda de redemocratização na América Latina, isto não significou sua derrota. O fato de dessa crise existir e de ser reconhecida fez com que fossem subestimadas as oportunidades que a democracia deu aos partidos de esquerda de recompor suas forças. Nessa linha de argumentação o autor destaca o fato de que esses partidos tiveram significativas acumulações simbólicas em muitos países – mesmo com a fragilidade de sua institucionalização –, mantendo uma base de apoio e também arranjos sociais sólidos junto a organizações da sociedade. Paralelamente, com o acúmulo dos anos de estabilidade democrática nesses países os partidos tiveram a oportunidade de se institucionalizar. Com isso, o acesso a cargos parlamentares e nos governos subnacionais propiciou a obtenção de espaços políticos importantes de projeção desses partidos, solidificando sua organização e sua base de apoio (PANIZZA, 2009; LEVITSKY e ROBERTS, 2011a).

Diferentemente de Panizza, cuja análise sugere a manutenção dos princípios ideológicos da esquerda latino-americana tradicional, Levitsky e Roberts (2011) consideram que, no contexto da transição democrática nos anos 1980 e do colapso do bloco soviético, as alternativas

revolucionárias desapareceram e muito da esquerda latino-americana abraçou a democracia liberal e aceitou as questões centrais do capitalismo, o que diminuiu a percepção contrária das elites quanto à possibilidade de ocorrerem governos de esquerda. Da mesma forma, Stoessel (2014) avalia que o contexto dos regimes autoritários, seguido da implantação da agenda neoliberal, bem como a crise do marxismo como referência ideológica e do socialismo como modelo de desenvolvimento, propiciaram uma mudança cognitiva no campo das esquerdas, modificando tanto a identificação dos adversários políticos (militares e golpes de Estado/neoliberalismo e desigualdades), quanto estratégias de construção política tais como o reconhecimento da necessidade de processos eleitorais e de ampliação de apoios para além dos setores populares (STOESSEL, 2014). Do ponto de vista da vinculação com a democracia, o processo de democratização após os governos autoritários instalou nas esquerdas latino-americanas a convicção de que ganhar eleições e converter-se em governo constituía a via adequada para as transformações políticas e para o aprofundamento da democracia. Nesse sentido, as novas esquerdas aderiram ao elemento liberal da democracia – representação política e participação cidadã– complementando-o com outros formatos de participação, de mobilização e de deliberação políticas.

Outro fator explicativo relativo à competição eleitoral foi o desgaste dos partidos de direita e centro-direita, que foram perdendo o apoio dos setores populares em consequência das mudanças sociais e das crises econômicas das últimas décadas do século XX. Esses partidos obtiveram importantes êxitos eleitorais na primeira metade dos anos 1990 por meio de alianças entre setores empresariais e populares, pautadas na queda da inflação e na promoção de reformas dirigidas ao mercado. No entanto, quando esses efeitos se manifestaram em baixo crescimento e geração de empregos, seu apoio decaiu entre os setores populares e se manteve apenas naqueles que possuíam os recursos necessários para se beneficiar da economia globalizada. Com relação ao reflexo do baixo crescimento econômico e do aumento da pobreza na perda de votos pelos partidos de direita e centro-direita, Panizza (2009) avalia que o eleitorado, ao votar em partidos da esquerda, buscou mais uma mudança de governo do que o voto em programas da esquerda. Para Levitsky e Roberts (2011), em uma análise diversa, a incapacidade dos Estados de responder às necessidades sociais evidenciadas ao final do ano século XX permitiu aos partidos e movimentos de esquerda, que estiveram na defensiva entre os anos 1980 e 1990, a oportunidade de repolitizar a desigualdade e colocar as políticas redistributivas na agenda.

Dentre os fatores contingenciais, de curto prazo, que explicam o “giro à esquerda”, destacam-se as consequências do neoliberalismo e da crise econômica nos anos 1990. Na

avaliação de Webber e Carr (2013) o crescimento observado entre os anos 1980 e 1990, época central do neoliberalismo latino-americano, se tratou apenas de um modesto *boom*, ocorrido entre 1991 e 1997. Após a recessão de 1982 e 1983 houve uma pequena recuperação entre 1984 e 1987, um aprofundamento das políticas neoliberais entre 1988 e 1991, e uma tentativa de consolidação do modelo entre 1990 e o início dos anos 2000. Durante os vinte e cinco anos do Consenso de Washington as economias latino-americanas experimentaram seu pior período desde o segundo quarto do século XIX (WEBBER e CARR, 2013).

Ao iniciar a discussão das consequências do neoliberalismo como fatores explicativos do “giro à esquerda”, optamos por trazer, primeiramente, o contra-argumento de Levitsky e Roberts (2011a). Para os autores existem poucas evidências de uma ampla oposição às políticas neoliberais nos anos 1990 e, embora as políticas de privatização fossem contestadas, outros conteúdos do Consenso de Washington obtiveram apoio popular. Além disso, consideram que havia o reconhecimento da boa performance dos reformadores neoliberais, principalmente onde conseguiram estabilizar a inflação. Portanto, o fator crítico para explicar a onda inicial de vitórias da esquerda seria a crise econômica de 1998-2000. A maioria das economias estagnou e entrou em recessão ao final da década de 1990, após um modesto crescimento entre 1990 e 1997, trazendo o aumento da pobreza e do desemprego. Ainda segundo Levitsky e Roberts (2011a) essa crise beneficiou as esquerdas de duas formas: primeiro, partidos no governo perderam a presidência em 14 dos 18 países da região entre 1998 e 2004 e, considerando que muitos desses governos eram de direita ou centro-direita, a rotação no poder beneficiou a esquerda; segundo, a crise erodiu o apoio popular ao *status quo* econômico contido no Consenso de Washington.

Em que pese a força lógica dos argumentos de Levitsky e Roberts (2011a) entendemos que considerar as consequências do neoliberalismo na explicação traz à tona fatores que conformam, na análise da crise econômica e dos fatores estruturais, uma conjunção causal que explica o “giro à esquerda” na América Latina. Dentre as consequências do neoliberalismo apontadas como fatores explicativos, destaca-se o fato de as contradições sociais do modelo neoliberal terem provocado o recrudescimento de forças populares que questionaram esse modelo e expressaram esse questionamento também nas urnas, a começar pela eleição de Hugo Chávez para a presidência da Venezuela em 1998, ao que se seguiram vitórias de candidatos da esquerda em vários outros países da região. Essa crescente capacidade dos movimentos e organizações sociais de influenciar o sistema político (BARRET et al., 2008) foi uma característica de todas as forças de esquerda governantes na América Latina, embora com diversos formatos em relação à centralização em torno do partido (uma característica que

definia a “velha” esquerda). A Bolívia, segundo Stoessel (2014) é o exemplo mais paradigmático de confluência entre forças político-partidárias e movimentos sociais que aspiraram ocupar o governo, realizar uma reforma democrática do Estado e construir uma hegemonia indígena-popular, obviamente não sem tensões.

Outra consequência do neoliberalismo apontada na literatura foi a crise de representação política, que constituiu um desafio para os novos governos no sentido de recuperar a política e a legitimidade dos governos. A revalorização do Estado como agente de coordenação social e como arena privilegiada de interlocução, conflito e negociação, revela a diferença em relação aos períodos anteriores, nos quais as esquerdas se viam como instrumento da classe dominante. A partir da política e do Estado os novos governos se apoiaram em um consenso pós-Washington, rechaçando o núcleo duro do neoliberalismo e desfazendo o caminho construído pelo neoconservadorismo político e econômico na América Latina desde meados dos anos 1970. O Estado se voltou para um projeto político do tipo nacional, por meio do fortalecimento dos fatores internos de produção, do controle dos mercados e capitais e do aumento das margens de participação estatal na renda gerada – em detrimento dos capitais concentrados transnacionais e locais – para redistribuí-los aos setores menos favorecidos (STOESSEL, 2014).

Pautadas nesse contexto, as análises do “giro à esquerda” na América Latina abordam em maior ou menor grau as ideias do pós-neoliberalismo que, em algumas concepções, alude a algo mais do que o retorno do Estado, sugerindo novos sentidos a ele e à política. Esses sentidos estariam mais associados à compreensão da centralidade e do conteúdo que o Estado adquire, do que ao grau no qual as agendas conseguem reverter as políticas neoliberais e seus efeitos. A noção de um pós-neoliberalismo, entendida em termos cronológicos e também de forma qualitativamente diferente em relação ao conteúdo das agendas políticas e econômicas traz também, além de seu impacto como categoria explicativa do “giro à esquerda”, várias controvérsias. Para alguns analistas alude a um tipo de modelo de desenvolvimento que aspira ao crescimento econômico e à redistribuição social, articulado a uma matriz de inclusão sócio-política que combina diversos formatos democráticos. Outros a associam com problemáticas relacionadas ao modelo econômico e à política exterior: políticas opostas à desregulação, à financeirização, à flexibilidade do trabalho e ao livre mercado, e à inserção política em blocos regionais de forma a quebrar o modelo de integração que o neoliberalismo promoveu. Outros, ainda, consideram que a noção de pós-neoliberalismo tem um potencial heurístico e explicativo muito frágil e abre um campo indefinido de alternativas para os governos promoverem transformações. Para Ardití (2009), contudo, o termo “pós-neoliberal” se adequa às esquerdas latino-americanas porque estas ampliaram os espaços de participação para responder à demanda

de emancipação social, incorporando outros formatos de democracia participativa, deliberativa, radical e comunitária, como traduzidas nas constituições de países como Bolívia, Equador e Venezuela. As críticas a esse argumento ressaltam que essa configuração é resultado do componente carismático das lideranças presidenciais de vários governos, que se constitui uma ameaça ao regime democrático (liberal) por suas potenciais derivações autoritárias e populistas<sup>16</sup> (STOESSEL, 2014).

Existe ainda, na análise do “giro à esquerda”, a possibilidade de estabelecer uma diferenciação entre uma onda inicial de governos de esquerda, ao final dos anos 1990 e início dos anos 2000, e outra, a partir de meados dos anos 2000, favorecida pela primeira. Para Levitsky e Roberts (2011a), como a recessão atingiu os anteriores governos de direita e centro-direita, o alto crescimento observado entre 2004 e 2007 resultante do *boom* global das exportações após 2002 beneficiou a reeleição dos governos de centro-esquerda e esquerda (Brasil, Chile, Venezuela, Bolívia, Equador, Uruguai) e permitiu que os partidos de esquerda realmente governassem à esquerda, provendo-os com novos recursos financeiros. A partir de meados dessa década, quando ficou claro que os governos de esquerda podiam manter a estabilidade da economia, evitar quebras de regime e serem reeleitos, a percepção do aumento de sua viabilidade pode ter encorajado outros partidos, dando uma chance para a esquerda em países como El Salvador e Paraguai (LEVITSKY e ROBERTS, 2011a). Ou seja, provavelmente a difusão regional ou os efeitos dos governos eleitos e reeleitos contribuíram para o “giro à esquerda” ao final da década de 2000. Panizza (2009) também aborda o argumento do alto crescimento econômico na explicação do “giro à esquerda”, mas aqui explicando sua hipótese de que o sucesso eleitoral da esquerda está fortemente relacionado com a clivagem governo/oposição: entre 2004 e 2007 os candidatos oficiais dos diversos partidos no poder ganharam a maioria das eleições (Venezuela, Chile, Brasil, Colômbia México, Argentina). Na linha do argumento de Panizza (2009), a ascendência da esquerda na América Latina se estende para além das vitórias presidenciais, tendo se fortalecido nos anos 2000 mesmo em países nos quais não chegaram à presidência como México, Colômbia e Costa Rica.

A onda de vitórias da esquerda na América Latina marcou o início de uma nova era de experimentação política, na qual os governos expandiram seu papel no desenvolvimento, na redistribuição e no bem-estar social. Portanto, mudou-se não apenas quem governa, mas como

---

<sup>16</sup> Segundo a tese de Castañeda (2006), a boa esquerda, que opera no marco das instituições democráticas liberais e a esquerda radical, demagógica populista e autoritária, que desafia os cânones liberais para concentrar poder político.

governa (LEVITSKY e ROBERTS, 2011a:2). Mudou o comportamento e a força das esquerdas, reestruturando a cena política dos países, tanto onde chegaram ao poder como onde ainda não o alcançaram. O “giro à esquerda” na América Latina, considerando a origem específica das esquerdas nos diversos países e a conjunção dos fatores que o explicam em cada contexto, inclui governos mais radicais e governos moderados, mas todos tendem a manifestar-se contra o neoliberalismo. E isso importa no contexto desse trabalho, pois implica em expectativas de reformas.

Algumas controvérsias, entretanto, são citadas em relação ao caráter democrático dos processos políticos da nova esquerda na América Latina e ao potencial para alcançar uma transformação real. No primeiro caso, as análises que atribuem um alto componente democrático a experiências como a do Chile, por exemplo, consideram que países como a Venezuela correm o risco de dismantelar o regime democrático, como supõe o argumento de Stoessel (2014). Por outro lado, avalia-se que em experiências como as da Bolívia, Equador, Venezuela e Argentina a proliferação de espaços de participação popular significam um avanço democrático, considerando que esses países foram historicamente dominados por elites econômicas e políticas que dirigiam os governos de costas para a cidadania. Quanto a esse segundo aspecto, as maiores controvérsias estão no potencial desse “giro à esquerda” para alcançar uma transformação que empodere as instituições democráticas e possa incluir os setores historicamente marginalizados (STOESSEL, 2014).

Por fim, trazemos um argumento que, de certa forma, abrange todas as questões discutidas da literatura acerca do giro à esquerda na América Latina. Considerando a herança neoliberal sobre a qual as novas esquerdas operam – como o peso das dívidas externas, as estruturas jurídicas e financeiras supranacionais, a necessidade de inserção no mercado e no circuito financeiro internacional –, o “giro a esquerda” na América Latina tem sido identificado sob a alcunha de “maré rosa”, entendendo que as novas esquerdas são mais moderadas e pragmáticas, limitadas e constringidas nas capacidades alternativas de desenvolvimento econômico e social (STOESSEL, 2014; MADRID, 2011; LEVITSKY e ROBERTS, 2011a). No entanto, esses limites em cada país condicionam e são condicionados pelas experiências dessas esquerdas, que moldam suas características organizacionais, os vínculos com a sociedade, as posições dentro dos sistemas de partidos e sua abordagem em relação às políticas públicas e ao papel do Estado. Nesse sentido, o formato que assumem, bem como seus governos, reflete essa conjunção de fatores.

## 2.2 Os formatos e as políticas da esquerda na América Latina

Há uma concordância de que não existe uma única esquerda na América Latina (WEBBER e CARR, 2013; LEVITSKY e ROBERTS, 2011a; STOESSEL, 2014; BARRET et al, 2008). Ao iniciar esse debate, discutimos a ideia de que existem duas esquerdas na região: moderada e radical; moderada e contestatória; social-democrata e populista; ou, certa e errada. Para Levitsky e Roberts (2011a) essa dicotomia não consegue abranger a diversidade das esquerdas na América Latina, capturando apenas situações polares, como o caso da Venezuela e do Chile, bem como condiciona suas dimensões analíticas, como a organização institucional, as políticas econômicas e a orientação do regime. Por exemplo, a esquerda radical, como a tipologia classifica a esquerda na Venezuela, caracteriza-se por uma liderança personalista, políticas econômicas estatistas e regras mais autocráticas. Contudo, se considerarmos que presidentes populistas podem adotar políticas orientadas ao mercado, a Venezuela poderia ser classificada em um ou outro tipo.

Uma análise instigante é feita por Webber e Carr (2013) em relação às experiências da esquerda na América Latina, propondo situá-las ao longo de um *continuum* entre dois tipos ideais: a “esquerda radical” e a “esquerda permitida”<sup>17</sup>. Trata-se de uma dicotomia, mas que não se pauta em aspectos organizativos. A partir do conceito de esquerda permitida os autores se propõem a explorar as experiências dos regimes, partidos políticos e movimentos sociais dos diversos países da América Latina em termos de quão próximos estão desse conceito e se isso é um estado maduro ou, ao menos, uma potencial transição para uma esquerda mais radical.

A esquerda permitida mostra uma grande continuidade com o capitalismo neoliberal e se adapta às estratégias imperiais dos EUA. As políticas sociais são enfatizadas, mas dentro de um arcabouço de mercado (por exemplo, Chile, Brasil e Uruguai). Os partidos e regimes dessa esquerda expressam a reconstrução do neoliberalismo em um novo formato. Em termos de programa econômico, a esquerda permitida tem sido influenciada pela mudança do estruturalismo clássico para o neoestruturalismo, influência central na América Latina ao longo da segunda metade dos anos 1990 e início dos anos 2000. Segundo Webber e Carr (2013) o Chile foi o precursor do neoestruturalismo nos anos 1990 e, nesse sentido, tornou-se o protótipo para a esquerda permitida. De forma sintética, a tese neoestruturalista sustenta que o subdesenvolvimento e os principais problemas econômicos dos países latino-americanos –

---

<sup>17</sup> A expressão “esquerda permitida” é emprestada da noção de “índio permitido”, como relatam os autores, que descreve a forma que o multiculturalismo adotou na América Latina nos anos 1990 para reconhecer os direitos dos indígenas, sob a condição de que os movimentos não desafiassem os fundamentos das políticas econômicas neoliberais (WEBBER e CARR, 2013).



excessiva dívida externa, inflação, desemprego crescente, dentre outros – não se devem tanto às políticas econômicas de seus governos. O desenvolvimento é impedido pelas estruturas produtivas deficientes, incapazes de absorver a força de trabalho e altamente concentradoras de renda. Dessa forma, medidas conjunturais não são apropriadas, pois são transitórias. São propostas mudanças estruturais, que dependem de uma intervenção efetiva do Estado em infraestrutura, educação, finanças, manejo das relações de trabalho e na relação geral entre as esferas pública e privada. O argumento neoestruturalista é por uma geração de mudanças nas políticas dos Estados no sentido de promover a estabilidade, a adaptabilidade, a coerência, a coordenação dos mercados e a busca de competitividade internacional. A reconstrução do neoliberalismo na direção de uma esquerda permitida pode ser uma alternativa que combina a democracia representativa com uma economia de mercado e iniciativas estatais para reduzir desigualdades e promover cidadania. Esses regimes adotam programas focalizados contra a pobreza, subsídios para pequenas e médias empresas e parcerias público-privadas entre o capital nacional e estrangeiro. Além disso, mantêm uma austeridade monetária e financeira e buscam pactos sociais entre as classes dirigentes e trabalhadoras.

A esquerda radical, por sua vez, desafia o imperialismo, o neoliberalismo e o capitalismo, objetivando uma transição para uma coordenação democrático-social da economia e a construção de um modelo de desenvolvimento que priorize as necessidades humanas sobre aquelas do capital; luta pela apropriação comunitária da economia e dos recursos naturais; e busca expandir a regra democrática às esferas política, social, econômica e privada. Trata-se de um tipo ideal e, segundo os autores, provavelmente os movimentos sociais indígenas que surgiram na Bolívia entre 2000 e 2005 e o movimento Chavista na Venezuela sejam os que mais se aproximam dessa visão (WEBBER e CARR, 2013).

Talvez essa proposição de um *continuum* entre dois tipos ideais se adeque ao consenso quanto ao fato de que a experiência da esquerda no governo não tem sido uniforme na América Latina. No Brasil, Chile e Uruguai partidos de esquerda institucionalizados mantiveram as políticas macroeconômicas e as constituições social-democratas herdadas. Na Venezuela, um líder populista reescreveu por meios plebiscitários as regras constitucionais e lançou um projeto estatista e redistributivo que rompeu profundamente com o Consenso de Washington. Argentina, Bolívia, Equador, Nicarágua e Paraguai, por seu turno, ficaram entre os dois polos, combinando diferentes tipos de políticas e de formas de orientação do regime (LEVITSKY e ROBERTS, 2011a).

Com relação aos tipos de esquerda latino-americanos privilegiamos nessa tese a análise de Levitsky e Roberts (2011a), que sugerem uma tipologia baseada nas características

organizacionais dos partidos para, posteriormente, examinar a orientação do regime. Analisam duas dimensões: o nível de institucionalização, distinguindo entre organizações estabelecidas e novos partidos e movimentos; e o *locus* da autoridade política, concentrada nas mãos de uma liderança ou dispersa mais amplamente na organização partidária ou nas redes dos movimentos sociais. Essas duas dimensões combinadas geram quatro categorias, tipos ideais que podem evoluir com o tempo. São apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3- Tipologia dos partidos governantes na América Latina.

	Organização partidária estabelecida	Novo movimento político
Autoridade dispersa	Esquerda partidária institucionalizada <i>Esquerda eleitoral-profissional</i> PCS (Chile), PT (Brasil) <i>Esquerda orgânica de massa</i> Frente Ampla (Uruguai)	Movimento de esquerda MAS (Bolívia)
Autoridade concentrada	Máquina populista Peronismo (Kirchner), FSLN (Nicarágua)	Esquerda populista (Chávez, Venezuela; Correa, Equador)

Fonte: Levitsky e Roberts, 2011a, pp 13.

A categoria “esquerda partidária institucionalizada” abrange os partidos institucionalizados com a autoridade relativamente dispersa, tipo mais comum na América Latina, com os subtipos: a “esquerda eleitoral-profissional”, controlada por quadros com carreira política e expertise em campanhas eleitorais, nos procedimentos legislativos e no processo político decisório; e a “esquerda orgânica de massa”, que mantém uma militância ativa e fortes laços com as redes locais, sindicatos e outras organizações sociais. Os partidos da “esquerda eleitoral-profissional” são caracterizados também pela erosão dos laços com suas ramificações e pela desativação da militância, o que lhes confere uma instância programática relativamente aberta à adaptação às demandas do mercado eleitoral competitivo (LEVITSKY e ROBERTS, 2011a).

As “máquinas populistas”, por sua vez, concentram o poder nas mãos de uma liderança. São instituições estabelecidas e tradicionais, mas são partidos atrelados ao projeto político dessa liderança personalista. Sua institucionalização tende a ser mantida por meio de vínculos de patronagem que estabelecem a lealdade de seus membros. Tendem também a concentrar poder naqueles membros detentores de cargos. A orientação política desses partidos é flexível e pragmática, o que faz com que sua localização na esquerda não seja fixada pela ideologia, mas

pelas preferências políticas do líder e pelos contextos social, político e econômico no qual operam.

O subtipo “esquerda populista” combina novos movimentos de esquerda com concentração de autoridade e é caracterizado pela frágil intermediação da organização partidária e por um tipo de mobilização “de cima para baixo”. A autoridade dos líderes não está ancorada ou é gerada pela mobilização social, mas eles se aproveitam dela quando no poder (LEVITSKY e ROBERTS, 2011a).

Por fim, a categoria “movimento de esquerda” se constitui onde movimentos sociais e políticos autônomos criam um partido próprio para contestar o poder do Estado. Diferentemente da “esquerda populista”, sua liderança é originada nos movimentos populares, fora da arena eleitoral. Vários partidos latino-americanos começaram como um “movimento de esquerda” (por exemplo, o PT no Brasil), evoluindo para uma organização mais institucionalizada e profissionalizada. O MAS boliviano se enquadra nessa categoria, unindo forças do movimento cocalheiro e dos movimentos populares e indígenas e conseguindo uma surpreendente vitória eleitoral em 2005 (LEVITSKY e ROBERTS, 2011a). O MAS se distingue da “esquerda populista” pelo caráter autônomo da mobilização popular, de “baixo para cima” e pela ancoragem na liderança de Evo Morales, o que não significa que essas características se mantenham com o partido no governo. Para Levitsky e Roberts (2011a), após 2005 o MAS vem adquirindo um caráter mais populista, mas a experiência de sua formação continua moldando seu caráter e o eleitorado.

Esses diferentes tipos de esquerda, como já ressaltamos, têm suas origens nas diferentes experiências dos países, que moldaram as características organizacionais, os vínculos com a sociedade, as posições dentro dos sistemas de partidos e sua abordagem em relação à reforma política e à governança democrática. A questão que está posta para as todas esquerdas, no entanto, é se ao assumirem os governos elas realmente governam à esquerda. Considerando o entendimento do que é esperado de um governo de esquerda, algumas análises têm apontado que até agora se observou apenas uma modesta redistribuição de riqueza e de renda, e um desafio às relações sociais capitalistas ainda mais modesto. Essa avaliação é de especial importância para pensarmos as reformas “possíveis” em cada país latino-americano analisado separadamente (WEBBER e CARR, 2013).

As análises acerca das vias e estratégias de mudanças dos diversos governos de esquerda na América Latina, relatadas por Stoessel (2014) e que, ao final, coincidem com a análise de Webber e Carr (2013) das esquerdas “radical” e “permitida”, apresentam um consenso acerca de trajetórias de gestão política da mudança. Essas análises compartilham a ênfase na

reconstrução das capacidades estatais como principal estratégia: alguns países optaram por uma ruptura radical ou uma refundação do ordenamento político, como Bolívia, Equador e Venezuela; outros, como Brasil, Uruguai e Argentina, optaram por uma estratégia de mudanças graduais no marco do sistema e do regime vigentes. Apesar de coincidir com a tese das duas esquerdas, a autora ressalta que essas trajetórias combinam elementos de distintas estratégias de mudanças, ou seja, conjunções causais distintas.

A estratégia refundacional se pauta na implementação de mudanças contundentes e radicais não apenas para superar crises sociais e econômicas, mas especialmente para erigir uma nova comunidade política. Não aposta na superação do modelo de acumulação capitalista, mas espera avançar com decisões e políticas pós-capitalistas na perspectiva de favorecer grandes maiorias. Essa via apela à vocação das lideranças presidenciais, convoca contínuas contendas eleitorais que reforçam a participação cidadã e a legitimidade do governo e busca a reconfiguração do Estado por meio de reformas constitucionais. Ao centralizar o mecanismo na figura do presidente, fortalece sua soberania na medida em que as decisões demonstram a capacidade política deste ator para alcançar margens de autonomia e poder decisório em relação aos atores sociais e políticos do sistema. No caso da Bolívia, por exemplo, a convocação da *Asamblea Constituyente* foi o mecanismo que habilitou a implementação da agenda política e potenciou a legitimidade dos processos políticos, conduzidos pelo presidente Evo Morales (STOESSEL, 2014). Na segunda trajetória de gestão da mudança os governos adotaram perspectivas neodesenvolvimentistas e neoestruturalistas. Em parte, justifica-se a adoção da gestão gradual da mudança pelo fato de nesses países os sistemas políticos e de partidos serem relativamente mais fortes e institucionalizados.

A diversidade das esquerdas na América Latina e das estratégias de atuação no governo são, portanto, bem evidentes. Levitsky e Roberts (2011b) assumem duas abordagens para explicar a variação dessas estratégias de atuação: político-econômica e institucionalista. Assumem também que a escolha política não é a mera expressão das preferências de uma liderança ou da ideologia. Ou seja, as instituições importam.

A primeira abordagem, político-econômica, foca nos recursos e na autonomia decisória dos governos e argumenta que a existência de abundantes fontes de recursos e altos rendimentos da exportação induzem os líderes dos governos a serem menos cautelosos e adotar políticas nacionalistas e redistributivas, acreditando não estarem sujeitos aos constrangimentos do mercado. Ao contrário, em situações de maior constrangimento de recursos os líderes dos governos são mais cautelosos em abandonar as políticas ortodoxas. Esse argumento vai de encontro à explicação que Stoessel (2014) oferece para as mudanças refundacionais e também

aum dos argumentos de Levitsky e Roberts (2011a) para a ascensão da esquerda ao governo nos anos 2000: o *boom* das exportações entre 2004-2007, que teria favorecido a eleição e reeleição dos governos de esquerda. Se enquadra, em grande medida, ao caso da Bolívia.

A segunda abordagem, institucionalista, foca nas oportunidades e constrangimentos criados pelos sistemas de partidos. A política moderada teria seus fundamentos nos partidos institucionalizados, que oferecem barreiras à entrada de *outsiders*, estendem o horizonte temporal para os políticos e facilitam a barganha legislativa e as relações entre os poderes. Essas condições facilitam um amplo consenso, ao mesmo tempo que inibem experimentações radicais. Nesse sentido, partidos institucionalizados criam incentivos à moderação dos governos mesmo em condições econômicas favoráveis (LEVITSKY e ROBERTS, 2011b).

Quanto às políticas públicas implementadas pelos governos de esquerda latino-americanos, segundo as análises os resultados modestos, especificamente em relação às políticas de bem-estar social são devidos, primeiramente, à necessidade de um poder político sustentado da esquerda e uma longa presença desta no governo. Brasil, Uruguai e Chile estiveram mais próximos dessa condição. Segundo, políticas robustas de bem-estar são reforçadas por fortes movimentos de trabalhadores com vínculos estreitos com os partidos de esquerda. Nesse caso, as condições são menos favoráveis, dado que uma das consequências do neoliberalismo na região foi a fragmentação das organizações de trabalhadores e de seus vínculos com os partidos de esquerda (com uma melhor persistência no Uruguai, Chile e Brasil, apesar de nesses dois últimos esses laços terem enfraquecido mais ao longo do tempo). Na Bolívia os sindicatos mineiros, outrora poderosos, foram de certa forma compensados pela emergência dos movimentos indígenas e de outros movimentos sociais ligados ao MAS, mas permanece a questão acerca da capacidade de constituírem uma força que sustente uma política de bem-estar. Um terceiro fator explicativo para os modestos resultados das esquerdas é a necessidade de o Estado ter capacidade regulatória, de taxação e implementação de políticas em todo o território nacional, também frágil na América Latina (LEVITSKY e ROBERTS, 2011b). A construção de políticas de bem-estar robustas exigiria o fortalecimento do Estado e de uma burocracia específica para tal (novamente, Uruguai, Chile e Brasil ficam melhor posicionados em relação aos outros países latino-americanos).

Essa discussão ilustra os limites do campo de ação dos governos de esquerda na América Latina, incluindo a Bolívia, bem como apresenta, para além das tipificações, um panorama da “vida real” nesses países sob os governos de esquerda. A sequência dessa trajetória dependerá da capacidade dos partidos e dos governos de esquerda superarem os constrangimentos aos quais estão expostos e, conseqüentemente, fortalecerem o Estado nessa sua função. No âmbito

do objeto dessa tese, a compreensão desses limites traz um importante suporte para a análise proposta.

Na Bolívia, em que pese o governo ter obtido no primeiro mandato do MAS um crescimento econômico maior que nas três décadas anteriores, as reformas nas políticas sociais foram débeis. É o caso da política de saúde, em que pese o fato de terem havido tentativas mais abrangentes: o projeto de lei de um sistema universal de saúde, discutido desde o primeiro ano de governo, não foi aprovado até a data atual. Esse é nosso objeto de análise.

As políticas sociais do MAS sofrem alguns constrangimentos não enfrentados no mesmo grau por outras políticas, como o fato do governo não ter tido maioria parlamentar no primeiro mandato, o controle pela oposição da maioria dos governos departamentais, do judiciário e da burocracia estatal no primeiro mandato, e a baixa capacidade técnica do governo (MADRID, 2011). A maioria parlamentar foi alcançada no segundo mandato e permanece no terceiro, o que confere, dentre outras, maior poder de agenda ao Executivo. O legado da política de saúde expressa a conformação dos problemas que devem ser enfrentados na política de saúde, como a exclusão de grande parcela da população, a fragmentação e a segmentação do sistema de saúde. No entanto, esse legado está também expresso na conformação dos grupos de interesse e nos compromissos entre eles, difíceis de serem rompidos por alternativas a essa política. As grandes mudanças estruturais no Estado boliviano empreendidas pelo governo do MAS, especialmente em relação às autonomias departamentais e municipais, trazem consigo a necessidade de poderosos recursos de coordenação das políticas. Essa é a complexidade que envolve o campo da análise proposto nessa tese.

### **Síntese**

Temos ressaltado o entendimento de que a ascensão da esquerda à presidência da Bolívia é um fator determinante para a introdução de mudanças estruturais na política de saúde, pelo fato de partidos nessa posição ideológica privilegiarem políticas de redução de desigualdades e distribuição de riqueza. O Estado, nesse sentido, tem papel ativo. Assim, à conjunção causal que explica a política de saúde no país – a liderança institucionalizada do presidente e sua coalizão governamental, o sistema partidário, as relações entre os diversos níveis de governo, estabelecidas sob o marco legal e institucional do país, e o legado da política de saúde de governos anteriores –, somamos a discussão dos fatores que explicam a ascensão da esquerda aos governos na América Latina, incluindo a Bolívia, quais sejam, a institucionalização da competição eleitoral, o aumento das desigualdades sociais, as consequências das políticas neoliberais e a crise econômica nos anos 1990. Assumimos que os

efeitos desses fatores sobre as esquerdas, bem como sua origem nos diversos países, estabelecem seu formato, e que este delimita, em certa medida, seu campo de ação. Esse é o contexto sobre o qual é proposta a análise da política de saúde na Bolívia no governo do MAS. Trabalhamos com a hipótese de que, em que pese o formato da esquerda boliviana e a característica de adoção de estratégias refundacionais de mudanças, a força da conjunção causal analisada nessa tese explica os resultados moderados das mudanças na política de saúde no governo do MAS.

## **Capítulo 3- Mudança estrutural e institucional na Bolívia**

### **Introdução**

Nesse capítulo trazemos o contexto institucional da Bolívia após a ascensão do MAS à presidência e buscamos, a partir dele, fornecer elementos que subsidiarão a análise das reformas na política de saúde nesse governo nas dimensões analíticas definidas no capítulo 1 dessa tese. A contextualização parte da discussão da trajetória da esquerda na Bolívia. Como visto no capítulo 2, os debates mais atuais acerca da esquerda na América Latina apontam para uma pluralidade de realidades políticas que devem ser analisadas em suas particularidades, com foco nas práticas políticas concretas e nas relações no mundo político. Nesse sentido, pontuamos aspectos relativos à constituição do campo da esquerda na Bolívia para chegar à ascensão do MAS ao governo. Analisamos as relações do partido com sua base, com o Legislativo e com a oposição, especialmente enquanto governo.

Considerando que a Bolívia vive um momento complexo de transição na história recente da América Latina, em um esforço de passar de um modelo de democracia estritamente representativa a outro, baseado em uma fórmula de democracia participativa, representativa e comunitária, trazemos também as principais mudanças na institucionalidade do país no governo do MAS e seus efeitos nas relações acima citadas. Em uma última seção discutimos especificamente a questão da descentralização e das autonomias na Bolívia, que são de especial interesse para a análise da conformação da política de saúde, dado que condicionam as relações entre os distintos níveis de governo.

### **3.1 A esquerda na Bolívia**

Dos eventos que concorreram para a formação dos partidos de esquerda na Bolívia deve ser destacado o triunfo da Revolução Russa de 1917 que, além de ter sido considerado o primeiro impulso na direção de um regime alternativo com a proposta de maior justiça social, acelerou a difusão do pensamento marxista e favoreceu a organização de formações comunistas ao redor do mundo. Também se destaca a crise econômica de 1929, que representou um golpe para o capitalismo, lançando a crítica à ideia de o mercado ser capaz por si mesmo de alcançar prosperidade. O Estado, nessa crítica, deveria ser um ator econômico e social com controle completo da economia, segundo o modelo comunista, ou atuar por meio de intervenções complementares na economia, como no modelo keynesiano. Outros elementos que influenciaram esse processo foram a Revolução Mexicana entre 1910 e 1920 e a fundação da APRA (*Aliança Popular Revolucionária Americana*) em 1924 no Peru. A APRA constituiu



uma rede de movimentos sociais e políticos anti-imperialistas na América Latina, influenciando as organizações progressistas da região (BALLIVIAN, 2010; ZEGADA, 2012).

Internamente na Bolívia, a frustração gerada com a derrota na Guerra do Chaco (1932-1935) contra o Paraguai foi um terreno fértil para mensagens democráticas, socialistas, nacionalistas e radicais. O fracasso militar na guerra se refletiu na estrutura partidária e institucional. Novas forças emergentes minaram os partidos políticos anteriormente existentes, e esses processos convergiram para a afirmação de uma posição contrária ao liberalismo político e econômico. O sentimento geral era de que a estrutura do país –, caracterizada, dentre outras, pela concentração do poder econômico e pelo isolamento do campesinato, submetido à dominação –, bem como o desenvolvimento regional, requeriam mudanças profundas. Com essa convicção, ao final dos anos 1930 e nos anos 1940 os grupos de esquerda e os sindicatos participavam ativamente do movimento pela reconstrução do país, cujo debate seguiu duas linhas. A primeira linha, marxista, foi defendida pelo *Partido da Izquierda Revolucionaria* (PIR), fundado em 1940 por intelectuais marxistas, universitários e sindicalistas, e pelo *Partido Obrero Revolucionario* (POR), fundado em 1945 e concentrando principalmente os trabalhadores mineiros. Essa linha postulava uma ruptura radical com o sistema liberal, com o objetivo final de uma sociedade comunista. As propostas do PIR – reforma agrária, nacionalização das minas e das ferrovias, planejamento econômico e extensão do voto – seduziram o setor operário e ganharam as camadas médias da sociedade. Esses temas, defendidos pelo PIR em seus primeiros anos, se expressaram na Revolução de 1952, mas nela sua aplicação se aproximou mais do espírito nacionalista<sup>18</sup> (BALLIVIÁN, 2010; ORTEGA, s/d). A segunda corrente, nacionalista, fundou em 1942 o *Movimiento Nacional Revolucionario* (MNR), em uma posição de centro-esquerda, com base nas classes médias regionais e nos setores nacionalistas do exército. O MNR sintetizava sua plataforma na busca de uma solução para o isolamento da classe camponesa, na integração cultural e educacional do país, e na promulgação de um código agrário que resolvesse a questão dos latifúndios improdutivos e regesse as relações trabalhistas no campo. O partido buscou uma ampla aliança de classes que incluísse os camponeses e os trabalhadores, sob a condição de classe média, contra os barões do estanho, latifundiários e segmentos estatais que respondiam aos interesses desses setores e do imperialismo. Para o MNR, a aproximação com os trabalhadores, com uma proposta mais enérgica de mudança, fortaleceria sua base de apoio. Os trabalhadores, por sua vez,

---

<sup>18</sup> O PIR se dissolveu como força política relevante em 1950 e sua ala mais jovem fundou nesse ano o PCB (*Partido Comunista Boliviano*). Em 1949 o POR foi declarado ilegal e alguns de seus membros migraram para o MNR.

compreenderam que a orientação político-ideológica dos governos teria efeitos sobre suas conquistas e, assim, buscaram o MNR como aliado político. Também na vertente nacionalista foi fundada em 1938 a FSB (*Falange Socialista Boliviana*), que enfrentou o poder das oligarquias mineiras e se colocou contra o governo do MNR.

O MNR, alcançando a presidência com a Revolução de 1952, buscou implementar suas propostas de impulsionar a reforma agrária, a nacionalização das minas, a educação universal e o sufrágio universal. O processo decisório, contudo, não era fruto do debate entre as novas organizações e os partidos tradicionais ou entre os novos partidos. Esse processo se dava no interior do partido, convertido em partido hegemônico que foi passando de uma posição progressista a outra, conservadora. As tentativas da FSB de desestabilizar o MNR por meio de golpes de Estado foram duramente reprimidas pelo governo à época (BALLIVIÁN, 2010; AYERBE, 2011). Algumas decisões do MNR foram objeto de amplo consenso, como a nacionalização das minas. Outras foram objetos de controvérsias, como a reforma agrária sustentada pelos partidos de esquerda e pela recém-criada COB (*Central Obrera Boliviana*, 1952)<sup>19</sup>, e atacada pela direita que, contudo, se manteve na defensiva, dada a efervescência revolucionária, as milícias camponesas armadas e o exército vencido. Também a esquerda foi logo contida pela aproximação do governo com os EUA a partir de 1953, pelo combate à ameaça do comunismo e pela vigilância sobre o sindicalismo mineiro. A Revolução, feita por líderes burgueses e pela classe média ao calor das reivindicações da classe trabalhadora deixou os partidos de esquerda inoperantes e caminhando para uma fragmentação em numerosas facções (BALLIVIÁN, 2010; ORTEGA, s/d).

O nacionalismo do MNR fracassou, dentre outras, devido à incapacidade de definição de um caminho para o enfrentamento da deterioração da situação econômica e do processo inflacionário, e que conseguisse conter a crescente instabilidade política decorrente do alto grau de mobilização da classe operária mineira e dos setores médios urbanos. Somaram-se a isso as divergências internas entre as lideranças de esquerda e de direita do partido, que levaram à criação do PRA (*Partido Revolucionario Auténtico*) em 1960 e do PRIN (*Partido Revolucionario de la Izquierda Nacionalista*) em 1963, congregando na oposição ao MNR a ala esquerda do partido e alguns quadros remanescentes do POR. As divisões do MNR se estenderam ao tradicional apoiador, o sindicalismo camponês. O partido também se distanciou do sindicalismo mineiro. Essas condições, somadas ao apoio dos EUA, facilitaram o golpe

---

<sup>19</sup> A COB se converteu à época na organização mais poderosa da história do sindicalismo no Bolívia. Dada a importância da mineração na economia nacional esse foi o setor social que mais marcou a política. Em suas assembleias eram, em grande parte, definidos os rumos do país (SUAREZ, s/d).

militar em 1964, conduzido pelo vice-presidente à época, general René Barrientos. Em um cenário de conflitos com os trabalhadores devidos às medidas de cortes de salários e às políticas de repressão à esquerda e à COB, esse novo governo buscou acordos com os sindicatos camponeses com o objetivo de se consolidar (BALLIVIÁN, 2010; AYERBE, 2011).

A partir de 1964, em um momento político e social intenso, novos partidos de esquerda foram sendo formados. De um lado, o triunfo da revolução cubana em 1959 criou a expectativa de construção de regimes comunistas na América Latina, alimentou a radicalização daqueles partidos já existentes e trouxe a opção guerrilheira ou de insurreição armada das massas. De outro lado, a direita se consolidava, representando os interesses dos EUA, que investiram nos governos militares conservadores para prevenir a ameaça comunista. Nesse contexto, em 1971 foi fundado o *Movimiento de Izquierda Revolucionaria* (MIR), durante a ditadura de Hugo Banzer, agrupando intelectuais marxistas, setores independentes e a democracia cristã. O partido lutou na clandestinidade pelo regime democrático até 1978. Também em 1971 foi fundado o *Partido Socialista* (PS), reunindo intelectuais socialistas e alguns líderes sindicais, e o MNRI (*Partido Nacionalista Revolucionario de Izquierda*), aglutinando lideranças da esquerda do MNR, depois desse ter se convertido em um membro do regime militar instaurado em 1971, junto com o tradicional inimigo, a FSB. Para esses novos partidos o destino do país passava pela urbanização, pela industrialização e pela formação de um proletariado militante. O horizonte que colocavam era socialista, buscando superar a fase do nacionalismo revolucionário (BALLIVIÁN, 2010).

Ainda na década de 1970 emergiu um pensamento intelectual indígena anti-colonialista, materializado na fundação do *Movimiento Revolucionario Tupac Katari* (MRTK) em 1978, e outros partidos menores, na mesma linha. O MRTK surgiu em uma vertente do movimento camponês, os kataristas que se articulou em torno da autodeterminação dos povos originários em uma perspectiva de classe como única alternativa real de pluriculturalidade, à diferença de uma segunda corrente, indianista<sup>20</sup> (HASHIZUME, 2010). O katarismo se distinguiu da esquerda e da direita, e contribuiu para destruir práticas políticas de corte tradicional, bem como incorporou a luta por um sindicalismo camponês independente da tutela estatal. Os kataristas foram também os fundadores da *Confederación Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia* (CSUTCB) em 1979, organização que agregou trabalhadores e sindicatos camponeses, com a participação de povos originários aymaras, quechuas e guaranis. Os princípios dos partidos de

---

<sup>20</sup> Os indianistas interpelavam o Estado para o reconhecimento pluricultural, dando prioridade ao aspecto racial (HASHIZUME, 2010, p.36,37).

corte indigenista foram retomados no cenário político dos anos 1990 (BALLIVIÁN, 2010. ZEGADA, 2012).

Uma característica tradicional da esquerda boliviana é o fato de ter estado articulada em torno *Confederación Sindical de Trabajadores de Bolivia* (CSTB) criada em 1936 e da COB, a partir de 1952. A base da CSTB agregou principalmente operários de La Paz, alguns grupos mineiros e grupos de artesãos. Após 1946 esteve controlada pelo PIR, se dispersando em 1952. A COB agrupou o conjunto de sindicatos de trabalhadores do país e a classe mineira. Em um primeiro momento pactuou com o governo do MNR, mas com as medidas impopulares adotadas rompeu o acordo, se colocando em ferrenha oposição a esse e aos subsequentes governos, com mobilizações que além de questionar as políticas chegaram a conseguir a destituição de presidentes<sup>21</sup>.

Dada essa característica da esquerda na Bolívia, argumenta-se que embora a atuação dos partidos de esquerda tenha sido episódica e até certo ponto marginal nessa fase e até a redemocratização do país – do ponto de vista de sua capacidade de influência na tomada de decisões –, os movimentos sociais constituídos em torno da COB foram os protagonistas da esquerda ao longo do tempo. Isso de certa forma explica o protagonismo do social no processo boliviano atual, embora no período neoliberal entre 1985 a 2005 tivesse ocorrido um profundo refluxo dos setores sindicais, especialmente da COB, como consequência das medidas de ajuste adotadas, como a demissão em massa de trabalhadores mineiros e a livre contratação defendida por esses governos (ZEGADA, 2012, p.6).

A partir dos anos 1990 outros atores começaram a emergir e a se posicionar. Os povos indígenas se organizaram na *Central Indígena de los Pueblos del Oriente Boliviano* (CIDOB), criada em 1982, defendendo a reforma do Estado boliviano por meio de uma *Asamblea Constituyente*. O movimento katarista formou em 1997 o *Consejo Nacional de Ayllus y Markas Qollasuyo* (CONAMAQ), cujo discurso apontava para a reconstituição dos territórios ancestrais devastados pela colonização. Uma vertente mais pragmática do movimento katarista pactuou com o Estado neoliberal, cuja maior representação foi a participação de Victor Hugo Cárdenas – intelectual aymara fundador do partido – no governo de Sánchez de Lozada entre 1993 e 1997. Outra vertente, mais radical, conformou junto a um grupo de intelectuais de classe média o *Ejército Guerrillero Tupac Katari* (EGTK)<sup>22</sup>, com o discurso de auto-governo indígena e de descolonização (CORDERO, 2010; ÁLVAREZ, 2011; ZEGADA, 2012).

---

<sup>21</sup> Como Carlos Mesa, em 2005.

<sup>22</sup> Do qual participou Álvaro García Liñera, posteriormente vice-presidente de Evo Morales.

Ainda na década de 1990, como braço político das organizações sociais camponesas e indígenas foi constituída a *Asamblea para la Soberania de los Pueblos*, que se converteu no *Movimiento al Socialismo - Instrumento Político por la Soberania de los Pueblos* (MAS-IPSP). As organizações que o conformaram foram a CSUTCB, a CIDOB, a *Coordinadora de Pueblos Étnicos de Santa Cruz* (CPESC) – organização regional da CIDOB para a consolidação da organização dos povos indígenas, criada em 1994 –, e a *Federación Nacional de Mujeres Campesinas de Bolívia Bartolina Sisa* (FNMCB-BS), criada em 1980 no contexto de retomada da democracia na Bolívia e de recomposição das organizações de base, com o objetivo de inserir as mulheres do meio rural nesses processos, por meio de uma organização própria<sup>23</sup>.

Junto à esquerda representada pelo MAS conviveram experiências como a do *Movimiento sin Miedo* (MSM)<sup>24</sup>, partido de centro-esquerda criado em 1999 com uma oposição crítica ao primeiro, bem como tentativas de articulação de alternativas políticas por lideranças dissidentes do MAS, como no *Partido Verde de Bolívia* (PVB) fundado em 2008, também de centro-esquerda. Tanto os fundadores do MAS quanto do MSM e do PVB provêm de experiências prévias ligadas a partidos de esquerda ou à militância no sindicalismo. Portanto, as novidades da nova esquerda boliviana não são as novas lideranças. Essa diferença em relação à esquerda tradicional vem do conjunto das novas articulações discursivas e ideológicas que interpelam a sociedade, como resultado de um longo processo de acumulação política e de repertórios de mobilização. Esse processo construiu uma forma de participação política e de reinvenção de paradigmas ideológicos que privilegiam a construção de um bloco social amplo e diverso, o que tem caracterizado a experiência do “giro à esquerda na Bolívia”, de acordo (ZEGADA, 2012).

### **3.1.1 O MAS como alternativa à esquerda na Bolívia**

O MAS faz parte da experiência original do “giro à esquerda” latino-americano. O partido se distingue daquelas experiências do Brasil ou da Venezuela, por exemplo, porque além de manter vínculos com os movimentos sociais, como também acontece com os partidos da esquerda nesses países, expressa uma clara radicalização social do campo político por meio das modalidades inéditas de participação planejadas e levadas no conceito de “instrumento político”. Diferentemente, portanto, daquelas institucionalizadas no Brasil, por exemplo.

<sup>23</sup><http://www.csutcb.org/>; <http://www.apcbolivia.org/org/cidob.aspx>; <http://cpesc.blogspot.com.br/>; <http://www.apcbolivia.org/org/cnmciob-bs.aspx>;

<sup>24</sup> O MSM perdeu sua personalidade jurídica em 2014, quando não alcançou 3% dos votos nas eleições presidenciais daquele ano.

O MAS é tido como um exemplo de movimento de esquerda que emergiu de movimentos sociais rurais – que continuam a ser sua espinha dorsal –, e expandiu-se para incluir um amplo leque desses movimentos. Foi criado em 1995 no I *Congreso sobre Tierra, Territorio y Instrumento Político* – evento que teve a participação de sindicatos de camponeses, parte da COB e outras associações indígenas e de trabalhadores urbanos, além da CSUTB, FNMCB-BS e CIDOB – como *Asamblea por la Soberania de los Pueblos* (ASP).. Também participaram ONGs vinculadas à igreja católica e o CEJIS<sup>25</sup> (*Centro de Estudios Jurídicos y Pesquisa Social*), de onde vieram vários futuros ministros de Evo Morales (REIS, 2013, p.70). Em 1998, devido a discordâncias entre lideranças do partido, Evo Morales fundou o *Instrumento Político pela Soberania de Los Pueblos* (IPSB), pouco depois acrescentando o nome “*Movimiento al Socialismo*”.

Em um conceito pragmático, partidos políticos são *any group that presents at elections, and is capable of placing through election, candidates to higher office* (SARTORI, 1976 apud ANRIA, 2010, p.103-104). O MAS, embora tenha assumido um formato institucional de modo a tomar parte nas instituições democráticas liberais de representação, tem uma proposta de transcender essa definição, dado que emergiu como um movimento de resistência à erradicação do cultivo da coca e sua chegada ao poder se deu em meio a um ciclo de protestos contra os governos neoliberais na Bolívia. Daí sua auto-definição como instrumento político dos movimentos indígenas camponeses. Ou seja, é uma extensão política de um conjunto de organizações sociais que dirigiram sua formação como um movimento tático, no qual a participação em processos eleitorais pode contribuir para complementar a representação nas instituições democráticas liberais. Esse conceito questiona as formas partidárias clássicas, ao mesmo tempo em que favorece um compromisso direto das organizações sociais no campo político. Como instrumento político, o MAS propõe uma estratégia dupla de participação: tanto a institucional quanto o protesto nas ruas. Essa duplicidade quer significar o estabelecimento de relações e continuidades entre os dois espaços, desafiando o tradicional limite entre a ação contestatória e a ação partidária. Para o MAS o acesso aos níveis de decisão do Estado deve se dar pelos próprios movimentos sociais e não pelo empoderamento dos movimentos políticos através do acesso a esses níveis (ANRIA, 2010; ZEGADA,2012).

É importante, então, pensarmos o que significa quando um partido com tais características alcança um governo central e o que a sua proposta, bem como a sua conformação,

---

<sup>25</sup> ONG boliviana criada em 1978 que atua no campo dos direitos humanos em uma perspectiva jurídico-social, acompanhando setores vulneráveis da sociedade na defesa de seus direitos individuais e coletivos (<http://cejis.org/>).

possibilita em termos de ação concreta, ou seja, de políticas públicas. Isso porque também, à diferença da esquerda operária e classista anterior, o MAS foi constituído como um movimento político que representa identidades e demandas camponesas e étnico-culturais, com base em um conglomerado de organizações sindicais, movimentos sociais e povos indígenas. Hoje, representa não apenas aqueles que o fundaram, mas uma ampla coalizão de forças. Retoma um projeto de esquerda nacionalista estatista que coloca em jogo várias dimensões de conflito: a transformação das relações entre o Estado e o investimento estrangeiro, no sentido de definir um modelo de desenvolvimento; a mudança nas relações entre o governo central e as regiões do país para impulsionar um modelo de descentralização política; a mudança no projeto de Estado-nação, a partir do reconhecimento de direitos coletivos dos povos indígenas; e a modificação das pautas de participação e representação política na institucionalidade democrática (MAYORGA, 2008; MADRID, 2011). No contexto deste trabalho importará o quanto isso reflete na *policy maker-decision*.

Na explicação da origem do partido e de sua ascensão estão os resultados dos ajustes econômicos e das reformas sociais dos governos neoliberais entre 1985 e 2005, que não melhoraram as condições de vida da população; a luta contra a erradicação do cultivo da folha de coca no Chapare (região do *Departamento* de Cochabamba); a *Ley de Participación Popular* de 1994, que reconheceu e promoveu o processo de participação popular, articulando comunidades indígenas e camponesas na vida política do país; a reforma do artigo 60 da Constituição de 1967 ocorrida em 1994, que introduziu a eleição de deputados uninominais, o que teve importantes efeitos de empoderamento para o sindicalismo camponês e indígena; e a crise do Estado e das instituições de representação na Bolívia (MAYORGA, 2008; ANRIA, 2010; MADRID, 2011).

As reformas neoliberais ao final dos anos 1980 e nos anos 1990 levaram à extinção de grande parte das minas de estanho estatais ou operadas pelo Estado, atividade econômica iniciada ainda no país colônia e que dominou sua política e sua sociedade ao longo do tempo. Esse processo coincidiu com o crescimento da economia da coca e da cocaína. À medida que o preço da droga crescia milhares de mineiros demitidos se realocaram nas regiões de cultivo. Aqueles que migraram para a região do Chapare levaram consigo, do período anterior, uma forte consciência de classe e uma história de militância política e de envolvimento com partidos de esquerda, ou nacionalistas. Em 1988 a promulgação de *Ley 1008 – Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas* – constituiu o instrumento legal para a erradicação do cultivo da coca, o que foi seguido por uma intensa repressão na região do Chapare. Os grupos camponeses e indígenas unificaram suas demandas, constituindo um movimento que se opôs

ao neoliberalismo e à guerra anti-drogas na Bolívia financiada pelos EUA e, assim, fortaleceu o movimento cocaleiro liderado por Evo Morales que assumiu à época também a liderança da *Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolívia* – CSUTCB. A autonomia que o movimento alcançou e a consolidação de propostas que passaram de reivindicações de grupos a questionamentos da ordem estabelecida, teriam levado à necessidade de um instrumento político próprio (ANRIA, 2010; ZEGADA, 2012).

Para com a ascensão do MAS somou-se o fato de que a *Ley de Participación Popular* de 1994 e a *Ley de Decentralización Administrativa* de 1995 permitiram a criação de cerca de 300 municípios e instituíram eleições diretas municipais, desencadeando um processo de “ruralização da política” (ZUAZO, 2008 apud ANRIA, 2010, p. 106). As organizações indígenas e camponesas começaram a participar com representantes nas eleições locais, alcançando gradualmente o nível nacional, e combinando essa participação institucional com a política não eleitoral. O processo que levou esses movimentos a alcançarem o nível nacional foi também facilitado pelo ciclo de protestos iniciados em janeiro de 2000 em Cochabamba, com a *Guerra del Agua*, quando os movimentos organizados exigiram o fim da concessão e a não privatização da *Empresa de Agua del Tunari* que administrava esse recurso natural e vendia a altos preços à população.

O aumento da insatisfação social a partir de 2000 refletiu uma crise do Estado e desnudou os limites da governança neoliberal. Esse contexto atingiu os partidos políticos tradicionais do país enquanto instituições de representação e facilitou a incorporação de novas formações políticas. O MAS foi estrategicamente ampliando seu campo de ação, incorporando intelectuais em sua estrutura e ganhando os setores médios urbanos. Nas eleições presidenciais de 2002 Evo Morales obteve 20,9% dos votos, o mesmo que Manfred Reyes Villa do NFR (*Nueva Fuerza Republicana*<sup>26</sup>), enquanto Sánchez de Lozada (MNR) obteve 22,5% dos votos válidos. No segundo turno congressional Sánchez de Lozada foi eleito presidente. O MAS, no entanto, destacou-se como a principal força contra o status quo tanto no Congresso, onde havia conseguido eleger 27 deputados em 2002 (entre os 130 eleitos), quanto nas ruas.

Os protestos promovidos pelos movimentos sociais alcançaram seu ponto alto em outubro de 2003 com a *Guerra del Gas*, motivada pela intenção do governo Sánchez de Lozada (2002-2003) de exportar a preços baixos o gás natural boliviano aos EUA e ao México através do Chile, enquanto grandes segmentos da população não eram abastecidos. As mobilizações ocorridas foram fortemente reprimidas pelo governo, com dezenas de mortes, o que contribuiu

---

<sup>26</sup> Partido de centro-direita fundado em 1995 por Manfred Reyes Villa após deixar a ADN (Acción Democrática Nacional), partido de direita criado pelo ditador Hugo Banzer em 1979.



para intensificar os conflitos e as lutas contra as políticas implementadas. Em meio às pressões, Sánchez de Lozada renunciou à presidência naquele mesmo outubro de 2003. A instabilidade continuou, uma vez que o sucessor, Carlos Mesa, também renunciou em 2005. As eleições presidenciais foram antecipadas para esse ano, quando o MAS venceu com 54% dos votos. A proposta de campanha à presidência levada pelo MAS continha as demandas dos movimentos sociais reunidas na *Agenda de Octubre* de 2003, cujas principais reivindicações foram a nacionalização dos hidrocarbonetos e a convocação de uma *Asamblea Constituyente* (ZEGADA, 2007; WEYLAND, 2009; ANRIA, 2010).

Em suma, o MAS conseguiu preencher o espaço deixado pelos partidos tradicionais com sua oposição firme às políticas dos governos com fortes traços neoliberais e sua retórica nacionalista e contrária ao status quo. Conseguiu também conquistar a lealdade dessa população descontente. Recrutou lideranças indígenas como candidatos e abraçou as demandas indígenas como a reforma agrária, a autonomia local, a educação bilíngue e o reconhecimento do sistema de justiça indígena. Como apontado, em sua primeira campanha lutou contra os programas de erradicação do cultivo da coca, sob o argumento de seu importante papel na cultura indígena. Também fez movimentos para a inclusão de outros setores, recrutando candidatos mestiços e brancos, e firmou alianças com organizações urbanas dirigidas por mestiços, como em 2005 com o MSM. Desenvolveu também uma plataforma e uma agenda política no sentido de mostrar sua base étnica, para além das questões rurais e indígenas (MADRID, 2011).

Como vimos discutindo no capítulo anterior acerca das novas esquerdas latino-americanas, o discurso do MAS no governo não é anticapitalista, nem nega o livre mercado, mas propõe um Estado forte, eixo do desenvolvimento econômico e produtivo. Mantém semelhanças com o nacionalismo-popular de 1952 em suas noções sobre redistribuição e fortalecimento do mercado interno, bem como uma visão que não nega o capitalismo econômico. No entanto, se diferenciou sobretudo na inclusão da matriz indígena comunitária e na visão anti-imperialista adotada a partir da luta em defesa do cultivo da coca. Esse discurso, indígena-nacionalista, manteve em seus elementos a rejeição ao imperialismo norte-americano, mas também um reconhecimento da necessidade de abraçar uma concepção do capitalismo que leva em conta diferentes formas econômicas para desenvolver o nacionalismo produtivo (CORDERO, 2010; MAYORGA, 2004).

As diferenças do MAS em relação aos outros partidos bolivianos se referem também à presença de novos atores e regras nos processos democráticos, agregando ainda mais complexidade à arena decisória. A consulta popular é um exemplo, estabelecendo pautas que, além das negociações no sistema político, canalizam as demandas sociais por meio do

pronunciamento da população. A intenção é manter uma relação orgânica entre o partido e as organizações. Para isso, o MAS coordena uma variedade de atores sociais e políticos aglutinados sob a liderança de Evo Morales. No sistema hierárquico constata-se uma ascensão linear desde as organizações até o partido, o que implica que o compromisso político seja o mesmo nos espaços do partido e sindical. A legitimação dos líderes se baseia fundamentalmente em sua trajetória nas organizações e sua participação na mobilização por demandas concretas. Entretanto, o MAS também se constrói a partir de outras fontes, com lideranças cuja participação é menos orgânica, que podem ser incorporadas por convite. Essa necessidade de se abrir a outros espaços, nos quais as relações não são mediadas pelo corporativismo, remete à complexidade do MAS se constituir como um instrumento político. Por sua vez, considerando as tradicionais regras de ascensão aos cargos e dos processos democráticos no partido, a entrada de atores no partido por outros mecanismos, ao estabelecer uma relação de subordinação aos dirigentes que possuem uma trajetória organizativa é um fator complicador em sua organização e funcionamento (MAYORGA, 2008).

Existe no MAS um híbrido de formas democráticas, algumas herdadas de tradições sindicais ou comunitárias, outras da democracia liberal, claramente observadas na proposta para a *Asamblea Constituyente* que enfatizou formas de representação como o deputado uninominal. Mas, também enfatiza a defesa de “usos e costumes” como formas de mediação e tomada de decisão. A figura do deputado uninominal sempre foi considerada uma forma de representação próxima às comunidades de eleitores. Já a instituição da eleição de representantes dos povos indígenas de acordo com os usos e costumes reflete a coexistência de formas comunitárias de eleição e de voto universal. Trata-se do reconhecimento formal de outras instituições políticas, sejam ancestrais ou produzidas nos processos organizativos mais recentes.

As relações no interior do partido estão altamente definidas pela presença da liderança de Evo Morales, que influencia de forma direta na complexidade funcional e organizativa do MAS enquanto presidente do país, chefe do partido e dirigente máximo das seis federações de cultivadores de folha de coca do Chapare. Como líder, foi gradualmente consolidando seu controle sobre o partido, fato possível em razão de sua popularidade e da frágil institucionalização do MAS, caracterizada pela ausência de regras e de uma burocracia nos moldes dos partidos tradicionais, e uma opção das lideranças de não transformá-lo em um partido convencional e de trata-lo como um instrumento político (MADRID, 2011). Uma ressalva se faz ao fato das críticas que caracterizam o projeto do MAS e o líder Evo Morales como populistas. Como argumenta Reis (2013), a identificação de um partido como populista normalmente está associada à ausência de um partido efetivo e a uma mobilização vertical de

massas populares com pouca ou nenhuma autonomia. O MAS não se enquadra nessas premissas. As organizações sociais na Bolívia têm grande densidade organizativa, capacidade de mobilização e incidência política, e isso aumentou com o recente fortalecimento do movimento camponês e indígena, principal base de apoio do partido. A natureza da liderança de Evo Morales, por sua vez, deve ser analisada no contexto do instrumento político MAS: se vale de diferentes formas de mediação e estabelece identificações com a população que lhe permitem ampla legitimidade, embora não uma capacidade desmedida de manobra (MAYORGA, 2012).

### **3.2 Quais limites e possibilidades os sistemas político e partidário colocam para a reforma?**

Dadas as peculiaridades do MAS enquanto partido político e movimento que se vale dos espaços institucionais formais e informais para a construção política, nos interessa posicioná-lo no sistema político e partidário boliviano. Isso porque assumimos que o sistema partidário tem reflexos na formação dos governos e na forma pela qual os atores dentro da arena política lidam com as demandas. Sendo assim, têm importância na forma como os governos exercem o poder e em sua capacidade de formular e implementar políticas e, portanto, interessam para a discussão da política de saúde no governo do MAS. No sistema político, o pressuposto da ação dos partidos guarda relação com o nível de institucionalização do sistema partidário. Isso implica, dentre outras, que quanto mais institucionalizado esse sistema, maior a possibilidade de existirem partidos programáticos, com orientação estável e propósitos políticos concretos.

Com relação ao sistema político, até a promulgação da Constituição boliviana de 2009 o formato da eleição presidencial previa que no caso de nenhum candidato alcançar a maioria se daria um segundo turno congressional entre os três candidatos mais votados, do qual participariam os deputados e senadores eleitos (as eleições presidencial e legislativa ocorrem simultaneamente). Em 1994 uma reforma na Constituição de 1967 alterou esse sistema fixando o segundo turno congressional entre os dois candidatos mais votados. Nesse turno os legisladores somente deveriam votar na chapa de cada partido, de forma diferente daquela anterior a essa alteração, na qual os três candidatos à presidência e os respectivos vices participavam de dois turnos: um para a eleição do presidente e outro para a eleição do vice-presidente. Entre 1980 e 2002 nenhum candidato obteve maioria absoluta dos votos nas eleições gerais e o segundo turno congressional foi o processo de definição da presidência e vice-presidência na Bolívia (TORRICO, 2014). Esse procedimento do segundo turno congressional aproximou o presidencialismo boliviano, segundo avalia a literatura, de um regime do tipo parlamentar, no

qual o líder do governo é eleito pelo Poder Legislativo. Já a permanência do presidente e do vice eleitos não dependia da preservação da confiança do Congresso, traço típico de um regime presidencialista, no qual ambos os poderes têm mandatos fixos e independentes em relação ao apoio de um ao outro. A confluência desses dois aspectos – eleição pelo Poder Legislativo e mandatos fixos e independentes –, caracterizou o sistema político boliviano como um “presidencialismo parlamentarizado” (MAYORGA, 2004; TORRICO, 2014; NUNES, 2015).

Esse mecanismo das eleições presidenciais na Bolívia por segundo turno congressional teve, ainda, dois elementos característicos. Primeiro, ao adotar listas fechadas, o sistema delegava maiores poderes ao Legislativo. Segundo, fornecia incentivos aos partidos menores para apresentação de candidatos, pela possibilidade desses aumentarem seu poder na formação de coalizões no segundo turno, favorecendo o multipartidarismo. Esse fato abria a possibilidade de que partidos com baixos níveis de votação conseguissem tomar parte no governo. A Bolívia transitou entre 13 partidos em 1980, 18 em 1985, 14 em 1993 e 11 em 2002. Nas eleições presidenciais de 2005 existiam oito partidos atuantes (NUNES, 2015). O sistema eleitoral de lista fechada com voto único e a alta fragmentação eleitoral e partidária impossibilitavam a formação de maioria legislativa por parte de uma só força. O presidencialismo parlamentarizado na Bolívia esteve, portanto, baseado na lógica de coalizões interpartidárias.

A prática do presidencialismo parlamentarizado e a necessidade de construção de maioria por meio de coalizões interpartidárias responderam de forma eficaz à necessidade na Bolívia de garantir governos fortes, evitando-se o impasse recorrente dos sistemas presidencialistas sustentados por sistemas multipartidários. Isso porque com a fragilidade interna e as discordâncias com o movimento sindical, bem como a oposição parlamentar da ADN e MNR, o governo pós-ditadura da *Unidad Democrática y Popular*<sup>27</sup> (UDP) entre 1982 e 1985, não conseguiu criar bases políticas sólidas para o enfrentamento dos problemas políticos e sócio-econômicos da transição à democracia, culminando, dentre outras, com uma hiperinflação e com a perda de legitimidade do governo. Assim, o acordo entre os principais partidos do país foi considerado um importante passo para garantir o sistema democrático (MAYORGA, 1994, p. 36). Esse acordo consistiu na modificação dos padrões tradicionais de fazer política e na construção de consensos básicos em torno da democracia e da necessidade de desenvolver uma política econômica de mercado, constituindo o que ficou conhecido como uma *democracia pactada* para o exercício do governo. Esse modelo perdurou até 2002, quando o MAS decidiu não negociar seu apoio (NUNES, 2015; MAYORGA, 2004). Os principais

---

<sup>27</sup> Aliança de esquerda firmada em 1977 entre MNR-I, MIR, PRIN e PCB.

partidos do sistema político que compuseram esse sistema de pactos foram ADN<sup>28</sup>, MIR e MNR, ocupando alternadamente a presidência (Quadro 4).

Quadro 4- Partidos e coalizões governantes na Bolívia entre 1985 e 2015.

Mandatos	1985-1989	1989-1993	1993-1997	1997-2002	2003-2005	2006-2010	2010-2015	2015-2020
Partido do Presidente	MNR	MIR	MNR	ADN	MNR	MAS	MAS	MAS
Partidos da coalizão	ADN	ADN	UCS	MIR, UCS, CONDEPA, NFR	MIR, UCS, NFR			
Presidente	Paz Estenssoro	Paz Zamora	Sánchez de Lozada	Hugo Bánzer	Lozada/Mesa	Evo Morales	Evo Morales	Evo Morales

Fonte: Adaptado de Nunes (2015).

O acordo firmado em 1984 entre ADN, MIR e MNR e o processo eleitoral de 1985 se iniciaram com o compromisso de solucionar a crise política por meio de eleições e da formação de um novo governo, e de resolver a crise econômica com uma política orientada a uma economia de mercado. Em 1985 o MNR assumiu a presidência por decisão no segundo turno congressional. Paz Estenssoro havia alcançado o segundo lugar e foi eleito com o apoio do MIR e da ADN (Quadro 4). O plano econômico levado pelo governo foi apoiado por meio do *Pacto por la Democracia* firmado em 1985 entre o MNR e a ADN, principal partido de oposição. Pelo acordo a ADN se comprometia também a apoiar no Congresso as iniciativas de Executivo para combater a crise econômica. O *Pacto por la Democracia* foi respeitado até fevereiro de 1989, quando o MNR rompeu unilateralmente o acordo para viabilizar a candidatura de Sánchez de Lozada, sem ter de disputá-la com um candidato da ADN.

Nas eleições de 1989 o cenário de fragmentação política se repetiu e quase por inércia a designação do presidente aconteceu também no âmbito do Congresso, elegendo para o mandato presidencial de 1989-1993, com o apoio da ADN, o antigo adversário político Jaime Paz Zamora, líder do MIR e terceiro candidato mais votado. O acordo pós-eleitoral entre os dois partidos, MIR e ADN – *Acuerdo Patriótico* – permitiu um diálogo entre essas importantes forças políticas do país.

Em 1993 o MNR alcançou uma importante vitória eleitoral (35,55% dos votos) que conduziram Sánchez de Lozada à presidência para o período, apoiado pela *Unión Cívica*

<sup>28</sup> *Acción Democrática Nacionalista*, partido de direita fundado em 1979 por Hugo Bánzer. Posteriormente incluiu o PIR e uma facção da FSB. Desde 2006 teve pouca participação política, mas ainda está oficialmente inscrito.

*Solidaridad*<sup>29</sup> (UCS). Com a aliança do MRTKL com o MNR pela primeira vez a Bolívia teve um vice-presidente de origem indígena, Victor Hugo Cárdenas. Nessa gestão, em 1994 foi aprovada a lei que introduziu as primeiras reformas na Constituição de 1967 que, dentre outras medidas, ao criar circunscrições uninominais e incorporar o procedimento de maioria simples em um sistema eleitoral de tradição proporcional e de circunscrições plurinominais afetou a forma de eleição de metade dos membros da Câmara de Deputados. Essas mudanças permitiram, junto com a promulgação da *Ley de Municipalidades* (1985), da *Ley de Descentralización Administrativa* (1995), da *Ley de Participación Popular* (1994) e diversos regulamentos complementares, a descentralização de funções administrativas para os governos departamentais e municipais, e a ampliação da participação popular no sistema político (CARRAFA, 2007).

Com a reforma na Constituição de 1967 utilizou-se pela primeira vez circunscrições uni e plurinominais nas eleições para os poderes Executivo e Legislativo de 1997 para eleger 130 deputados. Foi uma profunda mudança na origem, legitimidade e funcionamento do Poder Legislativo. No poder Executivo, a aliança entre MIR, CONDEPA<sup>30</sup>, UCS, NFR e ADN deu a vitória de Hugo Banzer (ADN), na mesma lógica dos pactos anteriores. Encerrando esse ciclo, nas eleições de 2002 foi novamente eleito Sánchez de Lozada, do MNR, em uma aliança com o MIR, UCS e NFR (CARRAFA, 2007). Nessas eleições o MNR e o MIR, relevantes nos governos desde 1985, assumiram uma coalizão com um poder um tanto debilitado (52,8% dos assentos parlamentares) em relação ao *Pacto por la Democracia* de 1985 entre MNR e ADN (75% dos assentos) e ao *Acuerdo Patriótico* de 1989 entre MIR e ADN, pelo qual detinham 60% das cadeiras parlamentares (MAYORGA, 2004).

Vários fatores contribuíram para o enfraquecimento dos partidos tradicionais. Com o surgimento de movimentos políticos de tendência anti-sistêmica – o MAS em 1997, o *Movimiento Indígena Pachakuti* (MIP) em 2000 e, em certa medida, o neo-populista *Nueva Fuerza Republicana* (NFR) em 1995 – abriu-se uma nova distância ideológica com os partidos tradicionais. Esses partidos absorveram o descontentamento com a situação de pobreza e exclusão social e com os desacertos do governo de Hugo Banzer (1997-2002). A polarização revelada por propostas de mudanças que, de um lado, defendiam o desmonte radical e a reconstrução do Estado e, de outro, as reformas moderadas, foi também um efeito do ressurgimento de tensões étnico-culturais latentes desde a transição para a democracia. Por sua

---

<sup>29</sup> Partido de centro-direita fundado em 1989.

<sup>30</sup> Partido de cunho populista fundado em 1988. Foi o primeiro grande partido a abraçar a identidade cultural indígena dos aymaras. Foi desabilitado em 2002.

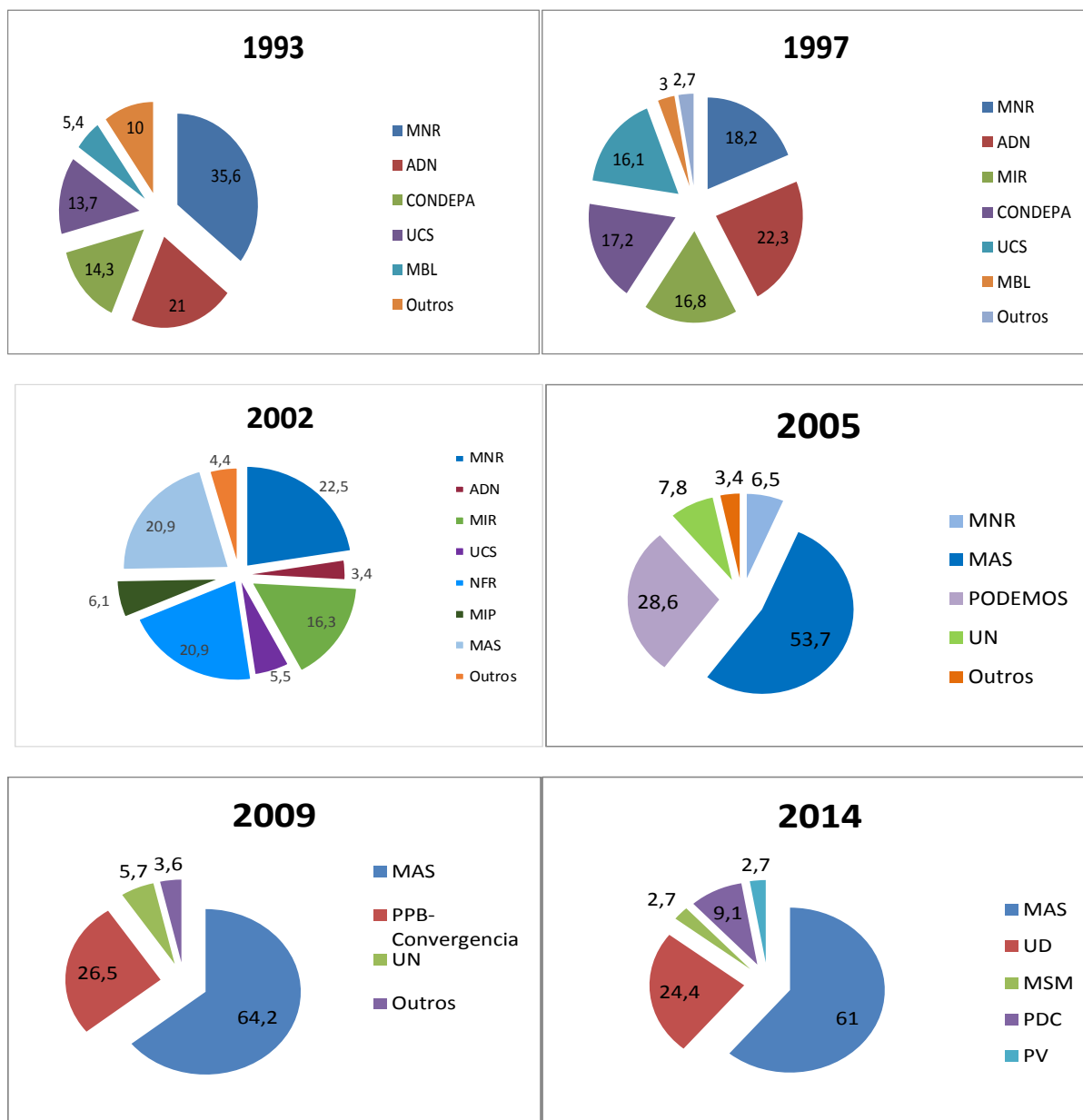
vez, o impulso à territorialização do voto dado pela reforma eleitoral consequente às mudanças constitucionais de 1994, e os novos espaços de competição política nos âmbitos local e municipal criados a partir da aplicação da *Ley de Participación Popular* provocaram um salto qualitativo nas eleições de 2002. Amplos setores camponeses e indígenas participaram votando por opções próprias como o MAS e o MIP, fortalecendo uma representação político-partidária baseada na identidade étnico-cultural. A aplicação do novo sistema eleitoral para a eleição de mais da metade dos deputados em distritos uninominais fortaleceu a representatividade do sistema político e a permitiu a renovação de 70% da Câmara, embora tenha tido efeitos no nível de profissionalismo dos parlamentares, reduzindo-o (MAYORGA, 2004).

Para os três principais partidos no cenário político desde a redemocratização – ADN, MNR e MIR – as eleições de 2002 significaram uma queda de difícil recuperação (Gráfico 1). Entre seus efeitos destacamos a significativa reconfiguração dos partidos relevantes para a arena política, a forte polarização entre os partidos tradicionais e as novas forças políticas, o avanço qualitativo da representação política – no sentido de sua diversidade – e uma importante redistribuição territorial do voto. Os novos movimentos camponeses haviam se transformado em movimentos políticos e alcançaram uma representação de caráter histórico. O MAS alcançou 20,94% dos votos, ficando em terceiro lugar, com 35 cadeiras no parlamento, e o MIP alcançou 6,09% dos votos e seis cadeiras. Os dois juntos totalizaram 27% (41) do total de cadeiras no parlamento (CARRAFA, 2007).

Na Bolívia a competição eleitoral entre os partidos, a alternância no poder e as coalizões governamentais foram necessárias para fazer funcionar a democracia, mas não suficientes para ampliar o horizonte do sistema político até a economia ou a inclusão da base social étnica e alcançar, com isso, maior adesão social, melhor estabilidade e maior governabilidade. Carrafa (2007) destaca como ponto negativo dos pactos políticos a utilização instrumental dos recursos do Estado no benefício de minorias. Os partidos tradicionais envolvidos nesses pactos – ADN, MIR e MNR – teriam desenvolvido condutas perversas e os mecanismos de controle social não foram eficientes para deter a utilização corrupta do Estado ou a apropriação de seus recursos. A isso se somou a adoção de uma economia liberal de mercado a partir de 1985 e seu amplo e controverso processo de venda do patrimônio estatal ao capital privado. Os partidos políticos, por sua vez, não aperfeiçoaram sua democracia interna, e a decisão de implantar um modelo de livre mercado com um Estado desarticulado e cada vez com menor autoridade não contribuiu para revigorar a democracia, mas para empurrá-la a reiteradas crises e um déficit de governabilidade. A sociedade civil, nesse cenário, desenvolveu organizações à margem dos partidos, bem como novos canais de comunicação e redes de mobilização cada vez mais

eficientes para incidir na política (CARRAFA, 2007, p. 83). Com efeito, como destacamos na seção anterior, esses fatores concorreram para a organização dos movimentos sociais e suas manifestações contrárias à política dos governos principalmente a partir de 2000, e para a consolidação de partidos com alternativas políticas mais inclusivas, como o MAS.

Gráfico 1- Proporção de votos nas eleições presidenciais na Bolívia entre 1993 e 2014, por partido.



Fonte: Adaptado de Mendieta, 2010.

Em 2005 o MAS teve a maioria dos votos no primeiro turno e converteu-se no partido dominante do país. Essas eleições de certa forma extinguiram o tradicional sistema de partidos: enquanto no passado ADN, MIR e MNR concentravam cerca de 60% dos votos no país, em 2005 apenas o MNR teve alguma representação, com 6,47% dos votos. Esse resultado teve



como antecedentes as eleições gerais de 2002, quando surgiram no cenário os novos partidos (MAS, NFR e MIP) que, juntos, tiveram cerca de metade dos votos (Gráfico 1). O discurso contestatório ao neoliberalismo e à *democracia pactada* debilitou a tendência anteriormente observada em torno dos partidos tradicionais e a polarização no sistema partidário alimentou a crise política que em 2003 e 2005 resultou na renúncia de dois presidentes no mesmo mandato e na convocação de novas eleições. Em 2005 a NFR e o MIP desapareceram da cena parlamentar e foram substituídos por novas forças de oposição: o movimento *Poder Democrático Social* (PODEMOS) – partido de direita fundado em 2005 por ex-dirigentes da ADN<sup>31</sup> –, a *Unidad Nacional* (UN)<sup>32</sup> e o único sobrevivente dos partidos tradicionais, o MNR. O PODEMOS obteve 28,69% dos votos nas eleições gerais; a UN cerca de 8% e o MNR, 7%. Portanto, somente o MAS e o PODEMOS tinham presença nacional. O PODEMOS foi um fenômeno eleitoral naquele momento, mas não conseguiu chegar às eleições de 2009 (CARRAFA, 2007; MAYORGA, 2008; ÁLVAREZ, 2011).

Esse novo sistema partidário esteve marcado pela polarização, com o MAS frente a uma gama fragmentada de políticos tradicionais e líderes regionais. Essa reconstrução histórica é importante para entendermos o cenário a partir do qual a esquerda chega ao poder na Bolívia. Ou seja, a esquerda assume o poder não como um corpo orgânico, mas em um cenário volátil.

Não restam dúvidas de que, mesmo com os conflitos entre o governo e a sociedade civil e os movimentos sociais, a liderança do MAS foi reforçada nas eleições de 2009, frente a uma oposição dispersa e sem organização. O MSM (*Movimiento sin Miedo*) conseguiu resultados expressivos nessas eleições, mas restritos ao nível municipal e entre alguns setores indígenas. A maior expressão da oposição veio do *Plan Progreso para Bolívia-Convergencia Nacional* (PPB-CN), coalizão de direita e centro-direita entre os partidos NFR, MNR, PPB (*Plan Progreso para Bolívia*), e os pequenos partidos APB (*Autonomia para Bolívia*) e PP (*Partido Popular*). O PPB-CN se constituiu em um partido em 2009 para concorrer às eleições presidenciais daquele ano, obtendo 27% dos votos nas eleições gerais. Contudo, não sobreviveu a um segundo ciclo eleitoral (CENTELLAS, 2014).

No nível nacional o sistema de partidos em 2009 estava representado por quatro principais forças: o MAS, o MSM à esquerda, o PPB-CN e a UN à direita. A oposição nas autonomias regionais produziu uma dispersão de votos e uma fragmentação que, de certa forma,

---

<sup>31</sup> Em 2008 o PODEMOS foi questionado pela Corte Eleitoral acerca do registro de seus militantes e da necessidade de nova tramitação de sua inscrição. Somou-se a esse o fato de perder várias lideranças. Em 2009 o partido foi dissolvido.

<sup>32</sup> A UN, partido de centro-direita, foi fundada em 2003 a partir de uma dissidência do MIR.

favoreceram o governo (NUNES, 2015). Um componente importante para essa dispersão dos votos foi a ampliação da representação política para os agrupamentos cidadãos e povos indígenas. Enquanto os partidos políticos são de caráter nacional e se relacionam com as organizações sociais sob o critério convencional de células ou comandos por setores ou territórios, os agrupamentos cidadãos são menos estáveis e adquirem fisionomia própria somente no âmbito local. Seus critérios de recrutamento são menos exigentes e mais conjunturais, apelando, sobretudo, à personalidade. No caso dos povos indígenas as pautas culturais das comunidades definem a seleção de candidatos (MAYORGA, 2012).

No cenário em 2013, véspera de um ano eleitoral, a oposição partidária ao MAS ainda se encontrava dispersa e ideologicamente frágil. A maior força de oposição estava concentrada na *Frente Amplio*, aglutinando vários setores majoritariamente de esquerda cuja liderança era exercida pela *Unidad Nacional*. A *Frente* incluía também nas suas lideranças ex-deputados do MAS e ex-dirigentes da CONAMAQ. O MSM seguiu também como força opositora de esquerda ao MAS, com seu viés intelectual e uma forte influência em La Paz, maior município do país. Contudo, o MSM tinha uma projeção nacional limitada. Em 2013 foi também criado o *Partido de los Trabajadores de Bolívia* (PT) que objetivou converter-se no braço político da COB, mas a aproximação entre a cúpula do sindicato e o governo colocou-o na sombra (MENDOZA-BOTELHO, 2014). Do outro lado, na oposição à direita do MAS encontrava-se a *Convergencia Nacional* (PPB-CN), um remanescente do PODEMOS que embora mantivesse vários deputados, não tinha uma liderança clara. Próximo à PPB-CN encontrava-se o *Movimiento Social Democrata* (MSD).

Nas eleições presidenciais de 2014 competiram o MAS, a UD, o MSM, o PDC<sup>33</sup> (*Partido Demócrata Cristiano*) e o PVB<sup>34</sup> (fundado em 2007). O MAS venceu com 61% dos votos, com Doria Medina da UD no segundo lugar (24%), em uma distância maior do que previam as pesquisas eleitorais (Gráfico 1). O MAS continuou como o partido nacional dominante, com vitória no parlamento (maioria nas duas casas), mas com perdas e ganhos nas diversas regiões.

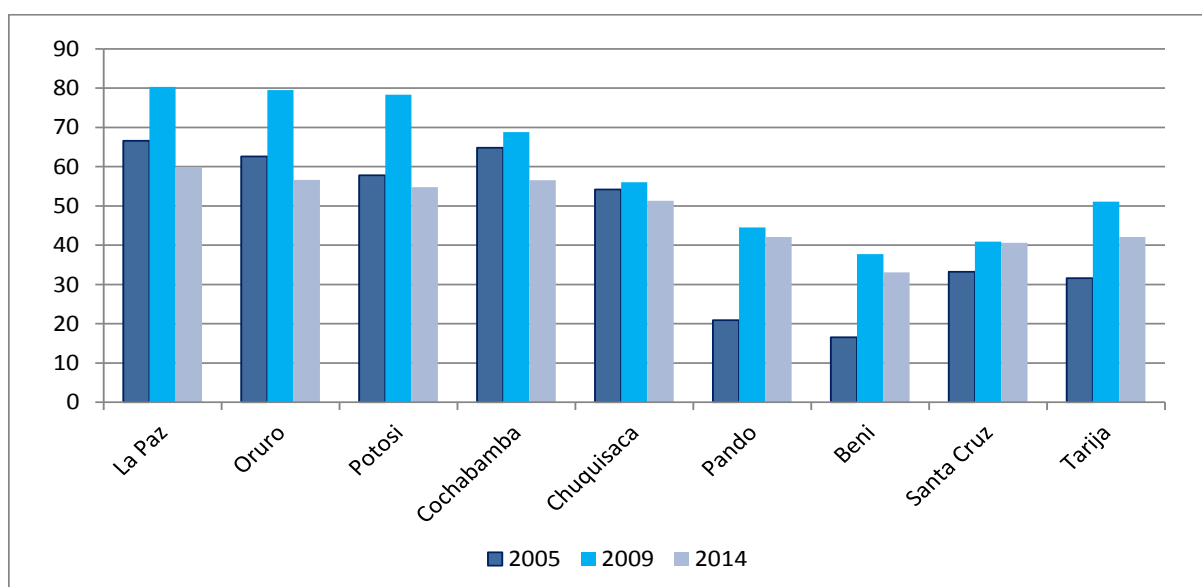
---

<sup>33</sup> O PDC foi fundado em 1954 (segundo partido mais antigo do país, depois do MNR). Não apresentava candidato próprio desde 1985 e, durante sua existência esteve apoiando os partidos na *democracia pactada*. É um partido de centro, de oposição ao MAS.

<sup>34</sup> O PVB construiu uma aliança entre CONAMAQ, o *Colectivo Manifiesto de la Ciudad* de Cochabamba, a agrupação política do TIPNIS e a *Confederación de Pueblos Indígenas de Bolívia* para concorrer às eleições de 2014 de forma independente do MAS e de outros partidos.

Entre as eleições de 2005 e 2009 o MAS aumentou sua proporção de votos em todos *Departamentos*, o que se tornou mais significativo na região da *media luna*<sup>35</sup>, onde tinha maior oposição (Gráfico 2). Nas eleições de 2014 a maior perda de votos ocorreu em La Paz, Oruro e Potosi, onde tradicionalmente sua votação foi mais alta. A hipótese para o crescimento da votação na *media luna* é que a polarização regional está diminuindo, em parte por causa do esforço do MAS em recrutar candidatos da região e conquistar seus eleitores.

Gráfico 2 – Proporção de votos do MAS nas eleições presidenciais de 2005, 2009 e 2014, por Departamento da Bolívia.



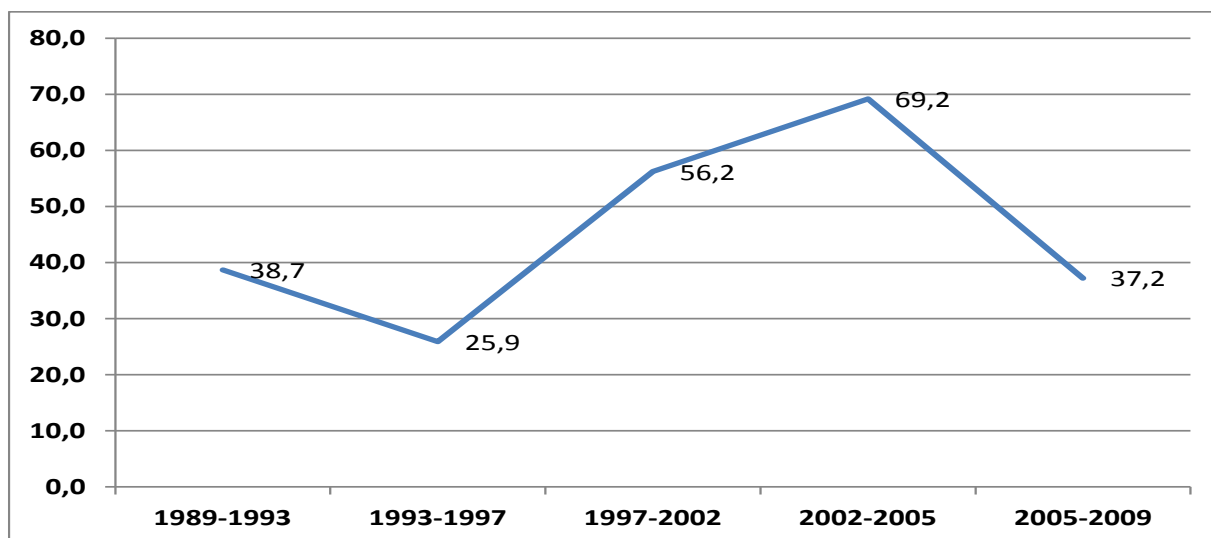
Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tribunal Supremo Eleitoral disponíveis em <http://www.oep.org.bo/index.php/procesos-electorales/elecciones-generales-2014>.

Por sua vez, a oposição ao governo na região da *media luna* diminuiu principalmente após a resolução dos conflitos no processo constituinte e as conquistas dos *Departamentos* em relação às autonomias, com a *Ley de Autonomias y Descentralización* de 2010. Em relação à oposição, a UD emergiu como o maior bloco, em segundo lugar em todos os departamentos bolivianos. A UD derrotou candidatos uninominais nos departamentos e venceu a única disputa ocorrida para a cadeira reservada aos indígenas, em Potosi. O MSM teve bons resultados nos municípios, alcançando o segundo maior número de eleitos. Contudo, o fato de não ter alcançado 3% dos votos na eleição presidencial fez com que perdesse seu registro legal como partido (CENTELLAS, 2015).

<sup>35</sup> A *media luna* é a denominação informal da região localizada a leste do país. Uma de suas características marcantes é o fato de sua população não ser majoritariamente indígena, ao contrário do restante dos departamentos bolivianos. Tem uma grande importância política e econômica no país. Os Departamentos que a compõem são Pando, Beni, Santa Cruz e Tarija.

Como vemos da análise das eleições presidenciais na Bolívia a partir de 1985, o sistema partidário do país teve seu formato alterado, com uma drástica diminuição da presença dos partidos tradicionais no cenário político – ADN, MNR e MIR – e novos partidos surgindo. Essa alteração no sistema partidário pode ser analisada por sua volatilidade, ou seja, a rotatividade entre os partidos entre uma e outra eleição. A volatilidade permite analisar os vínculos dos partidos com a sociedade. Se o eleitorado não valoriza positivamente a ação do governo ou os candidatos do partido, esse partido ou governo pode não alcançar a quantidade de votos para se reeleger e se consolidar. Por sua vez, quanto menos oscilante e mais baixa a volatilidade, mais institucionalizado é o sistema partidário. Os dados para a Bolívia entre 1989 e 2009 mostram grande variação nesse índice (Gráfico 3). Cabe ressaltar, no entanto, que como a volatilidade eleitoral tem um forte elemento de temporalidade – dado que é medida ao longo do tempo –, a análise de vínculos fortes ou frágeis entre o partido e o eleitorado deve levar em conta uma maior quantidade de ciclos eleitorais. Por enquanto, os dados nos sugerem uma baixa vinculação entre partidos e eleitores, elemento característico de sistemas partidários pouco institucionalizados.

Gráfico 3– Volatilidade eleitoral agregada, Bolívia, 1989-2009.



Fonte: adaptado de Mendieta, 2010.

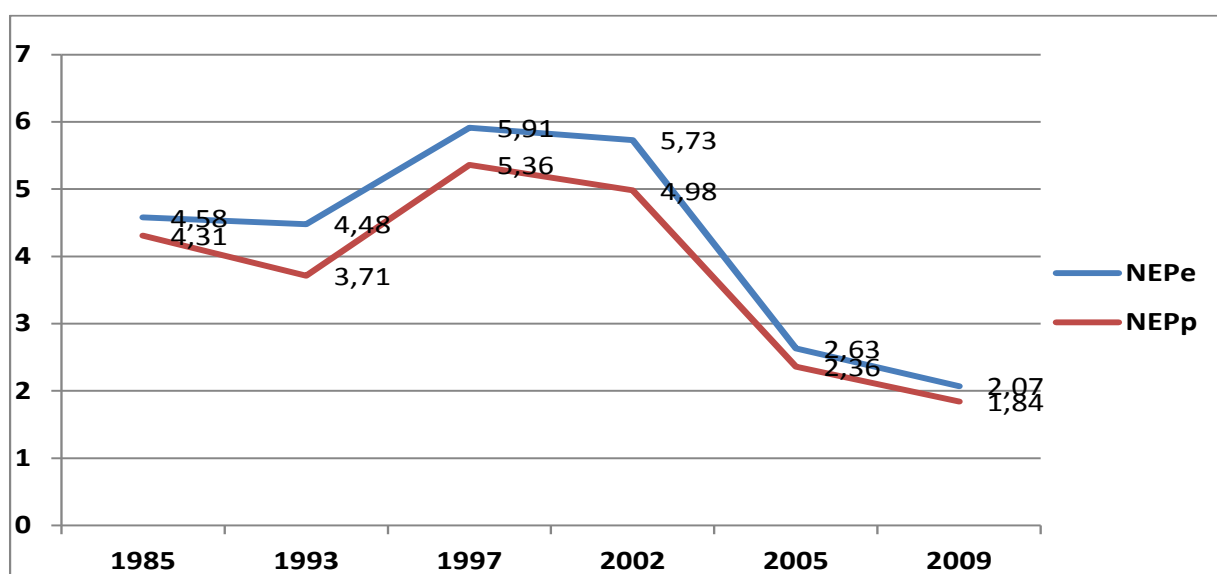
A institucionalização do sistema partidário é considerada um fator de sustentação para o sistema político e para o funcionamento e viabilidade da democracia. Como trouxemos da literatura no capítulo 1 dessa tese, quanto mais institucionalizado o sistema partidário, maior a possibilidade de existirem partidos programáticos, que competem pautados em sua reputação política, em questões-chave e propósitos políticos concretos. Quanto mais institucionalizado o sistema partidário e mais estável for a orientação política dos partidos, mais altos os níveis de *accountability* e identificação pelos eleitores (MAINWARING e SCULLY, 1995;

MAINWARING e TORCAL, 2005; VALDÉZ, 2007; JONES, 2010; BUQUET, 2014). E, por fim, maior a possibilidade que institucionalização das políticas públicas.

Um outro elemento tomado para a análise da institucionalização do sistema partidário é sua fragmentação, relacionada ao número e à força dos partidos, e que afeta as probabilidades do partido no governo obter apoio para a aprovação de políticas. Um cenário ideal de governabilidade seria de baixa fragmentação, ou seja, um baixo número de partidos, e de baixa distância ideológica entre eles. Quando as duas dimensões configuram um cenário de alta fragmentação e de alta polarização o sistema político se torna menos governável, com dificuldades para a formação de coalizões e predisposição a bloqueios entre o executivo e o legislativo.

Podemos observar que em 2004 o sistema partidário boliviano estava caracterizado por uma alta fragmentação – medida pela presença de mais de cinco partidos no parlamento –, e uma polarização média entre 1,11 e 3,10 em uma escala que vai da extrema esquerda (1) à extrema direita (10). Após as eleições de 2014 o parlamento boliviano passou a ser composto por quatro partidos: MAS (esquerda), PDC (*Partido Demócrata Cristiano*, à direita), MDS (*Movimiento Demócrata Social*, centro-direita) e UN (*Frente de Unidad Nacional*, centro-direita). Os dois últimos, MDS e UN, formaram a coalizão *Concertación Unión Demócrata* (UD, à direita). Houve uma redução na fragmentação desse sistema, que passou de um número efetivo de 4,98 partidos em 2004 para 2,07 em 2009 (Gráfico 4).

Gráfico 4- Número efetivo de partidos eleitoral e parlamentar na Bolívia (NEPe e NEPp), 1985-2009.



Fonte: Mendieta, 2010.

Quanto à polarização, os dados apresentados por Alcântara Saéz (2014) para o período 1994-2011 mostram uma diferença de 2,14 pontos, em uma escala de 0 a 10, entre a posição ideológica do presidente e do parlamento boliviano. Isso, conforme a classificação proposta pelo autor, caracterizaria um cenário de governabilidade neutra – especificamente na relação executivo-legislativo – ou seja, entre uma situação de distância ideológica entre o presidente e o congresso, e ambos em minoria; e outra, de uma distância ideológica reduzida e um governo com maioria parlamentar. Se voltarmos à proposição de classificação dos sistemas partidários da América Latina proposta pelo mesmo autor em 2004 observamos que a Bolívia passou a compor o grupo dos países com média polarização e média fragmentação desse sistema, ao lado de Paraguai e Uruguai (ALCÂNTARA SAÉZ, 2004; ALCÂNTARA SAÉZ, 2014).

Uma questão a destacar é o fato de que situações de alta governabilidade – com baixa fragmentação do sistema e maioria parlamentar, e uma pequena distância ideológica –, conferem maiores poderes legislativos ao presidente e tenderiam a aumentar a instabilidade do sistema político, dado os incentivos para um governo unilateral. Nesse argumento, o presidencialismo seria mais estável em sistemas nos quais o presidente depende mais dos partidos e, para tanto, seria necessário que houvesse um sistema partidário institucionalizado. Ainda no argumento, a competição partidária criaria condições para um maior equilíbrio entre os poderes. (SHUGART e CAREY, 1992 apud CUNHA, 2014; MAINWARING e SHUGART, 1997 apud CUNHA, 2014). Olhando para esse argumento e considerando os dados que mostram a diminuição da polarização ideológica na Bolívia e da fragmentação do sistema partidário, bem como uma maioria parlamentar no segundo e terceiro mandatos do MAS, a Bolívia se aproximaria desse modelo ideal no qual os poderes legislativos do presidente estão incrementados. Isso, considerando que o poder de agenda do presidente é tido como o fator determinante das políticas públicas, tornaria mais factíveis as reformas.

De toda forma, as eleições de 2014 sugerem que o sistema de partidos boliviano foi realinhado (como pode ser visto no Gráfico 1, apresentado acima). Apesar da expressiva perda, a oposição teve ganhos em termos de sua viabilidade a longo prazo. A UD (expansão da UN), é o único partido que tem se mantido nas três últimas eleições. Em 2014 foi o segundo mais votado, de forma expressiva (24,4%). Esse partido, com relativo sucesso na formação de alianças com organizações políticas nos níveis local e regional, e capacidade de reformular-se nesse processo, pode ser colocado agora como o maior contrapeso ao MAS em eleições futuras. Contudo, as eleições de 2014 mostraram que o MAS consolidou sua posição como partido hegemônico na Bolívia. No parlamento conseguiu maioria nas duas casas: 67,6% na Câmara de Deputados e 69,4% no Senado (CENTELLAS, 2015a). Nas eleições subnacionais de 2015

o MAS venceu em seis departamentos. Dos três nos quais a oposição venceu, dois situam-se na região da *media luna* (Tarija e Santa Cruz), e o terceiro é o *Departamento* de La Paz.

### **3.3 O espaço de ação do MAS no governo: o parlamento, a oposição e os movimentos sociais**

Eleito com 53,7% dos votos em 2005 para o primeiro mandato na presidência da Bolívia, o MAS contou com maioria parlamentar apenas na Câmara de Deputados. . No Senado, buscou negociar o apoio dos partidos mais ao centro, MNR e UN. A mesma ação empreendeu nos trabalhos da *Asamblea Constituyente* instalada em 2006.

Algumas análises sustentam que o MAS, nesse primeiro mandato, teria ignorado a oposição e suas demandas. No entanto, esse argumento se deve mais ao fato de que a oposição era minoritária na Câmara e também na *Asamblea Constituyente*, e fragmentada em todas as esferas, o que favorecia a negociação separadamente com partes dela. A fragmentação também se repetia nos *Departamentos*, o que ficou revelado pelo fato de que, apesar da maioria deles ser governada pela oposição, geralmente esses governos não estavam pactuados com os parlamentares, impossibilitando uma ação conjunta articulada na direção de fins específicos. Essas oposições, ao contrário, atuavam de forma descoordenada, o que se somou ao fato de seus discursos também não estarem alinhados (REIS, 2013). Se esse era o cenário, podemos pressupor que o Executivo, nesse mandato, teria um grande poder de agenda e, por consequência, sua capacidade de implementar reformas “fortes”, especificamente da política de saúde, estaria incrementada.

Por que, então, essa reforma “forte” na política de saúde não aconteceu? Se a oposição não estava alinhada para atuar contra o governo, o governo estava alinhado para empreender as reformas planejadas?

Os partidos de oposição à esquerda do MAS, por sua vez, criticavam sua postura moderada e democrática, por certo esperando reformas mais radicais. Em que pese o fato de concordarmos com o argumento da desarticulação e da fragmentação da oposição, as análises que trouxemos a esse estudo nos permitem também argumentar que seu papel tem sido ativo, marcando o governo de Evo Morales por diversos conflitos.

No primeiro mandato, a partir do controle sobre o Senado e sobre os governos departamentais da *media luna*, a oposição teve uma postura defensiva em relação aos projetos do governo e manteve como única agenda propositiva a descentralização administrativa com a

adoção das autonomias departamentais<sup>36</sup>. A *Asamblea Constituyente*, por sua vez, foi o cenário dos maiores confrontos entre o governo, os movimentos sociais e a oposição entrincheirada nos *Departamentos*. O que ficou evidente foi uma nova correlação política de poder: primeiro, entre o governo e a oposição; segundo, entre os movimentos sociais dos blocos indígenas e camponeses. O conflito entre o governo e a oposição dos partidos tradicionais ficou aparente nos bloqueios ao processo constituinte por parte do interesse do agronegócio, dos governadores e dos comitês cívicos regionais, com demandas por autonomia departamental que encobriam a principal questão, qual seja, o controle dos recursos naturais não-renováveis no nível departamental. Na segunda linha, embora as identidades dos blocos de indígenas, camponeses e dos movimentos sociais não fossem claramente delimitadas, a oposição entre agentes com projetos e propostas políticas divergentes se revelou na dinâmica dentro do *Pacto de Unidad*. As organizações indígenas demandavam maiores direitos sobre seus territórios e sobre os recursos naturais (demanda relacionada àquela das autonomias) e explicitavam também uma demanda de representação direta nas instituições governamentais. Ou seja, focaram na ideia de auto-governo. Os camponeses, por sua vez, optaram pela defesa de uma reforma no sistema de governo e um projeto social alternativo (RADHUBER, 2015).

A solução dos conflitos no processo constituinte, favorável ao governo, pode ser explicada por fatores como a fragmentação da oposição parlamentar, entre os movimentos sociais e nos *Departamentos*, e pelo desgaste principalmente desses últimos em decorrência das ações violentas que empreenderam. O exemplo mais dramático foi o conflito em Pando em setembro de 2008 – conhecido como “*massacre de Porvenir*” –, quando ocorreu o assassinato de camponeses em um protesto que faziam contra a autonomia departamental. A ação do

---

<sup>36</sup> A demanda das autonomias tem uma forte raiz em processos anteriores ocorridos no país. Ao final do século XX a Bolívia estava entre os países mais centralizados da América Latina. Os governos departamentais eram frágeis, as eleições locais haviam sido suprimidas e seus prefeitos (atualmente, governadores) eram indicados pelo governo central. Essa fragilidade contrastava com o vigor dos comitês cívicos que se instauraram nos *Departamentos* em torno de questões locais específicas. Soma-se a isso a promulgação da *Ley de Participación Popular* de 1994 que introduziu a eleição direta municipal no país, pela primeira vez, mas não incluiu a eleição dos governos departamentais. Essa definição do governo central – a descentralização apenas com municipalização – estimulou os atores regionais a levar a “bandeira” da autonomia, ao invés de lutar pela descentralização. Em 2005 o *Comité Cívico de Santa Cruz* lançou a *Agenda de Janero* que mobilizou cerca de 350 mil pessoas na reivindicação pela autonomia departamental. Ainda nesse ano, o presidente Carlos Mesa concordou com a instituição das eleições para o governo dos *Departamentos*, que ocorreriam junto com as eleições gerais, presidencial e parlamentar de 2005. Em 2008, já no governo do MAS, o referendo sobre as autonomias teve 56% de votos contrários a esse pleito (RICE, 2011). A realização desse referendo, além do próprio conteúdo, se constituiu em um conflito porque os governadores da oposição defendiam que prevalecesse o resultado unitário de cada *Departamento*, enquanto o governo defendia o resultado agregado de todos eles. Prevaleceu a posição do governo. Em quatro departamentos – Santa Cruz, Pando, Beni e Tarija – venceu o “sim”, mas a recusa venceu nacionalmente.



governo departamental o objetivo de desestabilizar o governo do MAS<sup>37</sup>. O processo constituinte prosseguiu após longas e difíceis negociações no Congresso entre o governo e a oposição. A nova Constituição foi aprovada por referendo em 2008 e promulgada em janeiro de 2009. Nessa etapa, dados os acordos obtidos quanto aos pontos polêmicos da nova Constituição e a respeito das autonomias, o governo controlou a agenda política e a oposição (CUNHA FILHO, 2014). O MAS se consolidou como o partido dominante no país, cercado por uma multiplicidade de forças de oposição sem capacidade de conter seu avanço.

Como ilustram Santana e Souza (2010), o vice-presidente Álvaro García Liñera fez um balanço positivo da conjuntura de 2008, considerando que o governo teve uma vitória eleitoral, com a votação do referendo revocatório que decidiu pela permanência de Evo Morales e oito governadores de *Departamentos*; uma vitória militar, quando conteve a tentativa de desestabilização e golpe a partir de Pando; e uma vitória política, com a aprovação do referendo constitucional. Com isso se fechava o ciclo constituinte e iniciava-se a estruturação da nova ordem do Estado boliviano, sem uma oposição desafiadora. Reforçamos, portanto, o argumento de que havia um cenário favorável para reformas mais radicais.

Com a nova Constituição de 2009 a eleição presidencial na Bolívia passou a ser direta, com duas variantes no caso da ausência de um vencedor por maioria absoluta. Primeiro, fica eleito aquele que obtém votação superior a 40% e uma diferença de 10 pontos em relação ao segundo candidato mais votado. Caso isso não ocorra a eleição se define mediante segundo turno nas urnas entre os dois candidatos mais votados. Ou seja, a legitimidade do presidente é privilegiada e se contorna o risco de uma legitimidade dual com o parlamento caso a autoridade careça de respaldo majoritário no Poder Legislativo. No âmbito parlamentar, a quantidade de senadores foi incrementada de 27 para 36, modificou-se a regra de distribuição de cadeiras no Senado e reconheceram-se circunscrições indígenas uninominais na Câmara de Deputados. Para ampliar a democracia participativa e direta foram formalizados os referendos e a revocatória do mandato. A nova Constituição também implementou o regime de autonomias no nível subnacional, com um processo de descentralização política por meio da conformação

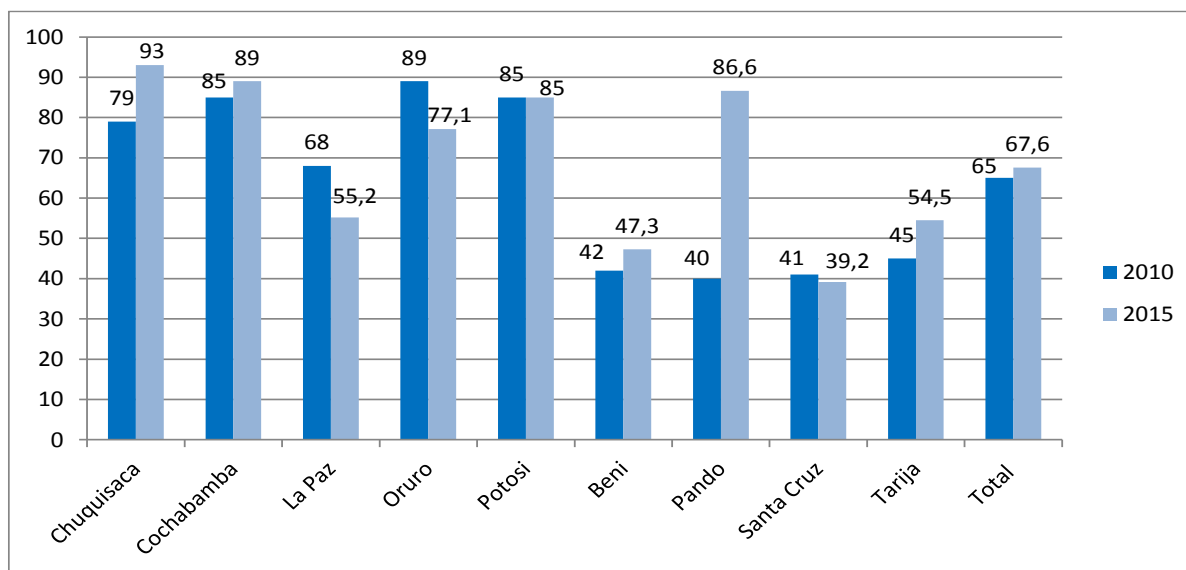
---

<sup>37</sup> A oligarquia local de Pando lutava pela autonomia e se sentia ameaçada pela proposta de reforma agrária do governo central, que havia assumido a meta de assentar 2500 famílias de camponeses cocaleiros de Beni e de Pando. O governo de Evo Morales, portanto, pretendia distribuir terras e, ao mesmo tempo, aumentar seu coeficiente eleitoral na votação da proposta de autonomia departamental de Pando. Em setembro de 2008 os camponeses ligados ao MAS marcharam rumo a Cobija, capital de Pando, com o objetivo de dissolver os protestos a favor da autonomia e exigir a renúncia do governador do *Departamento*. Informado a respeito, o governador ordenou a construção de duas trincheiras em El Provenir, a 35 km de Cobija. Do confronto direto resultou o massacre de camponeses, a intervenção do governo central e a decretação de estado de sítio no *Departamento* (SANTANA e SOUZA, 2010).

de governos departamentais, regionais, municipais e indígenas, esquema que favoreceu a geração de subsistemas políticos e propiciou o enriquecimento da dinâmica política democrática (ZEGADA, 2010; MAYORGA, 2012). No entanto, o governo nunca considerou legítima a demanda da *media luna* por autonomia e para frustrá-la a Constituição de 2009 mantém no governo central o controle exclusivo sobre os recursos naturais, a distribuição de terras e a política econômica, enquanto cede poderes legislativos e responsabilidades administrativas menores para os governos subnacionais (RICE, 2011). Esse ponto específico nos remete à discussão feita no capítulo 1 acerca da distinção entre *policy making* e *policy decision making*. Como argumentamos, essa questão é relevante para a implementação de uma reforma na política de saúde que pretenda constituir um sistema universal que atenda a todas as necessidades da população.

O primeiro mandato do MAS foi caracterizado, portanto, pela existência de limites e constrangimentos institucionais ao poder decisório do presidente, devido a uma situação de “governo dividido” – oposição com maioria no Senado – e a um “conflito vertical de poderes”, dado que seis dos nove governadores departamentais eram oponentes do presidente. As eleições presidenciais e legislativas de 2009 e as eleições departamentais e municipais de 2010 modificaram o cenário da correlação de forças. O MAS obteve maioria das cadeiras parlamentares e passou a controlar ambas as casas. Seis dos nove governadores eleitos eram governistas, ao que se somou a maioria de vitórias no nível municipal em 2010 (65% dos municípios), como mostrado no Gráfico 5 (MAYORGA, 2012; RICE, 2011). A conquista da maioria dos governos municipais é um fator importante, pois à medida que as elites regionais do leste do país (*media luna*) foram perdendo o controle do poder político, essas eleições vão se tornando mais disputadas. A oposição busca ganhar espaço nos níveis subnacionais, dado que no cenário nacional está derrotada. Mesmo com essa disputa a presença do MAS nos municípios aumentou em 2015 (67,6%), em relação às eleições anteriores de 2010. Nas capitais dos *Departamentos* a oposição conseguiu maioria em 2010, vencendo em sete delas (RICE, 2011). Em 2015 o MAS retomou a maioria dessas capitais, vencendo em seis delas.

Gráfico 5- Proporção de municípios governados pelo MAS, por Departamento, alcançada pelos processos eleitorais de 2010 e 2015.



Fonte: elaboração própria a partir de dados do *Órgano Electoral de Bolívia*.

A partir do segundo mandato do MAS tem-se um governo de maioria, com o sistema partidário caracterizado por um partido hegemônico, onde as forças de oposição têm pouca relevância, em que pese o ganho alcançado nas capitais dos *Departamentos*. Temos nesse período, portanto, um presidencialismo sustentado por uma força política que domina o parlamento e se impõe à medida que reduz o pluralismo político, e no qual o processo decisório depende do partido do governo e, por fim, do chefe do Estado. Ou seja, nesse momento do país, no qual a nova ordem estatal estava em processo de construção por meio da aprovação de leis infraconstitucionais, a definição das regras do jogo dependia da vontade e capacidade legislativa de um só ator político – o partido do governo – cujo acionar dependia das decisões do presidente (MAYORGA, 2012). Para Mayorga (2012), o modelo presidencialista de coalizão nos governos anteriores (entre 1985 e 2002) tinha uma figura análoga ao da gestão do MAS nesse momento, dado que o presidente era o chefe do governo, da coalizão e do partido *pivot* da coalizão. O autor considera, entretanto, que essa centralização do poder no presidente era mais amena, visto que as interações partidárias dentro da coalizão, nos governos neoliberais, proporcionavam matizes às decisões. Ali existiam diferentes posturas e interesses entre os partidos das coalizões, embora existisse um projeto dominante pautado na articulação entre a democracia e o neoliberalismo econômico.

No cenário que estamos desenhando, cabe também olhar para as regras estabelecidas pela nova Constituição para as relações entre os poderes Executivo e Legislativo no governo. As mudanças não foram significativas. Algumas outorgaram mais prerrogativas ao parlamento, como a que estabeleceu a exoneração dos ministros do governo pela censura congressional

mediante dois terços dos votos, algo que antes dependia da vontade do presidente. O poder de veto do presidente aos projetos de lei foi diminuído: não são requeridos dois terços do Congresso para derrubá-lo, mas apenas maioria absoluta dos presentes na seção. Também passaram a existir mecanismos de limitação à maioria parlamentar: a regra dos dois terços é mantida para algumas determinações, como a destituição de ministros e a objeção à nomeação de procuradores. Por sua vez, a aprovação de leis, sobretudo referentes à reforma constitucional total ou parcial, exige adicionalmente a realização de referendo. As atribuições do vice-presidente foram passadas a incorporar a coordenação das relações entre o órgão Executivo, a *Asamblea Legislativa* e os governos autônomos; a contribuição na política geral do governo; e a participação na formulação da política exterior, bem como o desempenho de funções diplomáticas (MAYORGA, 2012; RICE, 2011).

Entendemos que o incremento dos poderes decisórios do presidente a partir do segundo mandato do MAS não está no novo desenho institucional do sistema político, que não teve alterações significativas, mas na concentração de cadeiras parlamentares no partido do governo e, conseqüentemente, na subordinação do Poder Legislativo ao Executivo. Essa situação se manifestou na aprovação de leis orgânicas e outras disposições sem que fossem levadas em conta as observações da oposição ou de instituições da sociedade civil, o que contraria o discurso pluralista do texto constitucional (MAYORGA, 2012). Nessas condições foram aprovadas em 2010 as leis do *Órgano Judicial*, do *Órgano Electoral*, do *Regimén Electoral*, do *Tribunal Constitucional* e a *Ley Marco de Autonomías y Descentralización*<sup>38</sup>. Essa última foi promulgada sem sofrer qualquer consideração por parte dos órgãos e setores interessados, poucas semanas depois da eleição de prefeitos e governadores em 2010. Foi considerada pela oposição como autoritária e oportunista<sup>39</sup>. Ainda, a aprovação de leis menores ou transitórias determinou a maior influência do governo sobre as instituições do Estado, como o *Órgano Judicial* e o *Tribunal Constitucional*, o que colocou em questão o equilíbrio, a independência e a harmonia entre os poderes. Esses regulamentos manifestaram a tendência de funcionamento do Estado sob um marcado presidencialismo, que chega a influir sobre o Congresso e pressionar o sistema judiciário, gerando um tipo de colaboracionismo entre os poderes públicos. Um

---

<sup>38</sup> A *Ley Marco de Autonomías y Descentralización* teve o objetivo de regular o regime de autonomias e que essa se exerce em quatro níveis equiparáveis – departamental, regional, municipal e indígena originário-camponês – mediante a livre eleição de suas autoridades, faculdade legislativa, gestão pública, resolução de controvérsias dentro de seu âmbito normativo e executivo, e poder de criar, recolher e administrar tributos (apesar de não ter sido definida uma nova distribuição de recursos por meio de um pacto fiscal).

<sup>39</sup> A lei inclui um artigo estabelecendo que as autoridades locais podem ser afastadas de seus cargos caso existam acusações de crimes, e não mais a partir de uma sentença transitada, como era estabelecido anteriormente para as autoridades eleitas. Considerando que os três governadores de partidos da oposição eleitos em 2010 tinham denúncias judiciais por supostos atos de corrupção, considerou-se que a norma tinha intenções políticas.

exemplo dessa tendência foi a aprovação de um regulamento estabelecendo que os tribunais departamentais seriam integrados por cinco delegados com base em lista apresentada pelas assembleias departamentais, dos quais um seria designado pelo presidente e os restantes pela *Asamblea Legislativa Plurinacional*. Avalia-se que existe uma incongruência entre a implementação de um regime de autonomias que outorga autoridade legislativa aos governos subnacionais e a atribuição presidencial para designar um membro das cortes eleitorais departamentais, além do fato desse regulamento suprimir a autoridade do governador (MAYORGA, 2012). Novamente se apresenta a distinção, na conformação da institucionalidade do Estado, entre os atores com poderes decisórios e aqueles aos quais são outorgados poderes limitados na formulação e implementação das políticas.

Outro mecanismo utilizado pelo presidente para direcionar a política do governo foi o uso dos decretos presidenciais (*Decreto Supremo*). Como destaca Deheza (2012) em 2011 foram emitidos 356 decretos supremos, dado que colide com o fato do presidente ter maioria de cadeiras no parlamento no segundo mandato. Por que utilizar os decretos presidenciais se naquele momento não existiam barreiras institucionais para a aprovação de leis? Esses fatos nos levam a inferir que existe um centralismo decisório no presidente. Portanto, na implementação de uma reforma da política de saúde, nos cabe questionar, dentre os outros fatores explicativos que aqui trazemos, sobre as decisões e as “não” decisões do presidente Evo Morales. Argumentamos acima que o aumento dos poderes decisórios do presidente não está no novo desenho institucional do sistema político, mas na concentração de cadeiras parlamentares no partido do governo. Nesse contexto favorável o presidente, portanto, teve poderes concentrados para promover reformas por meio da legislação infraconstitucional. Podemos também inferir, a partir dos dados obtidos de Deheza (2012), que se somou ao contexto parlamentar favorável a possibilidade do presidente empreender reformas por meio de decretos.

### **3.4 O cenário das relações entre os níveis de governo – a questão das autonomias**

Para entender a problemática que envolve a capacidade do governo de transitar entre esses distintos atores e, no nosso caso específico, entender como é desenhada a política de saúde no país, nos interessa discutir uma das mais importantes inovações do texto constitucional: a substituição do paradigma geopolítico do Estado Unitário por um novo Estado plurinacional. Essa mudança instituiu as autonomias indígena, municipal, departamental e regional. O Estado plurinacional pressupõe a convivência de autonomias administrativas e culturais. Ou seja, se a autonomia é de apenas um tipo, o Estado não é plurinacional. Nessa lógica é necessário também

admitir a possibilidade da existência de autonomias indígenas originárias extra-territoriais, principalmente quando se considera que os territórios podem ter uma população composta (SANTOS, 2007). Particularmente esse aspecto complexifica uma questão que já traz consigo um profundo legado: o reconhecimento da identidade indígena na Bolívia. Em parte, essas mudanças representam um aprofundamento da agenda de reformas implementadas durante os anos 1990 que promoveram algumas importantes inovações institucionais, como a municipalização do país por meio da instituição de eleições diretas e da autonomia financeira das municipalidades, e a criação dos territórios de origem que passaram a poder ser titulados aos povos indígenas para conferir a esses a garantia do controle de seus territórios ancestrais (FONTANA, 2012, p.13).

As reformas implementadas nos anos 1990 vieram em continuidade ao plano de choque neoliberal iniciado em 1986 no governo de Paz Estenssoro. O eixo ideológico da *Nueva Política Económica* (NEP) foi a retirada do Estado e a defesa do mercado como estabilizador da economia e promotor do crescimento. Nesse cenário as elites empresariais do *Departamento* de Santa Cruz e suas demandas de maior protagonismo sobre os assuntos territoriais se fortaleceram econômica, ideológica e politicamente. Na esfera ideológica, os princípios fundantes dos movimentos cívicos de defesa das autonomias foram garantidos e estimulados pela doutrina neoliberal. Esses passaram a defender a necessidade de criação de oportunidades e a possibilidade de mobilidade social, e o desenvolvimento do associativismo em torno do empreendimento, do conhecimento profissional e da cultura, ao invés de fazê-lo em torno dos sindicatos, partidos políticos, povos indígenas ancestrais e da conflitividade social. Essa ideologia apareceu como ordenadora e por isso, particularmente em Santa Cruz, a autonomia defendida pelo *Comitê Cívico Pro Santa Cruz* não foi apenas uma aspiração das associações empresariais, mas de toda a região, incluídas as classes médias e os trabalhadores. Esse viés ideológico do movimento permitiu que a região falasse ao país por meio de seus representantes cívicos, enquanto os partidos políticos estiveram organizados estritamente na arena nacional, distantes de suas bases e das demandas locais. Dessa forma, a luta pela descentralização foi empreendida desde o retorno da democracia, com ganhos reais como a *Ley Orgánica de Municipalidades* que convocou eleições municipais em todo o território nacional em 1985. No entanto, a aspiração era eleger também as autoridades departamentais, o governador e a assembleia departamental, além de obter autonomia administrativa e normativa, inclusive no âmbito tributário (BOTERO, 2015).

A busca de autonomia em relação ao governo central, bem como a defesa de reformas para a eleição de governadores, de referendos para aprovação das autonomias, e da criação de

estatutos autonômicos, se deram por considerar o governo central excessivamente centralizador. Havia também uma questão econômica: os *Departamentos* consideravam que a distribuição dos recursos entre eles era desigual, alguns por receberem menores recursos, outros por terem de redistribuir os seus. Seis deles não contavam com as altas rendas de que dispunham La Paz, Cochabamba e Santa Cruz, que acabavam por ser redistribuídas por meio do governo central. A demanda por autonomia, nesse sentido, era justificada pelo fato dos *Departamentos* com maiores recursos se verem limitados na utilização dos recursos produzidos em seu território, como o gás e a soja, dentre outros. Ou seja, buscavam a liberdade para manejá-los e administrar não apenas o que vinha do *Tesouro General da Nación* (TGN), mas também sobre os seus próprios recursos, por exemplo abrindo espaços a novos comércios internacionais não permitidos à época pelo governo central.

Os governos locais e departamentais questionavam a baixa presença do Estado no território nacional, percebida pela falta de investimentos nas diversas regiões. Somou-se a isso a queixa acerca dos escassos canais de participação democrática. Na tentativa de atingir essa demanda, entre 1982 e 1993 foram formulados 20 projetos de lei de descentralização. Em 1994 a reforma constitucional criou novas estruturas administrativas, com a delegação de tarefas e decisões ao nível departamental e a criação de governos municipais com funções normativas, executivas, administrativas e técnicas. Com isso foram transferidas competências do nível central do Estado aos 311 municípios existentes à época, cujas administrações foram designadas como governos locais autônomos. A autonomia significou, por um lado, a eleição do governo municipal e, por outro, o direito desse governo recolher alguns impostos e planejar a administração, especialmente nas áreas sociais (BOTERO, 2015; STRÖBELE-GREGOR, 1999). Em 1994 o presidente Sánchez de Lozada (1993-1997) promulgou a *Ley de Participación Popular*, que promovia a descentralização política para o município, complementada em 1995 pela *Ley de Descentralización Administrativa* que regia a descentralização administrativa até o *Departamento*. Dentre outros, a *Ley de Participación Popular* descentralizava aos municípios 20% da receita fiscal nacional, cuja alocação deveria ser definida nos respectivos estatutos autonômicos municipais. A Constituição definiu também os poderes e deveres de cada governo autônomo em relação aos recursos e, especificamente, em relação à saúde, moradia, abastecimento de água e saneamento, educação, transporte, dentre outros, e transferiu aos municípios a propriedade, a gestão e o dever de manutenção dos serviços de educação, saúde, irrigação, estradas, esportes, cultura, abastecimento de água e saneamento. As fronteiras dos municípios foram expandidas para incluir distritos e áreas rurais e foram criados novos municípios, totalizando 328 no país. Essas medidas representaram uma profunda

mudança. Antes da lei *Ley de Participación Popular* o governo local não existia na maior parte da Bolívia (FAGUET, 2013).

As análises da *Ley de Participación Popular* variam quanto à avaliação de seus efeitos. Algumas apontam para as significativas mudanças que trouxe, especificamente em relação ao incremento da participação das comunidades nos governos locais. Outras apontam para o fato de que promoveu a fragmentação social, facilitou a corrupção local e priorizou os investimentos sociais como na saúde e na educação, em detrimento dos investimentos produtivos necessários para superar a pobreza (CABRERA, 2011; FAGUET, 2013; FAGUET, 2009). Outras, ainda, avaliam que existiam problemas em relação à capacidade local e à insuficiência de recursos em contextos de grandes necessidades, embora reconheçam que houve um incremento na democracia e no empoderamento dos cidadãos bolivianos mais pobres. Para Faguet (2013) a descentralização levou a profundas mudanças no fluxo de recursos na Bolívia. Antes da reforma apenas 14% dos recursos do governo central eram compartilhados por 311 municípios, enquanto três cidades principais do país recebiam 86% desses recursos. Após a descentralização essa proporção foi revertida: 73% dos recursos eram distribuídos para os 311 municípios e 27% para as três principais cidades do país. O critério per capita resultou em uma mudança drástica do fluxo dos recursos dos centros mais ricos para os distritos rurais mais pobres. Em relação à alocação dos recursos, o investimento total em educação aumentou 547% (considerando os períodos 1991-1993 e 1994-1996); em saúde, 43%; e em abastecimento de água e saneamento aumentou 133%. Ou seja, a descentralização parece ter reorientado o investimento público.

Em seu estudo Faguet (2013) analisou a descentralização em relação ao incremento dos investimentos nas necessidades locais utilizando dados de períodos anteriores (1987-93) e de investimentos governamentais durante os primeiros 14 anos após a lei *Ley de Participación Popular*. Antes da reforma por ela promovida apenas 10% dos municípios recebiam investimentos em saúde. Após a descentralização a proporção de municípios que investiu na saúde aumentou em 85%. O autor sugere que os recursos foram distribuídos mais igualitariamente no país após a descentralização e que os investimentos em estrutura física e infraestrutura econômica foram realocados para os serviços primários e para a formação de capital humano. Alguns indicadores de saúde, tais como a proporção de crianças imuzidas e de atenção pre-natal ofertada, tiveram melhores resultados no período analisado.

Durante a campanha eleitoral de 2005 o discurso do MAS de controlar todos os recursos nacionais e redistribuí-los principalmente aos legítimos donos, os indígenas, foi exacerbado. Isso reacendeu a demanda por autonomia, o que para os *Departamentos* significava a possibilidade de evitarem a expropriação e nacionalização dos recursos. Além disso, os



*Departamentos* com recolhimentos tributários acima de 60% sobre os recursos naturais não mais desejavam subvencionar aqueles mais pobres (como por exemplo Pando) nos quais apenas 0,03% da renda provinha do recolhimento desses impostos (TABORGA, 2009).

As autonomias foram instituídas com a aprovação da Constituição de 2009. Em 2010 a *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* veio regular a organização territorial do país nos preceitos da Constituição de 2009, integrando o conceito de autonomia ao regime de descentralização municipal e departamental<sup>40</sup>. Estão definidos define quatro níveis de autonomia: departamental, regional, municipal e indígena. Enquanto os três primeiros representam uma clara hierarquia em relação à extensão territorial e ao nível de governo, o quarto é qualitativamente diferente em termos de organização social e política. A autonomia indígena permite que as comunidades, respeitando os direitos e garantias constitucionais, apliquem seus princípios e formas de auto-governo, defendam sua cultura e organizem sua economia.

A autonomia abrange a eleição direta dos representantes, a administração dos recursos econômicos, o exercício das faculdades legislativas locais e o uso dos poderes coercitivos em situações de descumprimento das normas legais. Alcançá-la demanda um procedimento que inclui a elaboração e aprovação de seu estatuto pela assembleia departamental ou municipal, a tramitação deste no *Tribunal Constitucional Plurinacional* e sua submissão a um referendo ratificatório. No caso das autonomias regionais é ainda necessária a elaboração de um plano regional de desenvolvimento consoante com o plano nacional.

No âmbito da saúde, a *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* estabeleceu para o nível central do Estado as atribuições de elaboração da política nacional e das normas que regulam o funcionamento de todos os setores, âmbitos e práticas relacionados à saúde; de garantir o funcionamento do sistema único de saúde em todo o território nacional; de definir a política salarial, gerenciar os recursos e financiar os salários e demais benefícios dos trabalhadores do sistema único de saúde; e de garantir a recuperação da medicina tradicional no marco do sistema único de saúde. Os governos indígenas-originário-camponeses devem, dentre outras, desenvolver institutos de investigação e difusão do conhecimento e prática da medicina tradicional. Os governos departamentais devem, dentre outras funções, gerenciar a saúde em seu âmbito; proporcionar a infraestrutura necessária e a manutenção das instalações do nível terciário de atenção; planejar a estruturação das redes de saúde; e estabelecer mecanismos de cooperação e co-financiamento em coordenação com os governos municipais e

---

<sup>40</sup> A *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* revogou a *Ley de Participación Popular de 1994* e a *Ley de Descentralización Administrativa de 1995*.

indígenas-originário-camponeses. Os governos municipais, dentre outras funções, devem formular e executar o plano municipal de saúde; e implementar o sistema único de saúde em sua jurisdição. Já os governos municipais autônomos, devem implementar o sistema único de saúde, prover e gerenciar a infraestrutura e os equipamentos dos estabelecimentos da atenção primária e secundária em saúde e organizá-los em rede SAFCI (BOLÍVIA, 2010). Observa-se que a *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* estabelece diretrizes para a organização do sistema de saúde, indo além do estabelecimento das atribuições dos diversos níveis de governo. Como discutiremos no capítulo 6 a *Ley* absorveu conteúdos que estiveram presentes no projeto de lei inicial do sistema único de saúde, que não chegou a ser consolidado.

A *Ley* ainda estabelece que o alcance das atribuições é mínimo e orientador e deve ser ampliado e desenvolvido pelos instrumentos legais de cada setor, resguardando os limites ou restrições constitucionais. Fixa como atribuição do nível central do Estado a definição da política de saúde e a gestão do sistema de saúde, o que possibilita a esse nível do governo delimitar as competências dos entes autônomos. Portanto, ao mesmo tempo em que amplia sem qualquer limite ou restrição as possibilidades dos entes autônomos assumirem atribuições em relação à saúde, resguarda como exclusiva do nível central do Estado a definição daquilo que compõe a política de saúde.

As avaliações da *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* tendem a ser cuidadosas, dado o curto tempo de sua implantação. No entanto, algumas aproximações entendem que a implementação formal das autonomias na realidade as diminui e reforçam a centralização. Essas análises também ressaltam as fortes tendências centralizadoras do governo do MAS, que transpareceram em vários artigos dessa lei e da Constituição de 2009, contradizendo e minando a real autonomia que propagaram (FAGUET, 2013). Um dos pontos de críticas se refere aos desequilíbrios fiscais horizontais que podem originar, considerando a tendência de diminuição dos recursos próprios dos governos subnacionais frente ao aumento de suas atribuições. Isso os deixaria dependentes dos recursos e prioridades do governo central. Para Faguet (2013) questões dessa natureza refletem a visão de que a autonomia é mais benéfica aos governos subnacionais no âmbito político, no qual pode promover a *accountability*, do que no âmbito fiscal, que pode levar à insustentabilidade de seus projetos. Ou seja, o regime de autonomias previsto na legislação claramente pretende que os governos sejam responsáveis pelos seus governados, promovendo canais eleitorais e não-eleitorais de participação, enquanto deixa muita discricionariedade para o nível central do governo em termos da alocação e das regras de transferência fiscal.

Essa análise é também compartilhada por Telleria (2016), cuja avaliação é que o governo central transfere uma série de responsabilidades aos governos subnacionais e esses são colocados como meros administradores ou gerentes com a tarefa de cobrir financeiramente seu custo. No entanto, as atribuições e competências delegadas para regulamentar e legislar as matérias não os permite desempenhar essas responsabilidades na sua plenitude. Ou seja, os governos subnacionais tornam-se co-financiadores das políticas, contudo sem poder decisório sobre elas. A saúde é uma das políticas que se incluem nessa condição, por exemplo quando examinamos a determinação da Constituição de 2009 (artigo 299) de transferir aos níveis subnacionais as competências de gestão sem definir a fonte dos recursos para esse exercício (TELLERIA, 2016, p.350). Trata-se novamente da distinção que destacamos nessa tese entre a autonomia para tomar decisões (*policy decision making*) e a atribuição formal de responsabilidades executoras (*policy making*), e seu poder explicativo para a coordenação central das políticas públicas (ARRETCHE, 2012). Seria de se esperar, como argumentamos, uma maior coordenação do sistema de saúde por parte do governo central por meio do controle dos recursos destinados aos governos subnacionais e de sua aplicação. Por conseguinte, um sistema de saúde menos fragmentado. Mas, também não é isso que observamos na Bolívia. Voltamos à hipótese que apresentamos no capítulo 1 dessa tese argumentado que esse desenho institucional diminui as capacidades dos governos subnacionais para se articularem, em que pese o fato da *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* ter estabelecido os mecanismos de coordenação verticais e horizontais das políticas nos dez eixos de articulação que se conformaram na Bolívia.

## **Capítulo 4- Sistemas de saúde na América Latina**

### **Introdução**

O objetivo desse capítulo é trazer a esse trabalho as dimensões analíticas para o estudo do sistema de saúde boliviano. Partimos da discussão da proteção social e dos sistemas de saúde na América Latina entendendo que se desenvolveram na região primordialmente a partir dos esquemas de proteção social para os trabalhadores do setor formal. Esse caráter condicionou a garantia do direito à saúde ao vínculo trabalhista na grande maioria dos países, ao mesmo tempo em que trouxe importantes legados para os sistemas de saúde. A proteção social esteve condicionada ao desenvolvimento econômico dos países e à ação dos grupos organizados, configurando outra importante característica desses sistemas: a estratificação dos grupos e o desenvolvimento de esquemas específicos de proteção por categorias profissionais, estendidos também à proteção em saúde.

Na primeira seção do capítulo discutimos a proteção social e os regimes de bem-estar na América Latina conduzindo o foco especialmente na Bolívia, no sentido de capturar como é produzido e distribuído o bem-estar no país e de trazer essa compreensão para a análise da conformação de seu sistema de saúde.

Em uma segunda seção discutimos as tipologias dos sistemas de saúde na América Latina e as dimensões que integram esses sistemas: financiamento, prestação de serviços, regulação e articulação. A partir desse arcabouço apresentamos a proposta analítica para o sistema de saúde boliviano, identificando e descrevendo as dimensões e os indicadores selecionados para tal.

### **4.1- Proteção social e regimes de bem-estar na América Latina**

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2000) define a proteção social como um conjunto de políticas e programas que têm por finalidade compensar a falta ou a redução da renda proveniente do trabalho, ofertar assistência social e médica às famílias e moradia às populações. Essas políticas e programas atendem necessidades tanto daqueles indivíduos e famílias que se encontram em situação de pobreza e pobreza extrema, quanto daqueles que, mesmo não se encontrando nessa situação, devem sentir-se seguros em relação a situações adversas e determinadas etapas do ciclo de vida.

Podemos inferir que o alcance da proteção social a partir desse conceito contém a defesa aos direitos sociais e o reconhecimento da legítima necessidade de participação de todos os cidadãos na riqueza social (MARSHALL, 2009), bem como o entendimento que o mercado tem

limites para suprir as necessidades básicas das populações (TITMUSS, 1974). Para Marshall (2009) a proteção social envolve as políticas governamentais que proveem serviços ou renda e que têm impacto direto no bem-estar dos cidadãos. O núcleo central consiste na seguridade social, na assistência social pública, e nas políticas de saúde e de moradia. A proteção social assume um caráter redistributivo e envolve escolhas na ordenação das mudanças sociais. Já o arcabouço das ideias de Titmuss acerca da proteção social encontra-se sobre os pilares moral, político e econômico. As liberdades individuais, os mercados e a prosperidade econômica dependem de sistemas legais confiáveis, contratos seguros e governos estáveis. Isso depende de governos que garantam que os direitos sociais não sejam negados a nenhum tipo de classe ou de cidadão (TITMUSS, 1974). Portanto, somente podem ser alcançados com o envolvimento dos governos nos meios pelos quais esses direitos serão providos (GLENNERSTER, 2014).

A proteção social responde não só aos riscos aos quais toda uma população está exposta (desemprego, incapacidade, velhice, por exemplo), como também a problemas estruturais como a pobreza e a desigualdade. Como afirma Norton et al (NORTON et al, 2001, p. 21) “a proteção social se refere às ações públicas em resposta a níveis de vulnerabilidade, riscos e privações socialmente inaceitáveis em uma dada sociedade” (tradução nossa). Esse conceito é bem abrangente e engloba diferentes áreas e tradições das políticas sociais, o que traz implicações para a priorização de políticas e definição do gasto dos governos. De forma clássica, podemos distinguir duas lógicas ou mecanismos de resposta das políticas de proteção social. Primeiro, na lógica do seguro, originada na Alemanha bismarkiana do final do século XIX, as políticas cobrem originalmente a classe trabalhadora e o acesso é condicionado a contribuições prévias. Ou seja, a lógica é a eliminação de riscos ou perdas para os indivíduos ou famílias por meio da combinação de um grande número de indivíduos expostos aos mesmos riscos em um fundo comum que permite cobrir as perdas de qualquer membro contribuinte. Segundo, a lógica assistencial Beveridgeana implementada inicialmente na Inglaterra após a Segunda Guerra Mundial, preconiza o direito universal à proteção social, sua garantia incondicional e seu financiamento principalmente (ou exclusivamente) por recursos fiscais.

A partir das duas lógicas fazemos referência à assistência social, entendida como a disponibilização de bens e recursos para camadas da população segundo necessidades específicas, centrando-se em ações focalizadas, residuais e seletivas muitas vezes baseadas na renda ou em testes de meios; ao seguro social, entendido como a garantia de benefícios como pensões, aposentadorias e demais benefícios da previdência social, incluindo assistência à saúde vinculada a esses seguros para categorias ocupacionais específicas, a partir de contribuições dos membros participantes; e às políticas sociais específicas, como saúde e educação, providas

ao conjunto dos cidadãos por meio de recursos fiscais. Ressaltamos, considerando o conceito assumido de proteção social, que a delimitação aqui colocada se refere à análise empreendida nesse trabalho.

A configuração institucional da proteção social, ou seja, o tipo e a estrutura dos programas que provêm a disponibilização de recursos na forma de transferências monetárias, serviços e bens de forma gratuita ou subsidiada, constitui o que aqui entendemos como sistema de proteção social. Esses sistemas promovem o bem-estar social na proporção da variedade dos programas e políticas sociais que provêm, da universalidade de suas regras e cobertura, da capacidade de eliminação da pobreza e da desigualdade, e de sua base segura de financiamento com recursos fiscais do Estado (HUBER e STEPHENS, 2005). Reconhecimento, no entanto, que o papel primordial do Estado na provisão da proteção social não exclui a composição de formas privadas lucrativas ou não-lucrativas de intervenção no campo das políticas sociais.

Na América Latina, ao assumirem a responsabilidade pelo bem-estar de seus cidadãos, os Estados enfatizaram o seguro social contributivo vinculado ao emprego em detrimento de uma proteção social universal e não-contributiva, baseada nos recursos fiscais. Na política de saúde o modelo dominante na região foi também a cobertura da assistência por meio do seguro social para a população empregada e seus dependentes, enquanto aqueles segmentos sem vínculos formais de trabalho estiveram cobertos pelas políticas públicas de saúde, frequentemente subfinanciadas. Esses sistemas de proteção social foram se desenvolvendo paralelamente aos processos de industrialização, de forma semelhante à maioria dos países europeus (KERSTENETZKY, 2012), seguindo o consenso de que os processos de modernização, industrialização, urbanização, democratização e expansão do mercado capitalista fazem parte do contexto geral da emergência dos regimes de proteção social. Somando-se às políticas de desenvolvimento econômico, a ação dos grupos de interesse contribuiu para a formação dos regimes de proteção social latino-americanos. Especificamente na região, essa ação se refletiu na estratificação dos benefícios a partir do desenvolvimento de subsistemas próprios para diferentes segmentos sociais, pautados principalmente nas diferentes vinculações de trabalho. A expansão da cobertura da proteção social, por sua vez, além de ter sido consequência das políticas de desenvolvimento econômico e uma resposta à pressão dos grupos organizados, se deu também a partir da incorporação (ou cooptação) de grupos percebidos como ameaça, ou por interesse das elites na modernização e construção dos Estados (KERSTENETZKY, 2012; HUBER e BOGLIACCINI, 2010; VIANA e MACHADO, 2008).

É certo que os países da América Latina apresentam uma diversidade de modelos e graus de desenvolvimento dos sistemas de proteção social, seja em relação à cobertura populacional,

ao tipo de serviços ofertados e sua qualidade, ou à distribuição do gasto público entre os diversos setores. Mas, embora reconhecendo que esses processos não são homogêneos, relacionamos o desenvolvimento da proteção social na região aos modelos de desenvolvimento e aos paradigmas econômicos, sociais e políticos predominantes, principalmente a partir do início do século XIX identificando, em consonância com a literatura, quatro momentos ou etapas.

O primeiro momento, caracterizado pelo modelo exportador primário, se estendeu do final do século XIX até os anos 1930. A América Latina iniciou um período de incorporação à economia global por meio de um modelo exportador de matérias-primas e importador de bens de consumo. Principalmente os países que alcançaram uma boa inserção na economia global começaram a expandir a educação laica e de base estatal, a superar a ação caritativa na saúde e a criar os primeiros sistemas de previdência, especialmente para funcionários civis e militares dos Estados. Não se pode dizer que esses esforços foram respostas a pressões sociais significativas ou resultantes da competição eleitoral: estiveram mais associados ao disciplinamento e à ordem do que à redistribuição e à concessão de privilégios aos setores médios e altos do aparato estatal. Ou seja, a proteção social nesse período não se pautou em conceitos de direitos cidadãos ou dos trabalhadores. O tratamento do risco passou a ser disciplinar e preventivo, e a presença do Estado, devido às externalidades negativas econômicas e sociais geradas em seu consumo, passou a ser necessária na provisão de bens como a educação e a saúde. Nos países pioneiros como Argentina e Uruguai, entre 1910 e 1930 essas mudanças começaram a adquirir o contorno de direitos (CECCHINI e MARTINEZ, 2011; FILGUEIRA, 2015).

A crise econômica de 1929 e as pressões das classes média e trabalhadora incipientes impuseram à América Latina uma nova etapa de desenvolvimento na qual o Estado adquiriu centralidade, assumindo em alguns países um papel regulador, empreendedor e social. Nesse segundo momento, demarcado entre 1930-1940 e 1970, os Estados financiaram o crescimento de indústrias de produção interna por meio de subsídios e medidas protecionistas, apoiados nos recursos provenientes da exportação de bens primários. Além disso, absorviam a mão de obra excedente e proviam o capital para obras de infraestrutura econômica e social. A educação primária foi expandida nos países menos desenvolvidos da região e universalizada nos países pioneiros, os quais também tiveram uma expansão no ensino médio e profissional e um incremento na educação superior. Na saúde houve o fortalecimento das políticas de atenção a situações de risco (parto assistido, acesso a medicamentos, atenção a doenças infecciosas, por exemplo) e de prevenção (vacinação, extensão da cobertura de água potável, reformas urbanas

de corte sanitaria); a extensão da rede de hospitais e centros públicos de atenção; e o incremento da assistência com a incorporação desses avanços aos segmentos do seguro social.

Os seguros privados de saúde, como parte do sistema de saúde, começaram a crescer a partir dos anos 1950 e, com isso, surgiu um sistema dual de saúde (público e privado), característica que marca ainda hoje grande parte dos países da região. Os sistemas de seguro social vinculados ao trabalho – planos de pensões, aposentadorias e incapacidade – baseados em regimes contributivos bipartite (empregados e empregadores) e tripartites (com a participação do Estado), passaram a incluir a cobertura de saúde na mesma lógica, ou seja, vertical para categorias específicas da população, por classe ou ocupação. Boa parte dos países também adotaram políticas sociais destinadas à melhoria do acesso ao consumo de alimentos básicos por meio de cestas básicas, subsídios ou preços regulados. Em relação aos direitos dos trabalhadores, muitos países regularam a jornada de trabalho, a contratação e demissão, o direito à greve e os sistemas de negociação coletiva, embora na realidade da América Latina esses direitos se aplicassem apenas a uma parcela da população. Em suma, nesse momento produziu-se um esforço de construção da cidadania (regulada e estratificada). Por outro lado, essa etapa também se caracterizou pela elevação da inflação, aumento da dívida externa e do corporativismo, e pela divisão da sociedade entre trabalhadores formais e informais, urbanos e rurais (FILGUEIRA, 2005; CECCHINI e MARTINEZ, 2011; FILGUEIRA, 2015).

A etapa que se iniciou nos anos 1980 foi marcada pela reorientação exportadora, pelo neoliberalismo<sup>41</sup> e pela austeridade fiscal. A liberalização econômica iniciada na América Latina nos anos 1970, referendada no Consenso de Washington, propôs a transformação do modelo de desenvolvimento a partir de medidas centrais na economia como a abertura e desregulação do mercado, a desregulação financeira, a desregulação do mercado de trabalho, e a privatização de empresas públicas. A meta foi a retirada do Estado empresário e regulador e,

---

<sup>41</sup> A ideologia neoliberal se apresenta como uma nova versão do liberalismo econômico com aplicação na economia internacional e não somente dentro das fronteiras nacionais. O neoliberalismo se impôs como alternativa ao período de maior crescimento da economia mundial, entre 1940 e 1970, a “era de ouro” do capitalismo, caracterizada pela expansão industrial dos países da periferia capitalista e pelo fortalecimento das economias dos países socialistas. A visão foi o desmantelamento do Estado provedor sob o argumento de que este poderia conduzir ao desastre social, colocando em jogo não apenas a ordem mundial como também a sobrevivência do sistema capitalista. O neoliberalismo preconiza a liberalização econômica e financeira, a desregulamentação, a privatização, a abertura das economias ao mercado mundial, a precarização das relações de trabalho e a retração da presença do Estado na economia. Nas décadas de 1980 e 1990 grande parte da vida política, econômica e social da América Latina, com maior ou menor intensidade, foi influenciada pela integração da região no sistema capitalista global sob a ideologia neoliberal, constituindo o que ficou conhecido como ajuste estrutural, sendo que os países que se submeteram a esse ajuste aceitaram a constituição de instituições afins aos interesses transnacionais. O neoliberalismo na região iniciou-se na Bolívia e no Chile com políticas econômicas centradas no combate à inflação como condição prévia de retomada do crescimento e distribuição da renda, acompanhadas das imposições próprias da ideologia neoliberal (HERNANDÉZ, 2007).



embora não destacado explicitamente, promover mudanças radicais na proteção social construída anteriormente, diminuindo o gasto público. As estratégias básicas para isso foram a substituição de sistemas contributivos de previdência e de saúde por sistemas de seguro ou capitalização individual; adoção de políticas sociais focalizadas nos setores de pobreza extrema; descentralização dos programas sociais; incorporação de prestadores privados lucrativos e não-lucrativos e geração de lógica de quase-mercado entre esses prestadores; e a transição de políticas sociais baseadas na oferta para políticas baseadas na demanda. Ressalta-se que essas mudanças se produziram em um contexto de crise fiscal e dívida pública (FILGUEIRA, 2005; CECCHINI e MARTINEZ, 2011; FILGUEIRA, 2015).

Na política de saúde houve uma aposta na supressão ou transformação dos seguros solidários do Estado em direção a sistemas de seguro individual compulsório geridos por prestadores privados, e no desenvolvimento de programas de caráter temporário, focalizados na extrema pobreza. O incentivo à prestação privada de serviços de saúde por meio de contribuição dos trabalhadores formais teve como consequência o aumento da estratificação do acesso em função da capacidade de pagamento, bem como a seleção da população segundo o risco em saúde (seleção adversa) e adoção de co-pagamentos para a obtenção de seguros mais integrais, de melhor qualidade nos serviços, ou de acesso para populações rurais. No entanto, as mudanças mais radicais se deram na previdência social, de modelos estatais para modelos de capitalização individual total (caso do Chile) ou parcial, com administração privada dos fundos de pensões e invalidez. Isso implicou na queda dos níveis de afiliação aos regimes de previdência social e gerou uma nova matriz de proteção social na América Latina, evidenciando problemas de cobertura mesmo em relação ao regime estratificado de anteriormente. O principal objetivo das reformas foi resolver o problema da dívida previdenciária dos Estados e limitar ao longo do tempo seu compromisso fiscal com esses sistemas. As reformas defendiam também a expansão dos mercados para a geração de maiores fluxos de investimentos e a supressão dos aportes dos empregadores (FILGUEIRA, 2005; CECCHINI e MARTINEZ, 2011; FILGUEIRA, 2015).

Ao final do século XX persistiam na América Latina altos níveis de pobreza e desigualdade que, somados aos maus resultados do modelo neoliberal na economia, abriram uma nova etapa de desenvolvimento na região. Embora o modelo neoliberal não tenha sido suprimido em sua totalidade o papel do Estado no desenvolvimento econômico e social foi redefinido em torno das funções fiscal, reguladora e social. Isso implicou no exercício do controle sobre a extração e redistribuição de recursos, no investimento público e na edição de leis e normas de regulação das interações entre os indivíduos e o espaço coletivo, quer seja o

mercado, a família ou as comunidades (CECCHINI et al, 2015). Essa nova etapa evidenciou um esforço para incrementar a cobertura da proteção social, que se manifesta nas políticas de aposentadorias, pensões e outras transferências monetárias a idosos; nas transferências monetárias a famílias com filhos; na melhoria do acesso aos serviços de saúde; na mudança da oferta e padrões de idade cobertos pela educação; e na proteção ao trabalhador por meio de seguros desemprego e de afastamento por doenças, indenizações, horas-extras e licenças. Nesses âmbitos vão sendo definidas as fronteiras entre o contributivo e o não-contributivo, a focalização e a universalidade, bem como os padrões de cobertura, a qualidade dos serviços e as normas e regulamentos que os regem. Foi também trazida a ideia de “focalizar recursos para universalizar direitos ou mínimos sociais”<sup>42</sup> – políticas universais com serviços diferenciados segundo as várias necessidades e lacunas de uma população heterogênea – o que evidencia a centralidade adquirida por variáveis étnicas e culturais, de gênero, idade e local de residência (CECCHINI e MARTINEZ, 2011; FILGUEIRA, 2015).

Entendemos que as transformações nas famílias e no mercado provocadas pelos contextos dos momentos descritos acima alteraram a distribuição, o tipo e a quantidade dos riscos sociais e, por consequência, os formatos da proteção social de determinada sociedade. Considerando que os Estados são parte dessa estrutura de produção de riscos e proteções, podem ou não contribuir para com as respostas a novos riscos. Quando respondem de forma lenta e fragmentada, como nos anos 1980 e 1990, ocorrem processos adaptativos das famílias, das comunidades e dos mercados no sentido de absorver esses riscos ou, em outra possibilidade, ocorre um aumento dos riscos não cobertos para certos grupos sociais. Os sistemas de proteção social implicam, portanto, na redistribuição de recursos e serviços como forma de controlar os riscos inerentes ao desenvolvimento à modernização capitalista dos Estados. Ou seja, as instituições da política social devem acompanhar esses processos, compensando possíveis desequilíbrios que possam atingir os indivíduos, as famílias e as comunidades. A constatação da variabilidade da redistribuição dos recursos por meio desses sistemas traz o conceito de regimes de bem-estar, entendido como a forma combinada e interdependente como o bem-estar é produzido e distribuído pelo Estado, pelo mercado e pela família (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Considerando a heterogeneidade histórico-social e político-econômica dos países latino-americanos não é possível falar de um só regime de bem-estar. Muitos estudos têm desenvolvido tipologias desses regimes na região, sob o enfoque de como se dá a redistribuição

---

<sup>42</sup> CEPAL, 2000; OCAMPO, 2001 *apud* CECCHINI e MARTINEZ, 2011: p. 33.

dos recursos – pelo Estado, mercado ou famílias e organizações sociais – e buscando identificar seus estilos e compreender seus limites. Essa discussão traz importantes contribuições para esse trabalho, onde assumimos que, ao conceber a saúde como um direito de cidadania, o acesso aos bens e serviços de saúde deve ser subtraído do mercado e das famílias, garantindo a inclusão no sistema de proteção social tanto daqueles inseridos no mercado formal de trabalho quanto daqueles frequentemente excluídos dessa condição (VIANA e VIEIRA, 2008). Quais são, então, as tipologias dos regimes de proteção social na América Latina e como caracterizar a Bolívia nesse enquadramento?

#### **4.1.1 Tipologias dos regimes de bem-estar latino-americanos**

Um estudo pioneiro sobre os sistemas de proteção social latino-americanos foi o de Mesa-Lago (2008), que enfatizou o *timing*, a extensão e a cobertura da previdência social, da assistência a enfermidades e da assistência ao parto por meio da avaliação de indicadores de cobertura e gasto, identificando três grupos de países. O primeiro, *pioneiro-alto*, compreende Argentina, Chile, Uruguai, Costa Rica e Brasil, primeiros países a estabelecer seus sistemas de proteção social nas décadas de 1920 e 1930, com maior cobertura e extensão, mas estratificados e com altos custos e déficits financeiros. O segundo grupo, *intermediário*, compreende México, Panamá, Colômbia, Venezuela, Equador, Bolívia e Peru, que estruturaram seus sistemas ao longo da década de 1940, alcançaram cobertura e desenvolvimento médios, foram menos estratificados e tiveram menores problemas financeiros. O último grupo, *tardio-baixo*, abrange a Guatemala, República Dominicana, El Salvador, Honduras, Paraguai e Nicarágua, países com uma população mais jovem e cujos sistemas de proteção social foram, nos anos 1960 e 1970, relativamente mais unificados, com menores problemas financeiros, mas com menor cobertura e desenvolvimento do que aqueles dos demais grupos (DEL VALLE, 2010; ANDRADE, 2012; CECCHINI e MARTINEZ, 2011). Essa tipificação permite avaliar a estratificação dos sistemas de proteção social latino-americanos, mas não aprofunda a correlação entre o Estado, o mercado e a família, pilares do estudo dos regimes de bem-estar.

A correlação da proteção social com a desmercantilização aparece na tipologia dos regimes de proteção social desenvolvida por Filgueira (2005) para o período entre 1930 e 1970. O interesse foi na análise de “como” se deu o gasto em proteção social na América Latina em termos de distribuição e cobertura populacional e em sua correlação com a desmercantilização. A mesma linha de pensamento pautou a classificação desenvolvida por Solano (2007).

Filgueira (2005) identificou três tipos de regimes de proteção social. O primeiro, *universalismo estratificado*, abrange Chile, Argentina e Uruguai, países que apresentavam uma

alta cobertura da população no sistema de seguridade social, serviços básicos de saúde, além de cobertura universal da educação básica e ampla cobertura na educação média e superior (Quadro 5). Esses países tiveram altos graus de desmercantilização na provisão de serviços fora do mercado e na provisão de benefícios monetários aos idosos e incapacitados para o trabalho. Por outro lado, apresentavam forte estratificação dos benefícios, das condições de acesso e dos níveis de proteção, considerando-se uma escala decrescente entre funcionários públicos, trabalhadores urbanos e trabalhadores rurais (FILGUEIRA, 2005). Na classificação de Solano (2007) esse regime é o *universalista*, que abrange os mesmos países.

A segunda tipologia descrita por Filgueira (1998) é o *regime dual*, que compreende Brasil e México, com uma cobertura quase universal de educação nos anos 1970 e uma importante cobertura dos serviços de saúde, embora estratificada. Solano (2007), em sua tipologia, inclui ainda nesse regime a Colômbia e a Venezuela. Nesses países, a cobertura da previdência social se distanciou daquela do regime *universalista estratificado* e aprofundou a estratificação. O grau de formalização do emprego também diferencia os dois regimes – *universalista estratificado* e *dual*. Nos países que apresentam esse regime também ficou mais claro o problema da heterogeneidade territorial: em algumas regiões existiu um desenvolvimento importante do mercado formal e da proteção social para pequenas parcelas, enquanto o sistema de proteção social apresentava baixa incorporação da maioria da população, seja pelo mercado ou pelo Estado.

Na terceira tipologia, *regime excludente*, são incluídos por Filgueira (1998) e por Solano (2007) o Equador, Bolívia, Guatemala, El Salvador, Honduras e Nicarágua, com sistemas elitistas no que se refere à previdência social e à saúde, cobrindo apenas cerca de 20% da população, e duais em relação à educação que, embora com desigualdades, alcançou mais da metade da população por volta de 1970 (em alguns países, quase universal). Nesses países as elites se apropriaram do aparato do Estado, usando sua capacidade fiscal para extrair renda sem a contrapartida em bens coletivos, regulação do mercado ou serviços sociais. São também países muito heterogêneos em relação a sua estrutura social, o que se refletiu na distribuição de renda entre áreas urbanas e rurais e no grau no qual o mercado operou, produzindo diferentes configurações sociais. O grau de intervenção do Estado no compartilhamento dos riscos advindos dessa configuração foi mínimo<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Revendo esse estudo e considerando as reformas ocorridas nos sistemas de proteção social latino-americanos nas décadas de 1980 e 1990 – guardando as diferenças dessas reformas entre os diversos países –, o autor ressalta que essa tipificação já não se adequa à América Latina, mas enfatiza que os orçamentos restritos, os fundos de emergência ou as soluções privadas e orientadas ao mercado não se mostraram soluções adequadas ao desafio de incorporar segmentos excluídos dos sistemas (FILGUEIRA, 2005).

Huber e Stephens (2005) coincidem com Filgueira (2005) no entendimento de que a cobertura da previdência social, do sistema de saúde e das políticas de educação, bem como o gasto nessas áreas, são importantes características para o estabelecimento de uma tipologia dos regimes de bem-estar. No entanto, colocaram uma ênfase diferenciada na comparação entre os recursos destinados à previdência social, especialmente para pensões, *versus* aqueles destinados à saúde e educação, e no gasto desses recursos nessas áreas *versus* a distribuição da renda e o tipo de serviços prestados. Apresentam uma classificação dos países no período entre 1991 e 2000 que considera variáveis de cobertura do gasto e distribuição dos investimentos sociais, identificando quatro conglomerados com graus decrescentes de cobertura e esforço social: *maior esforço*, *esforço médio-alto* (Brasil e México), *esforço médio-baixo* (Bolívia, Colômbia, Equador e Peru) e *esforço baixo* (América Central, excluindo Costa Rica). Buscando identificar regimes exitosos, concluíram que Argentina, Chile, Costa Rica e Uruguai (*maior esforço*) alcançaram os melhores resultados nas políticas de bem-estar, considerando os baixos níveis relativos de pobreza e desigualdade e os altos níveis de capital humano, gasto social como porcentagem do PIB e distribuição progressiva de benefícios (Quadro 5).

Uma das linhas de estudos sobre os regimes de bem-estar latino-americanos considera que todos os regimes são, em alguma medida, informais. Esse argumento se pauta no fato de que os Estados não regulam os mercados e que estes frequentemente excluem a maior parte da população, o que leva a produção do bem-estar a se basear nas famílias e nas redes sociais de apoio. Ou seja, parte da população na América Latina não pode lidar com os riscos sociais por meio de sua participação no mercado de trabalho ou nos serviços públicos, o que caracteriza a informalidade desses regimes de bem-estar (DEL VALLE, 2010; FRANZONI, 2007; GOUGH, 2013). Nessa linha de argumentação, Franzoni (2007) considerou quatro dimensões para o estudo dos regimes de bem-estar latino-americanos: o grau de mercantilização da força de trabalho, que reflete a capacidade do mercado em prover trabalho remunerado e sua qualidade em relação à estabilidade, proteção social e outras garantias; o grau de desmercantilização do bem-estar, que reflete o acesso à distribuição de serviços por meio de programas estatais; o grau de desfamiliarização do bem-estar, que reflete o acesso ao trabalho remunerado em relação à divisão sexual do trabalho na família; e o desempenho do manejo dos riscos. Fala-se, portanto, em mercantilização do trabalho, definida como o grau em que as instituições transformam o trabalho em mercadoria, e mercantilização do bem-estar, definida como o grau em que a provisão de serviços como educação, saúde e previdência social estão submetidas ao mercado.

A partir dessa análise são considerados três regimes de bem-estar na região: *estatal-produtivista, estatal-protecionista e familiarista*.

Quadro 5- Classificação de países da América Latina, segundo distintos autores, em relação aos regimes de bem-estar.

Autores	Filgueira	Filgueira	Solano	Huber e Stephens	Franzoni	Marcel e Rivera
Países/período	Até os anos 1970	Reformas das décadas de 1980-1990	Até os anos 1970	Início da década de 2000	Início da década de 2000	Início da década de 2000
Argentina	Universalismo estratificado	Idas e vindas	Universalista	Maior esforço	Estatal-produtivista	Potencial regime de bem-estar
Bolívia	Excludente		Excludente	Esforço médio-baixo	Altamente familiarista	Dual
Brasil	Dual		Dual	Esforço médio-alto	Estatal-protecionista	Potencial regime de bem-estar
Chile	Universalismo estratificado	Reforma liberal-forte	Universalista	Maior esforço	Estatal-produtivista	Potencial regime de bem-estar
Colômbia			Dual	Esforço médio-baixo	Familiarista	Dual
Costa Rica	Universalismo		Universalista	Maior esforço	Estatal-protecionista	Potencial regime de bem-estar
El Salvador	Excludente		Excludente	Esforço baixo	Familiarista	Informal-desestatizado
Equador	Excludente		Excludente	Esforço médio-baixo	Familiarista	Conservador
Guatemala	Excludente		Excludente	Esforço baixo	Familiarista	
Honduras	Excludente		Excludente	Esforço baixo	Altamente familiarista	Informal-desestatizado
México	Dual		Dual	Esforço médio-alto	Estatal-protecionista	Conservador
Nicarágua	Excludente		Excludente	Esforço baixo	Altamente familiarista	Informal-desestatizado
Panamá					Estatal-protecionista	Dual
Paraguai			Excludente		Altamente familiarista	Informal-desestatizado
Peru	Dual a excludente		Excludente	Esforço médio-baixo	Familiarista	Informal-desestatizado
Rep. Dominicana			Excludente		Familiarista	Informal-desestatizado
Uruguai	Universalismo estratificado	Corporativismo	Universalista	Maior esforço	Estatal-protecionista	Potencial regime de bem-estar
Venezuela			Dual	Esforço médio-baixo	Familiarista	Conservador

Fonte: Adaptado de CEPAL, 2012.

O regime *estatal-productivista* (Argentina e Chile) se caracteriza por maior mercantilização do trabalho e focalização dos recursos estatais na formação de capital humano, na perspectiva de melhorar as condições da força de trabalho, bem como por maior mercantilização do bem-estar. O Estado intervém nas áreas que o mercado não consegue proteger e para a população para a qual o intercâmbio mercantil não é suficiente. No regime *estatal-protetionista* (Brasil, Costa Rica, México, Panamá e Uruguai) as políticas públicas enfatizam a proteção social a partir de contribuições associadas às ocupações, principalmente nos setores formais. O Estado intervém mais na prestação direta de serviços, em relação ao regime estatal-productivista. O regime *familiarista* (Guatemala, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela) se caracteriza por uma baixa mercantilização do trabalho, expresso na informalidade, na importância da economia rural e em diversas modalidades de trabalho não assalariado. Na ausência de um papel significativo do Estado, a família se transforma em um provedor fundamental de bem-estar, especialmente por meio do trabalho das mulheres nos domicílios, sem que este prejudique sua participação no setor informal e, em alguns casos, em empregos assalariados. O Estado oferece proteção organizada em programas instáveis e de pequeno alcance a uma pequena parte da população. Em um aprofundamento dessas condições se constitui o regime *altamente familiarista* (Bolívia, Honduras, Nicarágua e Paraguai), onde a capacidade dos Estados na produção do bem-estar é muito baixa (FRANZONI, 2007).

Também discutindo a necessidade de incluir a economia informal na discussão dos regimes de bem-estar latino-americanos, Marcel e Rivera (2008) pautaram-se em uma variante de argumentação, segundo a qual o Estado compartilha o papel de provedor de bem-estar com outros potenciais provedores: mercado, empresas, famílias e informalidade. Dada a realidade da América Latina, é sempre possível que dois ou mais provedores predominem em um país. No entanto, a questão colocada pelos autores é sobre o fato desses provedores coexistirem de forma complementar ou excludente. Serão excludentes quando envolverem circuitos claramente distintos de acesso dos indivíduos ao bem-estar, por exemplo, quando a informalidade coexiste com o mercado como provedor predominante: nesse caso, a dinâmica excludente ocorre porque a informalidade debilita as instituições necessárias para o cumprimento de regras para o funcionamento do mercado, ou seja, reflete um circuito diferenciado e impõe limites ao funcionamento deste. Essa relação excludente não se produz quando, por exemplo, o mercado coexiste como provedor com o Estado, como no caso de existirem seguros de saúde corporativos que suplementam os serviços públicos, ou um regime universalista de saúde coexistindo com um programa contributivo de pensões.

Os critérios adotados por Marcel e Rivera (2008) produziram quatro tipos de regimes de bem-estar: *potencial estado de bem-estar, conservador, dual e informal-desestatizado*. O regime *conservador* inclui os países nos quais as empresas/mercado e as famílias coexistem como provedores complementares de bem-estar (Venezuela, Equador e México). Os casos nos quais o Estado convive com outro provedor complementar, seja o mercado ou as famílias, são classificados como *potenciais estados de bem-estar* (Chile, Argentina, Uruguai, Costa Rica e Brasil), indicando que o Estado pode ser suficiente e seguir a trajetória dos Estados de bem-estar dos países avançados. Quando a informalidade convive com o mercado, o Estado ou ambos, trata-se de regimes *duais* (Bolívia, Colômbia, Panamá). Quando a informalidade coexiste com as famílias e é acompanhada pelo mercado, o regime é classificado como *informal desestatizado* como no caso de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Peru, chamando a atenção para a virtual ausência do Estado como provedor e a convivência de mecanismos de produção de bem-estar que atuam por canais privados, de forma que a desmercantilização ocorre mais pela presença de modalidades tradicionais e pre-capitalistas de atender às necessidades sociais (MARCEL e RIVERA, 2008).

A tipologia desenvolvida por Franzoni (2007) traz o esforço de incorporar a informalidade e as diferenças internas da região nas dimensões de funcionamento do mercado, presença do Estado e familiarização. Essa linha de análise, como sugere Kerstenetzky (2012), abre possibilidades para estratégias de superação tais como a adoção de intervenções públicas em favor da mercantilização e da desmercantilização. Assim sendo, faremos uma abordagem específica do regime de bem-estar na Bolívia utilizando a classificação desenvolvida por Franzoni. Para nosso objetivo importa compreender o contorno mais amplo da proteção social na Bolívia e as possíveis mudanças ocorridas nos últimos anos em relação à mercantilização, desmercantilização e familiarização, que têm impacto direto no acesso das pessoas à saúde.

A marcante característica dos sistemas de proteção social latino-americanos de vinculação dos benefícios ao emprego formal é também compartilhada pela Bolívia, onde assume implicações peculiares, dada a alta informalidade do trabalho. Como conceituado por Marcel e Rivera (2008), trata-se de um regime *dual*, no qual a informalidade convive com o Estado e o mercado ou, como classifica Franzoni (2007), um regime *altamente familiarista*, no qual a família é um provedor fundamental. Na política de saúde a dualidade redundava na segmentação da assistência à saúde em subsistemas público e privado, enquanto grande parcela da população, sem vínculo formal de trabalho e com baixa renda, não está coberta por nenhum



desses subsistemas. Os cuidados a cargo das famílias, portanto, assumem um papel preponderante no país, bem como o gasto do próprio bolso com saúde<sup>44</sup>.

#### 4.1.2 Qual proteção social na Bolívia?

Para analisar o desenvolvimento da proteção social na Bolívia é interessante avançar no debate específico do regime de bem-estar do país e nos aproximar das possíveis alterações ocorridas em seu enquadramento nas classificações apresentadas na seção anterior. As categorias analíticas trazidas pelo estudo de Franzoni (2007) nos permitem essa aproximação. A autora utilizou uma base de dados de 18 países latino-americanos do período 1998-2003<sup>45</sup>, correspondentes a indicadores que permitissem explorar as categorias da desmercantilização, mercantilização, desfamiliarização e desempenho dos regimes. Dos 32 indicadores utilizados para explorar as categorias analíticas, 19 foram estatisticamente significativos para distinguir os três regimes construídos a partir da análise dos conglomerados. Para descrever o regime de bem-estar boliviano utilizamos as mesmas fontes de dados informadas por Franzoni (2007) e construímos os mesmos 19 indicadores do país para os períodos 2000-2002 e 2010-2013 (Tabela 2). Assim, procedemos uma comparação dos indicadores da Bolívia para o período 2000-2002 com aqueles obtidos por Franzoni para o regime *altamente familiarista*, uma comparação entre os dois períodos da Bolívia, e uma comparação entre Bolívia e a média da América Latina.

Um primeiro indicador, a PEA ocupada assalariada, evidencia a formalização do mercado de trabalho. Nos dois períodos analisados a Bolívia teve índices mais baixos do que a média do regime *altamente familiarista*, mas houve um aumento da formalização do trabalho no país no período 2010-2013 em relação ao anterior, 2000-2002 (36,6% e 30,4% respectivamente). Esse incremento tem reflexos diretos na proporção de assalariados com seguro social. O PIB por habitante aumentou na Bolívia entre os anos 2010-2013 em relação a 2000-2002; a distância da média da América Latina para o mesmo período (2010-2013) também aumentou. A população abaixo da linha de pobreza, que no período 2000-2002 correspondia a 60,6% caiu para 36,3% entre 2010-2013. Houve também uma queda na proporção da população rural boliviana entre os dois períodos analisados, de 38,2% para 33,65%, respectivamente, embora ainda acima da média da região (28,1%).

---

<sup>44</sup> Quando esse gasto ultrapassa 40% da renda disponível no domicílio (o restante, depois de considerado o gasto em alimentação), é considerado um gasto catastrófico, que coloca em risco a viabilidade econômica e financeira do domicílio (HEREDIA, 2011).

<sup>45</sup> Segundo a autora, a análise estatística focou os dados mais recentes ou, nos casos de possíveis vieses, a média de vários anos.

A proporção de trabalhadores autônomos não qualificados permite uma aproximação da análise da informalidade do bem-estar e da avaliação da transformação do domicílio em unidade produtiva. Assim, enquanto os países do *regime estatal-productivista* apresentaram em média 16,1% da população nessa situação, a proporção no *regime altamente familiarista* foi de 34,3%. Na Bolívia essa proporção foi de 43,2% entre 2000-2002 e de 36,5% entre e 2010-2013 o que, embora possa indicar uma diminuição na informalidade do trabalho, ainda deixou o país bem acima da média da América Latina (27,3%) entre 2010-2013.

Tabela 2- Dimensões e indicadores dos regimes de bem-estar na América Latina e conglomerados (2000-2002) e média da região e na Bolívia (2000-2002 e 2010-2013).

Dimensões	Indicadores	estatal- productivista	estatal- protecionista	familiarista	altamente familiarista	América	Bolívia		América
						Latina 2000- 2002	2000-2002	2010-2013	Latina 2010-2013
Mercantilização	PEA ocupada assalariada <sup>a</sup>	73,54	66,04	50,22	43,69	55,75	30,40	36,60	58,5
	Trabalhadores autônomos não qualificados <sup>a</sup>	16,10	21,34	33,83	34,30	28,49	43,20	36,50	27,2
	PIB por habitante (US\$ 1995) <sup>a</sup>	6326,07	4243,40	2080,26	928,77	3573,70	1625,7 (1)	2230,5 (1)	9991
	População em situação de pobreza <sup>a</sup>	22,70	28,86	53,46	67,70	47,37	60,60	36,30	28,1
	Coefficiente de GINI <sup>a</sup>	0,55	0,57	0,53	0,54	0,54	0,64	0,47	0,49
	População rural <sup>a</sup>	11,45	26,50	34,47	44,33	31,89	38,20	33,65	21,5
Desmercantilização	Matrícula educativa privada <sup>b</sup>	36,10	13,46	25,66	28,49	24,06	20,7 (2)	9,2 (2)	nd
	População urbana ocupada no setor público <sup>a</sup>	16,11	14,10	8,70	7,63	10,79	6,70	8,90	10,8
	Gasto público em saúde per capita (US\$ 1997) <sup>a</sup>	272,00	177,00	43,43	25,75	102,00	12 (3)	17 (3)	143
	Gasto público em educação per capita (US\$ 1997) <sup>a</sup>	311,50	195,20	77,43	52,25	130,56	50 (3)	66 (3)	171,4
	Gasto público social per capita (US\$ 1997) <sup>a</sup>	1293,00	885,60	202,57	117,25	482,31	111 (3)	144 (3)	697
	Gasto público social como % do PIB <sup>a</sup>	18,80	19,16	8,53	12,40	13,48	12,30	11,50	15,5
	Trabalhadores com previdência social <sup>c</sup>	56,46	59,28	29,54	20,97	38,89	15,3 (4)	20,5 (4)	nd
Familiarização	Famílias urbanas estendidas e compostas <sup>d</sup>	17,65	19,42	29,20	28,10	24,96	nd	nd	nd
	Famílias nucleares biparentais com cônjuge sem trabalho remunerado <sup>d</sup>	51,56	46,54	40,59	38,50	42,99	nd	nd	nd
	População menor de 12 anos <sup>e</sup>	24,46	26,11	30,82	36,08	29,97	39,59 (5)	35,77 (5)	27,1
	População maior de 65 anos <sup>e</sup>	8,43	6,68	4,53	3,50	5,33	4,30	4,78	7
	Razão de dependência (pop 12 a 64 anos) <sup>e</sup>	49,05	48,87	55,02	65,58	54,99	70,56	60,18	52,71
Desempenho no manejo dos riscos	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos <sup>f</sup>	14,50	22,20	31,57	43,50	29,72	101,31	72,22	19,3
	IDH relativo ao gênero - IDG	0,84	0,80	0,72	0,68	0,75	nd	0,73	0,96 (6)

Fonte: Adaptado de Franzoni, 2007.

a) CEPAL; b) UNESCO; c) BID; d) ARRIAGADA apud FRANZONI, 2007; e) CEPAL-CELADE.

(1) - US\$ de 2010.

(2) - matrícula privada na educação primária (secundária: 29,2 e 12,9; terciária: 21,3 e 19,5 para os dois períodos, respectivamente).

(3) - US\$ de 2005.

(4) - refere-se ao quintil mais baixo (quintil médio: 17,5 e 35,5; quintil mais alto: 44,3 e 55,3 para os dois períodos, respectivamente).

(5) - população menor de 14 anos.

(6) - Dado de 2013 disponível em <http://hdr.undp.org/en/composite/GDI>

Embora outros indicadores mostrem sensíveis diferenças entre os regimes de proteção social latino-americanos, o coeficiente de Gini no período 2000-2002 é similar, espelhando a desigualdade na distribuição de renda generalizada na América Latina. Entre os dois períodos ocorreu uma redução nessa desigualdade na região (de 0,54 para 0,49 no coeficiente de Gini), enquanto na Bolívia essa redução foi ainda mais acentuada: de 0,64 entre 2000-2002 para 0,47 entre 2010-2013. Houve também uma redução da população rural boliviana, de 38,2% para 33,65% entre 2010-2013.

Esse primeiro grupo de indicadores avalia a mercantilização da força de trabalho, ou seja, a capacidade do mercado em prover trabalho remunerado estável e garantir a proteção social. É possível identificar na Bolívia que essa capacidade aumentou entre os períodos analisados, o que remete a um incremento na cobertura das políticas de proteção social. O grupo seguinte avalia a desmercantilização do bem-estar, dimensão que reflete a desvinculação do bem-estar do intercâmbio mercantil, o acesso à distribuição de bens e serviços providos pelo Estado.

A proporção da população boliviana urbana no setor público foi de 6,7% entre 2000-2002 e de 8,9% no período 2010-2013, o que ainda indica o caráter pouco estatal do país em relação à média da América Latina (10,8% nos dois períodos). O gasto público social como porcentagem do PIB – indicador que valoriza a presença de políticas públicas de Estado – diminuiu entre os dois períodos, embora com um aumento no gasto social per capita total ou por setores de saúde (12 dólares entre 2000-2002 e 17 dólares entre 2010-2013) e educação (50 dólares entre 2000-2002 e 66 dólares entre 2010-2013). A matrícula na educação privada, medida do consumo privado de serviços, teve a proporção diminuída entre os dois períodos (20,7% e 9,2%), o que, analisado junto ao aumento do gasto público per capita em educação, pode indicar uma expansão da cobertura dos serviços públicos. Houve também um incremento na proporção de trabalhadores com previdência social entre os dois períodos (15,3% e 20,5%) o que indica o crescimento da vinculação formal ao trabalho no país. Portanto, embora com pequena variação, podemos inferir que entre os dois períodos houve maior intervenção do Estado no bem-estar da população.

Os indicadores que compõem a dimensão da familiarização do bem-estar, por sua vez, refletem o acesso ao trabalho remunerado em relação à divisão sexual do trabalho e o papel das famílias na provisão do bem-estar. Também nessa dimensão houve uma melhoria nos resultados da Bolívia, indicando a redução na familiarização do bem-estar. A proporção de idosos na Bolívia foi de 4,3% entre 2000 e 2002 e 4,78% no período 2010-2013, é menor que a da América Latina de 5,3% e 7% nos dois períodos, respectivamente. Essa diferença reflete um

aumento na expectativa de vida entre os períodos analisados. A proporção de menores de 12 anos diminuiu de 39,59% entre 2000-2002 para 35,77% entre 2010-2013 (a média da região esteve em 27.1%). Esses dois indicadores apontam para uma transição demográfica ainda incipiente na Bolívia. A razão de dependência da população entre 12 e 64 anos na Bolívia, por sua vez, embora tenha tido uma redução entre os dois períodos analisados (de 70,56% entre 2000-2002 para 60,17% entre 2010-2013), ainda ficou acima da média da América Latina de (54,99% e 52,71% nos respectivos períodos).

Na última dimensão é avaliado o desempenho do regime em relação ao manejo dos riscos o qual, na Bolívia, ainda é baixo. O primeiro indicador, o Índice de Desenvolvimento de Gênero<sup>46</sup> – IDG –, mede as desigualdades de gênero em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: a saúde (medida pela esperança de vida de homens e mulheres ao nascer), a educação (medida pela média de anos de educação da população de homens e de mulheres maiores de 25 anos), e a distribuição dos recursos econômicos (medida pelo PIB per capita de homens e mulheres). O índice mostra o quanto as mulheres estão “atrás” dos homens e o quanto é necessário alcançar em cada uma das dimensões para diminuir essa desigualdade, constituindo-se em uma boa ferramenta para o desenho de políticas públicas. O IDG alcança o valor 1 quando existe participação equitativa de homens e mulheres e se aproxima de 0 (zero) quanto mais desigual é essa participação<sup>47</sup>. Em 2013 o IDG da América Latina (0,96) se equiparou àquele de regiões com alto desenvolvimento humano, e a região foi classificada no grupo médio-alto de desenvolvimento de gênero. Com um IDG de 0,73 a Bolívia se classificou entre os países com baixo índice de desenvolvimento de gênero, ou seja, aqueles com maiores desigualdades em relação à saúde, educação e distribuição de recursos entre homens e mulheres, como Honduras, Paraguai e República Dominicana<sup>48</sup>. A mortalidade infantil na Bolívia teve uma redução significativa de 101,31/1000 para 72,22/1000 nascidos vivos entre 2000-2002 e 2010-2012, respectivamente. Além de um baixo gasto social esse indicador sugere a fragilidade das políticas públicas em termos de cobertura e resultados refletindo, por exemplo, uma infraestrutura pública deficiente no fornecimento de saneamento básico e água potável.

---

<sup>46</sup> [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2015\\_technical\\_notes.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2015_technical_notes.pdf)

<sup>47</sup> O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD – assume a classificação dos países em cinco grupos baseados no desvio absoluto do IDG ( $100 \times \text{GDI} - 1$ ): grupo 1, com um desvio de menos de 2,5% são considerados de alta equidade em relação ao desenvolvimento humano de homens e mulheres; grupo 2, com desvio entre 2,5 e 5,0% e equidade de desenvolvimento média-alta; grupo 3 com desvio entre 5,0 e 7,5% e equidade de desenvolvimento média; grupo 4, com desvio entre 7,5 e 10% considerados países com equidade de desenvolvimento média-baixa; e grupo cinco, compreendendo aqueles países cujo desvio do IDG é maior que 10%, considerados de baixa equidade do desenvolvimento humano em relação ao gênero (<http://hdr.undp.org/sites/default/files/rhdr-2010-rblac.pdf>).

<sup>48</sup> Disponível em <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>.

Em suma, a melhoria nos indicadores de proteção social da Bolívia aqui descritos não nos permite inferir a respeito de sua inclusão em um regime de bem-estar que não seja o *altamente familiarista*, embora muitos desses indicadores tenham tido alterações significantes posteriormente à análise elaborada por Franzoni (2007). O bem-estar no país continua fortemente dependente de arranjos comunitários e familiares, no marco de um mercado de trabalho e de políticas públicas excludentes, como mostram os indicadores do gasto social, da proporção da população assalariada e com benefícios da previdência social, dentre outros. Cerca de quatro em cada 10 pessoas<sup>49</sup> vive em situação de pobreza, o que aumenta a demanda por serviços públicos.

A discussão do desenvolvimento da proteção social na América Latina e de seu formato na Bolívia nos mostra o substrato sobre o qual se constituíram os sistemas de proteção social em saúde na região: uma base de vinculação ao trabalho formal, com baixa regulação por parte dos Estados e exclusão de grande parte da população. A partir dos anos 1990 os países têm buscado dotar os Estados de maior capacidade de intervenção no desenvolvimento econômico e social por meio de reformas consequentes à crise do Consenso de Washington e às políticas econômicas e sociais que condicionou, no contexto do “giro à esquerda” na região. Essas reformas se refletem na política de saúde, principalmente revelando a tensão entre as ideias de constituição ou preservação de sistemas fragmentados e segmentados, em oposição aos sistemas universais de saúde, ou a ideia de políticas focalizadas versus a concepção de políticas integradas universais de saúde. Ou seja, a disputa ainda ocorre entre concepções que privilegiam a segmentação das populações segundo sua inserção no mercado de trabalho, ou seu status sócio-econômico, e aquelas de caráter universalizante.

É nesse contexto que se insere a análise que propomos. Para uma maior aproximação de nosso objeto, as mudanças no sistema de saúde boliviano no governo do MAS, interessa-nos analisar a proteção social em saúde, os sistemas de saúde latino-americanos, seus componentes e sua articulação na provisão do bem-estar em saúde. Ainda guardando nosso objetivo de contextualizar a Bolívia no cenário latino-americano, com a identificação dos componentes essenciais do sistema de saúde buscamos também definir as categorias analíticas para a avaliação das mudanças na política de saúde no governo do MAS.

---

<sup>49</sup> Dados do Banco Mundial para 2014: 39,3% da população abaixo da linha de pobreza. Disponível em <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.NAHC/countries/BO?display=graph>.

#### 4.2- Sistemas de saúde e sua tipologia na América Latina

A proteção social em saúde na América Latina se desenvolveu *pari passu* com a formação dos regimes de bem-estar na região, tendo o emprego formal como o meio mais importante de acesso à assistência à saúde. O eixo central dessa lógica foi o da proteção mútua e da solidariedade intragrupal e se refletiu na criação de sistemas de previdência social ligados ao mundo do trabalho que, em sua maioria, ofereciam assistência médica aos seus afiliados. Em alguns países foram constituídos sistemas diferenciados para trabalhadores braçais ou profissionais qualificados (no Chile, *blue collar* e *white collar*, respectivamente); em outros a base de formação foram os agrupamentos de imigrantes (Uruguai); em outros, ainda, os esquemas de previdência social estiveram historicamente ligados aos sindicatos e às lutas de trabalhadores, fazendo com que as organizações que os aglutinavam incorporassem, como parte das reivindicações, esquemas de proteção em saúde. Esses sistemas favoreceram a sindicalização dos trabalhadores e o estabelecimento de um espaço estável de negociação entre dois grupos mutuamente dependentes: o empregado e o empregador, onde o Estado tinha o papel de articular os conflitos. A proteção em saúde para a população mais vulnerável e não pertencente ao mercado formal de trabalho se deu na forma da provisão estatal de serviços de saúde e, em muitos casos, não existiu para grandes parcelas dessa população.

Na América Latina a lógica bismarkiana foi predominante na constituição da proteção social em saúde, por meio de instituições da previdência social geralmente administradas por um ente bi ou tripartite com representação de trabalhadores, empregadores e Estado, que prestavam assistência à saúde a seus segurados e dependentes. De forma residual a lógica Beveredgiana constituiu os sistemas nacionais de saúde, universais, administrados e financiados pelo Estado (Cuba, Costa Rica e, mais tardiamente, Brasil) ou, como ressaltado, estabeleceu um subsistema voltado à proteção daqueles segmentos não vinculados ao seguro social previdenciário. Essa característica gerou dois universos distintos de proteção, com redes separadas de financiamento e provisão de serviços, e constituiu sistemas de saúde altamente duais e excludentes.

No contexto das crises políticas e econômicas que marcou o panorama regional nas últimas décadas do século XX a perda da proteção social teve enorme impacto no acesso à saúde. A exclusão em saúde – falta de acesso de indivíduos ou grupos aos bens, serviços e oportunidade em saúde dos quais outros grupos desfrutavam – tem sido explicada pelos níveis de pobreza e ruralidade, informalidade do emprego e por fatores internos da estrutura e organização dos sistemas de saúde como a segmentação, a fragmentação e a falta de regulação

adequada – características que surgem e se aprofundam em sistemas duais – e, em alguns países, também a discriminação étnica (ACUÑA, 2006).

É certo que os sistemas de saúde se desenvolveram e se modificaram em diversos formatos na região. De forma a contribuir para a compreensão das origens e diferenças entre esses sistemas, principalmente nos países em desenvolvimento, trazemos a discussão de Olmen (OLMEN et al, 2012), com o objetivo de acrescentar àquela do desenvolvimento dos regimes de bem-estar os discursos específicos do campo da saúde emergentes nos respectivos contextos temporais. O ponto de partida é a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948. A questão central colocada são as tensões sempre existentes entre as abordagens econômica e social da saúde, por um lado, e abordagens mais tecnológicas e focadas em doenças, por outro lado.

Após a II Guerra Mundial a OMS e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) foram praticamente as únicas organizações a tratar das questões da saúde no âmbito internacional. Até o final da década de 1950 o alinhamento da OMS se aproximou das perspectivas políticas dos EUA cujos princípios enfatizavam a prevenção e o controle de doenças por meio de estratégias verticais fortemente baseadas em novas tecnologias. Contudo, o fracasso das campanhas de erradicação de doenças como malária e boubas nos países fora da OCDE deu a oportunidade à OMS, nos anos 1960, decolocar na agenda a discussão de estruturas e organizações alternativas dos serviços de saúde como, por exemplo, iniciativas de promoção da participação comunitária em países da Ásia, África e América Latina (Guatemala, Costa Rica, Nicarágua, México). O objetivo foi manter na pauta as dimensões socioculturais e socioeconômicas da saúde e a valorização da autonomia dos indivíduos por meio de abordagens científicas que sustentassem atividades essenciais da saúde, como a estratégia da atenção primária.

Nessa esteira, a Conferência de Alma Ata ocorrida em 1978 foi um marco no desenvolvimento da atenção primária à saúde, definindo como obrigação dos países garantir serviços de saúde a toda a população e colocando a saúde na agenda dos direitos humanos, como condição para o bem-estar. Os valores impressos na Declaração de Alma Ata – acesso universal, equidade, participação e ação intersetorial – sustentaram ideologicamente os sistemas de saúde e a cooperação internacional que deu suporte ao seu desenvolvimento. Apesar do consenso quanto aos objetivos da Conferência e da Declaração de Alma Ata, a realidade global propiciou seu questionamento, do ponto de vista da possibilidade de serem alcançados e de refletirem a realidade do contexto político, econômico e social mundial. Além disso, a recessão econômica decorrente da crise do petróleo de 1973 reduziu os esforços para maiores

investimentos na saúde além do fato de que, em muitos países, fatores como a resistência de profissionais da saúde e a ausência de projetos políticos para reformas sociais ainda contribuíram para a não implementação dos princípios de Alma Ata (OLMEN et al, 2012).

Nesse contexto a ideia de uma ampla transformação social foi substituída pela defesa protagonizada pelo BM da adoção de um pacote limitado de intervenções consideradas mais custo-efetivas para os países em desenvolvimento. Essa abordagem priorizava resultados rápidos, para além de objetivos de longo prazo baseados em critérios técnicos e alinhados às noções de participação nas decisões e abordagens de saúde comunitária, renunciando a uma transformação social mais ampla em favor de uma opção por programas verticais mais restritos e factíveis. As ações predominantes envolviam campanhas de aleitamento materno, imunização, planejamento familiar, educação de mulheres e suplementação alimentar. Assim, a atenção primária seletiva tornou-se o *modus operandi* dominante da política de saúde, cabendo nos paradigmas e na agenda de interesses influentes como os de defensores do mercado na saúde, que lutavam por uma ação mínima do Estado; de organismos financiadores, agora com orçamentos reduzidos; da elite política dos países em desenvolvimento, que se sentia ameaçada pela crise econômica; e de profissionais de saúde, que temiam pela sua função. Além desses fatores, as pressões por reformas macroeconômicas e ajustes estruturais, em decorrência da crise econômica, impuseram princípios de eficiência, governo mínimo, desregulamentação e privatização de políticas públicas, implicando na redução dos gastos com a saúde e no crescente papel do setor privado, explicitamente estimulado pelos atores internacionais e abraçado pelas elites econômicas. O papel da OMS foi reduzido, enquanto o BM tornou-se mais ativo nos setores social e de saúde, enfatizando o custo-efetividade dos sistemas e propondo taxações, seguros, uso efetivo de recursos privados e descentralização. O olhar sobre os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento voltou-se para os níveis locais, enfatizando a ideia de construção desses sistemas “de baixo para cima” (OLMEN, 2012).

Ao final do século XX e início do XXI o contexto da saúde no mundo tornou-se mais complexo, principalmente pelo aumento do número de atores. Nesse período os sistemas de saúde foram estruturados sob três dimensões, interconectadas. Primeiro, fundações privadas com e sem fins lucrativos e iniciativas globais em saúde emergiram como principais atores no financiamento de programas, com estratégias focalizadas em prioridades específicas, especialmente aquelas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM. Essa estratégia consumia altos recursos em um número limitado de problemas de saúde. Por outro lado, sistemas de saúde pouco desenvolvidos e organizados expunham o questionamento sobre a efetividade das intervenções, o que chamou a atenção para a noção de fortalecimento desses



sistemas. Ainda, o crescimento do papel do setor privado e filantrópico, combinando o financiamento privado com estruturas e autoridade públicas, criou uma arquitetura complexa e, frequentemente, com incertos mecanismos de *accountability*. Segundo, a OMS voltou sua atenção para a *performance* dos sistemas de saúde, introduzindo noções como a de manejo dos sistemas, entendido como o papel de direção e regulação no interior destes; e definiu os objetivos desses sistemas, entendendo que os governos são responsáveis não só pela melhoria da saúde, mas também por garantir a responsabilidade pelo atendimento das expectativas da população e assegurar a justiça das contribuições financeiras. Nesse sentido, foi reforçado o entendimento de que as intervenções e programas de saúde não funcionariam sem sistemas de saúde fortes, ou seja, com uma forte participação do Estado. Terceiro, a crescente complexidade dos sistemas de saúde foi reconhecida a partir da dinâmica inter-relação entre as dimensões do financiamento, liderança e governança, prestação de serviços, tecnologia, informação e força de trabalho, bem como pela constatação de que esses sistemas, por si mesmos, são determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde. A busca de um alinhamento entre os programas focalizados e as demais ações da saúde resultou na atenção à noção de integração e universalização nos sistemas de saúde.

A abordagem focalizada promovida principalmente pelos organismos internacionais financiadores como o BM pretendia gerar altos níveis de redistribuição defendendo o uso eficaz dos recursos públicos e sua canalização para aqueles setores mais necessitados. Entretanto, as políticas universais são reconhecidas por gerar maiores níveis de redistribuição, pelo seu caráter *cross-class*, que faz com que maiores quantidades de recursos estejam disponíveis para a redistribuição. Essas concepções – focalização ou universalização das políticas – subjazem à construção e organização dos sistemas de saúde e são, portanto, questões presentes na definição da abrangência das reformas na política de saúde boliviana.

#### ***4.2.1 Classificando sistemas de saúde***

Destacamos nesse trabalho que a organização e o desenvolvimento dos sistemas de saúde estiveram condicionadas tanto pelo formato assumido pelos regimes de bem-estar construídos na América Latina quanto pelas concepções da saúde difundidas no mundo, condicionadas pelo contexto institucional de cada país. Assim sendo, as tipologias que vêm categorizar os sistemas de saúde são tipos ideais construídos a partir de dimensões consideradas essenciais, entendendo que essas dimensões vão responder a algum paradigma ou a diferentes necessidades de explicação do fenômeno social, no caso a saúde. Ao estabelecer tipologias “a análise é deslocada para além da especificidade dos casos individuais, no sentido de explicações

mais generalizáveis” (tradução livre de BURAU e BLANK, 2003). Assumimos o entendimento de que os sistemas de saúde são constituídos pelas

relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos relacionados à saúde de uma população, que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a percepção de saúde prevalente na sociedade (LOBATO e GIOVANELLA, 2008, p.107).

Antes de trazer as tipologias dos sistemas de saúde, discutimos três questões levantadas pelas críticas à validade de seu uso para classifica-los e ao fato dessas tipologias constituírem um meio eficaz para explicar a política de saúde. A primeira questão refere-se à vinculação da política de saúde a contextos nacionais específicos e à importância das diferenças nesses contextos. Essa crítica considera que o vínculo ao contexto nacional frequentemente é mais forte e complexo do que sugerem as tipologias dos sistemas de saúde e envolve fatores demográficos, valores culturais e sociais, sistemas legal e político, estrutura social e expectativas. No extremo, o contexto sugere que as diferenças entre os países são muito mais significantes e numerosas do que as tipologias conseguem abranger. As diferenças entre os países podem estar escondidas atrás de políticas de saúde que parecem similares<sup>50</sup> (BURAU e BLANK, 2003).

A segunda questão é a tese da convergência: a política de saúde tenderia a ficar similar ao longo do tempo, entre contextos nacionais diversos. Isso estaria relacionado a processos de aprendizagem entre os países, estimulados pela ação de organismos internacionais que conduzem a uma convergência ideacional em relação ao formato dos problemas, das políticas e do suporte intelectual para as soluções. As reformas dos sistemas de saúde teriam levado à emergência de um contexto ou paradigma universal para o financiamento, a organização e o gerenciamento dos sistemas, que atravessa a linha ideológica (público/privado) e o arcabouço institucional (mercado/planejamento centralizado), combinando princípios de financiamento público com competição de mercado aplicados à organização e ao gerenciamento do gasto e da prestação de serviços (BURAU e BLANK, 2003). Além de a globalização ter provocado a difusão internacional de políticas, desafios similares como as forças do envelhecimento da população, do declínio econômico e da maturação dos regimes de bem-estar continuariam a pressionar os sistemas de saúde, provocando respostas similares (BECKFIELD et al, 2013). Essa tese, contudo, pode ser criticada se consideramos que a convergência está condicionada

---

<sup>50</sup> Por exemplo, o contrato público é um instrumento típico dos sistemas de seguro social e uma inovação recente nos sistemas nacionais de saúde. Nos seguros sociais a função do contrato está associada aos fundos não estatais vinculados em um complexo sistema de auto-administração, típico da governança descentralizada da saúde; nos sistemas universais a responsabilidades da contratação é das autoridades estatais, o que possibilita a integração dentro do sistema (BURAU e BLANK, 2003).

pela trajetória, pelos pontos de veto, pela opinião pública e pela mobilização dos grupos de interesse em cada contexto nacional e, se existe, é muito lenta (GRIGNON, 2012). Em uma análise mais moderada a tese da convergência implicaria na imagem de duas linhas que caminham paralelas, podendo separar-se ou juntar-se. Por um lado, cada sistema de saúde é único, dado ser o resultado da história de cada país. Por outro, os serviços de saúde recebem e incorporam influências universais tais como o enfoque científico da doença e da medicina, a aceleração do avanço tecnológico, a crescente especialização do campo médico (BUSS e LABRA, 1995; MILLS, 2014).

A terceira questão colocada na crítica ao uso de tipologias trata da complexidade da política de saúde, sob dois aspectos: os sistemas de saúde são altamente diversificados em suas funções, considerando a necessidade de coordenar e executar o financiamento, a regulação e a prestação de serviços de saúde; e o fato de que muitos aspectos da política de saúde estão frequentemente à margem dos sistemas e necessitam que sejam consideradas outras dimensões, tais como o saneamento básico, a educação, a alimentação, moradia, dentre outras (BURAU e BLANK, 2003). Nesse sentido, a análise dos sistemas de saúde depende daquela do contexto mais amplo da proteção social no país.

Entendemos que os sistemas de saúde latino-americanos se constituíram dentro do contexto mais amplo da proteção social na região, condicionados pelas respectivas trajetórias nacionais. Pela especificidade do campo da saúde, a definição da política e a organização desses sistemas respondem também às concepções de saúde dominante em determinada época e aos avanços tecnológicos que as acompanham. Podemos assumir uma convergência da política de saúde decorrentes desses aspectos – concepções prevalentes e avanços tecnológicos – mas a complexidade dos contextos de cada país, bem como a influência de outros campos de políticas sociais (educação, moradia, alimentação) nos resultados em saúde da população condicionam a trajetória desses sistemas. Assumimos então que as classificações são tipos ideais, recursos explicativos que permitem a identificação das características que distinguem esses sistemas e a sua natureza, bem como permitem também verificar sua variação em relação ao tipo ideal. Ao trazer a discussão acerca das tipologias construídas para os sistemas de saúde na América Latina nos interessa extrair os elementos que melhor se adequem aos objetivos aqui propostos, quais sejam, analisar as mudanças na política de saúde na Bolívia no sentido da construção de um sistema de saúde mais abrangente e inclusivo.

A tipologia clássica construída a partir dos regimes de bem-estar nos países desenvolvidos considera três tipos ideais de sistemas de saúde: “serviço nacional de saúde” (lógica Beveridgeana), com cobertura universal, financiamento por receitas gerais, público ou

com controle público da prestação de serviços; “seguro social” (lógica bismarkiana), cuja cobertura existe em função de um sistema de previdência social, o financiamento se dá por contribuições de empregados e empregadores por meio de fundos não lucrativos e a prestação de serviços é pública ou privada; e o “seguro privado”, financiado por contribuições individuais ou de empregadores e com prestação privada de serviços. Os países que representam essa tipologia clássica são Inglaterra, com um serviço nacional de saúde; Alemanha, com o seguro social; e Estados Unidos, com o seguro privado.

De forma geral as classificações que derivaram dessa tipologia incorporam as dimensões do financiamento – público ou privado –, da prestação de serviços de assistência à saúde – estatal ou privada –, e da regulação sobre as duas dimensões anteriores, partindo das lógicas Beveridgeana ou bismarkiana. Ou seja, os sistemas se aproximam mais de uma ou outra lógica à medida em que o controle dessas dimensões está nas mãos do Estado ou do mercado. Moran (2000) traz o entendimento de que Estado e mercado se entrelaçam nessas três arenas, mas que os Estados podem e deve intervir nelas e o fazem de diferentes formas.

Com o foco na prestação de serviços de saúde e no acesso aos prestadores, Wendt et al (2009) combinaram as dimensões do financiamento, da prestação de serviços e da regulação em relação ao envolvimento do Estado, do mercado e dos atores não-governamentais, identificando diferenças entre os países e mudanças ao longo do tempo em relação ao papel desses atores. A partir dessas dimensões e de suas variações foram delineados 27 tipos distintos de sistemas de saúde, dentre eles três tipos ideais ou “puros” que se aproximam do serviço nacional de saúde, do seguro social e do seguro privado. Em cada uma dessas três tipologias emergem seis combinações de tipo mistos nos quais é possível diferenciar a presença de duas das três dimensões, que ainda se aproximam do tipo ideal pelo fato de predominar um conjunto particular de atores ou instituições. Por exemplo, um tipo misto combinaria o financiamento e a regulação estatais e a prestação de serviços privada, ou seja, com predominância do Estado; noutro, o financiamento e a prestação de serviços se dariam pelo setor privado e a regulação seria estatal, com predominância, portanto, do setor privado<sup>51</sup>.

O conceito trazido nessa tipologia é útil na análise de mudanças nos sistemas de saúde. A mudança mais extrema seria, por exemplo, quando um tipo estatal se desenvolve para um tipo privado. Esse tipo de mudança resulta em um sistema inteiramente novo e foi chamada de

---

<sup>51</sup> Nem todas as 27 modalidades são factíveis na prática. Por exemplo, é improvável existir regulação privada em conjunção com o financiamento e a prestação de serviços estatais (WENDT et al, 2009; MARMOR e WENDT, 2012).

“mudança no sistema”<sup>52</sup>, esperada apenas em condições excepcionais nas quais ocorrem mudanças drásticas nas políticas, com alta adesão pública. Retomando o arcabouço teórico discutido no capítulo 1, esta seria uma mudança institucional por deslocamento (*displacement*), que ocorre quando os arranjos institucionais existentes são substituídos por lógicas alternativas. Mais comum, um segundo tipo de mudança se manifesta em uma das dimensões sem culminar em uma grande mudança no sistema: trata-se de uma “mudança interna no sistema” e pode acontecer, por exemplo, quando a prestação de serviços se desloca do setor público para o privado, permanecendo o financiamento e a regulação nas mãos do Estado. Nessas circunstâncias o sistema tem uma alteração significativa, mas permanece predominantemente estatal, podendo configurar uma mudança institucional do tipo *layering*, pela qual os arranjos existentes são alterados por novas regras. Uma terceira forma é a “mudança interna de nível”, na qual acontece uma alteração dentro de uma ou mais dimensões sem que se alterem as características do sistema. Por exemplo, no caso de um sistema privado puro podem ser introduzidas iniciativas públicas para alcançar a cobertura da população em situação de pobreza, de forma que se perceba maior presença do Estado. Entretanto, a menos que a programação pública tenha alcance suficiente para gerar uma mudança no formato do financiamento, essa dimensão permanece predominantemente privada. Esse tipo de mudança não ultrapassa o nível sub-dimensional, mas reflete um desenvolvimento significativo dentro do sistema de saúde tanto por ser a forma mais provável de ser observada, principalmente em curtos períodos de tempo, quanto pelo fato de, apesar de modesta, poder ser precursora de mudanças mais amplas. Assim, a capacidade de identificar e traçar mudanças sutis dentro de uma dimensão pode servir de degrau para explicações mais amplas do desenvolvimento dos sistemas de saúde (WENDT et al, 2009; MARMOR e WENDT, 2012). Nesse caso, podemos estar diante de uma mudança institucional do tipo *conversion*, pela qual as instituições são redirecionadas a novos objetivos ou funções, ou ainda por uma mudança tipo *layering* que a partir da inclusão de novas regras pode favorecer grandes transformações no longo prazo.

Em um estudo posterior Wendt (2009) criticou as tipologias que se pautam em amplos princípios de organização e financiamento dos sistemas por não serem suficientes para sua compreensão. Considerando que esses sistemas têm a função de assistir às necessidades em saúde, as comparações deveriam se concentrar no acesso da população aos serviços de saúde e abordar de forma qualitativa as dimensões do financiamento, prestação de serviços e regulação. A tipologia que construiu pautada nesse argumento pretendeu ir além das análises comparativas

---

<sup>52</sup> Aqui os autores referem-se a Peter Hall em “Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain”, 1993 (mudanças de primeira, segunda e terceira ordens).

anteriores, mostrando como o acesso à assistência está relacionado aos níveis de gasto, ao mix público-privado de financiamento e à densidade de prestadores de serviços. As dimensões privilegiadas foram o gasto em saúde (e não apenas o financiamento), o mix público-privado de financiamento, a privatização do risco, o direito à saúde, a forma de vinculação dos profissionais e o acesso aos prestadores de serviços (barreiras geográficas, culturais, sócio-econômicas). Essa proposição busca aprofundar a avaliação do acesso dos usuários ao sistema mostrando como ele se relaciona aos níveis de gasto, ao mix público-privado de financiamento e à densidade de prestadores de serviços. Portanto, além de tratar os tradicionais indicadores de financiamento e gasto, essenciais nessas análises, busca analisar a prestação de serviços com foco em seus efeitos na utilização e nos resultados em saúde.

É possível observar que os estudos vão buscando transcender as dimensões estáticas do financiamento, da cobertura e da prestação de serviços na direção de uma análise de como essas dimensões se inter-relacionam, para se aproximar melhor dos tipos reais. Vêm sendo também incorporados às análises conceitos que aproximam a proteção à saúde aos direitos cidadãos (como a garantia do acesso às ações e serviços, para além da cobertura dos sistemas) e o papel do Estado nessa garantia. É com esse olhar que prosseguimos para a discussão dos sistemas de saúde na América Latina e para a delimitação das dimensões por meio das quais analisaremos o sistema de saúde e as reformas na política de saúde boliviana.

#### ***4.2.2 Alcançando os sistemas de saúde latino-americanos***

Os graus de desigualdade e padrão de exclusão observado na cobertura dos sistemas de proteção social na América Latina se reflete na estratificação ou na exclusão em saúde. Essa exclusão fica evidenciada pela segmentação desses sistemas; por sua base financeira geralmente estreita e frágil e fundamentalmente baseada nas contribuições sobre os salários; e pela influência dos fortes interesses dos atores envolvidos, especialmente corporativistas. De forma geral, os sistemas de saúde na região vão carregar as características dos regimes de proteção social universais, universais estratificados, duais ou excludentes.

Para compreender as dimensões da segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde, trazemos a tipologia construída por Londoño e Frenk (1997) construíram uma tipologia que articula os conceitos de a integração da população – cobertura universal *versus* segregação em subsistemas – e integração institucional das funções dos sistemas *versus* sua separação. Os sistemas de saúde são entendidos como um conjunto de relações estruturadas entre esses componentes.

Os grupos de população apresentam condições diversas que vão constituir necessidades de saúde, que requerem respostas organizadas por parte dos sistemas de saúde. Cada sistema se estrutura por meio de funções básicas que deve desempenhar: o financiamento das ações, a prestação de serviços e a regulação e a articulação entre essas dimensões. A prestação de serviços refere-se à combinação de insumos dentro de um processo de produção que ocorre em uma estrutura organizacional específica, conduzindo a uma série de produtos, os serviços de saúde, que geram um resultado, a mudança no estado de saúde. O financiamento refere-se à mobilização de recursos de fontes primárias (domicílios e empresas), de fontes secundárias (o governo, em todos os níveis) e de organismos internacionais, bem como sua articulação em fundos que são distribuídos por meio de diversos arranjos institucionais para a produção da assistência à saúde. A articulação refere-se à gestão, ou seja, a organização e gerenciamento do consumo da atenção à saúde. A regulação implica em estabelecer e monitorar as regras do jogo do sistema de saúde, ou seja, equilibrar os interesses dos diversos atores para, por fim, conferir coerência entre os diversos componentes do sistema (LONDOÑO e FRENK, 1997).

Esses componentes devem estar integrados de forma a permitir o acesso aos serviços de saúde. Em muitos países os sistemas segmentam diferentes parcelas da população em diferentes instituições de assistência à saúde. A mobilidade entre essas instituições é impedida por limites financeiros e até legais (no caso de instituições do seguro social, ou do setor privado). Esses arranjos caracterizam a segmentação dos sistemas de saúde e seu grau guarda uma dependência da importância do setor público como prestador de serviços: em um extremo, na cobertura universal tem-se o acesso de todos os grupos da população às mesmas instituições de assistência à saúde; em outro, o acesso a diversas instituições de acordo com a capacidade de pagamento. Da mesma forma, as funções de financiamento e de prestação de serviços podem também estar segmentadas em diferentes instituições, na medida em que a participação do setor privado nessas funções se torna mais importante. Trata-se da mesma lógica que Wendt (2009) adotou para o desenvolvimento de sua tipologia dos sistemas de saúde. Seguindo essa lógica Londoño e Frenk (1997) propõem uma tipologia para os sistemas de saúde da América Latina que relaciona a integração da população, ou seja, o grau em que os grupos populacionais estão separados em distintos segmentos do sistema de saúde, e a integração das instituições, entendida como o grau no qual as funções são desempenhadas de forma coordenada e articulada. Essa relação produziu quatro distintos modelos ou tipos (Quadro 6).

Quadro 6- Tipologia dos sistemas de saúde latino-americanos, segundo Londoño e Frenk (1997).

Acesso ao sistema de saúde	Funções institucionais de financiamento e prestação de serviços	
	Integração das funções	Separação
Integração das funções	Modelo público unificado (Cuba, Costa Rica)	Modelo de contrato público (Brasil)
Segregação	Modelo segmentado (maior parte dos países, incluindo Bolívia)	Modelo privado atomizado (Argentina, Paraguai)

Fonte: Londoño e Frenk, 1997.

No *modelo público unificado* o financiamento e a prestação de serviços são de responsabilidade do Estado por meio de um sistema único universal. A articulação entre os agentes de financiamento, os prestadores de serviços e os usuários do sistema está implícita, considerando que as instituições responsáveis pelas funções estão integradas. Não se trata, portanto de sistemas segmentados (caso de Cuba). Em uma variante moderada desse modelo não existem restrições legais para outras opções de serviços, como aqueles privados (Costa Rica). Nesse caso, o monopólio público depende da capacidade do Estado de prestar serviços de saúde com qualidade, enquanto compete com o mercado pelos preços. O Estado não financia ou subsidia prestadores privados. A ausência desse subsídio distingue essa variante moderada do modelo de contrato público (LONDOÑO e FRENK, 1997).

O *modelo privado atomizado* se caracteriza pelo financiamento a partir do desembolso dos usuários ou por múltiplas agências de seguros e planos privados de saúde, sem qualquer integração vertical (entre as funções das instituições) ou horizontal (entre os grupos de população) entre eles. Na América Latina ocorrem duas variantes desse tipo. A primeira, uma modalidade de mercado livre, na qual a maior parte do gasto é privado e a prestação de serviços é altamente desregulada como ocorre no Paraguai, por exemplo. As diferenças na renda geram um mercado privado segmentado que exclui a grande maioria da população do nível mais alto da atenção à saúde provida por esse mercado. A articulação entre as instituições é inexistente, caracterizando a alta fragmentação desses sistemas. A segunda variante é uma modalidade corporativista que se caracteriza pela segregação de diferentes grupos ocupacionais em fundos exclusivos que não competem entre si, dado que a afiliação se dá, frequentemente, em função da ocupação. O arranjo mais comum dos fundos é a separação entre o financiamento e a



prestação de serviços, que pode se dar em instituições públicas ou privadas. O caso mais ilustrativo é o das *Obras Sociales* na Argentina, cujos fundos atomizados não chegam a constituir um único instituto de seguridade. Existe uma tendência à articulação entre essas organizações, com a agregação de demandas dos afiliados e a compra coletiva da prestação de serviços (LONDOÑO e FRENK, 1997).

No *modelo de contrato público* o financiamento pode estar combinado com uma crescente participação privada na prestação de serviços por meio de contratos. Se o financiamento público tem um caráter universal, fala-se na integração horizontal da população (Brasil). De forma diversa dos tipos polares como o *público unificado* e o *privado atomizado*, existe nesse modelo uma maior oportunidade de escolha para a população e os prestadores de serviços têm mais autonomia para competir no mercado. Frequentemente o orçamento público é global, mas, de forma diversa do modelo *público unificado* se destina ao conjunto de prestadores de serviços em função de critérios de produtividade. Um dos problemas desse modelo é o fato de que a articulação no sistema com frequência está submetida à função de financiamento., o que pode dificultar o controle da qualidade e conduzir a uma fragmentação da assistência como, por exemplo, quando a distribuição de recursos leva a uma concentração territorial de prestadores, ou quando os recursos são alocados em programas focalizados (LONDOÑO e FRENK, 1997).

O último tipo, *modelo segmentado*, é o mais comum na América Latina. O sistema de saúde boliviano se enquadra nessa classificação. Os sistemas de saúde latino-americanos têm sido divididos em três grandes segmentos que abrangem os grupos sociais. Primeiramente, distingue entre os pobres e a população com capacidade de pagamento. Por sua vez, essa parcela da população com capacidade de pagamento compreende dois grupos: o primeiro, formado por aqueles que atuam no setor formal da economia, cobertos por instituições de seguro social; o segundo, constituído pelas classes médias e altas, em sua maioria urbanas (muitas vezes também cobertas pelos seguros sociais), que têm suas necessidades em saúde atendidas pelo setor privado, principalmente com financiamento do próprio bolso. Muitos indivíduos pertencentes a esse grupo contratam seguros ou planos pré-pagos de saúde, individualmente ou por meio de seus empregadores. Os pobres rurais e urbanos ficam excluídos da cobertura pelo fato de não estarem formalmente empregados, sendo atendidos pelo setor público. O modelo segmentado segrega os diferentes grupos sociais em seus respectivos nichos institucionais. Cada segmento institucional desempenha as funções de financiamento, prestação de serviços, regulação e articulação, mas cada um o faz para um grupo específico. Nesses sistemas é possível verificar que a ideia de que os serviços privados estão reservados para as classes médias e altase

liberam os recursos públicos para a atenção aos mais pobres, não é respaldada pelos dados de utilização dos serviços: o setor privado é uma fonte importante de assistência para os domicílios pobres, os quais destinam uma proporção muito maior de sua renda para pagamentos diretos que o fazem os domicílios de maior renda (LONDOÑO e FRENK, 1997).

Essa tipologia dos sistemas de saúde latino-americanos tem a importante contribuição de, além das tradicionais análises das dimensões do financiamento, cobertura e prestação dos serviços, proporcionar a reflexão sobre a segmentação e a fragmentação desses sistemas, grave problema na região. A segmentação refere-se à coexistência de subsistemas com financiamento, prestação de serviços e mecanismos de afiliação distintos para diferentes segmentos da população (subsistema público, do seguro social e privado, como na Bolívia), estabelecidos de acordo com critérios como o nível de renda e a posição no mercado de trabalho (BOSSERT et al, 2014; OPAS, 2010). Os sistemas segmentados apresentam marcadas diferenças em relação à garantia dos direitos, aos níveis de gasto per capita e ao grau de acesso aos serviços por parte dos distintos estratos da população. Além disso, têm uma gestão frágil, caracterizada por um marco regulatório ineficiente e por uma fiscalização inadequada, e custos de transação elevados. Mostram também uma regressividade, uma insuficiência do financiamento e uma forte tendência ao pagamento direto do próprio bolso, com riscos catastróficos para a segurança financeira dos domicílios. Como consequência, essa organização institucional consolida e aprofunda a desigualdade no acesso à assistência entre os diferentes grupos de população.

Os sistemas segmentados, com seus diferentes critérios de afiliação aos subsistemas, nem sempre são capazes de oferecer cobertura a toda a população. No caso da Bolívia, a baixa vinculação ao mercado formal de trabalho condiciona a baixa cobertura do seguro social; os baixos níveis de renda de grande parte da população limitam o acesso ao subsistema privado; e os escassos recursos alocados no subsistema público não são suficientes para garantir a atenção à saúde de grande parte da população não coberta nos outros dois esquemas.

As características dos sistemas de saúde segmentados se refletem, dentre outras, na coordenação entre os componentes, dificultando um planejamento integrado de ações, as interações entre setores estatais e não-estatais, ou a prestação integral de serviços de saúde com a utilização de mecanismos de referência e contra-referência<sup>53</sup>. Isso traz à tona um segundo aspecto marcante dos sistemas de saúde latino-americanos, sua fragmentação operativa,

---

<sup>53</sup> A referência e a contra-referência são mecanismos administrativos de organização da rede de serviços de saúde que objetivam possibilitar o acesso a uma assistência integral. Os usuários são atendidos em unidades básicas, porta de entrada para os serviços de maior complexidade, aos quais são referenciados quando há necessidade de assistência nesses níveis. Ao final do atendimento o usuário é contra-referenciado para a unidade básica de origem para a continuidade do tratamento e seu acompanhamento.

caracterizada pela presença de unidades ou estabelecimentos de saúde em um mesmo subsistema operando de forma desarticulada e impedindo uma normalização de suas funções, da qualidade e do custo da atenção. A fragmentação, pelo fato de cada subsistema ou programa de saúde constituir sua rede para atender especificamente uma clientela, sem que haja coordenação entre as redes, pode se traduzir de duplicações de serviços de saúde. Como consequência, pode ser desenvolvida uma capacidade instalada ociosa ou a sobre-utilização de serviços, dada sua alta disponibilidade, ou pode acontecer uma distribuição desigual dos serviços, desconsiderando a ocupação do território pela população ou as necessidades em saúde. Além disso, a fragmentação compromete a atenção integral à saúde, dado ser consequência também da ausência de planejamento e de organização da rede de serviços de forma a estabelecer referências a outros níveis de atenção de acordo com as necessidades dos usuários e manter o acompanhamento das condições de saúde desses usuários.

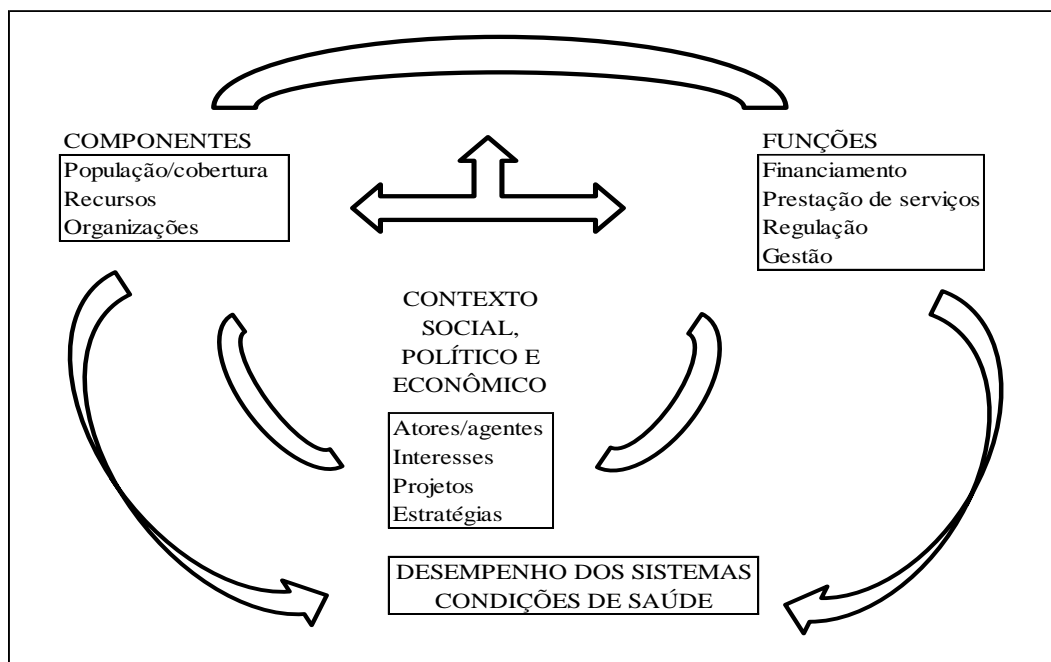
Estamos tratando, portanto, de duas categorias analíticas centrais para o nosso problema, considerando que ambas estão presentes no sistema de saúde boliviano. Embora algumas propostas nas reformas no sistema de saúde boliviano tenham buscado reduzir a fragmentação estabelecendo, dentre outras, a articulação de programas específicos entre os subsistemas público e do seguro social, ali convivem de forma segmentada os subsistemas público, privado e seguro social, com coberturas populacionais diversas e que, no conjunto, não alcançam a cobertura universal da população. A fragmentação no subsistema público boliviano, por sua vez, é identificada pela existência de programas distintos herdados de governos anteriores ao MAS e propostos por este governo, algumas vezes dirigidos a um mesmo segmento da população.

Sistemas de saúde não segmentados são aqueles que avançam na integração de suas funções de financiamento, prestação de serviços, regulação, e na articulação dessas funções, especialmente sob um comando único que aqui defendemos ser possível somente com o fortalecimento do papel do Estado. Sistemas não fragmentados são aqueles que avançam na coordenação de sua rede de serviços de atenção à saúde e na integralidade da assistência, reduzindo os problemas acima mencionados. Nesse trabalho, portanto, as mudanças alcançadas pelas reformas propostas no governo do MAS para a política de saúde são analisadas à luz dessa imagem, qual seja, a redução ou eliminação da segmentação e da fragmentação que, conforme assumimos, levarão à configuração de um sistema de saúde mais abrangente e inclusivo. As dimensões analíticas absorvidas da literatura discutida nessa seção e apresentadas a seguir, objetivam trazer os indicadores que vão permitir essa inferência.

### 4.3- Dimensões para a análise das reformas dos sistemas de saúde

Adotamos o entendimento de que a política de saúde tem como objeto último a garantia do acesso à assistência das necessidades em saúde, e de que o alcance desse objetivo demanda a articulação entre as funções desempenhadas nas instituições dos sistemas de saúde, ou seja, é o resultado das relações e processos estabelecidos entre os elementos que compõem esses sistemas. Podemos delinear um modelo que reflete essas relações e processos, e que configura a dinâmica dos sistemas em determinado contexto institucional, resultando nas políticas, ações e serviços que vão contribuir para com os resultados em saúde da população (Figura 2). Ou seja, a dinâmica dos sistemas de saúde se estabelece entre os elementos que os compõem – a cobertura da população, os recursos e as organizações –, as funções que devem desempenhar – financiamento, prestação de serviços, regulação e gestão/articulação –, e o contexto social, político e econômico no qual atores e interesses defendem seus projetos. O resultado dessa dinâmica se reflete no desempenho dos sistemas e nas condições de saúde da população. Como já ressaltado nesse trabalho, o resultado esperado dos sistemas de saúde é o atendimento integral das necessidades em saúde das populações, entendido enquanto um direito de cidadania.

Figura 2- Dinâmica dos sistemas de saúde.



Fonte: Lobato e Giovanela, 2008, p. 131.

A cobertura populacional se refere à garantia aos cidadãos do acesso às ações e serviços de saúde, bem como à amplitude dos serviços ofertados, ou seja, o conjunto das ações e serviços aos quais a população tem acesso (“pacote de benefícios”). O acesso irrestrito às ações de saúde

e a cobertura tanto de ações coletivas de saúde quanto da assistência individual em todos os níveis (primário, secundário e terciário) caracteriza sistemas universais, enquanto aquela que se dá mediante a compra de planos e seguros de saúde ou por meio do pagamento direto dos serviços (*out-of-pocket*), caracteriza os sistemas privados de saúde. A cobertura de segmentos específicos, vinculados aos sistemas de saúde por meio do emprego formal é o elemento central que caracteriza os seguros sociais.

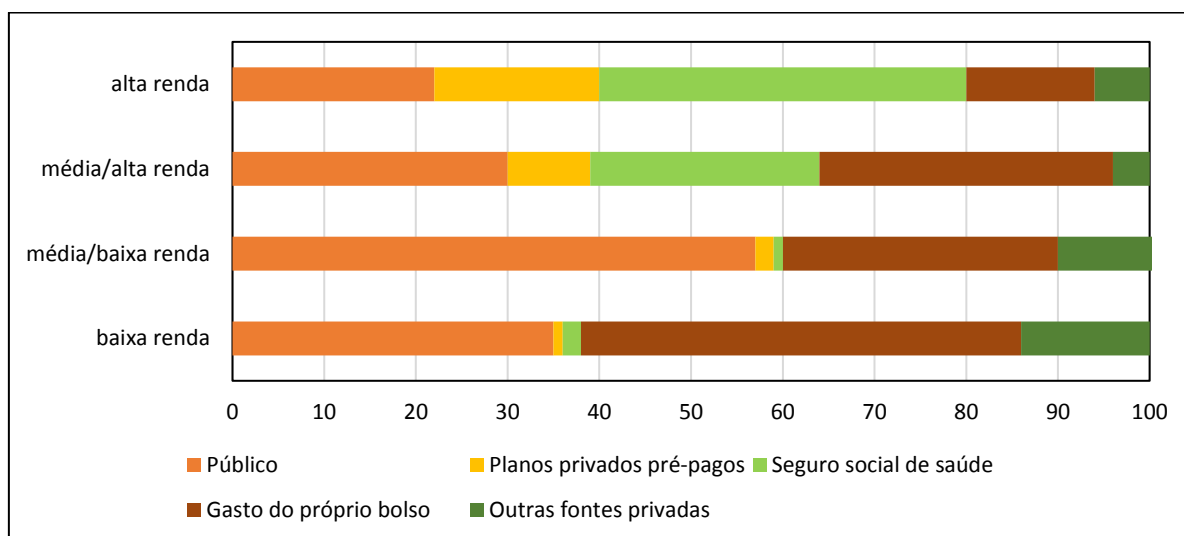
Do ponto de vista do financiamento o seguro social é visto como uma forma que emerge entre as receitas gerais estatais, de um lado, e o financiamento de seguros privados de saúde, de outro. Sendo de orientação não-lucrativa, não concede direitos de cidadania por si mesmo – o que o difere do financiamento público –, mas baseados em uma contribuição específica, obrigatória, o que o difere também do campo do financiamento privado. As três formas de financiamento, portanto, são distintas e, embora geralmente ocorra a combinação das três, os sistemas de saúde não demonstram a tendência de uma em direção à outra o que, como vimos, torna possível utilizar esses esquemas para classificar tipos predominantes (MARMOR e WENDT, 2012).

O financiamento é uma questão primordial nos países em desenvolvimento, pois a falta de um suporte financeiro para aqueles que necessitam de assistência à saúde desencoraja o uso dos serviços, com consequências para as condições de saúde, ou sobrecarrega o orçamento dos domicílios (MILLS, 2014). Em média, quase 50% do financiamento da saúde em países de baixa renda vem de gastos do próprio bolso, enquanto nos países de renda média/alta e alta esse gasto fica em cerca de 30% e 15% respectivamente (Gráfico 6). Se consideramos também outras fontes privadas de gasto em saúde os países de renda baixa atingem cerca de 60%, comparados com 20% nos países de alta renda e cerca de 35% naqueles de média/alta renda. Assim, uma questão chave para os países de baixa e média renda é como aumentar a proteção financeira relativa ao gasto em saúde para os domicílios<sup>54</sup>. Essa é uma questão para a Bolívia.

---

<sup>54</sup> Não é objeto desse trabalho fazer essa discussão, mas cabe citar algumas alternativas defendidas a partir dos diversos espectros da questão: aumentar a cobertura por meio das receitas gerais; incluir (nos países onde ainda não existe) a população trabalhadora do setor formal, da qual podem ser arrecadadas receitas sobre a folha de pagamento; subsidiar completamente os custos com saúde para a população mais pobre, por meio de receitas gerais e, parcialmente, a parcela da população trabalhadora de baixa renda; ou definir, para a população do setor informal, a cobertura pelas receitas gerais ou por meio do estímulo aos seguros contributivos (MILLS, 2014).

Gráfico 6- Percentual de participação das fontes de financiamento da saúde segundo a faixa de renda dos países, 2012.



Fonte: Mills, 2014.

A regulação diz respeito aos mecanismos legais e normativos que conduzem a relação entre os componentes dos sistemas de saúde e se caracteriza por duas vertentes: a regulação de bens e serviços de saúde com a finalidade de minimizar os riscos à saúde decorrentes de seu uso; e a regulação da atenção à saúde, que objetiva melhorar a qualidade da assistência. O tamanho da regulação está associado ao papel do Estado no sistema: sistemas nos quais o setor privado predomina, onde as empresas de saúde baseiam seus lucros no controle sobre a utilização dos serviços, frequentemente apresentam muitos problemas de regulação (LOBATO E GIOVANELLA, 2008). O conceito de regulação pode também ser aplicado à auto-regulação por atores não-governamentais e por mecanismos de mercado, sendo que as fronteiras dessas responsabilidades são definidas pelo Estado e seus resultados são objeto de controle estatal. Por exemplo, no caso da auto-regulação dos seguros sociais, seus agentes têm sido caracterizados como braços do Estado, ou seja, a influência do Estado sobre os seguros sociais é mais alta em relação àquela sobre os esquemas privados (WENDT et al, 2009 apud MARMOR e WENDT, 2012; JOURMARD et al, 2010). Na Bolívia, as instituições do seguro social – *Cajas de Salud* – têm autonomia de gestão e de recolhimento de contribuições. Os serviços ofertados são explicitados por lei e essas instituições estão sujeitas às normas do *Ministerio de Salud y Deportes* e à fiscalização do *Instituto Nacional de Seguros de Salud* – INASES.

A dimensão da prestação de serviços nos sistemas de saúde abrange tanto a estrutura dos sistemas, do ponto de vista dos recursos (estabelecimentos, equipamentos, recursos humanos), quanto a cobertura desses serviços. Uma primeira diferenciação nessa dimensão se dá pelo critério da titularidade (propriedade) e da orientação ao lucro, pela qual é possível

distinguir o Estado (prestador público não-lucrativo) e os atores privados (prestadores privados lucrativos e não-lucrativos). A análise da prestação de serviços, entretanto, requer combinar elementos da organização, financiamento/pagamento e regulação do sistema, considerando que esse conjunto vai condicionar o funcionamento de toda a rede de serviços e, em última análise, o acesso dos usuários às ações de saúde. As disparidades relativas ao acesso aos serviços de saúde nos países em desenvolvimento são frequentemente explicadas pelos recursos insuficientes dos sistemas, alocação imprópria dos recursos ao longo dos programas e regiões, qualidade inadequada, renda familiar insuficiente, custos formais e informais da assistência, custos de viagens, barreiras culturais para a aceitação dos serviços e percepções equivocadas da doença e da efetividade da assistência. A dificuldade em lidar com essas questões está no desenho das políticas para enfrentar as raízes do problema dentro das restrições econômicas, institucionais e políticas, geralmente graves, também um aspecto crucial a ser considerado na Bolívia.

A gestão, além de ser a função administrativa de traçar diretrizes, planejar, alocar os recursos, contratar serviços, e organizar, dimensionar a oferta e avaliar as ações, dentre outras, é também a função política de articulação entre os diversos atores e níveis de organização do sistema. Em um conceito ampliado da gestão dos sistemas, Londoño e Frenk (1997) pensam em termos de um processo por meio do qual os recursos financeiros são coletados e alocados para possibilitar a produção e o consumo dos serviços de saúde, e que necessita da articulação entre a população e os prestadores de serviços, e entre os agentes financiadores e prestadores. Essa articulação inclui as funções de administração dos riscos, por meio da afiliação dos indivíduos ao sistema; a administração do acesso, ou seja, a entrada e saída do sistema; e a atuação mediadora entre o financiamento e a prestação de serviços.

Considerando a dinâmica dos sistemas de saúde, as dimensões do financiamento, prestação de serviços, gestão e regulação são espaços nos quais diferentes atores podem ter diferentes papéis e níveis de engajamento, condicionando a segmentação e a fragmentação desses sistemas e, conseqüentemente, o acesso aos serviços de saúde. Desse modo reforça-se o enfoque analítico desse trabalho, cujo foco principal são os processos de formulação e implementação de decisões políticas e sua explicação a partir da premissa de que as instituições em grande medida condicionam e determinam o comportamento dos atores políticos. Assumimos para a análise das reformas no sistema de saúde boliviano, contudo, a expectativa de que as mudanças institucionais devem se dar na direção da integração dos diversos segmentos da população, como no modelo *público unificado*.

#### ***4.3.1 O que entendemos por reforma dos sistemas de saúde?***

Como abordado nessa tese as reformas na política de saúde e, conseqüentemente, a constituição dos sistemas de saúde, adquiriram um lugar importante na agenda da maioria dos países na América Latina nas últimas décadas do século XX como parte do programa de ajustes estruturais. Esses processos foram influenciados por questões endógenas e exógenas, tais como as alterações na economia mundial ou local e as opções dos Estados em relação a elas, as crises fiscais dos Estados e a diminuição dos investimentos públicos, o aumento da pobreza e das desigualdades, a redemocratização dos países da região, as transições demográfica e epidemiológica, ou o baixo desempenho dos sistemas em relação à solução dos problemas de saúde na região. As reformas nos sistemas de saúde foram (e são) também influenciadas pelos discursos do campo da saúde nos respectivos contextos temporais.

Nesse sentido, existem duas grandes correntes de pensamento que têm orientado o conteúdo das reformas dos sistemas de saúde. A primeira propõe a introdução da competição de mercado, ou seja, reflete a ideologia neoliberal e introduz a mercantilização no setor, justificada pela alta proporção do PIB que representa. A estruturação dos sistemas se dá por meio de múltiplos administradores de fundos, compradores de serviços e prestadores e pela canalização de vultuosos subsídios fiscais para sua sustentação. Essa corrente enfatiza o seguro universal em saúde, que pode se constituir por meio de variadas formas de financiamento. Ou seja, admite-se a segmentação dos sistemas em um formato como o defendido por Londoño e Frenk (1997), o “pluralismo estruturado”. Na América Latina as reformas dos sistemas de saúde no Chile, Colômbia e México seguiram essa linha de pensamento. A segunda corrente defende o sistema único e público de saúde, no qual os serviços são públicos e objetivam garantir o acesso igualitário e gratuito a toda a população. É proposta, portanto, a desmercantilização da saúde e enfatizado o papel redistributivo do Estado sob a forma de prestação de serviços. Na América Latina, os exemplos desses sistemas são o de Cuba e do Brasil. No nível internacional, a Inglaterra, os países nórdicos e a Espanha (LAURELL, 2012, p. 2).

Um aspecto que destacamos nessa tese e que guarda relação com a expectativa das reformas no sistema de saúde boliviano é a diferenciação da cobertura universal nesses dois modelos. Os sistemas únicos têm, por definição, uma cobertura universal que oferece acesso a todos os serviços existentes. Certamente o acesso fica condicionado a barreiras geográficas, culturais ou de estrutura dos serviços para o atendimento das necessidades dos usuários. Nos seguros de saúde, por seu turno, a universalidade se refere à cobertura populacional, ou seja, ao número de pessoas incluídas no sistema e não à atenção à saúde coberta. A amplitude dessa



cobertura comumente está vinculada ao custo do pacote de serviços e à capacidade de pagamento, negando aos usuários o princípio da igualdade diante de uma mesma necessidade. Ou seja, a barreira de acesso é principalmente econômica (LAURELL, 2012).

Guardando esse marco conceitual dos sistemas de saúde, como já enfatizamos as reformas na política de saúde são entendidas como processos de mudança estrutural no setor pelos quais se alteram as concepções de saúde e doença, os princípios organizativos dos sistemas de saúde e o papel do Estado, do setor privado e das organizações da sociedade que interagem nesse campo (ALMEIDA, 2005). Como nos diz Draibe (2003), um conceito “forte” de reforma abrange os casos em que as mudanças afetam os princípios, as estruturas, as regras duras da política (ou suas subáreas). Reformas parciais são identificadas quando afetam parte dos princípios e da institucionalidade de uma política. E essas reformas, sejam “fortes” ou parciais, vão caminhar na direção de sistemas únicos universais ou de sistemas segmentados, mesmo que esses estejam em busca da cobertura universal.

Assumimos que as reformas devem provocar mudanças institucionais que acolham a nova política de saúde que se quer implantar. No entanto, retomando o arcabouço teórico adotado nesse trabalho, entendemos que estão presentes nas instituições, de forma interligada, elementos de continuidades e de mudanças. Aqui, consideramos que o reordenamento proposto por uma nova política de saúde não partirá do “zero” (DRAIBE, 2003), ou seja, tem que considerar o legado do sistema. Assumimos também que os processos de reformas na política de saúde podem se dar de forma abrupta ou incremental e resultar em mudanças institucionais drásticas – que caracterizariam nosso conceito de reforma “forte” da política –, graduais ou mesmo na manutenção das instituições anteriormente existentes. Como também já enfatizado, esse é o fenômeno que nos propomos a analisar: o caráter das mudanças no sistema de saúde boliviano ocorridas a partir da definição da política de saúde no governo do MAS.

#### ***4.3.2 Como analisar as reformas do sistema de saúde boliviano?***

Uma primeira dimensão dessa análise é a base legal que sustenta e dá forma à política de saúde. A Constituição de 1967, vigente até 2009 na Bolívia, estabelecia a obrigação do Estado de proteger a saúde enquanto uma condição para o desenvolvimento do capital humano. A promulgação da nova Constituição em 2009 incorporou a saúde como direito dos cidadãos e responsabilidade do Estado, o que constituiu a base para as reformas implementadas a partir daí. A legislação infra-constitucional que se seguiu à nova Constituição regulamenta aspectos relacionados a esse direito e à organização do sistema de saúde. A análise das mudanças na política de saúde boliviana passa, portanto, pelo seu arcabouço jurídico anteriormente e após a

vigência da Constituição de 2009, considerando o sistema de saúde já constituído quando da ascensão do MAS ao governo em 2005 e a pertinência, para o objetivo desse trabalho, da análise de seu legado.

Considerando a discussão acerca dos sistemas de saúde e as categorias abordadas em seus estudos comparativos, analisamos as dimensões do financiamento, do gasto em saúde, da infraestrutura do sistema, da cobertura do sistema, e da cobertura das ações e serviços de saúde. Em relação a essa opção tecemos duas observações: a primeira sobre o fato de não nomearmos a dimensão da prestação de serviços, como vários estudos acerca dos sistemas de saúde se referem; a segunda, quanto à dimensão do acesso aos serviços de saúde.

A literatura tem discutido as dificuldades em abordar a prestação de serviços com base em indicadores clássicos como a densidade de médicos ou a proporção de leitos hospitalares, considerando que do ponto de vista dos usuários o fator essencial é a disponibilidade dos prestadores. Alguns estudos têm avançado no desenvolvimento de índices de prestação de serviços, como o de assistência hospitalar, que inclui quantidades de médicos especialistas e enfermeiras, e o índice de assistência ambulatorial, que inclui números de médicos generalistas e farmacêuticos. Esses índices informam se os sistemas se baseiam em uma larga extensão na atenção primária ou na atenção especializada (secundária e terciária), qualificando o tipo de serviços prestados. De forma mais acurada, analisar a prestação de serviços implicaria no uso de indicadores como a distribuição espacial dos serviços em relação a uma dada população e a disponibilidade de profissionais em relação às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde a partir de um modelo definido de atenção à saúde, por exemplo. Com relação ao acesso às ações de saúde, existem potentes indicadores para sua análise como a proporção de óbitos ocorridos sem assistência médica; a proporção da população rural localizada a mais de uma hora, e da população urbana localizada a mais de 30 minutos de um centro de assistência à saúde; a exigência de co-pagamentos do usuário para os procedimentos; a proporção de serviços de saúde que reduziram barreiras funcionais ao acesso, tais como horários e linguagem de comunicação com os usuários; a média de tempo de espera para determinadas cirurgias (ALLIN e MASSERIA, 2009); e a proporção de mortes evitáveis (óbitos por certas causas, que não correriam na presença de assistência oportuna e efetiva à saúde, dentre outros (NOLTE e MCKEE, 2008).

Tanto na possibilidade da análise da prestação de serviços quanto em relação aos indicadores mencionados do acesso, a falta de dados disponibilizados sobre a Bolívia

impossibilitou avançar em sua construção<sup>55</sup>. Para contornar essa questão analisamos o acesso a partir de indicadores da cobertura de algumas ações de saúde e de alguns indicadores de resultados. Para alguns desses indicadores discriminamos a cobertura por quintil de renda, área urbana ou rural e *Departamentos* da Bolívia, aproximando a análise das barreiras espaciais e de renda existentes. Esses indicadores, em conjunto com aqueles de infraestrutura instalada de serviços selecionados nesse trabalho – densidade de profissionais, número de estabelecimentos por subsistema – nos permitem inferir sobre a disponibilidade dos prestadores de serviços (Quadro 7).

Na dimensão do financiamento, a proporção do gasto público em saúde pode ser tomada como um indicador do poder de intervenção do Estado, bem como da extensão na qual se considera pública a responsabilidade de garantir a entrada daqueles que necessitam de assistência no sistema. Uma importante observação em relação a esse indicador é que o aumento do gasto total em saúde (% PIB) não necessariamente se relaciona ao aumento da proporção de gasto público em saúde, e pode sugerir maior participação do gasto privado no gasto total em saúde por meio de renúncia fiscal, concessão de subsídios a empresas, isenções fiscais ou incentivos à população resultando no barateamento dos custos de atenção à saúde para a população ou para certos segmentos desta, por exemplo. A análise comparativa entre os dois indicadores, proporção do gasto público e do gasto privado em saúde em relação ao gasto total em saúde é, portanto, importante para a avaliação de “como” e “para quem” os recursos estão alocados. Considerando que o gasto público em saúde envolve diretamente o papel do sistema público na assistência, espera-se que um melhor resultado da avaliação desse indicador esteja positivamente correlacionado com o acesso e os resultados das ações. É um indicador mais sensível em relação ao gasto per capita, dado que esse último, se não desagregado, pode conter a soma de gastos públicos e privados.

Um terceiro indicador do financiamento é relevante para os usuários: o gasto do próprio bolso em relação ao gasto total em saúde. Wendt (2009) refere-se a vários estudos que demonstram que a participação privada no financiamento da saúde reduz a utilização dos serviços e aumenta a desigualdade. O gasto do próprio bolso constitui aquele desembolso direto no ponto de atenção à saúde, ou seja, aquele realizado quando se busca e recebe a assistência. Dado que o preço dos serviços pode ser proibitivo, o indivíduo em necessidade pode decidir não buscar a assistência, o que configura uma barreira financeira à demanda. O indivíduo pode também não buscar o serviço porque não tem cobertura pelo sistema de saúde ou porque não

---

<sup>55</sup> Nas bases pesquisadas – PAHO, OMS, BM, CEPAL – ausência dos dados, ou estes estão disponíveis apenas até 2002.

existe um serviço ao qual pode recorrer. Na medida em que não busca a assistência, o problema de saúde pode se complicar e requerer cuidados mais complexos e mais caros. No extremo, o gasto com saúde pode se transformar em um gasto catastrófico – geralmente aquele que supera em 40% o gasto do domicílio –, com grande probabilidade de causar empobrecimento. Como já mencionamos, quanto maior a parcela do gasto do próprio bolso maior a privatização do risco em caso de doença e, especialmente para as populações mais pobres, maiores as barreiras de entrada no sistema de saúde.

A soma do gasto em atividades preventivas, assistência ambulatorial e hospitalar, cuidados com pacientes crônicos, e gestão do sistema constitui o gasto total do país em saúde. É normalmente calculado como porcentagem do PIB, indicando o nível de recursos que a sociedade está disposta a gastar com saúde; ou em unidades per capita, indicando o quanto a sociedade investe na saúde de seus membros. O gasto per capita em saúde é, certamente, mais importante para o funcionamento do sistema do que o nível relativo do gasto em saúde. Ou seja, espera-se que um aumento no gasto per capita com saúde tenha um impacto positivo no acesso e nos resultados das ações.

Utilizamos como indicadores de infraestrutura, o número de estabelecimentos de saúde, por nível de complexidade e por *Departamento*, em relação aos índices de pobreza. Também adotamos a densidade de profissionais de saúde. De acordo com a OMS estima-se que uma densidade de 23 profissionais é o limite mínimo necessário para alcançar cobertura para as intervenções essenciais na maioria dos países. A média mundial da densidade de recursos humanos em saúde em 2012 foi de 42,9 médicos e enfermeiras(os) por 10 mil habitantes. A maior média foi da Europa (117,5) e a menor, da África (11,6). Todas as regiões apresentaram maior proporção de enfermeiras(os), parteiras e outros profissionais do que de médicos, sendo as maiores diferenças na África e América Latina. Diferenças nas densidades também foram observadas entre áreas urbanas e rurais (CARPIO e BENCH, 2015). Os dados disponíveis para esse indicador não são sensíveis a essa diferença espacial, importante questão na Bolívia. Contudo, o indicador é válido em uma caracterização macro do sistema de saúde no país e, em conjunto com outros mais sensíveis, contribui para a análise aqui proposta.

Quadro 7- Indicadores utilizados na análise do sistema de saúde boliviano, segundo dimensões selecionadas.

Dimensão	Indicador	Fonte
Gasto	Gasto com saúde por habitante, ao ano, em US dólares ppp.	OMS
	Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto total com saúde no ano considerado.	OMS
Financiamento	Proporção do gasto do governo com saúde em relação ao conjunto dos gastos em saúde (público, seguro social, privado, indivíduos), no ano considerado.	OMS
	Proporção do gasto privado com saúde em relação ao conjunto dos gastos em saúde (público, seguro social, privado, indivíduos), no ano considerado.	OMS
	Proporção do gasto do próprio bolso com saúde em relação ao conjunto dos gastos em saúde (público, seguro social, privado, indivíduos), no ano considerado.	OMS
Infraestrutura	Densidade de profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiras (os), e da medicina tradicional) por 10.000 habitantes, no ano considerado, no ano considerado.	OMS
	Número de unidades de saúde por nível de complexidade, no ano considerado.	OPAS
Cobertura do sistema	Proporção da população coberta e não coberta, segundo subsistemas público, privado e do seguro social, no ano considerado.	MSD-INE
	Proporção da população coberta e não coberta, segundo subsistemas público, privado e do seguro social, por Departamento, no ano considerado.	
Cobertura de ações e serviços	Local de realização do último parto, no ano considerado.	MSD-INE
	Proporção de mulheres com idade entre 15-49 anos, casadas ou em união que estão usando, ou cujo parceiro sexual está usando métodos de contracepção modernos, por Departamento e ano considerado. Os métodos modernos de contracepção incluem: esterilização femi	OMS
	Proporção de mulheres com idade entre 15-49 anos, casadas ou em união que estão usando, ou cujo parceiro sexual está usando, pelo menos um método de contracepção, independentemente do método utilizado, por Departamento e ano considerado.	OMS
	Porcentagem de mulheres com idade entre 15-49 anos, entre aquelas que precisam de contraceptivos, casadas ou em união, que está usando qualquer método. Mulheres que precisam de contraceptivos incluem aquelas que são férteis, mas relatam querer espaço entr	OMS
	Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais modernos, por quintil de renda (%), no ano considerado.	OMS
	Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais modernos e tradicionais (%), por quintil de renda, no ano considerado.	OMS
	Demanda satisfeita de planejamento familiar (%), por quintil de renda, no ano considerado.	OMS
	Taxa de mortalidade neonatal. Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias/1.000 nascidos vivos por Departamento e ano. Relacionada à inadequação ou inexistência de assistência pre-natal e falta de acesso ou capacidade de resolução no âmbito hospital	OMS
Resultados de ações	Taxa de mortalidade materna. Número de óbitos/100 mil nascidos vivos.	
	Taxa de mortalidade infantil. Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano/1.000 nascidos vivos, por Departamento e ano. De maneira geral, reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico, infraestrutura ambiental e acesso a qualidade dos recursos	OMS
	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos. Número de óbitos de crianças com menos de 5 anos/1.000 nascidos vivos, por Departamento e ano.	OMS
	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos, por áreas urbanas e rurais, e populações indígenas e não-indígenas (/1.000 nascidos vivos), no ano considerado.	CEPAL

Fonte: elaboração própria.

A cobertura do sistema é medida pela proporção da população nos subsistemas e por *Departamento*. Além de identificar parcelas da população descobertas, esses indicadores caracterizam a segmentação do sistema. Para a análise da cobertura das ações de saúde, que nos

aproxima da análise do acesso, utilizamos indicadores de cobertura de algumas ações ou programas: planejamento familiar, suplementação vitamínica em crianças, tratamento de patologias em crianças. Quanto aos resultados em saúde, são analisados indicadores de mortalidade infantil e neonatal, e mortalidade materna.

Considerando que a análise proposta nesse trabalho demanda uma avaliação temporal, a seleção dos indicadores guardou a preocupação, além de sua validade, com a disponibilidade de dados para o período anterior e a partir da ascensão do MAS ao governo. A partir dessas dimensões analisamos a conformação do sistema de saúde boliviano no período pós-redemocratização (1982-1985), especialmente focando nos governos neoliberais entre 1986 e 2005 e no primeiro e segundo mandatos do MAS, com o objetivo de delinear esse sistema, caracterizar as reformas empreendidas e seus principais resultados na mudança institucional. O objetivo central foi o de analisar as reformas empreendidas no governo do MAS de forma comparada a esses processos anteriores.

## Capítulo 5 - A política de saúde nos governos neoliberais na Bolívia

### Introdução

O objetivo desse capítulo é trazer o contexto político-institucional da política de saúde quando da posse do MAS na presidência da Bolívia e principalmente, considerando o arcabouço teórico aqui adotado, fornecer subsídios para a análise das reformas empreendidas nesse governo *vis a vis* o legado dessa política.

Iniciamos com uma breve descrição do país que estamos tratando – a Bolívia – abordando a evolução recente de alguns indicadores políticos e econômicos. Em seguida descrevemos a constituição do sistema boliviano de saúde entre 1930 e 1982, ano em que o país retorna à democracia após 18 anos de ditadura (1964-1982). Feito isso, nos atemos ao contexto político-econômico dos anos de governos democráticos que antecederam ao governo do MAS (1982-2005), à política de saúde nesses governos e às reformas por eles empreendidas. Abordamos especialmente os governos neoliberais de 1985 a 2005, dado nosso objetivo de analisar as reformas na política de saúde ocorridas em um governo de esquerda em contraponto àquelas levadas pelos governos de cunho neoliberal.

Demarcamos, portanto, um ponto de partida que delimita as mudanças e continuidades na política de saúde no país, ou seja, sua variação (DRAIBE, 2003). Sem desconhecer o legado da conformação do sistema de saúde boliviano anterior a esse limite, assumimos que os vinte anos de governos neoliberais (1985-2005) aprofundaram a pobreza no país, as más condições de saúde e as dificuldades de acesso ao um sistema de saúde fragmentado e segmentado, e de qualidade questionável.

### 5.1 De qual país tratamos?

A Bolívia é constituída por nove *Departamentos* subdivididos em 112 províncias, 339 municípios e onze territórios indígenas-originários-camposinos<sup>56</sup> (Figura 3). A população estimada em 2015 foi de 10.746.464 habitantes, concentrados nas faixas etárias mais jovens. Também segundo estimativas para 2015 a população urbana compreendia 68,26% do total. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística da Bolívia<sup>57</sup>, os dados do censo de 2001 mostraram que 59,7% da população acima de 15 anos se auto-identificava como pertencente a

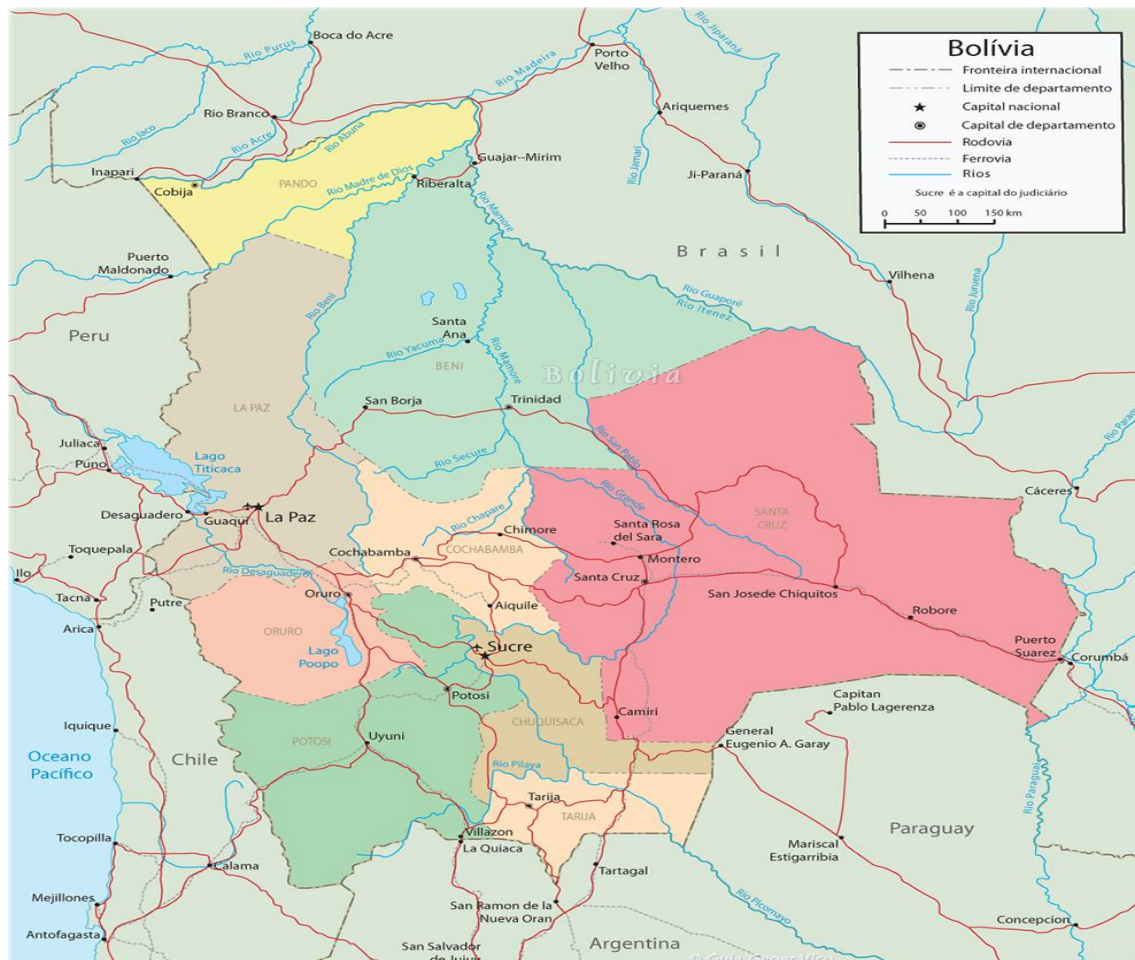
---

<sup>56</sup> A autonomia indígena originário camponesa (reconhecimento constitucional do governo próprio) foi estabelecida pela Constituição de 2009, sendo que onze municípios optaram por ela.

<sup>57</sup> <http://www.ine.gob.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC20113.HTM>

algum povo indígena ou originário, aspecto que traz à discussão da política de saúde importantes questões quanto à incorporação dessa cultura no modelo de atenção.

Figura 3- Mapa político da Bolívia, 2012<sup>58</sup>.



Os *Departamentos* bolivianos apresentam uma diversidade em termos de desenvolvimento socioeconômico. Entre os fatores recentes que explicam essa diferença está a perda da importância econômica da extração mineral nos anos 1970, que provocou o declínio de algumas cidades, como Oruro e Potosí, e um intenso fluxo migratório para a região de Santa Cruz, onde se incrementaram atividades agrícolas. Os *Departamentos* de maior desenvolvimento hoje são Cochabamba, Santa Cruz e Tarija. As diferenças entre os *Departamentos* podem também ser observadas a partir da análise do Índice de Necessidades Básicas Insatisfeitas, composto por indicadores de materiais adequados e espaço suficiente das moradias, adequação dos serviços de água e saneamento, adequação dos insumos energéticos, educação e saúde. Esse índice nos permite identificar a heterogeneidade e as situações

<sup>58</sup> Fonte: <http://www.igmbolivia.gob.bo/>



diferenciadas de pobreza em zonas geográficas do país. De forma geral, a proporção da população com necessidades básicas insatisfeitas é alta em todas as regiões da Bolívia e nos períodos analisados (referentes aos dados dos censos de 1992, 2001 e 2012). Os melhores índices, analisados a partir dos dados do Censo de 2012, estiveram em 34,6% de necessidades básicas insatisfeitas no *Departamento* de Tarija e 35,5% em Santa Cruz. Em seis dos nove departamentos mais de 50% da população tem necessidades básicas insatisfeitas (Tabela 3). De forma geral, esse índice teve uma redução entre 1992 e 2012, embora a proporção de necessidades básicas insatisfeitas ainda reflita um grave problema da Bolívia, que se encontra entre os países do mundo com maiores níveis de pobreza e desigualdade.

Tabela 3- Proporção (%) da população boliviana com necessidades básicas insatisfeitas e variação média anual, por Departamento e para o país. Censos de 1992, 2001 e 2012.

DEPARTAMENTO	CENSO 1992	CENSO 2001	CENSO 2012	Variação média anual (1) 1992-2001 p.p.	Variação média anual (1) 1992-2012 p.p.	Variação média anual (1) 2001-2012 p.p.
BOLIVIA	70,9	58,6	44,9	-1,3	-1,3	-1,2
Chuquisaca	79,8	70,1	54,5	-1	-1,2	-1,4
La Paz	71,1	66,2	46,3	-0,5	-1,2	-1,8
Cochabamba	71,1	55	45,5	-1,7	-1,3	-0,8
Oruro	70,2	67,8	47	-0,3	-1,1	-1,9
Potosí	80,5	79,7	59,7	-0,1	-1	-1,8
Tarija	69,2	50,8	34,6	-2	-1,7	-1,4
Santa Cruz	60,5	38	35,5	-2,4	-1,2	-0,2
Beni	81	76	56,4	-0,5	-1,2	-1,7
Pando	83,8	72,4	58,8	-1,2	-1,2	-1,2

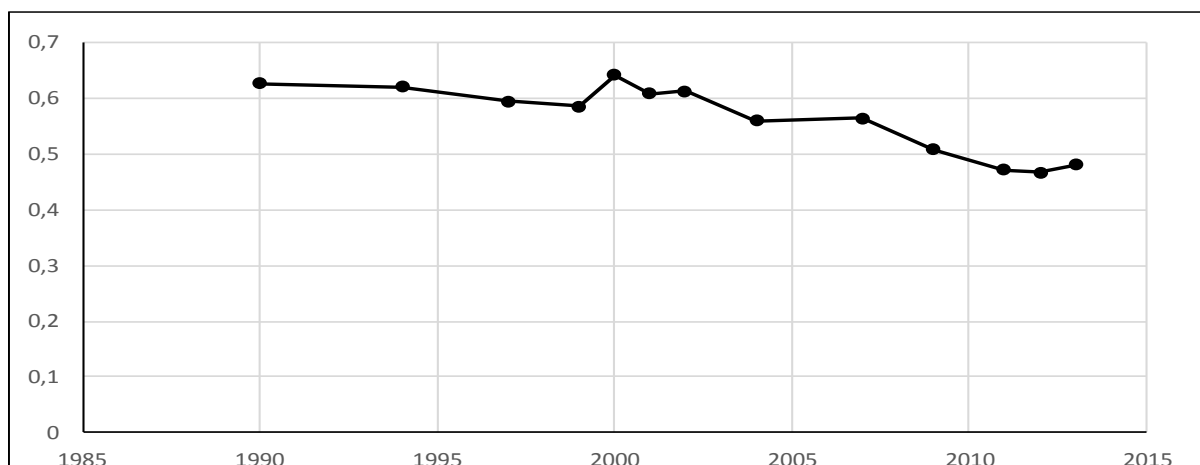
Fonte: Instituto Nacional de Estadística - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE).

O Coeficiente de Gini para a Bolívia mostra que a desigualdade relativa à distribuição da renda, vem diminuindo, considerando o período a partir dos anos 1990. Já no governo do MAS, a partir de 2007 essa desigualdade teve uma diminuição acentuada (de 0,561 em 2007 para 0,481 em 2013), embora com uma variação para mais entre 2012 e 2013 (Gráfico 7).

Em 2011 os quintis de renda 4 e 5 (mais ricos) concentravam 73,2% da renda no país, enquanto os setores mais pobres da população (quintis 1 e 2) acumulavam 12,2% dessa renda. O perfil dessa distribuição tem também se alterado: houve um aumento da concentração de renda nos quintis mais baixos (1, 2 e 3) e uma diminuição no quintil 5 que passou de uma concentração de 62,8% da renda nacional em 1997 para 51% em 2011<sup>59</sup>.

<sup>59</sup> Informações da CEPAL disponíveis <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=248&idioma=e>.

Gráfico 7- Coeficiente de Gini para a Bolívia entre 1989 e 2013.

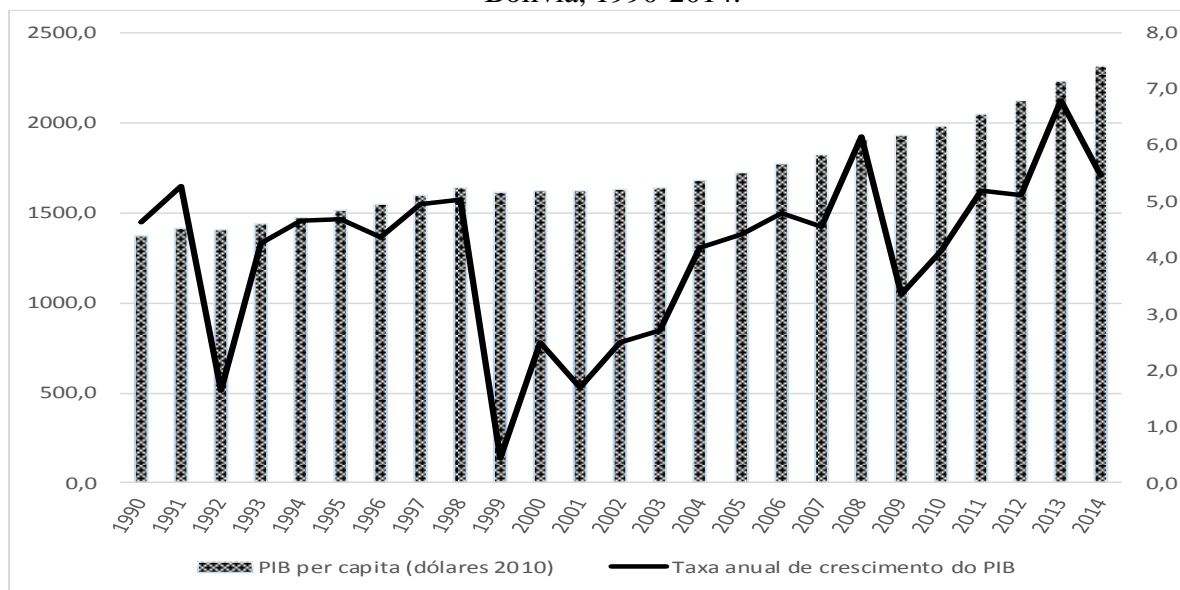


Fonte: Elaboração própria a partir de dados da CEPAL  
<http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=33&idioma=i>

Do ponto de vista da atividade econômica o Produto Interno Bruto (PIB) da Bolívia, embora com oscilações, cresceu de forma importante nos últimos anos, principalmente a partir de 1999, se comportando na média ou acima da média dos países latino-americanos. Da mesma forma o PIB per capita tem mantido crescimento constante a partir de 2005 (Gráfico 8), mesmo com oscilações no crescimento do PIB. Em relação ao ano anterior à chegada do MAS ao governo, 2005, o PIB per capita em 2014 havia crescido 34,2%. Considerando os governos anteriores, entre 1996 e 2005 o crescimento do PIB per capita foi de 11,3% e entre 1990 e 2014, de 68,9% (dólares constantes em 2010). Ressaltamos que o PIB per capita não reflete a distribuição da renda no país, mas, como vimos pela análise do Coeficiente de Gini, essa teve alterações positivas no país nos últimos anos. Por sua vez, a taxa inflação no país, que em 2005 estava na faixa de 5%, chegou a 14% em 2008 e a 3,35% em 2009.

Os dados da atividade econômica observados em conjunto com aqueles da pobreza e desigualdade mostram que o processo recente de crescimento econômico da Bolívia é particularmente relevante, dado que pode oferecer uma oportunidade de desenvolvimento substancial das políticas sociais, dentre elas a política de saúde. Cabe ressaltar que, apesar do bom crescimento, o PIB per capita boliviano (em dólares) continua sendo um dos menores da região, próximo a Honduras (2278,2 dólares), Guatemala (2984 dólares) e Nicarágua (1775,2 dólares).

Gráfico 8- Taxa anual de crescimento do PIB e PIB per capita (em dólares de 2010) na Bolívia, 1990-2014.



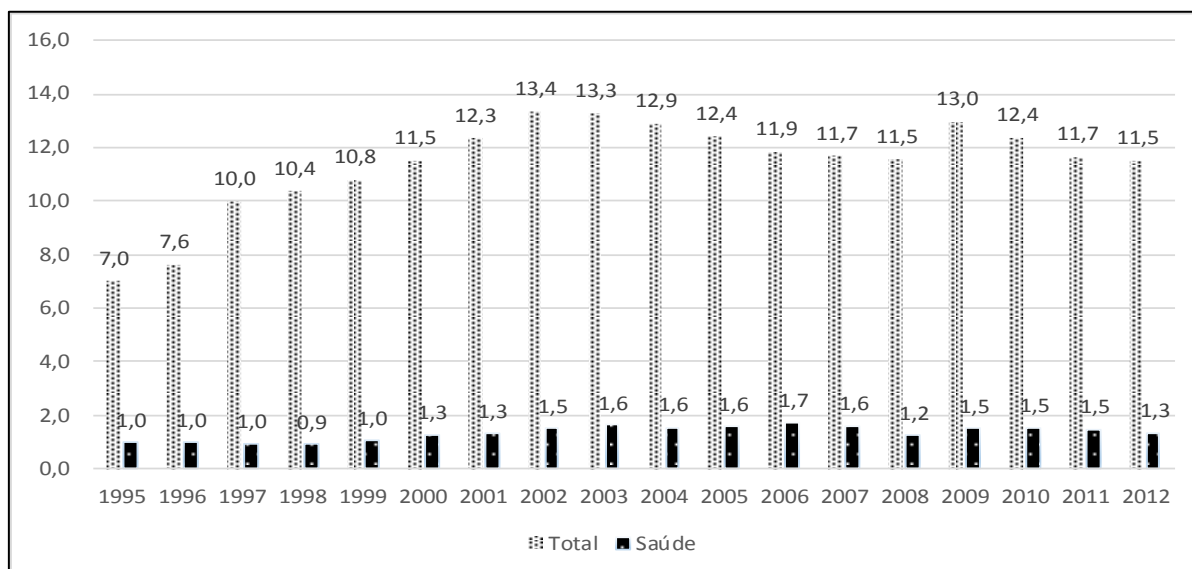
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da CEPAL, disponíveis em <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=33&idioma=i>

Uma caracterização do país pode também ser feita a partir do gasto público social, cuja meta é a solução das necessidades básicas insatisfeitas em saúde, educação, saneamento ambiental, disponibilização de água potável, moradia, dentre outras. Ou seja, o gasto público social refere-se àquele realizado com as políticas de bem-estar e reflete a extensão da responsabilidade pública na garantia desse bem-estar. Na Bolívia houve um incremento na proporção desse gasto, que passou de 7% em 1995 para 11,5% do PIB em 2012, se consideramos o período como um todo (Gráfico 9). A variação mais expressiva ocorreu entre 1996 e 1997 (de 7,6% para 10%, respectivamente), ano de início do governo de Hugo Banzer, provavelmente devido ao fato de que, frente a um período de crise econômica e a necessidade de atenuar os conflitos que começaram a emergir em reação à política neoliberal, esse governo tenha investido em ações voltadas à redução da pobreza e à diminuição das desigualdades. Com efeito, o coeficiente de Gini mostra a diminuição da desigualdade na distribuição da renda entre 1997 e 2000 (Gráfico 7). Já no governo de Evo Morales observamos que os períodos nos quais ocorreu um crescimento do PIB (de 2006 a 2008 e em 2009 e 2010) não foram acompanhados por uma elevação na proporção do gasto público social ou da proporção do gasto público em saúde.

O gasto público em saúde em relação ao PIB na Bolívia está entre os menores da América Latina. Em 2012 a maior proporção na região foi da Costa Rica, de 6,8% do PIB; e a menor na Guatemala, 1,1% do PIB. Entre os países da região com menor gasto público em

saúde como proporção do PIB, além da Bolívia, estão Colômbia (2,0%) e Equador (1,8%). Entre os maiores gastos em saúde estão o Uruguai com 6,0% e a Venezuela, com 4,5% do PIB.

Gráfico 9- Gasto público social total e com a saúde na Bolívia, como porcentagem do PIB, 1995-2012.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da CEPAL, disponíveis em <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=33&idioma=i>

A análise de alguns indicadores de saúde na Bolívia mostra uma importante redução nas taxas de mortalidade e um aumento da cobertura dos serviços de saúde, embora ainda reflitam problemas no acesso às ações de saúde, como a carência de cuidados no pré-natal, no pós-parto e no primeiro ano de vida. Aprofundaremos essa discussão no capítulo 6. A probabilidade de morte entre 30 e 70 anos por doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas caiu de 20% em 2000 para 18% em 2012; a taxa de mortalidade em adultos (probabilidade de morte entre 15 e 60 anos) caiu de 272/1000 habitantes em 1990 para 210/1000 em 2013<sup>60</sup>. Entendemos que esses resultados – considerando os determinantes sociais da saúde<sup>61</sup> –, se devem ao conjunto de políticas implementadas no país, além daquelas estritamente referentes à assistência à saúde, que incidem sobre a saúde da população.

Do ponto de vista político, estamos tratando de dois contextos na Bolívia. Entre os anos 1985 e 2005 os governos neoliberais e as reformas que empreenderam levaram à recessão, ao desemprego e ao arrocho salarial. Entretanto essas reformas permitiram, por meio da

<sup>60</sup> Entre as mulheres essa taxa caiu de 245 para 172/1000 entre 1990 e 2013; entre os homens, de 299 para 247/1000 habitantes entre 1990 e 2013. Dados da OMS disponíveis em <http://apps.who.int/gho/data/node.main.11?lang=en>.

<sup>61</sup> A definição de determinantes sociais de saúde (DSS) expressa o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007).

descentralização de competências e de recursos para as municipalidades, o surgimento de alternativas de desenvolvimento congruentes com as ssvivências e práticas culturais próprias de cada região. De certa forma isso contribuiu para a melhoria da qualidade de vida de segmentos urbanos e seu empoderamento, embora não tenha modificado significativamente as condições de vida das populações rurais. Em um segundo contexto, a vitória do MAS em 2005 iniciou um período de maior estabilidade político institucional, com o compromisso de uma nova política econômica e de desenvolvimento e, portanto, uma expectativa de reformas.

## **5.2 O cenário político-institucional e da constituição do sistema de saúde na Bolívia: dos anos 1930 aos anos 1980.**

Como vimos, na grande maioria dos países latino-americanos os programas de assistência à saúde se constituíram em decorrência do desenvolvimento dos esquemas de previdência social para os trabalhadores formais. Na Bolívia esses esquemas se iniciaram em 1831 com a criação do *Fondo de Jubilaciones* para os funcionários públicos, se expandiram nos anos 1920 com a criação da *Caja de Pensiones y Jubilaciones Militares* – para esse grupo, seus aposentados e familiares pensionistas –, e nos anos 1930 com a *Caja de Pensiones, Jubilaciones y Montepios*, para empregados dos *Correos y Telegrafos* (LOZANO, 2002).

A extensão da cobertura das *Cajas* a outros setores da população assalariada nesse período e posteriormente, em 1949, a todos os trabalhadores formais por meio da *Ley del Seguro Social General*, expôs uma tradição da história republicana do país de exclusão da população indígena das áreas rurais da assistência à saúde, assim como ocorrido na época colonial. Os serviços de atenção médica existentes não chegavam a essas áreas a não ser por meio de poucos médicos nas províncias, funcionários do Estado que atendiam a essa população. A medicina privada era o recurso habitual ao qual a população recorria. Os hospitais estavam a cargo de organizações religiosas e de algumas poucas estatais, se dedicando ao atendimento da demanda dos pobres urbanos, a preços subvencionados. As atividades das ONGs (Organizações Não Governamentais) e das organizações religiosas em seus centros de atenção à saúde se destacaram por sua presença nas regiões mais dispersas do país. O incremento da cooperação internacional á época contribuiu e incentivou a expansão dees serviços privados, tanto pela contratação e parceria na prestação dos serviços de saúde propriamente ditos, quanto no financiamento da estruturação dessa rede de serviços privada, o que ao longo dos anos constituiu uma barreira à incorporação dos serviços de saúde a uma rede que se propusesse universal e integral. Ações verticais de saúde coletiva no combate a doenças como a tuberculose

e a malária, por sua vez, tinham um manejo independente da medicina privada, da assistência filantrópica ou da previdência social (LOZANO, 2002; ARTAZA et al, 2004).

Em 1936, a criação de um ministério para a saúde – *Ministerio de Higiene, Salubridad y Previsión Social* – se deu como parte da atenção aos problemas relacionados ao trabalho. Apenas em 1947 o país contou com um organismo específico para a atenção da saúde coletiva – o então *Ministerio de Trabajo, Salubridad y Previsión Social* –, que centralizou as ações preventivas e curativas de saúde. No entanto, as principais ações da saúde pública não guardavam relação direta com essa mudança institucional: os principais avanços em termos de saúde pública na Bolívia expressaram a hegemonia dos interesses dos EUA, tendo como instrumentos a Fundação Rockefeller e o *Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Publica* (SCISP). A Fundação patrocinou em 1932 o programa de erradicação da febre amarela, conseguindo eliminar o mosquito vetor da doença. Posteriormente também cooperou na campanha de erradicação da malária no país, embora seus resultados não tenham sido definitivos e as enfermidades recorressem periodicamente. Isso em muito se deve ao fato de que essas ações não foram acompanhadas do desenvolvimento das regiões do país, (LOZANO, 2002).

O SCISP foi provavelmente o recurso mais potente da hegemonia dos interesses norte-americanos no país. Foi constituído em 1942 como uma seção técnica do *Ministerio*, com a função de promover e organizar serviços de caráter preventivo, com ações inicialmente voltadas para as populações comprometidas com o abastecimento de matérias-primas indispensáveis ao esforço bélico dos EUA na II Guerra Mundial, como a borracha nas regiões de Beni e Pando. Nesses *Departamentos* foram instalados os primeiros estabelecimentos de saúde fruto da cooperação. Após a guerra o plano de ação continuou, com a promoção e organização de serviços preventivos de saúde, capacitação de pessoal e, alcançados esses objetivos, a entrega dos serviços ao *Ministério*. A ação desses organismos – Fundação Rockefeller e SCISP<sup>62</sup> – conseguiu interiorizar na Bolívia, até os anos 1960 e 1970, uma rede de serviços e de ações preventivas de saúde que tiveram um impacto positivo na saúde da população. Entretanto, como não alcançaram uma mudança da estrutura social, esses resultados foram também limitados (GOITIA, 1987; MACEIRA, 2002; LOZANO, 2002).

Até 1952 o Estado boliviano, estruturado com base nas oligarquias crioulas<sup>63</sup>, não havia construído um consenso acerca de sua política de saúde de forma a ultrapassar o

---

<sup>62</sup> Encerrou suas atividades na Bolívia em 1963.

<sup>63</sup> Aquela elite que, com a independência nos países latino-americanos, substituiu a aristocracia dirigente nomeada pelos reis e restaura o pacto colonial com as metrópoles europeias, na defesa de seus interesses próprios.

assistencialismo e expandir o acesso às ações de saúde para além das populações afiliadas às *Cajas*. Os problemas sociais estiveram velados e somente com o início do processo da Revolução Nacional de 1952 houve um avanço na incorporação das reivindicações sociais, principalmente em relação à saúde e à educação e para a população indígena e camponesa<sup>64</sup>. Como sua chegada ao poder com a Revolução, o *Movimiento Nacionalista Revolucionario* (MNR) realizou profundas mudanças, como a nacionalização das minas, a reforma agrária, a instituição do voto universal e a reforma educacional<sup>65</sup>. Foram iniciados os esforços para organizar a saúde nas áreas rurais, e substituir o enfoque curativo e assistencial por um enfoque preventivo da saúde. O processo revolucionário também impulsionou a estruturação da previdência social.

Em 1956 o presidente Siles Zuazo (MNR) promulgou o *Código de Seguridad Social*, um dos mais avançados da América Latina e uma das conquistas sociais mais importantes à época (GOITIA, 1987). O *Código* constituiu-se por um conjunto de normas que tinham como objetivo proteger a saúde do capital humano do país, dar continuidade a seus meios de subsistência, aplicar medidas de reabilitação e os meios necessários para melhorar as condições de vida das famílias. Seu cumprimento era obrigatório para todas as pessoas que trabalhassem e prestassem serviços remunerados mediante contratos de trabalho. A cobertura do seguro social de saúde prevista no *Código* incorporou oito das nove condições recomendadas à época pela Organização Internacional do Trabalho (OIT): doenças profissionais, maternidade, riscos profissionais, invalidez, velhice, morte, subsídios às famílias e moradia de interesse social.

Os subsistemas da previdência social reconhecidos no *Código de Seguridad Social* se agrupavam nos seguros de curto e longo prazo. O primeiro, *Seguro de Enfermedad y Maternidad*, que ainda hoje cobre a atenção médica integral para o trabalhador e toda sua família, os filhos até 18 anos, e os pais desse trabalhador, sem limite de idade, bem como os

---

<sup>64</sup> A Guerra do Chaco contra o Paraguai entre 1932 e 1935 teria sido uma estratégia do Presidente boliviano Salamanca de fortalecer seu governo e incorporar novos territórios (PERICÁS, s/d). Nessa guerra a convivência forçada de diferentes setores da população boliviana em locais abandonados e mal protegidos e a constatação dos desacertos da política nacional vigente contribuíram para com a maturação da consciência nacional, liderada pelo então nascente *Movimiento Nacionalista Revolucionario* que foi aglutinando trabalhadores, classes médias e camponeses até vencer as eleições de 1951. A anulação dessas eleições por um golpe militar precipitou uma insurreição popular que venceu em 1952, iniciando o processo da *Revolución Nacional* (BARRIOS et al, 2004).

<sup>65</sup> O MNR, partido nacionalista de centro, foi fundado em 1941 por um grupo de professores universitários, jornalistas, advogados, veteranos da Guerra do Chaco e intelectuais. Era encabeçado por Victor Paz Estenssoro, Hernán Siles Zuazo e Carlos Montenegro. Seu programa defendia, entre outros pontos, o antimperialismo, a abolição da estrutura “semi-feudal” no campo e a reforma agrária (PERICÁS, s/d).

riscos associados ao trabalho. O segundo, os seguros a longo prazo, incluíram aqueles de incapacidade, pensões, aposentadorias, velhice, morte e riscos profissionais a longo prazo<sup>66</sup>.

O Decreto que regulamentou o *Código de Seguridad Social*<sup>67</sup> estabeleceu, dentre outras, que a gestão e execução dos esquemas de previdência estariam a cargo de cinco caixas<sup>68</sup> às quais os trabalhadores eram vinculados de acordo com o ramo de atividade. Unidos em um consenso, a classe trabalhadora e os sindicatos médicos participaram tanto do estudo do código e de seu regulamento quanto da estruturação e funcionamento da *Caja Nacional de Seguridad Social*, que funcionou presidida pela COB (*Central Obrera Boliviana*) e com ativa participação da COMSIB (*Confederación Medica Sindical Boliviana*) enquanto não minada pela ditadura militar. A atuação conjunta desses dois atores fundamentais no sistema de saúde certamente contemplou e consolidou os interesses de ambos no subsistema do seguro social no país e construiu um importante legado da política de saúde, que influenciou as reformas posteriores na política de saúde, principalmente quando estas pretenderam a universalização do sistema sob princípios de solidariedade.

O financiamento da assistência prestada pelas *Cajas* era tripartite e cerca de 35% dos recursos destinavam-se a gastos com saúde, predominantemente ações curativas, sendo o restante alocado em fundos de pensões, investidos pelas caixas em imóveis e ações sob sua administração (MACEIRA, 2002:17). Com o *Seguro de Enfermedad y Maternidad* foi possível a construção de uma rede de ambulatórios e hospitais bem equipados, embora concentrados nas cidades e destinados a atender apenas cerca de 30% da população (aquela vinculada ao mercado formal de trabalho). Especificamente a CNS e a *Caja Petrolera de Salud* são proprietárias de grande parte dos estabelecimentos de saúde e vinculam grande parte dos profissionais médicos, de forma permanente, o que teve e ainda tem consequências para o sistema de saúde boliviano como um todo (MACEIRA, 2002; LOZANO, 2002; ARTAZA et al, 2004). Como já apontado, essas estruturas conformaram o legado do sistema de saúde boliviano, com o qual se confrontam as proposições de reformas na política de saúde.

Todo esse processo no período da Revolução Nacional se deu na vigência de dois textos constitucionais: de 1947 e de 1961. O primeiro estabelecia a obrigação de regulação do seguro previdenciário obrigatório, de ditar medidas de proteção à saúde e à vida dos trabalhadores

---

<sup>66</sup> *Código de Seguridad Social. Ley de 14 de Diciembre de 1956*. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1440/CODIGO%20DE%20SEGURIDAD%20SOCIAL.pdf>.

<sup>67</sup> Decreto Supremo 5315 de 1959.

<sup>68</sup> *Caja Nacional de Seguridad Social* (criada em 1956, e a partir de 1987, CNS, *Caja Nacional de Salud*), *Caja Ferroviaria de Salud* (dissolvida em 1997), *Caja de Seguro Social Militar (de 1937)*, *Caja de Seguro Social Bancario y Ramas Afins* (de 1926) e *Caja Petrolera de Salud* (de 1958).



urbanos e camponeses, e de controlar as condições de segurança e salubridade públicas e do trabalho no campo e nas minas<sup>69</sup>. Dessa obrigação advieram o *Código de Seguridad Social* e seu regulamento. O segundo, promulgado em 1961 no governo de Paz Estenssoro (1960-1964), estabeleceu como direito fundamental dos cidadãos a conservação da saúde e da vida. Ao Estado foi atribuída a responsabilidade de proteger a saúde do capital humano do país, de assegurar a continuidade de seus meios de subsistência, de reabilitar as pessoas incapacitadas e de promover a melhoria da qualidade de vida do grupo familiar. Foram também estabelecidos os princípios dos regimes de previdência social – universalidade, solidariedade, unidade de gestão, economia, oportunidade e eficácia – e sua atribuição de cobrir as doenças, maternidade, riscos profissionais, invalidez, velhice, morte, pensões familiares e fornecer moradias de interesse social<sup>70</sup>.

A ideia de alcançar uma previdência social integral e universal não frutificou. Para além do calor da Revolução, a profunda heterogeneidade social, a realidade econômica do país, as dificuldades de definição de uma política de saúde e as deficiências na administração dos esquemas público e do seguro social a impediram. A cobertura do sistema de seguro social excluiu a maioria da população, especialmente a camponesa. No caso dos trabalhadores mineiros a proteção da previdência e as atividades médicas assistenciais não conseguiram alterar a insalubridade dos locais de trabalho permitindo, por exemplo, que lesões irreversíveis relacionadas à exposição a partículas de sílica se iniciassem em média com quatro anos de trabalho nas minas. Ainda, os mecanismos de coordenação entre o subsistema da previdência social e o sistema público de saúde tornaram-se difusos (e ainda o são) e essa segmentação gerou e gera prestações de serviços cruzadas e subsídios implícitos, o que afetou a cobertura, a eficiência e a sustentabilidade dos dois sistemas.

Em suma, a posição alienada das instituições de saúde em relação aos problemas sanitários do país e a manutenção de um regime de exploração dos trabalhadores colocaram a Bolívia entre os países com piores condições de saúde da América Latina. A Revolução Nacional de 1952, sob a condução do MNR, apesar de ter proposto mudanças para melhorar a vida da população marginalizada, principalmente indígena e camponesa (aproximadamente 78% da população boliviana à época era rural), não foi acompanhada por transformações econômicas profundas, se caracterizando como uma versão de política favorável à

---

<sup>69</sup> Artigos 125 e 127 da Constituição Política da República da Bolívia de 1947. Disponível em <http://www.lexivox.org/norms/BO-CPE-19471126.xhtml>.

<sup>70</sup> Artigo 175 da Constituição Política da República da Bolívia de 1961. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/285839775/Constituicao-Boliviana-de-1961>.

redistribuição do poder político e do bem-estar em uma estrutura que, fundamentalmente, continuava a mesma (PERICÁS, s/d).

Ocorreu a individualização da produção, ademais, fazendo com que as antigas comunidades indígenas muitas vezes se dissolvessem, a partir da criação de um grupo de pequenos proprietários. A forma de exploração do campesinato mudou, passando para o mercado e o sistema financeiro. O projeto da revolução, que pretendia uma industrialização que modernizasse a economia boliviana, nunca ocorreu. Os militares, que perderiam sua influência em teoria, voltaram a desempenhar um papel preponderante na política do país, não só no projeto de desenvolvimento no campo, aumentando seu contato e relação com o campesinato, como também na política nacional. Além disso, houve um incremento nas relações com os Estados Unidos e, com o tempo, o aumento da dependência da Bolívia para com este país. (PERICÁS, s/d)

O golpe militar de 1964 interrompeu o processo da Revolução de 1952. Entre os fatores que favoreceram a tomada do poder pelos militares estão os problemas na condução política e econômica do país pelos governos de Siles Zuazo (1956-1960) e Paz Estenssoro (1952-1956 e 1960-1964), a destruição das forças da esquerda, especialmente dos mineiros, e a preocupação do governo norte-americano em fortalecer as relações com os militares para contrapor o perigo comunista representado pela Revolução Cubana. Os principais apoiadores dessa estratégia foram os generais René Barrientos e Ovando Candia, que com o golpe promovido em 1964 terminaram com o processo da revolução e iniciaram o período da ditadura militar na Bolívia (GOITIA, 1987).

No governo militar de René Barrientos (1964-1965 e 1966-1969), a reforma constitucional de 1967 afirmou o direito fundamental à vida, à saúde e à segurança, e o direito fundamental à previdência social<sup>71</sup>, condicionando-o a normas regulamentares. Da mesma forma que na anterior Constituição de 1961 esse texto não traz uma consistência no tratamento dado à saúde. De um lado, a Constituição definiu os regimes da previdência sob a inspiração dos princípios da universalidade, solidariedade, unidade e eficácia de sua cobertura (art. 158). Por outro lado, o mesmo artigo definiu que a responsabilidade do Estado não é a mesma para com todos os cidadãos: para aqueles que representam o capital humano foi garantida a assistência à saúde por meio do seguro social, enquanto para os demais foi garantida a assistência social (FLEURY, 1991).

Art.158. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurara la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Los regímenes de seguridad social se inspirarán en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

<sup>71</sup> Art. 7.- Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio: a) a la vida, la salud y la seguridad... (Constitución Política del Estado, 1967).

Art. 164. El servicio y la asistencia sociales son funciones del Estado, y sus condiciones serán determinadas por ley. Las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio. (Constitución Política de la República de Bolivia de 1967).

Quanto às normas referentes à saúde pública, a Constituição de 1967 estabeleceu seu caráter coercitivo e obrigatório (art. 164). As ações como o saneamento do ambiente e a vacinação em massa, além do objetivo de combater as enfermidades e prolongar a vida das pessoas, buscavam manter a força de trabalho em boas condições de saúde, em um momento no qual o modelo de industrialização por substituição de importações promovia o desenvolvimento econômico e os trabalhadores pressionavam por esquemas de proteção social. Pode-se dizer que essas medidas visavam, dentre outros objetivos, reduzir ausências no trabalho e perdas na produção.

Em termos da organização do sistema de saúde, na necessidade de conciliar as demandas por autonomia regional com o unitarismo do Estado boliviano<sup>72</sup>, a Constituição promoveu a descentralização da execução das ações para Corporações Regionais de Desenvolvimento – unidades administrativas descentralizadas – municipalidades, *Departamentos* e unidades descentralizadas do *Ministerio de Previsión Social e Salud Pública* (MPSSP)<sup>73</sup>. O formato adotado de descentralização visava o desenvolvimento do país a partir de suas unidades administrativas e, em relação ao *Plan Nacional de Salud* estabelecido pelo governo para o período 1966-1975, tinha o objetivo de melhorar o nível de saúde da população como um fim e um meio para contribuir com esse desenvolvimento. A melhoria nas condições de saúde seria obtida pela redução da mortalidade, com a aplicação de técnicas devidamente normatizadas, e pela atenção à demanda de serviços em cada área programática, com medidas de racionalização dos recursos como mecanismo para obter maior eficiência técnica.

O programa estabelecido no *Plan Nacional de Salud – Programa de Extensión y Desarrollo de Servicios de Salud* – previa a ampliação dos serviços de saúde existentes e particularmente daqueles localizados em áreas rurais, bem como o incremento da capacidade instalada, criando serviços básicos e integrados e construindo novos estabelecimentos em áreas

<sup>72</sup> Desde sua primeira Constituição (1825) a Bolívia foi constituída como um Estado republicano e unitário, situação que prevaleceu também na Constituição de 1967.

<sup>73</sup> O *Ministerio de Trabajo, Salubridad y Previsión Social* teve sua estrutura remodelada em 1948, passando ao MPSSP que exercia as funções de formulação, direção, execução da política de saúde, regulamentação de serviços e promoção de campanhas para melhoria da saúde por meio das unidades sanitárias desconcentradas e de seus órgãos descentralizados. As corporações, cujo objetivo era o de planejar o desenvolvimento regional, enfatizavam o setor rural, desenvolvendo principalmente ações de saneamento básico. As municipalidades implementavam a infra-estrutura básica e os serviços públicos nos municípios, incluindo limpeza urbana e controle das condições higiênicas de produção de alimentos. As prefeituras não tinham atribuição direta no âmbito da saúde, mas coordenavam e controlavam a execução dos planos e programas no *Departamento*, além de gerenciar e executar programas de assistência técnica e financeira internacional (FLEURY, 1991).

estratégicas de desenvolvimento econômico e social, em áreas endêmicas de malária e outras áreas objeto de campanhas do governo central. A execução desse programa se deu com o financiamento do UNICEF-OPS/OMS (Fundo das Nações Unidas para a Infância-Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde) que, a partir de então, ampliou sua ação na Bolívia, estabelecendo sua oficina de representação no país (LOZANO, 2002).

Em que pesem esses intentos programáticos, a estrutura organizativa do MPSSP estava dividida em duas instituições distintas, as subsecretarias de *Salud Pública* e *Previsión Social*, sem que houvesse qualquer relação hierárquica, orçamentária ou funcional entre seus diferentes níveis. Além disso, considerando que a previdência social era uma instituição autônoma, sua relação com o Ministério foi mais formal do que real. A dependência da ajuda externa, por sua vez, apesar de seus efeitos positivos (e muitas vezes localizados) na implementação de programas de saúde preventivos e curativos, contribuiu para que não fossem traçadas políticas institucionais que, por exemplo, unificassem orçamentos ou o planejamento das ações. Dada essa dependência, muitas vezes os organismos governamentais adotaram uma posição reativa e dependente, formulando seus projetos a partir das diretrizes das agências financiadoras e da disponibilidade dos recursos existentes a cada momento (FLEURY, 1991). Essas características da política de saúde no período que aqui descrevemos ajudam também a explicar a conformação do sistema de saúde boliviano – sua segmentação e fragmentação –, e os resultados expressos nos indicadores de saúde. Explicitam, já nesse período, o desafio para a constituição de um sistema de saúde mais inclusivo e abrangente.

Durante a ditadura militar o MPSSP manteve uma política assistencialista de planos e programas verticais, desconectados entre si e com a realidade nacional. Os programas se caracterizaram pela centralização decisória e pela delegação da execução das ações de saúde a organizações não-governamentais nacionais e internacionais, condições essas definidas pelo contexto político, social, econômico e institucional do período. No âmbito político, cabe ressaltar que de 1964 a 1982 a Bolívia teve 12 presidentes, sendo apenas três deles constitucionais, esses derrubados por golpes militares (Quadro 8). No âmbito econômico, o período de governo mais longo, do General Hugo Bánzer (1971-1978), foi uma época de prosperidade, atribuída aos altos preços das exportações de petróleo e estanho e aos empréstimos internacionais. No entanto, avalia-se que a má administração dessa bonança acarretou uma das maiores dívidas externas da história do país. A queda de Hugo Bánzer, por outro golpe de Estado, abriu o período de maior instabilidade política do país, no qual em quatro anos (1978-1982) se contaram seis governos *de facto* e apenas dois constitucionais.

Quadro 8- Presidentes bolivianos durante o período da ditadura militar, 1964-1982.

Período	Presidente	Origem do poder
1964-1966	René Barrientos	<i>de fato</i>
1966-1969	René Barrientos	<i>de direito</i>
1969-1970	Alfredo Ovando	<i>de fato</i>
1970-1971	Juan José Torres	<i>de fato</i>
1971-1978	Hugo Bánzer	<i>de fato</i>
1978	Juan Pereda	<i>de fato</i>
1978-1979	David Padilla	<i>de fato</i>
1979	Walter Guevara	<i>de direito</i>
1979	Alberto Natusch	<i>de fato</i>
1979-1980	Lidia Guilea	<i>de direito</i>
1980-1981	Luis Garcia Mesa	<i>de fato</i>
1981-1982	Celso Torrelio	<i>de fato</i>
1982	Guildo Vildoso	<i>de fato</i>

Fonte: elaboração própria a partir de Lozano (2002).

Em que pese a estrutura física constituída no sistema de saúde, se evidenciaram problemas de coordenação e integração entre os níveis e organismos desse sistema. Por sua vez, a ausência de uma política de saúde inclusiva e o contexto econômico do país não permitiram constituir um substrato de financiamento seguro para o desenvolvimento de um sistema que fosse capaz de atender às necessidades em saúde, o que contribuiu para a manutenção da dependência do financiamento externo para a execução das ações de saúde e, em grande medida, permitiu a autonomização das instituições do sistema que recebiam esses recursos.

### 5.3 A redemocratização e uma nova concepção para a política de saúde

A abertura democrática se iniciou em 1982 com a eleição de Siles Zuazo para a presidência do país. O novo governo, da coalizão de esquerda *Unión Democrática y Popular* (UDP)<sup>74</sup>, herdou as difíceis condições econômicas e sociais, com um processo de inflação em pleno desenvolvimento (de 123% em 1982 subiu para 8701,5% em 1985), diminuição do crescimento, além de uma influência crescente do narcotráfico (teve o início de seu apogeu no governo de Hugo Bánzer). Além disso, com a saída do MIR e do PCB da coalizão após as eleições, a UDP se encontrava enfraquecida politicamente. Um dos principais problemas foi a minoria parlamentar e a oposição da direita liderada pela ADN e o MNR. Do ponto de vista interno, a instabilidade se expressou nas constantes mudanças ministeriais (80 ministros em três anos). No entanto, esse governo conseguiu estabelecer uma diferença quanto ao passado das ditaduras em relação aos direitos humanos. Na saúde o governo defendia o dever do Estado e a responsabilidade do MPSSP de garanti-lo por meio da reestruturação do sistema de saúde. A

<sup>74</sup> A UDP foi uma coalizão que reunia o MNRI o MIR e o PCB. O MIR deixou o governo em 1983, retornando em 1984 e rompendo a coalizão novamente, no mesmo ano. O PCB também deixou o governo em 1984.

orientação política era para a criação de um sistema único, com participação popular organizada e em um marco de articulação intersetorial (FLEURY, 1991; VIANA et al, 1992; LOZANO, 2002; GÓMEZ e MOLINA, 2002).

A política de saúde de Siles Zuazo se caracterizou pela implementação de ações nacionais de saúde com ampla participação popular, que buscando erradicar epidemias como a poliomielite, a febre amarela e o tétano. O conceito de saúde foi reformulado a partir dos conceitos da medicina social que emergiram no continente e que também respaldavam a estratégia de atenção primária, consenso aprovado na Conferência de Alma Ata em 1978. A saúde e a doença passaram a ser considerados um processo condicionado pelo contexto econômico e social. (ARTAZA et al, 2004; VIANA et al, 1992). Os objetivos estratégicos da política de saúde foram estruturar o MPSSP, desenvolver a infraestrutura em saúde, organizar o sistema único com base na atenção primária, bem como a formação de recursos humanos, a educação popular em saúde e a promoção e prevenção de doenças. A principal estratégia do governo foi a criação de Comitês Populares de Saúde, entendendo que esses facilitavam a implementação das ações de saúde, substituiriam a inoperância do próprio MPSSP e expandiriam as bases de sustentação da mudança proposta. Cada Comitê, reunido em sete dos nove *Departamentos* em coordenação com os médicos locais, era responsável pelo cumprimento de um *Programa Integrado de Atención de Área de Salud* (PIAAS), que tinha como objetivo introduzir ações rápidas dirigidas às áreas materno-infantil, de saúde do trabalhador e do meio ambiente. O programa conseguiu ampliar a rede regionalizada, chegando a estar presente em 150 áreas de saúde em 1984 e em 350 áreas em 1985. Na atenção hospitalar de nível secundário o principal investimento foi atenção ao pré-natal e ao parto. A atenção hospitalar de nível terciário, em geral, não teve suas práticas alteradas ou se integrou à política de saúde, fato explicado pela prevalência do modelo médico-centrado como arcabouço ideológico das práticas hospitalares (questão que sempre dificultou as mudanças dos sistemas de saúde). Em relação aos medicamentos, buscou-se reverter a situação de dependência da importação de matérias-primas com a criação do *Instituto Nacional de Suministros Médicos* (INASME), que tinha como objetivo racionalizar o uso, elevar a qualidade da atenção médica por meio de uma utilização adequada dos produtos farmacêuticos e dos insumos médicos disponíveis, e impactar o sistema de forma favorável economicamente (FLEURY, 1991; VIANA et al, 1992; GÓMEZ e MOLINA, 2002).

A estrutura do MPSSP também foi alterada com o objetivo de adequá-lo à nova política. A organização em subsecretarias (de previdência social e saúde pública) foi substituída pela organização por núcleos funcionais que buscavam mudar a estrutura verticalizada e criar uma

outra na lógica de agrupamento por funções ou núcleos operacionais. Dessa forma, foram constituídos os núcleos de Direção, Planejamento e Desenvolvimento, Técnico-normativo de Saúde, Técnico-normativo de Previdência Social, de Apoio-administrativo e Operacional (compostos pelas direções nacionais de saúde e pelas unidades sanitárias). Contudo, embora a avaliação da reforma empreendida no governo de Siles Zuazo ressalte a clara definição da política de saúde e a eficiente mobilização de recursos junto à população, constatou-se a falta de atenção à burocracia, cuja resistência fez com que a mudança se convertesse em outra estrutura centralizada e verticalizada. Ou seja, não somente a transformação da estrutura, mas também do funcionamento do MPSSP seriam imprescindíveis para as conquistas em saúde (FLEURY, 1991).

Entretanto, houve resultados positivos na saúde da população como, por exemplo, na redução da mortalidade infantil que em 1980 estava em torno de 180/1000 nascidos vivos e em 1990 havia caído para 75/1000 nascidos vivos; no combate ao bócio endêmico que afetava 65% da população escolar em 1980 e reduziu sua prevalência a 20,9% em 1989; na cobertura de vacinação que passou de cerca de 20% antes de 1983 para mais de 80%. Esses dados de redução da mortalidade infantil são relevantes pois refletem a redução da incidência de doenças como o sarampo, que era a terceira causa de morte e desapareceu dos registros entre 1984 e 1985; a poliomielite, cuja incidência chegou a zero; e as doenças diarreicas agudas, que deixaram de ser a primeira causa de hospitalização pediátrica nos hospitais públicos (GOITIA, 1993).

No campo político o panorama desfavorável da economia, a fragilidade do governo perante o parlamento e a perda do apoio das organizações de trabalhadores levaram à renúncia de Siles Zuazo em 1985, com a convocação de novas eleições as quais foram vencidas por Paz Estenssoro (MNR). O governo Paz Estenssoro iniciou o período neoliberal na Bolívia, estabelecendo uma nova política econômica baseada na estabilização da economia e no restabelecimento da autoridade do governo, redução drástica do déficit fiscal por meio do aumento de preços dos hidrocarbonetos e congelamento de salários, redução da burocracia estatal com demissões maciças, incentivo às exportações e liberdade de importações (LOZANO, 2002).

Qual foi, então, o sistema de saúde herdado pelo governo que se seguiu a partir de 1985? Do ponto de vista do subsistema público, que cobria cerca de 38% da população, o governo de Siles Zuazo (1982-1985) conseguiu um impacto na saúde da população sem, contudo, consolidar mudanças estruturais sustentáveis nos serviços de saúde. Além disso, as alianças entre a burocracia da saúde e as organizações populares foram se debilitando ao longo do tempo. O investimento desse governo na saúde se deu em um contexto desfavorável política e

economicamente, no qual buscou-se resolver a crise por meio de uma política econômica própria e estabelecer uma concepção solidária na política de saúde. Apesar desse contexto os eixos básicos da política— a saúde preventiva com participação popular, a instituição da assistência gratuita ao parto e o estabelecimento de uma política nacional de medicamentos — foram um marco importante para o setor no país e pautaram muito da política de saúde nos governos subsequentes.

A assistência médica prestada pela previdência social, estruturada no seguro social das *Cajas de Salud* foi expandida e regulamentada. Esse subsistema alcançou a cobertura de cerca de 23% da população nos anos 1980. Nesse mesmo período as *Cajas de Salud* contavam com uma rede 184 estabelecimentos próprios e conveniados, mas concentrados nas áreas urbanas. O setor privado, por sua vez, prestava serviços diretamente pelos médicos ou por meio de organizações religiosas e ONGs a cerca de 6% da população, aquela não coberta pelos subsistemas público e do seguro social ou que recorria a ele, mesmo coberta por algum desses subsistemas. Em 1989 estimava-se a existência de 300 organizações não-governamentais, diferenciadas quanto à origem nacional ou estrangeira, suas finalidades e as ações que desenvolviam (VIANA et al, 1991).

A herança foi um sistema de saúde com baixa cobertura, que deixava cerca de 30% da população fora de qualquer dos subsistemas — público, seguro social ou privado. Os segmentos cobertos estavam vinculados aos diferentes esquemas de acordo com sua renda ou inserção no mercado de trabalho. Não existia uma integração ou coordenação entre as ações de saúde dos subsistemas público ou do seguro social, o que poderia gerar, por exemplo, duplicação de ações, com a utilização de ambos os esquemas por determinado grupo, ou a descontinuidade da assistência, considerando as diferenças na capacidade instalada dos serviços nas diversas regiões do país. Portanto, um sistema de saúde segmentado e fragmentado, ainda um desafio para os governos que tivessem como objetivo alterar essa situação.

#### **5.4 A política de saúde nos governos neoliberais entre 1985 e 2005**

Houveram intentos de reforma da política de saúde nos governos neoliberais anteriores ao MAS? Em que medida essas reformas alcançaram mudanças no sistema de saúde boliviano e qual o caráter dessas mudanças? Conseguiram torna-lo mais inclusivo e abrangente? Com as respostas a essas questões queremos trazer o contexto da política de saúde quando da entrada do MAS no governo e fornecer subsídios para a análise das reformas nele empreendidas *vis a vis* o legado dessa política. Consideramos, para essa abordagem, o contexto político-institucional desses governos e as dimensões analíticas definidas nesse trabalho —o marco legal,



o financiamento e gasto em saúde, a infraestrutura do sistema e a cobertura das ações e serviços de saúde.

Um elemento crucial a destacar, definidor das possibilidades e limites colocados à política de saúde, foram as reformas de inspiração neoliberal implementadas no âmbito da política econômica a partir de 1985<sup>75</sup>. Desde 1981 o PIB da Bolívia se encontrava em queda, o déficit governamental crescia<sup>76</sup> e a taxa de inflação caracterizava uma situação hiperinflacionária. O PIB reduziu 19,2% entre 1981-1985, o PIB per capita em 29,4% e a inflação se elevou de 296,5% em 1982, para 2177,2% em 1984 e 8170,5% em 1985 (CEPAL, 1990 apud AYERBE, 2011). Esses indicadores, considerando que o modelo de crescimento da Bolívia foi historicamente assentado sobre as exportações e o crédito internacional, portanto fortemente dependente de recursos externos, traçavam um cenário extremamente grave que implicava no descrédito do país perante as instituições financeiras internacionais (VIANA et al, 1991).

A fragilidade do governo de Siles Zuazo e a pressão da situação econômica levaram à antecipação das eleições em 1985, abrindo espaço para o governo de Paz Estenssoro, do MNR, eleito democraticamente pelo voto popular e no segundo turno congressional. Esse governo adotou um pacote de medidas com o intuito de restabelecer os equilíbrios macroeconômicos necessários, reatar as negociações da dívida pública com os credores externos e retomar o crescimento do país. O programa adotou importantes preceitos do Consenso de Washington, tais como o saneamento e disciplina fiscais, a liberalização dos mercados de bens e salários e a reforma tributária. Os pacotes de medidas adotados buscaram eliminar o déficit fiscal mediante o corte de gastos e aumento das receitas. No setor público, por exemplo, os salários foram congelados, os subsídios foram eliminados e o número de empregados do Estado e das empresas estatais foi reduzido em cerca de 10% (VIANA et al, 1991; FLEURY, 1991; MORALES, s/d).

Essas medidas estabeleceram as condições de operação dos programas sociais. A política social do país a partir da década de 1980 assumiu um caráter residual ou liberal, direcionando a atenção às necessidades dos cidadãos para o mercado ou, de forma focalizada nos segmentos mais pobres, para o Estado. Além da focalização, outros princípios defendidos foram a privatização e a definição do papel regulador do Estado (mínimo). No caso da Bolívia,

---

<sup>75</sup> As políticas neoliberais não eram novas na América Latina. Havia sido aplicadas nos anos 1970 pelos regimes ditatoriais do cone sul, com resultados variados, mas a inovação dos anos 1980 foi sua adoção pelos governos democráticos, em grande parte influenciados intelectual e politicamente pelas instituições financeiras internacionais, principalmente o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). (MORALES, s/d).

<sup>76</sup> Em 1981 a taxa de crescimento do PIB foi de 0 e, em 1981, foi negativa de -4%. Em 1981 o déficit do governo foi de 14,1% do PIB e em 1984 alcançou 21,2% do PIB (MORALES, s/d).

onde a população pobre não é residual, medidas como a focalização, por exemplo, assumem dimensões universais, gerando um obstáculo ao projeto neoliberal. Além disso, considerando que o mercado consumidor no país era pequeno (o setor privado da saúde, por exemplo, vinculava apenas 6% da população), a alternativa da privatização não conseguia arrebatar os investidores para o setor social. Uma consequência disso no setor saúde foi o fato de ONGs financiadas com recursos externos buscarem atuar apenas nas ações de mais baixo custo, como aquelas da atenção primária, deixando a responsabilidade da cobertura de ações de maior complexidade (como os serviços hospitalares) para o setor público. Ou seja, tanto a focalização das ações quanto a privatização dos serviços de saúde não se efetivaram da forma pretendida pelo ideário neoliberal. A primeira, dadas as dimensões da população pobre do país (cerca de 65%); a segunda, por não ter conseguido se efetivar sobre os serviços de mais alto custo (VIANA et al, 1991).

Portanto, a focalização e a privatização, considerando o fato de que a situação de pobreza do país colocava uma alta demanda por políticas sociais para o Estado e seu atendimento exigiria um grande volume de recursos, não se constituíram alternativas eficientes do neoliberalismo na Bolívia. Os sistemas sociais foram enfraquecidos ainda mais. Contudo, isso teve também como consequência, dentre outras, a abertura de oportunidades políticas para a organização da população na oposição ao neoliberalismo (BLAIN, 2015). Desse ponto, trataremos mais tarde.

A adoção das medidas neoliberais a partir de 1985 foi facilitada por um ganho de governabilidade e estabilidade política em relação ao processo de transição à democracia no governo de Siles Zuazo, resultado da política de alianças e coalizões parlamentares e governamentais da *democracia pactada* que funcionou até 2002 (MAYORGA, 1994). Considerando esse cenário, tratamos na sequência dos governos neoliberais na Bolívia entre 1985 e 2005 e da política de saúde em cada um deles, buscando responder às questões que abriram essa seção.

#### *Paz Estenssoro – 1985-1989*

Com o processo eleitoral de 1985 iniciou-se uma política de compromissos institucionais baseada nas estratégias de solucionar a crise política pela via das eleições e da formação de um novo governo, resolver a crise econômica com uma política de modernização orientada para a economia de mercado, e no *Pacto por la Democracia* (no esteio da *Democracia Pactada*), acordo firmado em outubro de 1985 entre o partido governante, MNR, e o principal partido da oposição, de direita, a Acción Democrática Nacionalista (ADN).

Um dos resultados dessa aliança foi a promulgação, no mesmo mês da posse do Presidente, do *Decreto Supremo* N. 21.060 de 29 de agosto de 1985 que estabelecia as políticas fiscais, monetárias e de ajuste estrutural do governo, batizadas de *Nueva Política Económica* (NPE). As políticas contidas na NPE visavam reduzir o déficit fiscal por meio do aumento de preços de hidrocarbonetos e congelamento dos salários, eliminar o controle de preços e reduzir barreiras para importações criando um mecanismo de controle direto de preços com base na competição, e estabelecer a liberdade de importações<sup>77</sup>. Além da NPE, o governo aprovou também uma reforma tributária e negociou com o FMI a dívida do país (LOZANO, 2002; MORALES, s/d; FLEURY, 1991).

O *Pacto por la Democracia* foi crucial para o êxito da NPE, tanto porque permitiu a aprovação das leis necessárias, quanto porque evitou o desgaste causado pelos possíveis questionamentos e críticas ao Poder Executivo. Adicionalmente, permitiu o apoio da imprensa ao MNR, dado que grande parte de jornais escritos, estações de rádio e televisão do país estavam ligados à ADN, importante partido da coalizão. Outro fator que favoreceu a implementação da NPE foi o enfraquecimento da COB, consequência do aumento da credibilidade do programa de estabilização, bem como do próprio debilitamento do sindicalismo mineiro após a demissão e desmobilização de grande número de trabalhadores (MORALES, 1989).

Com a aplicação da NPE o país ingressou na economia de mercado. O PIB cresceu a taxas de 2,46% em 1987, 4,64% em 1990 e 5,27% em 1991, enquanto as taxas de crescimento do PIB per capita foram de 0,26% a 2,38% e 2,77% nos mesmos anos. A inflação de 8.170,5% em 1985 caiu para menos de 18% em 1989. No entanto, esses efeitos foram obtidos a um enorme custo social, o que, ao fim, significou um razoável crescimento econômico sem um desenvolvimento mínimo. Ao analisar os dados da previdência social observa-se uma redução de 21,8% das afiliações entre 1986 e 1987 e de 5,2% da população economicamente ativa (PEA) em relação a 1985. Os salários caíram em 21,5% no primeiro trimestre após a emissão do Decreto Supremo 21.060, embora tenham tido uma recuperação no setor privado e nas empresas estatais após o segundo trimestre, alcançando o nível no qual se encontravam em 1982. Os salários do setor público e de algumas categorias de aposentados, entretanto, se mantiveram a níveis muito baixos (MOSCOSO, s/d; MORALES, 1989). Ao longo prazo a redução no gasto

---

<sup>77</sup> Foram reestruturadas e descentralizadas para empresas subsidiárias a *Corporación Minera de Bolivia* (COMIBOL) e a *Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos* (YPBF), empresa estatal encarregada de operar e desenvolver a cadeia dos hidrocarbonetos, e dissolvida a *Corporación Boliviana de Fomento* (CBF). Houve uma reação imediata da Central Obrera Boliviana (COB) contra essas medidas com uma greve geral, esta neutralizada com a decretação de Estado de Sítio e o confinamento de líderes sindicais. Com isso se prosseguiu ao fechamento de minas da COMIBOL e a demissão de cerca de 18 mil trabalhadores mineiros (em um total de 27 mil).

público social, especialmente na educação, foi o maior custo do programa de estabilização. Considerando que esse gasto tradicionalmente era (ainda é) consumido em salários<sup>78</sup>, sua redução revela o arrocho salarial ao qual os trabalhadores foram submetidos.

Na política de saúde, os avanços obtidos no governo da UDP entre 1982 e 1985 de alguma forma se mantiveram, em grande parte devido à internalização da política de mobilização popular pela defesa da saúde, que conseguiu elevar as coberturas de imunizações e ações preventivas, reduzindo as taxas de mortalidade, principalmente infantil. No governo de Paz Estenssoro essa política esteve condicionada pelo ajuste estrutural que, considerando os cortes nos gastos públicos, especificamente da área social, a redução dos salários e o discurso da privatização, impôs um cenário de limitação ao seu desenvolvimento. Nesse sentido, apesar da manutenção de alguns avanços obtidos no setor durante o governo de Siles Zuazo, uma característica do governo de Paz Estenssoro foi a formulação de estratégias institucionais por meio da elaboração de planos e documentos, como forma de apontar para uma política de saúde que, efetivamente, não se configurou.

A política de saúde no país continuava ancorada em uma divisão estrutural e funcional entre a saúde pública e a previdência social, nas duas subsecretarias do MPSSP. A relação com o subsistema privado era indefinida. A estrutura central do ministério estava composta pelo nível executivo, com as duas subsecretarias; pelo nível técnico-normativo, composto pelas *Direcciones Nacionales* (serviços de saúde, mobilização social, recursos humanos, materno-infantil, epidemiologia, nutrição e saneamento ambiental); e pelo nível de apoio administrativo. No nível executivo não existia qualquer relação hierárquica, orçamentária ou funcional entre a saúde pública e a previdência social, sendo que essa última era considerada descentralizada, ou melhor, autônoma. Na subsecretaria de saúde pública, além dos níveis de assessoramento e de apoio, estavam uma área descentralizada, corresponde às instituições públicas, e o nível desconcentrado, compreendido pelas unidades sanitárias e toda a rede pública de serviços de saúde. As unidades sanitárias, dependentes do MPSSP, não tinham poder de decisão sobre os recursos físicos, humanos e financeiros. Seu orçamento era constituído pelos recursos do *Tesouro Geral da Nación* (TNG), pelos recursos próprios e pelos recursos da ajuda internacional. As instituições públicas descentralizadas (referindo-se aqui à autonomia financeira e não a critérios territoriais) correspondiam a unidades como o *Departamento de Fármacos y Insumos*. No âmbito da subsecretaria de previdência social, essas instituições

---

<sup>78</sup> Por exemplo, o gasto com salários representava 85% do orçamento do MPSSP em 1984 e, em 1988, passou a representar 33% desse total (VIANA et al, 1991).

descentralizadas correspondiam às diversas *Cajas* e fundos reunidos no *IBSS – Instituto Boliviano de Seguridad Social* (FLEURY, 1991).

Sob esse arcabouço institucional foram propostos três projetos para a saúde no governo de Paz Estenssoro, todos eles com um forte componente ideológico na vertente dos princípios políticos originais do MNR. Se propuseram nacionalistas, defendendo a promoção da saúde da população e o empoderamento do país; revolucionários, considerando que o discurso e a prática da saúde seriam parte da política libertadora do país e de sua população; policlassistas, baseado na premissa de uma aliança de classes para favorecer de forma não excludente as maiorias; mobilizadores e participativos, recuperando a tradição de acionar as maiorias para a execução das ações de saúde de forma organizada e consciente; equânimes, porque ao partir de princípios nacionalistas e policlassistas desenvolveriam ações prioritárias de saúde junto às populações mais pobres, urbanas e rurais; e integrais, concebendo a política de saúde integrada à política de desenvolvimento econômico e social do país, no marco nacionalista, democrático e ant imperialista (LOZANO, 2002).

O primeiro projeto, *Plan Global de Salud 1985-1989*, partiu do diagnóstico da desarticulação e falta de coordenação entre os objetivos e as ações de saúde, com duplicidade, dispersão e utilização inadequada dos recursos, expressos nas baixas coberturas dos serviços. Sua justificativa constatava a inexistência de um sistema de saúde que articulasse as instituições do setor, suas funções e ações, sendo isso fruto da debilidade da diretriz política, da condução e da coordenação do setor. Do ponto de vista intersetorial, as ações se desenvolviam em função de seus próprios objetivos, com pouca ou nenhuma coordenação com outros setores afins, o que limitava em grande medida a perspectiva de alcançar os objetivos comuns de elevar o nível de vida e de saúde da população (MPSSP, 1985). Em suma, o diagnóstico ressaltava a fragmentação e a segmentação do sistema de saúde boliviano.

O objetivo central do *Plan Global de Salud* era que todos os cidadãos bolivianos recebessem serviços de saúde compatíveis com o desenvolvimento econômico e social do país. As estratégias para alcançar esse objetivo seriam a atenção primária, aprofundando e consolidando o conhecimento acumulado e contido na Declaração de Alma Ata; a regionalização dos serviços; a ação intersetorial; e a mobilização e participação social, como centrais e estratégicas para promover o desenvolvimento com equidade. As linhas de ações deveriam ser dirigidas a organizar e desenvolver programas nos quais o sujeito-objeto fossem o binômio mãe-filho, o adolescente, o trabalhador e os idosos<sup>79</sup>. Seu discurso trouxe também

---

<sup>79</sup> Atenção aos indivíduos, contemplando a alimentação; prevenção por meio de imunização e controle de doenças transmissíveis; educação; assistência médica à gravidez, ao parto e à reabilitação; infraestrutura institucional e

como diretriz o desenvolvimento da atenção secundária e terciária como parte dos serviços de saúde. O *Plan* seria financiado pelo orçamento do MPSSP e complementado por recursos provenientes da cooperação internacional. As análises referentes a esse projeto reconheceram seu forte conteúdo acadêmico e a influência das agências de cooperação em sua elaboração. Mas ele, contudo, não chegou a ser operacionalizado (VIANA et al, 1992).

Em 1986 a situação econômica da Bolívia apresentava sinais de estabilização, embora isso não permitisse vislumbrar melhoras consideráveis ao médio e longo prazos. Em consequência à escassez de recursos financeiros, a deterioração dos serviços públicos, incluindo aqueles de saúde, se aprofundou. Nessa situação o governo colocou as prioridades de estender a cobertura de ações de saúde por meio do desenvolvimento de uma rede de serviços baseados na atenção primária, na regionalização e descentralização administrativa, e na mobilização e participação popular. Com o apoio da OMS/OPAS foi formulado o *Plan de Acciones Inmediatas*, dentro da concepção colocada no *Plan Global de Salud* com a proposição de desenvolver a infraestrutura de serviços, apoiar a promoção das ações comunitárias, e melhorar a gestão hospitalar. A regionalização proposta se estabeleceria a partir da descentralização operacional e da centralização normativa. Com essas medidas, que melhor caracterizam uma desconcentração, as unidades sanitárias passariam a ter autonomia e responsabilidade pela formulação, planejamento e programação de atividades, consolidando e fortalecendo sua rede de serviços por meio do desenvolvimento de sistemas administrativos e de coordenação (FLEURY,1991). A esse projeto seguiu-se o *Plan Trienal de Salud* que, a partir das experiências anteriores, estabeleceu a programação de atividades para o triênio 1987-1989, principalmente de atenção primária, e propôs o desenvolvimento dos outros níveis de atenção por meio de programas que convergissem os recursos do Estado e da ajuda internacional em ações sobre o binômio mãe-filho, o trabalhador e a saúde ambiental (OMS/OPAS, s/d; CANEDO, 2006). O *Plan Trienal de Salud*, elaborado com o apoio da UNICEF, novamente propôs o fortalecimento da estrutura institucional e a participação popular, procedendo uma reorganização administrativa e a regionalização dos serviços com a finalidade de estabelecer as bases para a atenção à saúde por níveis de complexidade. Nessa etapa foram incrementados o número de áreas de saúde, que passaram de 150 existentes em 1985 para 440 em 1988. Essas áreas constituíam as unidades básicas do sistema, que deviam se relacionar com os níveis secundários e terciários da atenção (CANEDO, 2006; FLEURY, 1991; GOMÉZ e MOLINA, 2002).

---

comunitária; abastecimento de medicamentos e insumos médicos; saneamento básico e o fornecimento de água potável; investigação social e médica; recursos humanos em saúde; e organização dos serviços de saúde.

Em que pese existir o discurso de continuidade da política de saúde empreendida no governo Siles Zuazo, em concordância aos princípios ideológicos do MNR, as análises destacam que a elaboração desses projetos se deu sem a participação popular, contra a anunciada estratégia de oficialização dos mecanismos de participação popular no conselho técnico da *Subsecretaria de Salud Publica* do MPSSP. Em termos políticos esse fato teve um efeito de desmobilização da população (que no governo anterior havia participado ativamente das campanhas de promoção e prevenção da saúde), e de um disciplinamento das ações, ou seja, de uma normatização centralizada no MPSSP, que retirava das ações de mobilização popular seu caráter de proximidade da cultura e das demandas locais. Observa-se que os projetos para o setor saúde elaborados no governo de Paz Estenssoro, embora apresentem um diagnóstico que aponta para a necessidade de articulação e integração entre os subsistemas, não explicitaram uma política nacional de saúde, restringindo-se à proposição de mudanças institucionais e administrativas para o subsistema público. Por exemplo, em se tratando especificamente do subsistema do seguro social, essa crítica se explicita no fato de que o *Plan Trienal de Salud* pretendeu tão somente a melhor organização do setor para o atendimento a seu público, qual seja, os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho. Essa proposta reduzia a proposição do *Plan de Acciones Inmediatas* em relação a esse subsistema, dado que chegou a propor uma modificação legal para ampliação da cobertura do subsistema do seguro social de forma a alcançar a universalidade (FLEURY, 1991; VIANA et al, 1992).

A implementação dos programas previstas nos projetos do governo Paz Estenssoro esteve condicionada aos limites impostos pela política de ajuste. Considerando os constantes cortes efetuados pelo *Ministerio de Finanzas*, apenas cerca de 60% do orçamento previsto para a saúde era executado (VIANA et al, 2002). No entanto, durante esse governo se iniciaram as parcerias com os organismos internacionais visando a implementação de grandes projetos integrados, que contemplavam os componentes físico, institucional e de recursos humanos para a saúde.

A disponibilidade da ajuda financeira das instituições internacionais voltava-se especialmente para as áreas de educação, saúde e nutrição. Essa disponibilidade, associada a interesses do governo boliviano no desenvolvimento de programas em cidades ou regiões específicas, favoreceu um loteamento do território nacional entre as diversas agências internacionais de financiamento. Essa ajuda externa variou ao longo do tempo. Por exemplo, dado o estrangulamento externo imposto ao governo de Siles Zuazo os recursos externos foram substancialmente reduzidos, enquanto que, uma vez implementadas as políticas de ajuste no governo de Paz Estenssoro, esses recursos foram incrementados. A proporção de recursos da

saúde provenientes da ajuda externa passou de 2,2% em 1984 para 20,6% em 1985 e 27,8% em 1988; o financiamento internacional para o MPSSP, por sua vez, elevou-se de cerca de 600 mil dólares em 1984 para cerca de 13 milhões de dólares em 1988 (BM, 1989; VIANA et al, 1992). Esses dados nos sugerem a fragilidade à qual os governos estão expostos quando seus programas sociais estiveram na dependência da ajuda estrangeiras ou, das decisões advindas dessa ajuda. Ou seja, essa dependência poderia ter levado à falta de autonomia decisória sobre os projetos sociais, aqui especificamente tratando da saúde, e à imposição de políticas por parte dos organismos internacionais.

Ainda nessa linha analítica, as fragilidades da ação do Estado boliviano, seja pela dependência de recursos externos ou pela necessidade de seguir um receituário de ajustes estruturais, abriram o espaço para o aumento do número de organizações não-governamentais não lucrativas prestadoras de serviços de saúde. Na prática, substituíam ou se sobrepunham às atividades do subsistema público de saúde, enquanto se beneficiavam das instalações e do financiamento do Estado para sua operação. O MPSSP se encarregava do pagamento do pessoal que trabalhava nas instituições dirigidas pelas ONGs, bem como provia os insumos necessários ao seu funcionamento (medicamentos, vacinas, etc). Essas ONGs também recebiam subsídios indiretos na forma de pagamentos de taxas ou serviços pelas comunidades ou pelo fornecimento de parte da estrutura necessária à prestação dos serviços. Em 1988 estimava-se existirem cerca de 300 ONGs operando no país, sendo que menos de um terço tinha uma relação formalizada com o governo por meio de contratos no nível dos *Departamentos* (BM, 1989; VIANA et al, 1992). Essa observação corrobora a ideia da independência das agências internacionais e dos *Departamentos* na negociação da disponibilização de recursos vinculados a políticas locais específicas, sem vinculação com uma política nacional de saúde. Uma outra questão é o fato de que a presença dessas organizações em substituição à atuação do Estado, sem uma coordenação ou regulação por parte deste, poderia fortalecer uma oposição à presença do Estado. Ou seja, constituir legados e efeitos *lock-in* que criariam condições para a oposição a uma presença mais efetiva do Estado na política de saúde. Exemplo disso foi o fato de que na implementação das ações do FSE o governo de Paz Estenssoro utilizou a capacidade instalada das ONGs, o que implicou na canalização de um grande volume de recursos para essas organizações, fazendo com que crescessem e se consolidassem como prestadoras de serviços sociais. Assim, parte do gasto social se destinou a financiar atividades de natureza privada: as ONGs se beneficiavam dos recursos do Estado no pagamento de funcionários e insumos, bem como das instalações públicas para a prestação dos serviços. Qualquer mudança nesse status quo demandaria romper com essas tradições.



Considerando o contexto da conformação do MPSSP, o formato da descentralização até então empreendida no país, o contexto econômico do período e os condicionamentos que impôs ao financiamento da saúde, os programas de saúde eram desenvolvidos em uma multiplicidade de instituições, públicas e privadas. O MPSSP, em suas duas subsecretarias, atendia públicos distintos e tinha estruturas de financiamento distintas. No subsistema público, a maior parte dos serviços se encontravam concentrados nas áreas urbanas, sem uma forma efetiva de coordenação entre eles e, especialmente, entre esses e as ONGs, o que implicava na superposição das ações de saúde. Além das ONGs que atuavam na saúde existiam as entidades privadas de prestação de serviços de saúde, que cobriam cerca de 7% da população.

Para o desenvolvimento regional foram criadas as *Corporaciones Regionales de Desarrollo*, que deveriam estabelecer os objetivos, estratégias e políticas de desenvolvimento sócio-econômico da região, com ênfase no setor rural e nas ações de saneamento ambiental. Embora não fosse atribuição, poderiam atuar na assistência médica. Recebiam recursos públicos sob a forma de receitas fiscais ou participação de empresas estatais<sup>80</sup> (FLEURY, 1991). As municipalidades e as *Corporaciones Regionales de Desarrollo* também prestavam serviços de saúde, de acordo com suas possibilidades e definições políticas. No subsistema do seguro social atuavam aproximadamente 20 instituições com administrações, sistemas de contabilidade e esquemas de contribuições e benefícios próprios e autônomos, atendendo aos trabalhadores do setor formal. Até 1987 não existiu uma regulação que unificasse ou estabelecesse as normas para operação das diversas instituições da previdência social, embora tenha sido criado em 1975 o *Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS)*, vinculado ao MPSSP, com a função de exercer a supervisão e o controle técnico das instituições gestoras do seguro social<sup>81</sup>. Em relação aos prestadores de serviços também não existiu uma regulamentação dos contratos privados estabelecidos entre os hospitais e clínicas, e os médicos e fundos de seguro, no caso do subsistema do seguro social, ou entre esses e o MPSSP, as unidades sanitárias ou os municípios.

Observa-se também que não havia uma distribuição clara das competências entre as diversas entidades governamentais da saúde. Por exemplo, o saneamento poderia ser atribuição do MPSSP, das corporações ou dos municípios. Quanto à alocação dos recursos, alguns municípios tinham impostos próprios específicos para a saúde, outras dependiam exclusivamente dos repasses do nível central. Também não existiam mecanismos formais de

---

<sup>80</sup> Decreto Ley n. 15.301 de 1978.

<sup>81</sup> Decreto Ley 13.214 de 24 de dezembro de 1975.

coordenação entre as entidades, embora esse papel fosse atribuído ao MPSSP. As direções nacionais, por sua vez, se tratavam de estruturas centralizadas e verticalizadas, que exerciam mais fortemente atividades operativas do que de planejamento e coordenação. A centralização impedia a articulação entre as diferentes direções, o que conduzia à superposição de programas e ações sobre o mesmo usuário (por exemplo, ações das direções materno-infantil e de nutrição sobre o binômio mãe-filho). O fato de as direções nacionais estabelecerem convênios com organismos internacionais, garantindo certa autonomia financeira em relação ao MPSSP, favorecia sua fragmentação e autarquização ao permitir que fixassem a política de saúde de forma descoordenada, o que refletia também o vazio deixado pelo Executivo na formulação dessa política (FLEURY, 1991; VIANA et al, 1992).

A avaliação da política de saúde na gestão de Paz Estenssoro é de que esteve mais pautada na formulação de estratégias do que na implantação de programas, tendo como fator limitante a crise econômica e a política de ajustes. Maiores avanços exigiriam, dentre outras, a adequação do financiamento da saúde e a subordinação dos recursos externos à política nacional de saúde; a vinculação do direito à saúde à condição de saúde, não à condição de trabalho; o empoderamento do MPSSP para a coordenação do sistema de saúde; na lei orgânica do MPSSP, onde a administração definida como descentralizada correspondia a unidades autônomas, que não se submetiam à coordenação do ministério; e a integração da rede de serviços do subsistema do seguro social ao subsistema público.

#### *Paz Zamora – 1989-1993*

Nas eleições presidenciais de 1988 a ruptura do *Pacto por la Democracia* abriu espaço ao MIR – *Movimiento de la Izquierda Revolucionária*<sup>82</sup>. A *Alianza Patriótica* entre a ADN e o MIR colocou juntas as lideranças dos partidos (Hugo Bánzer e Paz Zamora), que desde a década de 1970 eram inimigos políticos e se enfrentavam por suas diferenças ideológicas e políticas, permitindo a designação de Paz Zamora, terceiro candidato mais votado nas eleições, como presidente da Bolívia.

O novo pacto introduziu mecanismos de paridade na condução do aparato estatal e de um consenso virtual na tomada de decisões o que, na prática, não funcionou. O governo demonstrou dificuldades em alcançar o consenso operativo entre os dois partidos, bem como

---

<sup>82</sup> O MIR surgiu em 1971, em plena ditadura, formado principalmente por universitários e setores da democracia cristã, setores do MNRI e marxistas independentes. Enfrentou a ditadura de Hugo Banzer, sendo perseguido e reprimido nesse governo, e contribuiu de forma decisiva na luta pela democracia ao fundar a *Unidad Democrática Popular* em 1978, junto com o MNRI e o PCB. Em 1989 chegou à presidência aliado à ADN, de Hugo Banzer.

de conseguir os acordos parlamentares necessários, principalmente com o MNR. A tentativa, na maior parte das vezes, foi de excluir a oposição das decisões parlamentares, o que gerou confrontos com essa oposição e conflitos institucionais entre os poderes do Estado (MAYORGA, 1995; OPAS/BOLÍVIA, s/d). A *Alianza Patriótica*, de forma diferente do *Pacto por la Democracia*, foi uma coalizão parlamentar e governamental que não estabeleceu acordos importantes com o MNR, partido chave da oposição parlamentar, para a elaboração e promulgação de leis que exigiam uma maioria parlamentar de dois terços. Entretanto, a possibilidade de uma paralisia decisória foi contornada em 1991 por meio de um acordo político entre os partidos representados no parlamento com o objetivo de realizar as reformas institucionais propostas pelo governo (eleitoral, do Poder Judiciário, e descentralização político-administrativa do Estado). Essa política entre os partidos foi ratificada em 1992 no chamado *Acuerdo para la Modernización del Estado y Fortalecimiento de la Democracia* (MAYORGA, 1995). Uma das decisões desse acordo foi a aprovação da *Ley de Necesidade de Reforma de la Constitución Política del Estado*, que permitiu as mudanças que seriam efetuadas na próxima gestão e que afetaram o desenho das instituições bolivianas (CARRAFA, 2007).

Com um discurso eleitoral não cumprido de revisão do Decreto 21.060, o governo de Paz Zamora seguiu firmemente pelo caminho neoliberal. O quadro econômico herdado transitava para uma estabilização: o crescimento médio do PIB estava em 3%, a taxa de inflação havia baixado sensivelmente, assim como a dívida externa. Contudo, as exportações de hidrocarbonetos diminuíram e o gás natural passou a ser exportado a um preço menor do que o internacional, causando uma estagnação do crescimento anteriormente constatado. Como já ressaltado, o preço da estabilização alcançada no país foi o aumento dos índices de pobreza e desemprego. Os conflitos com o governo também se fizeram presentes. Apesar de ter perdido boa parte de sua força, a COB e outros sindicatos e organizações de esquerda se manifestavam contra o congelamento dos salários e a intenção de privatização da *Corporación Minera de Bolívia* (COMIBOL), levando o presidente a declarar estado de sítio em 1989, com a seguida deportação de 600 sindicalistas. Mesmo em meio à resistência, foram privatizadas cerca de 60 instituições públicas (PEÑARANDA, 2012). Em 1990 os conflitos conseguiram impedir a aprovação de uma nova lei tributária e barrar a intenção de privatização de empresas estratégicas como a petroleira YPFB (*Yacimientos Petrolíferos Fiscales de Bolívia*), a aérea LAB (*Loyd Aéreo Boliviano*) e a ferroviária ENFE (*Empresa Nacional de Ferrocarriles del Estado*).

Na política de saúde o marco de referência foi uma reforma com ênfase no fortalecimento institucional do MPSSP como gestor, normatizador e formulador da política de saúde, apresentada oficialmente no documento *Fundamentos de la Política de Salud*, de 1991. Do documento constou, inicialmente, um diagnóstico do setor saúde e as diretrizes a serem adotadas pelo governo: a estratégia da atenção primária à saúde, aprovada na Declaração de Alma Ata em 1978 e a regionalização e o fortalecimento da gestão. O diagnóstico constatava que as ações até então implementadas no sentido de desenvolver os serviços em função da atenção primária e de assumir um modelo de atenção coerente com as necessidades da população, se efetivaram apenas em programas dirigidos às mães e às crianças. Os maiores avanços obtidos aconteceram em função da participação comunitária, especialmente nos centros urbanos, com as mobilizações populares para o controle de doenças relacionadas a esses segmentos. Na rede de serviços de saúde, apesar de terem sido incrementados os serviços da atenção primária, esses não foram articulados com os níveis secundário e terciário da atenção, comprometendo, pela dificuldade de seguimento, a eficácia das ações empreendidas. Assim, ações conjunturais postergaram aquelas de caráter estrutural, o que afetou o desenvolvimento dos serviços e a capacidade de gestão do sistema, contribuindo para com a deterioração do sistema de saúde (BOLÍVIA, 1991).

Em relação ao MPSSP, o diagnóstico apontou para uma centralização excessiva, que gerava condições para a organização de poder em função dos recursos econômicos administrados, o que favorecia a autarquização das *Direcciones Nacionales* do ministério e o investimento nas funções normativas do nível central em detrimento daquelas operativas. Evidenciou também a debilidade organizativa e política das estruturas superiores do MPSSP, principalmente em relação às atividades de planejamento e coordenação. A partir dessa análise o diagnóstico concluiu que o grau de descentralização e desconcentração das funções até o nível regional foi baixo. As unidades sanitárias administravam parcialmente seu orçamento, sem controle sobre os programas nacionais que operacionalizavam, os profissionais de saúde ou a rede hospitalar de sua região. O diagnóstico mostrou também que os programas de saúde tinham um baixo grau de implementação, especialmente na rede de atenção primária, tradicionalmente uma prioridade dos governos. A cobertura do subsistema público era apenas de cerca de 40% da população. A relação entre os recursos financeiros do subsector público e do seguro social esteve na média de 14 e 36 dólares per capita, respectivamente (BOLÍVIA, 1991). O subsistema do seguro social se encontrava com sérias restrições financeiras decorrentes do alto custo dos serviços de saúde, da duplicidade de serviços e do incremento progressivo das unidades gestoras, que administravam de forma conjunta os regimes de curto e longo prazos (existiam

em 1988 cerca de 29 unidades). A falta de uma política voltada à prevenção condicionou esse sistema às ações de assistência médica, com um alto gasto hospitalar. No setor privado, por sua vez, diferenciava-se a atuação das ONGs, que mantinham alguma relação com o subsistema público, e a prática médica estritamente privada, eminentemente assistencialista e de caráter curativo (BOLÍVIA, 1991).

Dado esse diagnóstico, o governo reconheceu a necessidade de articular um modelo de atenção à saúde que conseguisse, paulatinamente, confluir as tradicionais formas de prestação de serviços em um só *Sistema Nacional de Salud Integrado y Descentralizado* que incorporasse os subsistemas público, do seguro social, as ONGs, o subsistema privado e a medicina tradicional. Esse novo desenho, como uma política de Estado, concebeu o setor saúde como parte fundamental da construção de um novo Estado, descentralizado, multirregional e democrático.

O primeiro instrumento legal para alcançar essa proposição foi o *Decreto Supremo* n. 22.354 de 1989, que lançou o *Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna*, priorizando a atenção integral às crianças menores de cinco anos e à mulher em idade fértil; a atenção ao meio ambiente; a vigilância e controle epidemiológico; e o fortalecimento institucional. O segundo foi o *Decreto Supremo* n. 22.407 de 1990, que estabeleceu as políticas de ação para consolidar a estabilidade e promover o crescimento econômico, o emprego, o desenvolvimento social e a modernização do Estado. No capítulo da saúde pública e previdência social reafirmou a prioridade expressa no Decreto 22.354, fortalecendo o *Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna*, e incorporou a atenção à saúde dos escolares e do adolescente. O Decreto 22.407 criou também o *Fondo de Inversión Social* (FIS), instância de apoio e investimento nas políticas sociais de saúde e educação; determinou que as *Cajas de Salud* incorporassem em seus planos programas de prevenção, promoção e educação em saúde definidos pelo MPSSP; determinou a extensão da proteção da previdência a todos os trabalhadores, com ou sem vínculo foram de trabalho, a partir de cotizações específicas; estabeleceu o *Fondo de Pensiones Básicas*, encarregado de administrar o regime básico de pensões; e criou uma comissão interministerial para executar as determinações de ampliação da cobertura e de criação do *Fondo de Pensiones Básicas*. Um terceiro instrumento legal foi o *Decreto Supremo* n. 22.578 de 1990, que regulamentou o Decreto 22.407, determinou a integração dos serviços públicos de saúde e aqueles da previdência social, bem como a responsabilidade do MPSSP e do IBSS em implementá-la<sup>83</sup>. Por último, a *Resolución*

---

<sup>83</sup> O Decreto 22.578 estabeleceu, ainda, que os regimes de previdência dos setores universitários e militares estariam fora de suas disposições, por serem entidades com gestão financeira independente.

*Ministerial* n. 0424 de 1990 criou um comitê do qual participavam quase a totalidade das agências de cooperação e ONGs, com a finalidade de promover a coordenação e articulação dessas instituições dentro do sistema de saúde.

As estratégias apresentadas pelos *Fundamentos de la Política de Salud* para a conformação do *Sistema Nacional de Salud Integrado y Descentralizado* foram a gestão social, a descentralização e a atenção materno-infantil. A gestão social foi concebida como uma estratégia de participação protagônica da comunidade na política de saúde e de articulação da sociedade civil com o Estado. Para a implementação do *Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna*, foram criados o *Comitê Nacional* e os *Comitês Regionales y Distritales de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna*, como instrumentos facilitadores da participação e articulação social, sob responsabilidades dos prefeitos (governadores) dos *Departamentos*. A descentralização da saúde foi entendida como parte da descentralização político-administrativa no interior dos governos departamentais, processo gradual, voluntário e integral, no marco de uma reforma do Estado, com o objetivo de fortalecer os níveis operativos e torná-los mais eficientes e equânimes. Por fim, a atenção à saúde materno-infantil foi uma prioridade estabelecida no *Decreto Supremo 22.354* a partir do reconhecimento da mortalidade infantil e materna como um grave problema de saúde do país, caracterizado por complicações da gravidez, parto e puerpério, que figuravam entre as cinco primeiras causas de problemas entre as mulheres em idade fértil e, no que se refere à mortalidade infantil, pelo fato de que cinco entre cada dez mortes ocorridas se referiam a crianças menores de cinco anos (BOLÍVIA, 1991).

Para garantir a reforma foram propostos três projetos de ações para o desenvolvimento dos serviços de saúde. O primeiro, *Proyecto Integrado de Salud* (PROISS), em parceria com o Banco Mundial (BM), foi desenvolvido para os quatro maiores *Departamentos* do país: La Paz, Santa Cruz, El Alto e Cochabamba. Alcançou 13 distritos de saúde, com um financiamento inicial de 20 milhões de dólares, que chegou a 39 milhões de dólares. Previu a construção, remodelação e equipamento e 161 centros ambulatoriais e a construção de um hospital em El Alto. Os objetivos foram aumentar a cobertura dos serviços, especialmente materno-infantis, aumentar a efetividade da prestação de serviços públicos de saúde, e fortalecer a capacidade coordenadora do nível central do MPSSP. O segundo foi o *Proyecto de Desarrollo de Servicios Basicos de Salud*, uma parceria com o BID e a OPAS (34 milhões de dólares) para a construção e reforma de 108 centros ambulatoriais e hospitais, e compra de equipamentos em 11 distritos das áreas rurais de Chuquisaca, Potosi, Oruro, Tarija, Beni e Pando (BOLÍVIA, 1991; VIANA et al, 1992; HOMEDES, 2001). O terceiro, *Proyecto de Salud Infantil y Comunitario*, foi uma

parceria com o governo dos EUA (16,5 milhões de dólares) para o desenvolvimento de 11 distritos rurais dos *Departamentos* de La Paz, Cochabamba e Santa Cruz (LOZANO, 2002).

Os projetos se propunham a desenvolver *Sistema Locales de Salud* (SILOS) nas regiões sanitárias selecionadas no país (existiam 90 distritos, dos quais foram identificados 35), numa estratégia de descentralização e regionalização dos serviços de saúde. Os distritos foram concebidos como um conjunto de recursos interrelacionados, responsáveis pelo desenvolvimento da saúde de uma população definida em uma área geográfica, com suficiente capacidade resolutiva, o que pressupunha uma reorganização do sistema, que tinha como unidade operativa as regiões de saúde. Para essa tarefa contava-se com a *expertise* dos organismos internacionais, além de seus recursos financeiros. Para a rede de serviços propunha-se considerar três níveis de estabelecimentos de saúde: posto de saúde, centro de saúde e hospital distrital.

O *Sistema Nacional de Salud Integrado y Descentralizado*, contudo, não se efetivou. Primordialmente porque não alcançou a incorporação dos subsistemas público do seguro social e privado, bem como os serviços das ONGs e a medicina tradicional, como estava projetado. O modelo de atenção à saúde adotado privilegiou os segmentos materno-infantil, escolares, adolescentes e trabalhadores, ou seja, focalizou as ações nesses grupos. O PROISS focou o sistema público em uma abordagem seletiva de intervenções na saúde materno-infantil e no controle de algumas doenças transmissíveis, como a tuberculose, a maléria e a doença de Chagas. Assim, o que ocorreu na Bolívia no governo de Paz Zamora foi uma continuidade da política dos governos anteriores, que em seu discurso assumiam a obrigação do Estado para com a saúde da população, mas que não promoveram reformas que conseguissem operar esse discurso.

Um observação importante é que a partir de 1990 o BM assumiu um papel central no setor da saúde na Bolívia, financiando cerca de 50% do PROISS (SILVA et al, 2011). Com a ideologia neoliberal e os ajustes empreendidos pelo governo o banco tornou-se o maior credor na saúde – não apenas na Bolívia, mas também em outros países latino-americanos – e, como resultado, tornou-se a liderança internacional na formulação dessa política. Outros bancos, como o BID e agências bilaterais presentes no país, estiveram presentes em grandes projetos na saúde, política que caracterizou um loteamento das áreas de saúde no país às agências internacionais.

Uma hipótese, já apresentada nesse trabalho, é de que a concentração de poder nas burocracias desses organismos, especialmente o BM, enfraqueceria a capacidade formuladora do país, bem como a capacidade de encontrar suas próprias respostas para os problemas locais

de saúde (HOMEDES e UGALDE, 2005). Especificamente no caso do governo de Paz Zamora, essa hipótese tem suas nuances. Certamente, tanto o BM quanto outras agências financiadoras tenderam a ditar políticas, vinculadas à disponibilização de recursos financeiros. Mas, a implementação dessas políticas estava também associada à capacidade gestora e executora das instituições de saúde do país. Mudanças nas equipes gestoras no MPSSP entre 1991 e 1992, por exemplo, causaram uma instabilidade que gerou atrasos na implementação, na qualidade dos processos para a contratação de serviços, bem como dificuldades no acompanhamento técnico por parte do BM. Como desta Homedes (2001), nessas condições, e considerando sua relativa frequência na Bolívia, as agências financiadoras muitas vezes se desviaram para projetos autônomos, canalizando seus investimentos através de ONGs o que, considerando a dispersão de ações gerada nesse procedimento, comprometia as possibilidades de sucesso dos programas, de uma forma global. Outro fator crucial da relação entre os organismos financiadores e o governo é o fato de os primeiros disponibilizarem recursos sem um conhecimento profundo de como eram utilizados ou de seu impacto final. Por sua vez, o principal interesse do governo estava em obter os recursos externos e, frequentemente, aderir aos projetos sem um comprometimento com sua implementação. Muitas vezes os recursos obtidos foram investidos em atividades não contempladas no acordo estabelecido. Com relação ao PROISS, por exemplo, a avaliação é de que a infraestrutura foi montada e utilizada, as capacitações foram realizadas e grande parte do pessoal treinado atuou nas respectivas atividades. No entanto, esses resultados não são capazes de justificar o montante dos recursos investidos (ao final, cerca de 39 milhões de dólares). Ou seja, o projeto não conseguiu atuar sobre os problemas estruturais do sistema de saúde constantes do documento *Fundamentos de la Política Social*. A conclusão à qual se chega é de que a sustentabilidade de qualquer projeto ou programa na Bolívia dependeria de sua capacidade de alterar as condições institucionais sob as quais operava (HOMEDES, 2001; HOMEDES e UGALDE, 2005). Em outras palavras, o fortalecimento das instituições e a clara definição da política de saúde seria uma pré-condição para o aproveitamento adequado dos recursos em mãos, em nome de um projeto de saúde mais inclusivo e abrangente.

O fortalecimento institucional do MPSSP foi uma meta estratégica no governo de Paz Zamora. Existiram também estímulos à descentralização, como parte de um projeto de reforma administrativa do Estado, por meio da constituição de governos departamentais para a operacionalização das ações dos diversos setores do ministério. As unidades sanitárias deveriam integrar-se a outras instituições – como o Exército, escolas, polícia, e instituições do poder local – no sentido de maximizar as ações de saúde. Ou seja, os espaços regionais deveriam



incorporar a intersectorialidade. A descentralização não foi efetivada na forma de uma reforma administrativa do Estado, se aproximando mais de uma desconcentração. A participação popular, por sua vez, foi percebida de forma diversa à dos governos anteriores. Privilegiou-se o espaço regional, e não associações como os *Comités Populares de Salud* (considerava-se que esses haviam se partidariado excessivamente e não mais refletiam a sociedade como um todo), na busca de uma noção de gestão social (VIANA et al, 1992).

Em suma, a proposta de uma reforma que integrasse as redes básica e hospitalar de serviços, os subsistemas de saúde pública e do seguro social, e que promovesse a descentralização e a regionalização, dentre outras diretrizes, não se distanciou do discurso. O contexto econômico, com todas as suas implicações, impulsionou essa política para a focalização, privatização e dispersão das ações. Considerando que isso repetiu o ocorrido nos governos anteriores (Siles Zuazo e Paz Estenssoro), observa-se um crescente deslocamento entre os princípios expressos pela política de saúde e as possibilidades reais de sua implementação. O elemento mais marcante na política de saúde nesse governo tornou-se, portanto, o papel da ajuda externa, vinculado a uma ação compensatória implementada pelos organismos de financiamento em face às políticas de ajuste. O desafio da conquista de um sistema de saúde mais abrangente e inclusivo, portanto, continuou presente na Bolívia.

#### *Sánchez de Lozada- 1993-1997*

Nas eleições gerais de junho de 1993, o MNR, em aliança com o MRTK (*Movimiento Revolucionario Tupac Katari*), ganhou uma maioria relativa de 34% dos votos. Entre junho e agosto formalizaram-se acordos com a UCS (*Unidad Cívica Solidaridad*) e MBL (*Movimiento Bolívia Libre*) para garantir a eleição de Sánchez de Lozada como Presidente. Com a UCS o MNR firmou o *Pacto por el Cambio* e, com o MBL, o *Pacto por la Governabilidad*, alcançando uma maioria de quase dois terços no parlamento. Essa coalizão de governo se diferenciou dos pactos anteriores pelo papel e peso hegemônico do presidente, evidenciado em sua iniciativa de elaboração das políticas públicas direta e estreitamente com equipes e pequenos círculos, geralmente de forma independente dos partidos, e sob controle presidencial. Os projetos, uma vez elaborados, foram aprovados no Congresso por maioria e, nos casos de oposição, por meio da busca de consensos com partidos e grupos de interesse. O parlamento geralmente atuou de forma passiva e, com poucas exceções, fez modificações nos projetos de lei. Nesse contexto, o papel da coalizão foi principalmente de garantir a disciplina partidária no Poder Legislativo e apoiar os projetos de lei apresentados pelo Executivo (MAYORGA, 2001).

O governo de Sánchez de Lozada aprofundou as reformas neoliberais dos governos anteriores de Paz Estenssoro e Paz Zamora, despojando o Estado de qualquer ingerência na economia. O programa de governo *Plan de Todos* se pautou em três pilares: a capitalização de empresas estatais, que encerraria o ciclo do Estado-empresário, herança econômica da Revolução de 1952; a descentralização administrativa e a ampliação da capilaridade do Estado, mediante a *Ley de Participación Popular*; e a reforma educacional. Os principais problemas que pretendia atacar eram a paralisação econômica, o desemprego, os baixos salários, o abandono dos setores de educação e saúde, e a situação do campo e das províncias. No campo das políticas sociais, apontava para a mudança do enfoque nas políticas compensatórias em prol de um impulso no desenvolvimento humano como prioridade da gestão. Nesse âmbito, os principais problemas identificados foram a persistência da pobreza rural, o empobrecimento urbano, a desatualização do sistema educacional, a insuficiente atenção em saúde, o aumento do déficit de moradia e a insuficiente cobertura do saneamento básico. Do ponto de vista do manejo dessas questões, identificou-se como problemas os recursos insuficientes destinados ao desenvolvimento humano, a participação popular insuficiente, a falta de integração intersetorial e interinstitucional e a limitada capacidade de execução e administração (LÓPEZ, s/d).

Em 1994 o governo reformou a Constituição boliviana, dentre outras, modificando seus termos para possibilitar a descentralização<sup>84</sup>. A *Ley de Participación Popular* (LPP) promulgada em 1994, concebida como uma reforma dos poderes dos governos municipais e de criação de mecanismos de participação cidadã, foi um dos instrumentos para a promoção da descentralização administrativa. A LPP descentralizou o Estado em municípios, organizados de forma que a área rural tivesse o mesmo poder e os mesmos recursos que as áreas urbanas. Dos recursos do TGN, 20% seriam compartilhados equitativamente entre os municípios, de acordo com o número de habitantes. Com isso os municípios adquiriram autonomia real, foram incluídos na vida nacional e assumiram responsabilidades de administração de serviços de educação, moradia, saúde, esportes, bem como de seu desenvolvimento econômico. Em 1995, com a promulgação da *Ley de Descentralización Administrativa*<sup>85</sup> (LDA), foram determinadas a transferência e a delegação de atribuições não privativas do Poder Executivo ao nível departamental por meio de suas prefeituras (governos departamentais). Essas atribuições

---

<sup>84</sup> A reforma constitucional também modificou a forma de eleição de presidente e vice-presidente, adotando o segundo turno no Congresso entre os dois candidatos mais votados, quando nenhum deles tenha atingido a maioria absoluta dos votos válidos; criou a figura dos deputados uninominais; estendeu o mandato presidencial para cinco anos; e reconheceu os direitos sociais, econômicos e culturais dos povos indígenas (SALAZAR, 2002).

<sup>85</sup> *Ley de Descentralización Administrativa* n. 1654, de 28 de julho de 1995.

consistiam das funções de articulação entre o planejamento operativo dos municípios e as políticas e diretrizes do governo nacional.

A LPP transferiu aos municípios as atribuições da infraestrutura dos serviços públicos de saúde, educação, esportes e viários. No âmbito da saúde, a competência dos municípios foi ainda ampliada para o provimento de insumos para o funcionamento dos serviços e supervisão das autoridades da saúde pública. A LPP também definiu as receitas municipais e a coparticipação tributária dos municípios, e criou as *Corporaciones Regionales de Desarrollo* em cada um dos *Departamentos* e o *Fondo Compensatorio Departamental*, que objetivou a compensação orçamentária pelo TGN quando as receitas departamentais per capita estivessem abaixo da média nacional fixada. Esses recursos deveriam ser utilizados para investimentos em infraestrutura e no fortalecimento da capacidade de gestão e da prestação de serviços municipais, por meio de um planejamento coordenado nos *Departamentos*<sup>86</sup>.

Ainda na esteira das reformas, em 1993 a *Ley* n. 1493 estabeleceu o *Ministerio de Desarrollo Humano* (MDH), estruturado em nove secretarias<sup>87</sup>, dentre elas a *Secretaria Nacional de Salud*, compreendida pelas Subsecretarias de *Salud* e de *Seguros de Salud*<sup>88</sup>. Estava extinto, portanto, o MPSSP. Com a criação do MDH buscou-se, seguindo as diretrizes do programa de governo, constituir uma hierarquia maior das políticas sociais, reformulando seu conceito e orientação e superando a visão assistencialista; articular as políticas sociais e econômicas; coordenar diferentes políticas sociais setoriais sob um enfoque unificado; aumentar a eficiência do gasto público social; e descentralizar a gestão dessas políticas.

Além da mudança que alocou a saúde no MDH, o governo de Sánchez de Lozada promoveu reformas na estrutura organizativa do setor nos níveis central, regional e local, com o objetivo de adequar o sistema de saúde às leis de *Descentralización* e de *Participación Popular*. A *Secretaria Nacional de Salud* assumiu a atribuição de adequar o modelo de descentralização ao setor saúde. Ou seja, a propriedade dos governos municipais sobre a infraestrutura dos serviços, sua atribuição de manter essa estrutura, a capacidade decisória adquirida sobre os recursos outorgados pela LPP, e a capacidade de coparticipar das decisões junto ao ministério. As redes de serviços e os *Directorios Locales de Salud* – DILOS – foram reestruturados, o número de *Direcciones Nacionales* aumentou para dar conta dos programas e projetos, bem como foi desenvolvido um vasto aparato burocrático financiado pelo BM, BID e

---

<sup>86</sup> Artigos 28, 29 e 30 da *Ley de Participación Popular* n. 1551 de 1994.

<sup>87</sup> *Educación; Salud; Asuntos Urbanos; Desarrollo Provincial y Rural; Asuntos Etnicos, de Género y Generacionales; Cultura; Deporte; Inversión Social; Instituciones Ejecutoras.*

<sup>88</sup> *Decreto Supremo* n. 23.660 de *Reglamento de la Ley de Ministerios del Poder Ejecutivo*. 12 de octubre de 1993.

TGN. Foram também multiplicadas as capacitações dos profissionais de saúde, com o objetivo de implementar os programas de saúde. Os DILOS serviriam denexo entre as *Direcciones Nacionales*, os governos municipais e departamentais e as organizações populares, buscando compatibilizar as demandas e a oferta de serviços de saúde, bem como os planos de investimento e alocação de recursos humanos no setor. Na *Secretaria Nacional de Salud* as equipes trabalharam na interpretação da LPP e da LDA, e na adequação da estrutura dos serviços, elaborando um novo modelo de atenção. Trabalharam também na formulação do *Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo*, que teria como objetivo alcançar níveis de equidade, qualidade e eficiência na prestação de serviços de saúde, sob os princípios da solidariedade e universalidade no acesso e na cobertura da população, organizando, para tal, as instituições prestadoras de serviços de saúde públicas e privadas ou religiosas sem fins lucrativos (CANEDO, 2006; LOZANO, 2002).

O *Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo* foi estabelecido pelo *Decreto Supremo* 24.237 de 1996. As prioridades definidas nacionalmente foram a saúde materno-infantil, a saúde nutricional, o controle de doenças transmissíveis (malária, Chagas, tuberculose) e de parasitoses. Ou seja, aqui já se configurou um limite da cobertura do sistema. De acordo como *Decreto* 24.237 a rede de serviços seria organizada em três níveis de atenção: o primeiro correspondente às atividades realizadas nos centros de saúde e policlínicas; o segundo, incluindo as modalidades da atenção à saúde desenvolvidas nos hospitais básicos de apoio; e o terceiro nível, correspondendo aos hospitais gerais e institutos especializados. Esses serviços correspondiam àqueles transferidos à gestão municipal. A coordenação das ações de saúde na rede de serviços se daria por meio de um sistema de referência e contrarreferência, com o objetivo de garantir a continuidade e o seguimento da atenção nos três níveis. A *Secretaria Nacional de Salud* seria responsável pela definição da política de saúde. As *Direcciones Departamentales de Salud* – DIDES – seriam responsáveis pela execução das políticas de saúde e por sua adequação à realidade regional. A gestão compartilhada com a participação popular – exercício conjunto da responsabilidade entre departamentos, municípios, comunidades camponesas e povos indígenas pela prestação de serviços –, se estruturaria nos DILOS.

Para cumprir a prioridade da atenção à saúde materno-infantil e de redução da mortalidade nesses segmentos, foi desenvolvido o *Plan Vida* e criado o *Seguro Nacional de Maternidad y Niñez*, em 1996. O *Plan Vida*, aprovado pelo *Decreto Supremo* 24.269 de 1996, foi instituído como um instrumento da política do governo com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e de crianças menores de cinco anos, sendo seu cumprimento obrigatório

em todas as instituições públicas e privadas que atuavam nas políticas sociais, em todos os níveis de governo<sup>89</sup>. Se propôs a abordar, a insuficiência quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde, com o objetivo de responder às necessidades de atenção à saúde desses segmentos; o baixo nível educacional da mulher e sua pouca ou nenhuma participação nas decisões relativas à sua saúde; a pouca demanda nos serviços de saúde reprodutiva e infantil, decorrente de fatores culturais, econômicos, de acessibilidade geográfica, elevado custo dos serviços e dos medicamentos, e baixa renda familiar; a capacitação insuficiente dos profissionais de saúde e comunitários para resolver os problemas de saúde sob um enfoque integral e vinculado aos valores culturais; e a fragilidade do sistema gerencial para facilitar os processos de atenção à saúde e otimizar a utilização de recursos. Para cumprir a meta de redução em quatro anos de 50% da mortalidade materna, o *Plan* propôs o desenvolvimento de sistemas locais nos níveis departamental, municipal e nas comunidades, com a habilitação de centros obstétricos, perinatais e pediátricos, organizados sob o enfoque de risco e a perspectiva de gênero (GÓMEZ e MOLINA, 2002, CANEDO, 2006).

Podemos ressaltar que a definição do *Plan Vida*, reconheceu os determinantes sociais da saúde, bem como aspectos relativos à marginalidade e pobreza das mulheres, estabelecendo algumas intervenções nessas situações. Entretanto, essa política segmentou seu público alvo, tratando da mulher em idade fértil (entre 14 e 45 anos de idade) – focalizando mais ainda nas gestantes –, e das crianças menores de cinco anos. As intervenções propostas foram também focalizadas nos serviços de atenção à saúde em más condições de funcionamento (sem recursos humanos ou capacidade física instalada) e nas áreas rurais mais distantes. Embora fossem ações imprescindíveis, essa focalização, ao recortar etapas do ciclo de vida, demonstrou uma redução da concepção do processo saúde-doença e dos pressupostos da Declaração de Alma Ata que justificaram a política de saúde nesse governo.

A criação do *Seguro de Maternidad y Niñez* (SNMN) pelo *Decreto Supremo* 24.303 de 1996 foi um importante instrumento da priorização da atenção materno-infantil e da implementação do *Plan Vida*. O SNMN garantia assistência médica às gestantes, ao parto, ao puerpério e às emergências obstétricas e aos recém-nascidos e menores de cinco anos. Para prestar o benefício os municípios deveriam assinar um convênio com a *Secretaria Departamental de Desarrollo Humano*, por meio das DIDES. A assistência à saúde era prestada em todos os centros de saúde públicos e do subsistema do seguro social, bem como aqueles pertencentes a ONGs e organizações religiosas, que tivessem firmado convênio específico com

---

<sup>89</sup> Artigo 2º do Decreto 24.269 de 18 de abril de 1996.

o SNMN<sup>90</sup>. Nesse sentido, o sistema de saúde avançou na integração dos subsistemas público e do seguro social, apontando para a possibilidade de redução de sua segmentação.

O SNMN iniciou cobrindo 26 intervenções, incrementadas para 102 em 1988. A escolha do prestador era livre. O financiamento provinha da coparticipação tributária transferida aos municípios (que representava 20% da renda nacional), e da contribuição de 3% da cooperação internacional. Os recursos eram repassados em função do número de habitantes de cada município (SILVA et al, 2011). Como previsto na LDA, os custos com o investimento e manutenção da infraestrutura e equipamentos ficava a cargo dos municípios e o pagamento de pessoal era atribuição do TGN.

Os resultados observados do SNMN mostraram avanços na assistência pediátrica às IRAs (infecções respiratórias agudas) e às EDAs (enfermidades diarreicas agudas), bem como o incremento do acesso dos segmentos mais pobres aos serviços de saúde. Foram também observadas deficiências em questões fundamentais como o abastecimento de medicamentos essenciais, o atraso no pagamento dos prestadores de serviços e a insuficiência de recursos humanos (CHACÓN e VALVERDE, 2009). Uma questão que vale ressaltar é o fato de que a visão estratégica da mudança em saúde focalizada no binômio mãe-filho reforçou as políticas ditadas pelos organismos internacionais para a América Latina como um todo. Contudo, na Bolívia, onde grande parte da população mantinha (e mantém) concepções culturais tradicionais diferentes das formas da atenção médica ocidental, as ações ditadas por essa estratégia muitas vezes foram rejeitadas, comprometendo seus resultados (CANEDO, 2006).

Com o fato da reforma do sistema ter estabelecido um financiamento para o SNMN repassado diretamente aos municípios, o programa adquiriu grande autonomia em relação à *Secretaria Nacional de Salud*, aprofundando a fragmentação do sistema de saúde. A reforma também contribuiu para com o aumento da fragmentação ao estabelecer uma separação da modalidade de gestão de hospitais e centros de saúde. Os governos locais deram aos hospitais diferentes graus de autonomia, o que permitiu a criação de sistemas próprios de geração de receitas por meio do pagamento de coparticipação pelos usuários. Do ponto de vista dos hospitais, a receita subiu de uma proporção de 5,6% do orçamento para 22,1% no primeiro ano (1997). Do ponto de vista dos usuários, o gasto do próprio bolso subiu de 27,8% do gasto total em saúde em 1995 para 35,1% em 1999, configurando um gasto catastrófico para 5% dos domicílios bolivianos (SILVA et al, 2011).

---

<sup>90</sup> Artigos 2° e 5° do *Decreto Supremo* n. 24.303 de 1996.

Outra frente de ação das políticas sociais no governo de Sánchez de Lozada foi a instituição do *Programa Nacional de Apoyo y Protección* às pessoas maiores de 65 anos, nas áreas de saúde, educação, assistência legal e assistência social. Esse programa considerou o envelhecimento ainda incipiente da população boliviana – 6,5% tinha mais de 60 anos –, mas, também, a expectativa de duplicação dessa população em um prazo de 25 anos. Considerou também que esse grupo etário era aquele de maior incidência de pobreza e vulnerabilidade. Do ponto de vista da saúde, o reconhecimento das necessidades de assistência aos idosos foi brindado com o *Seguro Médico de Vejez* instituído pelo *Decreto Supremo* 24.448 de 1996, que garantia o acesso gratuito a um conjunto de intervenções prestadas nos centros de atenção da *Caja Nacional de Salud* àqueles não vinculados a um esquema do seguro social<sup>91</sup>. O financiamento se dava a partir dos aportes da *Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad* aos governos municipais, que pagavam inicialmente à *Caja* o valor de 41 dólares anuais per capita, considerando a população adscrita ao programa<sup>92</sup>. Esse seguro não chegou a consolidar-se pelo fato de os jogos de azar terem sido extintos e, portanto, sua fonte de financiamento. Em 1998, no governo de Hugo Bánzer, foi desenhado um novo seguro para esse segmento da população: o *Seguro Médico Gratuito de Vejez* (CHACÓN e VALVERDE, 2009)

Considerando o processo aqui descrito, são feitas algumas considerações acerca da reforma do sistema de saúde ocorrida no governo de Sánchez de Lozada. Nos anos 1980 e 1990, sob o ideário neoliberal, a descentralização foi promovida em muitos países latino-americanos como parte das reformas dos Estados. A descentralização, que implica na transferência de poder decisório de um nível político ou administrativo para outro, é considerada uma estratégia para a redução do tamanho do Estado e, na América Latina, foi também uma estratégia para corrigir as ineficiências dos sistemas de saúde (UGALDE e HOMEDES, 2008). É certo que algumas das ineficiências dos sistemas de saúde na região podem ser atribuídas a uma centralização administrativa excessiva, mas a descentralização pode também causar essas ineficiências. Na experiência latino-americana a descentralização não solucionou os problemas de regiões mais pobres e distantes, onde faltam profissionais, em número e qualificação. Da mesma forma, muitas vezes os governantes de pequenos municípios não estão preparados ou capacitados para a gestão do sistema de saúde. A descentralização pode também criar problemas de coordenação entre os diversos níveis, principalmente em sistemas pouco consolidados. Consequentemente, a qualidade dos serviços prestados não melhora (UGALDE e HOMEDES, 2008).

---

<sup>91</sup> Artigo 1º do Decreto Supremo 24.448 de 20 de dezembro de 1996.

<sup>92</sup> Artigo 6º do Decreto Supremo 24.448 de 20 de dezembro de 1996.

A descentralização promovida no sistema de saúde boliviano não foi acompanhada do fortalecimento da função coordenadora do nível central. Uma consequência desse processo foi o aumento da desigualdade entre municípios pobres e ricos, considerando que os primeiros deveriam administrar o sistema com menos recursos e capacidade gerencial. Os programas criados para a implementação do *Plan Vida* permaneceram com a gestão centralizada no nível central do governo, propiciando uma multiplicidade de centros de decisão e responsabilidades heterogêneas, enquanto sua execução ficou a cargo dos municípios. Certamente isso contribuiu para a manutenção, ou mesmo o aumento, da fragmentação já existente no sistema de saúde boliviano.

Com relação à eficiência, estudos comprovam que quanto mais descentralizado ou privatizado é o financiamento do sistema de saúde, menor sua eficiência capacidade de controlar os custos (SILVA et al, 2011). Na Bolívia, considerando a existência de fontes distintas de financiamento, bem como as atribuições dos diversos níveis de gestão, os recursos passaram a ser administrados nos serviços públicos por quatro caminhos paralelos: o pagamento de salários, o gerenciamento dos custos e o suporte técnico foram transferidos para as DIDES; a manutenção dos serviços de saúde e os seguros públicos de saúde foram repassados aos municípios; os recursos de 28 programas verticais permaneceram gerenciados no nível central; e os fundos de cooperação internacional passaram a ser administrados tanto no nível central quanto de forma descentralizada. A diversidade que esses formatos exigem, do ponto de vista gerencial, pode ter provocado paralisações no processo de decisão nos serviços e nos distritos de saúde, além de contribuir para com a fragilização do papel coordenador da *Secretaria Nacional de Salud*, essencial à construção de um sistema de saúde menos segmentado e fragmentado. Do ponto de vista dos recursos humanos, a reforma também os dividiu entre aqueles dependentes da autoridade regional do ministério, aqueles executores ou responsáveis por programas verticais, e as equipes de saúde contratadas pelos municípios. Todos esses fatores têm reflexos na eficiência do sistema de saúde.

A descentralização como justificativa para incrementar a participação popular no planejamento e controle das ações de saúde e também aumentar a eficiência dos serviços, por si só não provoca mudanças nas relações de poder de forma a cumprir esse objetivo. As elites locais podem se utilizar da descentralização para aumentar o próprio poder; o poder pode continuar centralizado, agora nos níveis locais de governo; e, não necessariamente, as decisões dos políticos locais são aquelas que proporcionam melhores níveis de saúde para a maioria da população. No caso da Bolívia, a LPP criou uma nova autoridade sobre os serviços de saúde, os DILOS, que, de forma contrária ao esperado, não facilitou a co-gestão dos serviços de saúde



por parte dos usuários, dado que apenas um dos membros entre os três era representante desses. Como resultado do pouco poder em relação a essa instância, os gerentes locais de centros de saúde e de hospitais perderam muito de sua capacidade de integrar a assistência curativa, os programas centralizados na *Secretaria Nacional de Salud* e os vários outros projetos implantados. Esse padrão reduziu em muito as capacidades e os recursos das equipes locais de saúde (SILVA et al, 2011).

Uma questão crucial é o fato desse processo de descentralização, como já é constante na literatura sobre o tema, ter prescindido de um de seus principais requisitos: que os descentralizados tenham capacidade de receber o que foi delegado a eles (PRIETO e CID, 2010). Mas, ainda é necessário destacar que a LPP aumentou o número de municípios e, isso, além de ampliar a capilaridade do Estado no meio rural – um dos seus objetivos imediatos –, abriu espaços para que lideranças indígenas assumissem, pela via eleitoral, o controle das suas comunidades. Nesse sentido, a descentralização desempenhou um importante papel na emergência de novas lideranças, o que se refletiu no contexto político boliviano nos anos que se seguiram.

Em suma, no governo de Sánchez de Lozada (1993-1997) foi acenada uma reforma do sistema de saúde que garantiria a cobertura universal, o acesso equânime aos serviços, a focalização aos mais necessitados e a integração dos subsistemas. Esses objetivos não chegaram a ser alcançados, ou o foram parcialmente. A cobertura universal, um caro valor aos sistemas de saúde, não foi contemplada com um projeto que permitisse se aproximar dela. O aceno do *Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo* foi reduzido à implementação dos programas focalizados na saúde materno-infantil e dos idosos (esse, de curta duração). Em relação ao acesso equânime as avaliações apontam para o fato de que o SNMN e o *Seguro Nacional de Vejez* não chegaram a alcançar os grupos mais pobres da população, além dos serviços não terem se difundido nas áreas rurais (OPAS,2001). A integração dos subsistemas público e do seguro social, da mesma forma, ocorreu apenas em relação a esses programas focalizados.

O que podemos depreender desse processo é que ocorreu uma reforma no sistema de saúde, na esteira de um importante processo de descentralização administrativa no país, mas esse não conseguiu alterar as características de segmentação e fragmentação desse sistema, ou mesmo incorporar as parcelas da população não cobertas por nenhum dos subsistemas. Que fatores explicariam essa condição? Podemos resgatar, como nas gestões anteriores, o legado da política de saúde no país; a forte dependência do financiamento externo, bem como as imposições para a definição de uma política de saúde que dela advêm; e os interesses dos grupos

possivelmente afetados por uma reforma ampla, como os beneficiários do seguro social. Cabe ressaltar que o governo de Sánchez de Lozada esteve baseado em uma concentração significativa de poder nas mãos do presidente e que, no plano da legislação, foram aprovados projetos essenciais às iniciativas do governo. Esse, portanto, não foi um fator limitante da política de saúde nessa gestão.

### *Hugo Bánzer – 1997-2001*

Hugo Banzer (ADN) assumiu o governo em agosto de 1997 em uma coalizão que reuniu 55,2% dos votos (havia obtido nas eleições apenas 22,26% dos votos). Essa coalizão, *Compromiso por Bolívia*, se distinguiu das anteriores em várias dimensões. Primeiramente, pelo fato de Hugo Bánzer estar determinado a desmontar as políticas de reformas do governo anterior, foi a maior coalizão do período. Integrou ADN, UCS, MIR e CONDEPA e, considerando que a ADN e o MIR fizeram alianças com outros pequenos partidos (PDC, NFR, FRI e ASD)<sup>93</sup>, totalizou oito partidos e alcançou a maioria de 120 cadeiras. Isso significou quase maioria no Senado e maioria qualificada na Câmara de Deputados. Segundo, seus integrantes a fizeram a mais heterogênea e incoerente, tanto pelo número excessivo de partidos quanto pela supremacia dos interesses partidários na patronagem e partilha clientelista do poder sobre os acordos em torno das políticas públicas (MAYORGA, 2001).

O traço comum dos governos anteriores, as políticas neoliberais, continuou a ser assentado no governo Hugo Banzer (1997-2001). Contudo, conduzidas em meio a uma nova crise econômica, com a diminuição do ritmo de crescimento em relação ao alcançado em anos anteriores, redução de investimentos privados e crescimento do déficit fiscal. A inexistência de um programa próprio, as características da aliança e a heterogeneidade dos parceiros, dificultaram a definição programática de Banzer, que somente se concretizou em novembro de 1997. Os pilares de seu projeto foram, primeiro, a oportunidade, relacionada ao crescimento econômico e à geração de riqueza, com a melhoria da qualidade ambiental e o ordenamento do território, e com uma meta de chegar ao final do governo com 7% de crescimento anual do PIB. Segundo, a equidade, com o desenvolvimento humano, a saúde, a educação e a capacitação para o trabalho como instrumento de luta contra a pobreza. Terceiro, o desenvolvimento das

---

<sup>93</sup> A UCS se deslocou de um governo a outro (Sánchez de Lozada-Hugo Banzer) sem uma transição e apesar da forte animosidade entre seu antigo e o novo aliado. A CONDEPA – *Conciencia de Patria* – foi criada em 1988, com sua base nas marchas contra o fechamento dos meios de comunicação de Carlos Palenque. Tanto na UCS quanto na CONDEPA a estrutura partidária foi uma transferência da estrutura empresarial para o âmbito político. Os partidos conseguiram canalizar o descontentamento por meio de uma mensagem de igualdade de direitos, dirigida a uma sociedade principalmente urbana, mas de tradição rural, na busca da integração e da justiça social. A CONDEPA elegeu a primeira deputada “chola”, em 1989. O NFR – Nueva Fuerza Republicana – foi criado em 1995 por Manfred Reys Villa, eleito pela primeira vez, em 1993, como prefeito de Cochabamba.

instituições democráticas: sistema judicial, descentralização administrativa, sistema político e luta contra a corrupção. E por último, a dignidade, relacionada à luta contra o narcotráfico e pela erradicação total da coca excedente até 2002.

A primeira lei aprovada no governo de Hugo Banzer foi a reforma do Poder Executivo formatado anteriormente por Sánchez de Lozada<sup>94</sup>, aumentando o número de ministérios de 12 para 14, e reconstituindo os ministérios da saúde – *Ministerio de Salud y Previsión Social* (MSPS) – e da educação. O MSPS passou a contar com dois vice-ministérios: *Salud* e *Previsión Social*.

A avaliação do sistema de saúde estimou que 25% da população, principalmente rural, não estava coberta por nenhum subsistema de saúde. O subsistema público cobria 35% da população total, o seguro social cobria 25%, as ONGs, 10%, e o subsistema privado, 5%. Dadas a debilidade da gestão administrativa, excessivamente centralizada, e um vazio na formulação de políticas para o acompanhamento do processo de descentralização, o contexto para uma reforma do sistema de saúde foi reconhecido como adverso. A avaliação do governo era de que a gestão se pautava na execução dos orçamentos, com cada vez menos recursos do TGN e cerca de 30% da população do país descoberta pelo sistema de saúde. Dessa forma, assumiu-se a necessidade de uma estratégia de longo prazo para a incorporação da população mais pobre e marginalizada em relação ao acesso aos serviços de saúde. Nesse cenário, a reforma proposta no sistema de saúde teve o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil por meio do incremento da qualidade e da cobertura dos serviços, do empoderamento das comunidades para alcançar a melhoria de seu nível de saúde, e do fortalecimento da capacidade local de resposta às necessidades de saúde (MSPS, 2002).

O *Plan Estratégico de Salud* (PES) foi elaborado no marco do plano geral de desenvolvimento econômico e social e se fundamentou na orientação de aprofundar a descentralização da gestão da saúde, no sentido de promover a eficiência e a eficácia do sistema de saúde. O PES reconhecia a necessidade de impulsionar a especialização, a unidade do sistema e a capacidade resolutiva por meio de redes de serviços organizadas territorialmente e articuladas com a gestão municipal e as organizações da sociedade civil. O sistema de saúde, de acesso universal, seria construído com base na atenção primária concentrada na saúde familiar e comunitária; no seguro básico; na descentralização efetiva dos serviços de saúde; e na promoção de municípios saudáveis, com participação e controle sociais (BOSSERT et al, 2000).

---

<sup>94</sup> Ley n. 1788 de 22 de setembro de 1997.

O PES propôs ampliar o SNMN criando um *Seguro Básico de Salud* (SBS), orientado ao perfil epidemiológico do país e aos problemas que mais afetavam a saúde da população. O SBS foi criado pelo *Decreto Supremo* 25.265 de 1998, reconhecendo a saúde como um direito que deve ser garantido pelo Estado, e a responsabilidade do Estado de melhorar as condições de vida da população, especialmente aquela em condições de pobreza, a partir de critérios de universalidade, equidade e solidariedade<sup>95</sup>.

O SBS, substituindo e ampliando o SNMN, foi concebido como um direito garantido a todos a população do país, dentro do limite dos serviços estabelecidos pelo Decreto. Primeiramente, um pacote de atenção à infância teve como objetivo acompanhar o recém-nascido até os cinco anos de idade. Segundo, a promoção e reabilitação nutricional, proposta que veio paralelamente à atenção à infância, com o objetivo de monitorar e promover o crescimento daquele público. Terceiro, o pacote de atenção à mulher, com o objetivo de atingir os problemas de saúde relacionados à saúde sexual e reprodutiva desse segmento, incluindo as complicações da gravidez. Finalmente, o pacote de atenção à população em geral, que incluiu a atenção ao câncer de colo uterino, o planejamento familiar, a atenção a doenças transmissíveis (de transmissão sexual, excetuando Aids, malária, tuberculose e cólera). Para as intervenções cobertas estavam incluídos os procedimentos de consulta, hospitalização, medicamentos, exames de apoio diagnóstico e consultas de monitoramento. Para as comunidades rurais o SBS cobria o custo de visitas periódicas das equipes de saúde e de agentes comunitários de saúde<sup>96</sup>.

A prestação dos serviços (110 intervenções em saúde) se daria nos serviços de saúde dos subsistemas público e do seguro social, bem como naqueles pertencentes a ONGs ou organizações religiosas conveniadas ao SBS. Dessa forma, a reforma estabeleceu a tentativa de coordenação dos recursos e da infraestrutura dos dois subsistemas: público e seguro social. O pagamento às *Cajas de Salud* seria realizado por meio do reembolso de um valor definido por procedimento e transferido aos municípios. Esse mecanismo de pagamento gerou conflito com as *Cajas*, dado que o gasto com os profissionais não estava coberto pelo SBS (MACEIRA, 2002).

O financiamento do SBS teve como principal fonte o município, que aportava 6,4% dos recursos provenientes da coparticipação tributária depositados na conta municipal do *Fondo Compensatorio de Salud*, criado no governo Sánchez de Lozada para o SNMN. Esses recursos cobririam os custos de funcionamento do sistema: insumos, medicamentos, consultas, hospitalização, exames, etc. Faziam também parte do financiamento do SBS os recursos dos

---

<sup>95</sup> Decreto Supremo N. 25.265 de 31 de dezembro de 1998.

<sup>96</sup> Artigos 3° a 7° do Decreto Supremo N. 25.265 de 31 de dezembro de 1998.

*Fondos Locales Compensatorios de Salud* gerados pelo SNMN, os recursos do TGN para o pagamento de pessoal e os recursos da cooperação externa. Os recursos dos *Fondos* deveriam ser utilizados na melhoria da disponibilidade, qualidade e eficiência dos serviços de saúde; no fortalecimento da capacidade do MPSP de supervisionar, monitorar e avaliar o sistema como um todo; e no incremento do acesso dos grupos mais pobres da população, especialmente as mulheres e crianças indígenas, por meio do financiamento de programas específicos (CÁRDENAS, 1998; BOLÍVIA, 2006).

Em uma segunda fase iniciada em 2001, buscou-se abordar questões relativas à equidade do sistema com a implantação do *Programa de Extensión de Coberturas* (EXTENSA) e, com isso, alcançar as populações descobertas por razões geográficas, de pobreza extrema, ou regiões carentes de serviços ou profissionais de saúde. O programa era financiado pelo BID e operacionalizado por meio das *Brigadas de Salud*, equipes móveis que se deslocavam para a prestação da assistência a cerca de 2.500 comunidades (MSPS, 2002).

Para a abordagem da população idosa foi criado em 1998 o *Seguro Medico Gratuito de Vejez* (SMGV), para todos os cidadãos maiores de 60 anos que não tivessem cobertura por algum seguro de saúde. A cobertura do SMGV correspondia aos serviços do *Seguro de Enfermedad, de Medicina Preventiva y Accidentes no Profesionales* previstos no *Código de Seguridad Social*, ou seja, aquelas mesmas recebidas pelos afiliados e aposentados do sistema de previdência social. O financiamento se daria por meio de um per capita anual por usuário (56 dólares, à época), pagos 60% pelo TGN e 40% pelos governos municipais. A gestão estaria a cargo das *Cajas de Salud*, e a fiscalização, do INASES. Na prática a *Caja Nacional de Salud* possuía cerca de 87% dos afiliados. Em 2000 o *Decreto Supremo 25.798* definiu o novo marco institucional do INASES, descentralizando-o e dando a ele a competência de fiscalizar o sistema da previdência social, e supervisionar os seguros sociais, o SMGV e o SBS (MACEIRA, 2002).

Na avaliação do SMGV observou-se problemas nos pagamentos à *Cajas de Salud*, principalmente por parte do TGN. Admitiu-se também que o programa teria um alto grau de exclusão, com um viés em favor dos usuários residentes em áreas urbanas, o que se explica pelo fato de os serviços serem prestados nas instituições do subsistema do seguro social, quase 90% delas localizadas em cidades e centros urbanos. Dessa forma, procede o reconhecimento da exclusão da população das áreas rurais do país, aqueles cujo perfil socioeconômico seria o mais vulnerável (CHACÓN e VALVERDE, 2009).

A descentralização dos serviços de saúde foi normatizada pelo *Decreto Supremo 25.233*, que estabeleceu o modelo de organização, as atribuições e o funcionamento dos *Servicios*

*Departamentales de Salud* (SEDES), órgãos desconcentrados dos *Departamentos*<sup>97</sup> que exerciam a autoridade em saúde no âmbito departamental, bem como planejamento, a coordenação, a supervisão e avaliação do setor. O *Departamiento* seria a circunscrição territorial do SEDES; o *Distrito de Salud*, compatibilizado aos municípios, foi estabelecido como a unidade territorial básica de gestão da saúde, organizado segundo critérios populacionais, de acessibilidade geográfica e rede de serviços. Os serviços de saúde se organizariam em redes constituídas por estabelecimentos de saúde segundo os níveis de atenção e complexidade, com base em critérios de acessibilidade geográfica, população e capacidade resolutiva, se articulando e intercomunicando por meio de sistemas de referência e contrarreferência. A autonomia de gestão técnico-administrativa, de recursos humanos, financeiros e materiais foi mantida para os hospitais dos *Departamentos*, de referência e especializados.

O *Decreto Supremo 25.233* estabeleceu também os níveis de gestão do sistema de saúde. O primeiro, o nível local de coordenação dos postos e centros de saúde localizados no âmbito de um distrito; o segundo, correspondente ao *Distrito de Salud*, cujo território poderia abranger uma ou várias províncias ou municípios; o terceiro, correspondente à direção técnica departamental da saúde; e o quarto nível, correspondente ao MSPS, instância gestora e normativa da política nacional de saúde. Os institutos nacionais, entidades da previdência social e outras instituições setoriais no âmbito nacional estavam submetidas à supervisão direta do MSPS<sup>98</sup>. O SEDES e os governos municipais, de forma articulada, organizariam os *Distritos de Salud*. A programação e execução das ações de saúde se dariam, nos níveis departamental, distrital e local, com a participação popular.

A cobertura do subsistema público de saúde em 2001 foi de 38% da população; do subsistema do seguro social, 26%; das ONGs e instituições religiosas, menos de 10%; e os 36% restante da população tinham como recurso apenas a assistência do setor privado (SILVA et al, 2011). Ou seja, houve um ligeiro aumento da cobertura em relação à estimativa no início do governo, em torno de 35% no subsistema público e 25% no subsistema do seguro social. As avaliações acerca do desempenho do sistema de saúde no período da gestão de Banzer mostraram que embora o acesso às ações de saúde materno-infantis tenha sido incrementado, concentrou-se nos segmentos mais ricos da população (68,6% da população feminina não pobre e 46,4% da população feminina pobre informaram ter recebido assistência quando necessitaram, em 2002), e naquelas mulheres residentes em áreas urbanas e com nível

---

<sup>97</sup> Decreto Supremo N. 25.233 de 07 de novembro de 1998.

<sup>98</sup> Artigo 6º do Decreto Supremo N. 25.233 de 1998.

educacional mais alto (62,1% da população feminina urbana e 44,9 da população feminina rural acessaram os serviços em 2002). O gasto per capita com o SBS, por sua vez, foi 50% maior nas capitais (9 dólares) que em outros municípios (6 dólares), no ano de 2000 (SILVA et al, 2011; PAHO, 2009). Considerando a demanda por assistência como um todo, a proporção de pessoas que buscaram os serviços de saúde e foram atendidas caiu de 47,1% em 1999 para 42,5% em 2001. Entre aqueles que acessaram os serviços de saúde, a proporção de atendimento por médico caiu de 38,8% em 1999 para 36,8% em 2001; e a proporção de atendimento pelo subsistema público de saúde caiu de 31% em 1999 para 26,3% em 2001 (DUPUY, 2011). Ou seja, a exclusão do acesso à assistência aumentou nesse período.

O desenho do SMGV também aprofundou a exclusão: 90% dos serviços eram prestados em instituições localizadas nos centros urbanos, deixando quase totalmente excluídas as populações rurais, notadamente as mais vulneráveis. O censo de 2001 informou que 63% da população maior de 60 anos estava entre os mais pobres: 27% desses eram pobres moderados e 30% indigentes. Além disso, 68% dessa população vivia em áreas rurais e 48% era analfabeta. Quanto ao financiamento do SMGV, avaliou-se que os pagamentos às *Cajas* prestadoras dos serviços do programa não tinha um fluxo oportuno, principalmente por parte do TGN, o que levava a periódicos acúmulos de dívidas e comprometimento dos serviços (CABRERA, 2011). Por seu turno, a demanda pela assistência à saúde aumentou, gerada não apenas pelo incremento na cobertura real, mas também pelo deslocamento de usuários que antes recorriam ao setor privado ou às ONGs. Uma possível razão dessa migração seria a recessão econômica, que estaria afetando os setores médios urbanos da população (LAVANDENZ, 2003).

Avaliou-se também que a reforma do sistema de saúde, ao transferir responsabilidades do nível central aos outros níveis de gestão deixou espaço para o MSPS coordenar programas específicos com os organismos internacionais, o que levou à criação de novas *Direcciones Nacionales* como de saúde ambiental, promoção da saúde, controle e prevenção de doenças, dentre outras. Cada uma dessas contava com programas específicos, independentes uns dos outros, com objetivos e estratégias diferenciados para o controle de determinada doença ou evento, tais como os programas de tuberculose, Chagas, Malária e imunizações. Tal estratégia de políticas, além de minar a capacidade coordenadora do MSPS reforçou a fragmentação do sistema de saúde.

O governo de Hugo Banzer, portanto, promoveu uma reforma do sistema de saúde que, em síntese, aprofundou a descentralização de suas atribuições para os níveis subnacionais, mas não avançou de forma substancial na extensão de sua cobertura. Ou, os avanços obtidos na ampliação de cobertura não chegaram a atender as maiorias excluídas de qualquer cobertura,

como pudemos depreender dos estudos na literatura acerca do SMGV ou do SBS. De certa forma, a prestação dos serviços do SMGV e do SBS pelo subsistema do seguro social caminharam na direção da redução da segmentação do sistema. No entanto isso se deu timidamente em termos da população atendida e, quanto ao desenho dos programas, esse efetivamente não propôs a construção de um sistema único (considerando um fundo comum de financiamento, a titularidade dos serviços e a gestão comum).

Apesar do controle da inflação e do crescimento anual em torno de 4% em meados dos anos 1990, a partir de 1997 houve um forte retrocesso da economia. Entre 1997 e 2002 o PIB per capita passou de 1.100 a 890 dólares (AYERBE, 2011). Sem cumprir as promessas de crescimento, as políticas aplicadas acentuaram a desigualdade social. Esse contexto trouxe ao protagonismo político os trabalhadores desempregados e os movimentos organizados, processo que demarcou os limites do avanço da agenda neoliberal. Ainda no governo de Hugo Banzer, um dos momentos que atingiu o projeto de privatização foi o movimento contra a atribuição à empresa norte-americana Bechtel do direito de comercializar e distribuir o sistema de água de Cochabamba, em abril de 2000, que levou o presidente a cancelar a concessão. No contexto de agravamento da crise econômica e social, em setembro de 2000 ocorreram protestos indígenas-camponeses, de cocaleiros (estes liderados por Evo Morales) e de professores, que se propagaram e colocaram o governo em cheque. O presidente Hugo Banzer faleceu em 2001 e o vice-Presidente, Jorge Quiroga, concluiu o mandato em um contexto de forte mobilização popular como reação contra os efeitos regressivos das reformas econômicas.

Nas eleições de 2002 a ADN sofreu uma derrota considerável, alcançando apenas 3,4% dos votos. O MNR teve 22,46%, seguido do MAS, com 20,94%, e da NFR, com 20,91%. Sánchez de Lozada foi eleito presidente na votação congressual, para um segundo mandato.

*Sánchez de Lozada – 2002-2003 - Carlos Mesa (2003-2005); Eduardo Rodríguez (2005-2006)*

Os resultados das eleições de 2002 mostraram que o MAS, o MIP (6,09% dos votos) e a NFR<sup>99</sup> capturaram o descontentamento da população diante da situação de pobreza e exclusão social no país, e com a gestão desses conflitos pelo governo de Banzer. A consequência foi uma polarização entre dois candidatos e alternativas políticas: aquela da mudança radical de Evo Morales e a alternativa da continuidade das reformas neoliberais de Sánchez de Lozada, com o

---

<sup>99</sup> O MIP, *Movimiento Indígena Pachakuti*, partido indigenista de esquerda, foi fundado em 2000. Seu líder, Felipe Quispe, afirmava o MIP como instrumento político-ideológico de um outro Estado, a nação Qullasuyana. O NFR, partido neopopulista criado em 1995 por Manfred Reys Villa, dissidente da ADN, não tinha uma organização sólida e carecia de quadros competentes e experientes, bem como de um projeto político. Orientou sua campanha eleitoral em torno de um retorno ao estatismo.



discurso de resolver os problemas econômicos e sociais de urgência. A situação de polarização descartava Evo Morales, dado que o MAS se isolou de qualquer possibilidade de acordo, necessário para alcançar a maioria dos votos na eleição no Congresso, bem como pelo fato de nem mesmo a NFR estar disposta a um acordo para leva-lo à presidência. Em julho de 2002 o MNR e o MIR, antigos desafetos, buscaram um acordo programático e formaram a coalizão de governo *Plan Bolívia*. A coalizão teve o apoio adicional da UCS e da ADN e alcançou uma maioria absoluta de 88 cadeiras no parlamento. No entanto, foi uma coalizão difícil e que teve de enfrentar a oposição radical do MAS e dos movimentos sociais (MAYORGA, 2002). Pela primeira vez na história democrática do país o parlamento teve uma representação de todos os setores da sociedade, de indígenas a empresários, o que, no entanto, não configurou um cenário de interculturalidade. Ao contrário, os partidos se enfrentaram em torno de discussões ideológicas com tons de discriminação e intolerância social e cultural. Nesse contexto, o governo conduziu seu mandato em meio a relações conflituosas com os partidos políticos e com os movimentos sociais.

O denominador comum dos governos na Bolívia entre 1985 e 2005 foram as políticas de ajuste e o fim do Estado “benfeitor”, a privatização, os programas econômicos e fiscais tendentes à concentração e acumulação financeira empobrecedora das indústrias e empresas nacionais, que desempregaram e empobreceram grande parte da população. Ao mesmo tempo, os resultados dessas políticas provocaram protestos e resistência por parte da população que, muitas vezes, desembocaram em reações violentas do governo<sup>100,101</sup>. Os conflitos culminaram na renúncia de Sánchez de Lozada em 2003, tendo Carlos Mesa (independente) assumido a presidência. Carlos Mesa também não resistiu às pressões populares que cobravam um maior nacionalismo em relação às empresas exploradoras dos recursos energéticos, e renunciou em 2005. O presidente da Suprema Corte de Justiça, Eduardo Rodríguez, assumiu provisoriamente o governo (LAVANDENZ, 2003; AYERBE, 2011; BLAIN, 2015; RÍOS, 2015).

---

<sup>100</sup> Durante a ditadura, segundo a ASOFAMD (Asociación de Familiares de Detenidos, Desaparecidos y Mártires por la Liberación Nacional de Bolívia) foram registradas um total de 439 mortes. Na democracia, segundo a APDHB (Asamblea Permanente de Derechos Humanos de Bolívia), foram 15 mortes no governo de Paz Estenssoro (1985-1989), 5 no governo de Paz Zamora (1989-1993), 30 no primeiro governo de Sánchez de Lozada (1993-1997), 48 no governo de Hugo Banzer (1997-2001), 28 no governo de Jorge Quiroga (2001-2002), e 115 no segundo governo de Sánchez de Lozada, totalizando 241 mortes, o que equivale a 54% daquelas mortes ocorridas durante a ditadura (RÍOS, 2015).

<sup>101</sup> No governo de Sánchez de Lozada esse contexto provocou vários protestos, dentre eles a “Guerra da água”, contra a concessão a uma empresa transnacional do abastecimento e distribuição de água no *Departamento* de Cochabamba, em 2000; e contra a construção de um oleoduto através do Chile para exportação do gás boliviano aos EUA (Guerra do Gás), em 2003, quando grande parte da população estava desabastecida. Ainda em 2003 aconteceu a “revolta de outubro”, na luta pelo direito de participação política e contra as violações dos direitos humanos, representando o ápice nas tensões em relação às estratégias neoliberais.

Nesse cenário um tanto adverso, o governo Sánchez de Lozada elaborou um diagnóstico sobre a situação da saúde da população, reconhecendo os níveis de desigualdade e de exclusão do acesso em que boa parte da população vivia. O governo reconheceu a saúde como um direito, bem como o desafio de aplicar o conceito do processo saúde-doença como expressão da qualidade de vida. Ou seja, para melhorar a saúde seria indispensável superar a pobreza e a exclusão social e alcançar um mínimo de bem-estar que se distribuisse de forma homogênea na população. O objetivo da política de saúde seria garantir o acesso equitativo, efetivo e universal a um conjunto de ações integrais e compartilhadas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, como contribuição para com a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população<sup>102</sup>. As linhas estratégicas foram a implantação do *Seguro Universal Materno Infantil* (SUMI), o *Nuevo Modelo de Gestión Compartida con Participación Popular*, o *Programa Nacional de Extensión de Coberturas* (EXTENSA) e o controle de doenças transmissíveis e imunopreveníveis.

O SUMI foi instituído em 2002 pela *Ley 2.426* como uma prioridade da estratégia de redução da pobreza, de caráter universal, integral e gratuito, com a finalidade de prover ações de saúde nos âmbitos dos subsistemas público e do seguro social<sup>103</sup>. Uma diferença em relação aos antecessores SNMN e SBS foi o fato desses dois terem se constituído a partir de decretos presidenciais, enquanto o SUMI foi instituído pela promulgação de uma lei aprovada no Congresso, o que deu ao programa o caráter de uma política de Estado. O programa abrangia 400 intervenções em saúde para mulheres grávidas do início da gestação até os seis meses posteriores ao parto, e crianças do nascimento aos cinco anos de idade. Os serviços prestados abrangiam também a medicina tradicional, quando os costumes dos povos indígenas, originários e camponeses assim definissem<sup>104</sup>. Em 2005 a *Ley 3.250* ampliou a cobertura do SUMI para mulheres de cinco a 60 anos, estabeleceu a obrigatoriedade da prevenção e tratamento do câncer de colo uterino, e a cobertura de métodos anticoncepcionais e a doenças sexualmente transmissíveis. Essa ampliação da cobertura incorporou uma noção de integralidade da atenção à saúde da mulher, reconhecendo que as condições de uma gravidez e um parto saudáveis vão além dos cuidados nesse período da vida.

O financiamento do SUMI se deu a partir do TGN, para cobertura dos custos com os recursos humanos; 10% da coparticipação tributária dos municípios, para insumos e medicamentos essenciais; e até 10% dos recursos da conta especial para o financiamento de

---

<sup>102</sup> Ministerio de Salud y Prevision Social. Política Nacional de Salud. 2004.

<sup>103</sup> O SBS foi extinto.

<sup>104</sup> Artigo 1º da Ley 2426 de 21 de novembro de 2002.

insumos, infraestrutura e medicamentos, quando os recursos da coparticipação tributária não fossem suficientes. Além desses, os municípios poderiam utilizar-se dos recursos do *Fondo Solidário Nacional*, no caso de insuficiência dos recursos anteriores. A descentralização do SUMI alcançou parte de seu financiamento: os recursos do TGN e da coparticipação tributária constituíam um fundo específico por município (no total, 314 fundos). Os recursos humanos do setor público continuaram sendo pagos com os recursos do TGN, enquanto os profissionais vinculados ao seguro social recebiam pelas respectivas *Cajas* (ARTAZA, 2004).

O *Nuevo Modelo de Gestión Compartida con Participación Popular* foi instituído com a definição do *Sistema Nacional de Salud* pelo *Decreto Supremo 26.875* de 2002 – conjunto de entidades, instituições e organizações públicas e privadas de prestação de serviços de saúde, reguladas pelo MPSSP –, compreendendo os subsistemas público e do seguro social, as instituições privadas sem fins lucrativos, as instituições religiosas e a medicina tradicional. O *Sistema Nacional de Salud* envolvia quatro níveis de gestão: nacional, correspondente ao MPSSP; departamental, correspondente ao *Servicio Departamental de Salud* – SEDES; municipal, correspondente ao DILOS; e local, correspondente aos estabelecimentos de saúde, em sua área de influência, e às brigadas móveis. Em 2003, com uma nova reforma no Executivo, foi criado o *Ministerio de Salud y Deportes* (MSD) em substituição ao MPSP (BOLÍVIA, 2002).

O novo modelo de gestão compartilhada constituiu em cada município (ou em um grupo de municípios, quando muito pequenos) o DILOS – *Directorio Local de Salud* – autoridade máxima de gestão dos serviços de saúde nos municípios e responsáveis pela implementação do SUMI e pelo cumprimento da política nacional de saúde, em substituição aos *Distritos de salud*. No DILOS, os estabelecimentos de saúde estariam organizados em redes, que complementavam entre si ações de atenção primária, secundária e terciária. Além dos serviços da rede pública, integrariam também as redes aqueles serviços de saúde do seguro social, das instituições religiosas, privados conveniados e de medicina tradicional.

O programa *EXTENSA*, componente do novo modelo de gestão, que contava com equipes multidisciplinares de médicos, dentistas e enfermeiras – as brigadas móveis –, foi expandido para cobrir cerca de 400 mil habitantes (ARTAZA, 2004). Para romper a barreira cultural nas diversas regiões do país, a reforma do governo Sánchez de Lozada desenvolveu em 2002 um componente intercultural de saúde, pelo qual 371 unidades (19% do total do país), especialmente em áreas rurais, foram capacitadas para o atendimento de crianças e gestantes e para o uso de ervas tradicionais nos centros de saúde (POOLEY et al, 2008). Além disso foram incorporadas a prática terapêutica de parteiras e de médicos tradicionais que em muitas

comunidades constituíam a única alternativa em saúde. Paralelamente, o EXTENSA desenvolvia ações para o fortalecimento do DILOS e das gerências de redes, buscando consolidar um modelo de atenção que incluísse a capacidade resolutiva dos serviços de saúde àquela da medicina tradicional, incorporando um enfoque intercultural e de gênero (ARTAZA, 2004). Para o controle das doenças transmissíveis e imuno-preveníveis, por sua vez, foram instituídas medidas de caráter coletivo e integral, como de controle de vetores nos domicílios e o diagnóstico e tratamento de pessoas doentes (Chagas, malária e tuberculose). O programa de imunizações também foi fortalecido.

Embora algumas questões da organização do sistema de saúde no país tenham sido minoradas com o SUMI e sua política de financiamento e com o EXTENSA, o desafio fundamental continuou sendo as desigualdades e a exclusão do sistema de saúde, justificadas à época pelas condições geográficas de acesso inadequadas, recursos humanos e técnicos, principalmente nas áreas rurais, insuficientes, e aspectos culturais tanto relacionados às comunidades quanto aos prestadores de serviços. Como nos programas implantados nos governos anteriores, o SUMI também incrementou o acesso aos serviços de saúde, mas não conseguiu atender os segmentos mais pobres da população. Além dos próprios limites do programa em alcançar as diversas regiões do país, avaliou-se também que seu conhecimento pela população rural era limitado, o que contribuiu para a restrição do seu alcance. A avaliação da cobertura de gestantes, em 2004, mostrou uma clara diferença entre aquela dos setores urbanos (68% da população cobertura) e rurais (32%); e a cobertura da atenção pós-neonatal (após um mês do nascimento) foi de apenas 6% nas áreas rurais, enquanto nas urbanas foi de 94%. Existiam, ainda, profundas desigualdades entre as regiões e departamentos: nas regiões altas do país, onde a maior parte da população é indígena, a cobertura de pré-natal foi mais baixa 59%, comparada a cerca de 80% de cobertura nas regiões baixas. A proporção de partos atendidos por pessoal capacitado nas áreas urbanas foi de cerca de 75%, enquanto nas áreas rurais foi de 38% e, para as mulheres do quintil de renda mais baixo, apenas 27%. No entanto, de forma inversa, a cobertura de atenção às crianças de até cinco anos (uma visita médica ao ano) foi maior nas áreas rurais, 56%, do que naquelas urbanas, 44% (POOLEY et al, 2008).

Do ponto de vista do sistema de saúde, o funcionamento tanto do SUMI quanto do SMGV estava fragmentado nos dois subsistemas – público e do seguro social –, o que favorecia a duplicação de ações para algumas populações e territórios geográficos específicos, enquanto outros permaneciam sem atenção à saúde; a duplicação de procedimentos administrativos; e a existência de múltiplos intermediários, elevando os custos de transação, dificultando o gerenciamento e, especialmente, a regulação. A possibilidade de duplicação de procedimentos

era favorecida, ainda, pelo fato de que os agentes reguladores então existentes, INASES – que fiscalizava os estabelecimentos do seguro social – e SEDES – coordenando e regulando a rede pública de serviços de saúde –, além de focarem-se exclusivamente nos seus respectivos objetos, não tinham capacidade de regular o setor privado conveniado ao SUMI. Essa baixa capacidade, fruto da segmentação do sistema de saúde, resultava no baixo cumprimento das normas técnicas do cuidado à saúde e na falta de transparência dos procedimentos administrativos e financeiros (POOLEY et al, 2008).

Ao ampliar a cobertura do SUMI para mulheres em todas as etapas do ciclo de vida, a reforma empreendida no sistema de saúde no governo de Sánchez de Lozada<sup>105</sup> avançou em relação aos governos anteriores. Nos municípios, as atribuições dos profissionais de saúde, da população e da gestão foram incrementadas, embora avalie-se que existiram problemas de coordenação e articulação entre os DILOS e a SEDES (CANEDO, 2006). Contudo, a política de saúde continuou focalizada por segmentos da população e, embora fizesse parte da política do governo de redução da pobreza, essa focalização não atendeu às populações mais pobres e com maiores problemas de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde. Em que pese o esforço empreendido no programa EXTENSA, a infraestrutura necessária a essa cobertura não foi promovida (SILVA et al, 2011; POOLEY et al, 2008).

Como nos governos anteriores a partir de 1985, no segundo governo de Sánchez de Lozada a focalização das ações e programas de saúde nos grupos mais pobres fez parte das recomendações do BM para o ajuste estrutural e, seja de forma direta ou indireta, teve também o objetivo de estimular a privatização dos serviços. A descentralização e a manutenção de um mercado de saúde pouco regulado atenderam a esses propósitos. A baixa capacidade de regulação pelo Estado permitiu que o setor privado da saúde preenchesse os espaços, especialmente daqueles serviços mais lucrativos, como hospitalares e das seguradoras de saúde. A privatização desses serviços, no entanto, alcançou apenas as classes médias e altas, que podiam pagar por eles. Nesse sentido, as recomendações do BM foram efetivas porque, por um lado, os grupos de interesse as viram como oportunidade de capturar o mercado lucrativo da saúde. Por outro lado, para garantir a estabilidade política e social seriam necessários programas de saúde que atingissem maiores parcelas da população.

A estrutura da prestação de serviços de saúde, por sua vez, esteve pautada na descentralização, mais próxima de uma desconcentração, na gestão fragmentada dos serviços, em programas verticais e em serviços focados na prevenção e na promoção da saúde. Muitos

---

<sup>105</sup> Considerando todo o período constitucional 2002-2005, e incluindo a sucessão por Carlos Mesa e Eduardo Rodríguez.

fatores podem explicar essa política, além dos escassos recursos para o financiamento do sistema de saúde, da falta de um planejamento e de ferramentas para implementação de um plano adequado. Dentre eles, primeiramente, as relações entre os partidos de governo e oposição, constantemente conflituosas, teriam constrangido os governos quanto à possibilidade de abrir uma nova área de conflito com as associações dos profissionais da saúde, sindicatos, e beneficiários do seguro social, a maioria em paz com o *status quo*. Segundo, os profissionais foram formados nas experiências tradicionais do país das ações focalizadas e não conheciam alternativas, ou não desejavam a implantação de uma política alternativa de saúde (SILVA et al, 2011). Portanto, há que se considerar o legado histórico do sistema de saúde boliviano, constrangendo as proposições de reformas. Outro fator reconhecidamente presente, a Bolívia teve uma grande dependência de recursos e tecnologias da ajuda internacional, que condicionaram as alternativas da política de saúde ao cumprimento de determinados preceitos ditados pelos organismos financiadores.

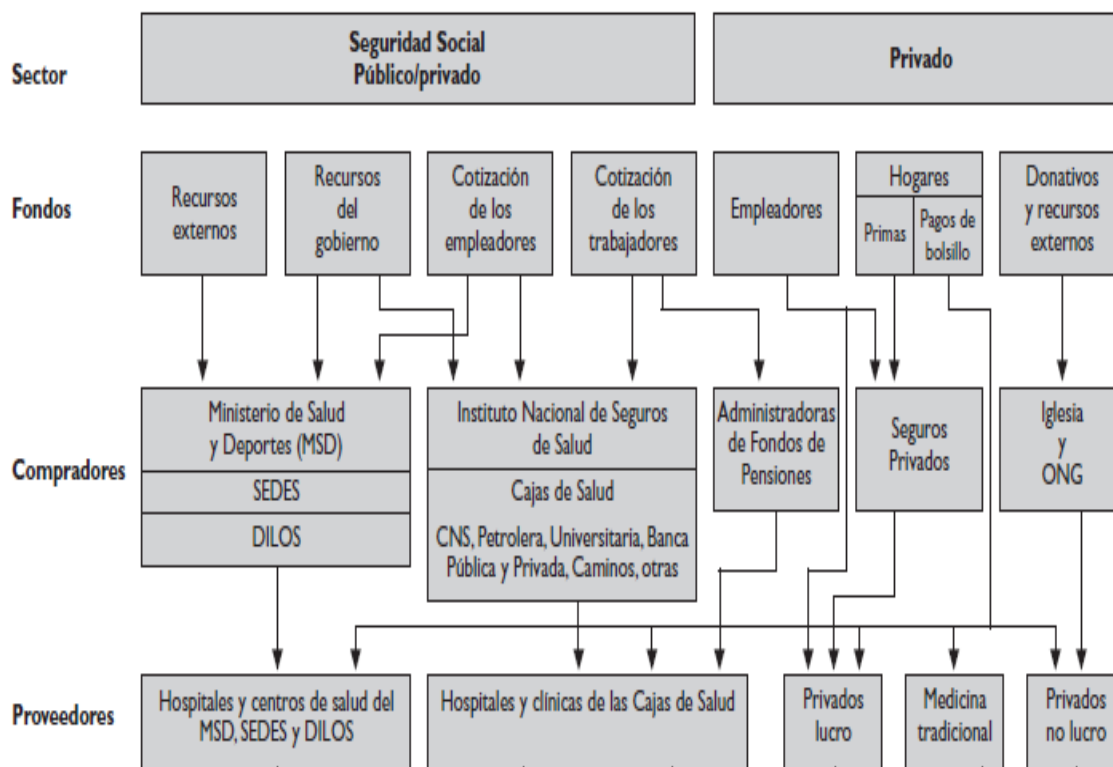
### *Síntese*

Foram várias as reformas realizadas pelos governos anteriores ao MAS, no período entre 1985-2005, caracterizado pela implementação de políticas de cunho neoliberal<sup>106</sup>. Ao final da década de 1990 a *Ley de Participación Social* e a *Ley de Descentralización Administrativa* de 1994, ao criarem as autonomias municipais, estabelecer as relações entre esse nível e o departamental, e definir mecanismos de transferência de recursos, haviam propiciado a alteração dos princípios organizativos do sistema de saúde e sua institucionalidade. De uma estrutura centralizada no MPSSP no governo de Paz Estenssoro (1986-1989), em 2005 o sistema passou a ser organizado em três níveis de atenção (Figura 4): nacional, correspondente ao *Ministerio de Salud y Deportes*; departamental, correspondente ao *Servicio Departamental de Salud* – SEDES, vinculado aos governos departamentais; e municipal, correspondente *Directorio Local de Salud* – DILOS –, que abrangia os estabelecimentos de saúde em sua área e as brigadas móveis.

---

<sup>106</sup> Siles Suazo (1982-1985); Paz Estenssoro (1985-1989). Paz Zamora (1989-1993); Hugo Banzer (1997-2001); Sánchez de Lozada (2002-2003); Jorge Quiroga (2001-2002); Sánchez de Lozada (2002-2003); Carlos Mesa (2003-2005); Eduardo Rodríguez (2005-2006).

Figura 4- Organização do sistema da saúde boliviano em 2005.



Fonte: Ledo e Soria, 2011.

O subsistema público, com suas atribuições no MSD e aquelas descentralizadas nos SEDES e DILOS, cobria 30,7% da população em 2005; o subsistema do seguro social, conformado pelos serviços prestados pelas *Cajas de Salud*, cobria 28,48% da população (Tabela 4). O subsistema privado incluía as companhias de seguro, planos de saúde pre-pagos e, em seu setor não-lucrativo, as ONGs e instituições religiosas. As companhias de seguro financiavam os serviços privados principalmente com recursos de pagamentos de prêmios pelos domicílios e empresas. Estimava-se que cerca de 1% da população estava afiliada a esse subsistema. As ONGs e as instituições religiosas, a maior parte com financiamento externo, proviam atenção primária, secundária e terciária, principalmente nas periferias urbanas e comunidades muito pobres, cobrindo cerca de 10% da população (PAHO, 2007). Os subsistemas público, do seguro social e privado cobriam, portanto, 70,18% da população. O restante da população boliviana (29,82%), não recebia atenção em nenhum dos subsistemas e recorria às farmácias ou à automedicação, com gastos do próprio bolso, ou à medicina tradicional.

A redução da população não coberta pelo sistema de saúde foi relativamente pequena entre 1992 (36%) e 2005 (29,82%), e foi devida principalmente a um incremento gradativo da cobertura do seguro social, que passou de 14% da população em 1992 para 28,48% em 2005.

Esse fato pode ser explicado pela extensão da cobertura do seguro social a todos os trabalhadores, formais ou informais, ocorrida em 1990 no governo de Paz Zamora. No subsistema público não houve um aumento relevante de sua cobertura: 30% da população em 1992 e 30,7% em 2005.

Tabela 4 - Cobertura do sistema de saúde boliviano, por subsistema, em anos selecionados.

	1992	1997	2001	2005
Subsistema público	30	30	30	30,7
Subsistema do seguro social	14	25,8	27	28,48
Subsistema privado				
lucrativo	3	0,5	0,7	1
não lucrativo	17	10	10	10

Fonte: elaboração própria a partir de Mesa Lago, 2006; RIVERA, 2001; OPAS, 2001; CHACON e VALVERDE, 2009.

Uma pesquisa domiciliar<sup>107</sup> realizada em 2006 mostrou que 80,1% de população não estava coberta por nenhum seguro de saúde público – considerando as *Cajas*, o SMGV ou o SUMI – ou privado<sup>108</sup>. Salientamos que a disparidade entre esse dado e aquele apresentado na Tabela 4 se deve ao fato de que a pesquisa domiciliar considera a afiliação a algum seguro de saúde. Ou seja, àqueles esquemas que pressupõem uma contrapartida, seja na folha de pagamento, como no seguro social, ou a partir de subsídios concedidos pelo Estado, como no SMGV ou SUMI. A parcela da população não afiliada a algum desses esquemas estaria assistida por programas como o EXTENSA, ou não recebia assistência à pelos sussistemas público ou do seguro social. Para esses restava o subsistema privado lucrativo e não-lucrativo. Embora não esteja especificado nos dados apresentados, o subsistema privado inclui também a medicina tradicional.

Ao avaliar o SMGV a OPAS aponta também para os problemas da cobertura. Em 2004 mostrou uma afiliação de apenas 35% da população-alvo (pessoas com mais de 60 anos) após sete anos de sua implantação, em 1996 (Tabela 5). Esse resultado pode ser também explicado pelo fato de que as *Cajas de Salud*, responsáveis pela prestação de serviços nesse programa, contavam apenas com uma infraestrutura urbana, característica que herdaram de sua constituição e expansão nos anos 1940 e 1950. Essa robusta rede de serviços não foi expandida para centros mais isolados e mais pobres do país o que, ao ser efetivado o compartilhamento

<sup>107</sup> Ao perguntar se recebeu atendimento por algum serviço de saúde e qual foi ele, caso tenha buscado atendimento no último mês. Disponível em: [http://www.ine.gob.bo/sitio\\_EH/Encuesta\\_Hogares.html](http://www.ine.gob.bo/sitio_EH/Encuesta_Hogares.html)

<sup>108</sup> Não haviam dados disponíveis desses indicadores nos inquéritos realizados em anos anteriores.



das atribuições com o subsistema público – como no caso do SNMN, SUMI e SMGV –, não permitiu que a cobertura do sistema de saúde fosse expandida conforme o necessário. Comprovamos isso pelo dado que nos mostra que entre 1992 e 2005 a exclusão do acesso foi reduzida de 36% para 29,82% da população, ou seja, em apenas 6,18 pontos percentuais no intervalo de 13 anos.

Tabela 5 - Cobertura do Seguro Médico Gratuito de Vejez em 2003.

	N	%
População maior de 60 anos	579364	
População no regime de seguro social	164086	28
População-alvo	415278	72
População afiliada ao SMGV	143560	35
População potencial a ser afiliada	271718	65

Fonte: OPAS, 2004.

Ressaltamos, ainda, que as políticas focalizadas contribuem para reforçar e aumentar a fragmentação dos sistemas de saúde, dentre outras porque, ao atenderem segmentos da população (por faixa etária, gênero, etc.), deixam de atender a população do país conforme suas necessidades, portanto, não prestando uma atenção integral à saúde. A política de saúde implementados pelos governos bolivianos entre 1985 e 2005 – PROISS, SNMN, SBS, SUMI e SMGV<sup>109</sup> – comprova esse argumento, em que pese o fato dos programas de governo terem, em suas proposições, incluído a cobertura universal e integral da saúde<sup>110</sup>.

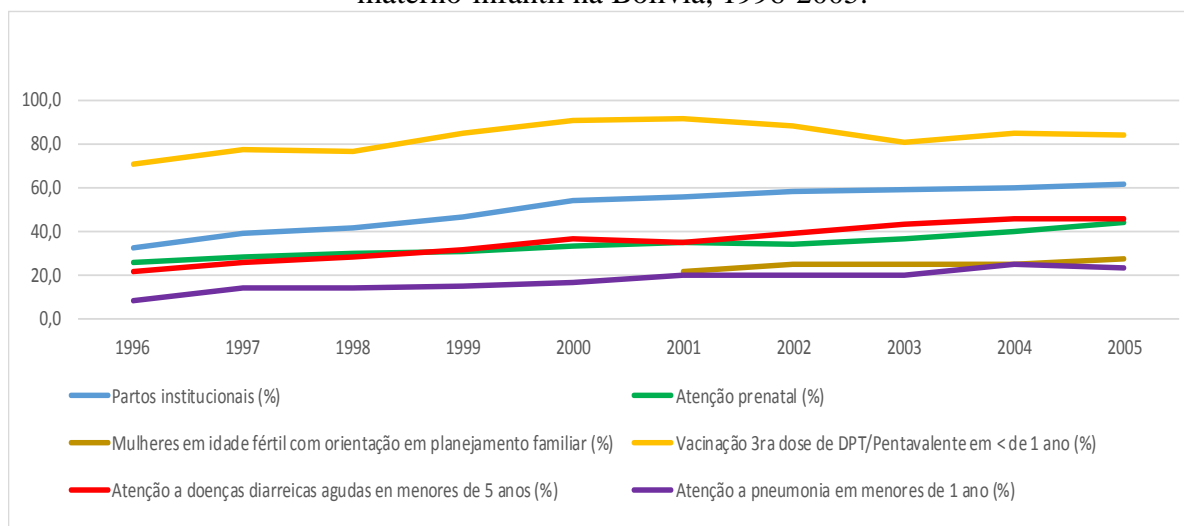
Com relação às ações de saúde prestadas nesse período, constatamos um incremento na atenção materno-infantil entre 1996 e 2005 e conseqüentemente do acesso, equivalente a cerca de 100% para a cobertura de partos institucionais, atenção ao pré-natal e a crianças com doenças diarreicas agudas (Gráfico 10). É possível inferir, por um lado, que esses resultados se devem a um investimento em infraestrutura (equipamentos, recursos humanos, etc) e na coordenação do cuidado. Por outro lado, ações prioritárias do governo que poderiam ser desenvolvidas com tecnologias mais leves, como a orientação em planejamento familiar (27,2% de cobertura em 2005), poderiam ter alcançado melhores resultados. Da mesma forma, a atenção ao pré-natal (exceto nas complicações) que, apesar da variação de 26% de cobertura em 1996 para 44,3% em 2005, ainda ficou muito aquém da necessidade, principalmente se consideramos o fato de que essas ações podem ser desenvolvidas em unidades de saúde de menor complexidade, ou

<sup>109</sup> *Proyecto Integrado de Servicios de Salud – PROISS; Seguro Nacional de Maternidad y Niñez – SNMN; Seguro Básico de Salud - SBS; Seguro Nacional de Maternidad y Niñez- SNMN; Seguro Médico Gratuito de Vejez – SMGV.*

<sup>110</sup> *Sistema Nacional de Salud Integrado y Descentralizado, no governo Paz Zamora; Política Nacional de Salud, na primeira gestão de Sánchez de Lozada; Plan Estratégico de Salud (PES), no governo de Hugo Banzer; política nacional de saúde, na segunda gestão de Sánchez de Lozada.*

mesmo no domicílio. Isso confirma os dados da cobertura do sistema, bem como sugere fatores que condicionaram esses resultados, como barreiras geográficas e culturais ao acesso, disparidades entre as capacidades de atendimento dos municípios, entre áreas urbanas e rurais, mais pobres ou mais ricas.

Gráfico 10- Comportamento de indicadores selecionados de cobertura de ações de saúde materno-infantil na Bolívia, 1996-2005.



Fonte: elaboração própria a partir de dados da UDAPE, disponíveis em [http://www.udape.gob.bo/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=38](http://www.udape.gob.bo/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=38)

Ainda discutindo a cobertura do sistema, observamos entre 1994 e 2003 um aumento também na demanda atendida de planejamento familiar e na proporção do uso de métodos contraceptivos. O uso de contraceptivos modernos<sup>111</sup> nas áreas rurais variou de 6,9% em 1994 para 53,1% em 2003; nas áreas urbanas, de 25,3% em 1994 para 78% em 2003. A proporção de demanda satisfeita de planejamento familiar, que em 1994 foi de 25 nas áreas rurais, passou a 61,2% em 2003. Nas áreas urbanas, variou de 40,3% em 1994 para 77,7% em 2003. Apesar desse aumento da cobertura dessas ações, observa-se que o acesso ainda é também menor nas áreas rurais, reafirmando as considerações anteriores sobre essa questão (Tabela 6).

Como resultados observáveis das ações de saúde, considerando a prioridade dada àquelas materno-infantis, os dados de mortalidade infantil e materna entre 1975 e 2005 mostram uma redução nas alarmantes taxas (Gráfico 11).

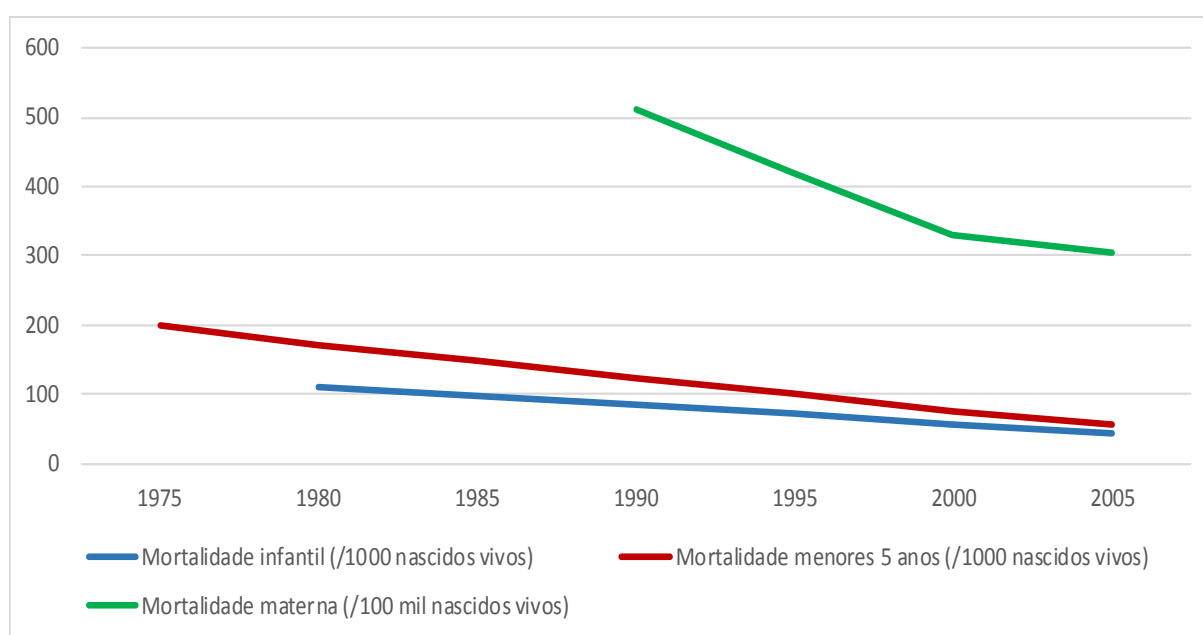
<sup>111</sup> Os métodos modernos de contracepção incluem a esterilização masculina e feminina, pílulas hormonais orais, DIU, preservativo masculino, preservativo feminino, métodos de barreira vaginais e contracepção de emergência. Considera-se a proporção atendida entre as mulheres entre 15-49 anos que precisam de contraceptivos, ou seja, aquelas férteis que relatam desejar um espaço para a próxima gravidez ou parar de engravidar por completo.

Tabela 6- Proporção de mulheres que tiveram demanda de uso de contraceptivos e planejamento familiar atendidas, em áreas urbanas e rurais na Bolívia, 1994-2008.

	1994		1998		2003	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Proporção de uso de métodos contraceptivos modernos	6,9	25,3	31,3	55	53,1	78
Proporção de demanda satisfeita de planejamento familiar	25	40,3	48	64	61,2	77,7

Fonte: OMS

Gráfico 11 - Taxas de mortalidade infantil e materna, 1975-2005.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da CEPAL

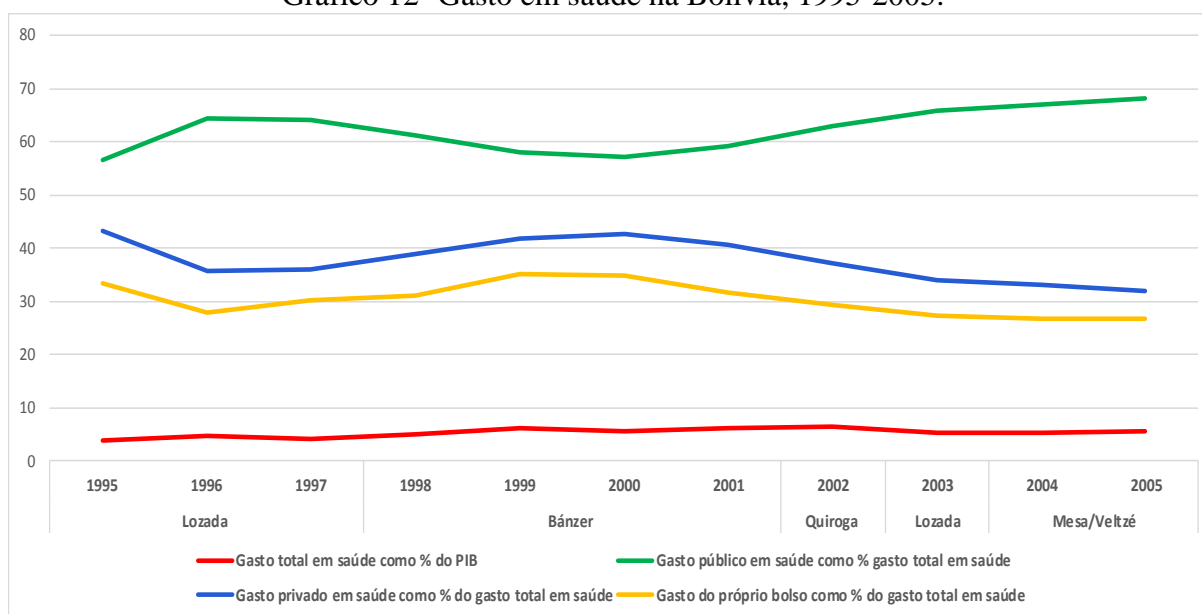
A mortalidade infantil caiu de 112 em 1980 para 44/1000 nascidos vivos em 2005; a mortalidade em menores de cinco anos, de 198,5 em 1975 para 57,5/1000 em 2005; e a mortalidade materna, de 510 em 1990 para 305/100 mil nascidos vivos em 2005. Esses resultados ainda estão ainda aquém das taxas consideradas aceitáveis – mortalidade infantil de 10/1000 nascidos vivos, e mortalidade materna de 80 a 100/100 mil nascidos vivos, em países subdesenvolvidos<sup>112</sup> –, o que também corrobora o argumento de que a política de saúde nesses governos não alcançou de forma satisfatória seu público-alvo. Voltamos também à questão da concepção de saúde assumida pelos governos, argumentando que o impacto sobre esses indicadores requer ações para além do setor saúde, voltadas à redução dos níveis de pobreza,

<sup>112</sup> Taxas de mortalidade materna de 500/100 mil nascidos vivos equiparam-se àquelas de países africanos em 1996. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao\\_saude\\_sup/pdf/Atenc\\_saude3fase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf)

bem como investimentos em educação, alimentação saudável e saneamento básico, dentre outras.

É certo que garantir e ampliar o acesso e a cobertura das ações de saúde dependem dos recursos financeiros disponíveis (e, claro, de como são aplicados). Entre os anos 1995 e 2005 a proporção do gasto em saúde na Bolívia em relação ao PIB variou entre de 4,5 e 6,5%. Entre 1999 e 2002 (governo de Hugo Banzer) houve um aumento dessa proporção, que chegou a 6,5% em 2002 (na média da América Latina<sup>113</sup> de 6,1% nesse ano, e acima da média dos países de renda baixa, 4% do PIB). O gasto público per capita em saúde, que inclui aquele com os subsistemas público e do seguro social, variou na Bolívia de 85 dólares em 1995 a 151 dólares em 2005 (Gráfico 12).

Gráfico 12- Gasto em saúde na Bolívia, 1995-2005.



Fonte: elaboração própria a partir de dados da OMS.

Esses gastos estão abaixo daqueles de países latino-americanos com sistemas de saúde segmentados como a Colômbia, onde foi de 235 dólares em 1995 e 357 dólares per capita em 2005; e ainda ficam acima do Equador, onde o gasto foi de 105 dólares em 1995 e 98 dólares per capita em 2005. No Chile, o gasto per capita com saúde foi de 152 dólares em 1995 e 322 dólares em 2005; na Costa Rica, 309 dólares em 1995 e 527 em 2005. O baixo gasto público per capita em saúde na Bolívia certamente se refletiu nos índices de cobertura do sistema. O gasto do próprio bolso, como proporção do gasto privado em saúde, variou entre 76,8% em 1995 e 83,8% em 1997. Em 2005 correspondeu a 77,9%. Como proporção do gasto total em

<sup>113</sup> Em 2001: Equador (4%); Brasil (7,3%); Costa Rica (7,1%); Venezuela (6%); Peru (5%); Uruguai (11,2%); Colômbia (6%).

saúde, em 2005 representou 28%. A maior ocorrência de gasto catastrófico em saúde foi nas áreas urbanas (63% dos casos), o que pode refletir o fato dessas áreas concentrarem um maior número de serviços de saúde. Analisando pela situação de pobreza, 38% dos pobres extremos tiveram gasto catastrófico com saúde, enquanto entre os pobres moderados a proporção foi de 29% e, entre os não pobres, essa proporção foi de 34% (TOLEDO, s/d).

Vemos, portanto, que independente das iniciativas ocorridas ao longo desse período (1985-2005), o país não avançou na construção de um sistema de saúde abrangente e inclusivo. A política de saúde foi residual. Embora o discurso do sistema único tenha estado presente em todos os governos, não ultrapassou esse nível. Alguns governos aprofundaram esse discurso, como na proposta de Paz Estenssoro do *Proyecto Nacional de Salud*, que exigia alterações na legislação para a garantia do direito universal à saúde, efetivação da descentralização com coordenação central e integração dos serviços, não alcançando consenso entre os atores envolvidos (Previdência Social, médicos, COB e ONGs). Diversos interesses confluíram para a não-ação na direção desse sistema: os tradicionais interesses médicos, para os quais a privatização do sistema de saúde é uma oportunidade de expansão dos serviços privados e de aumento da demanda por novas tecnologias; as ONGs, que com os recursos financeiros da ajuda externa e utilização de recursos físicos estatais expandem sua ação e influência pelo território para a defesa de seus interesses políticos e ideológicos; e os sindicatos de trabalhadores afins, que distantes de qualquer princípio de solidariedade veem na integração dos subsistemas uma ameaça à oportunidade e qualidade dos serviços aos quais têm acesso. A Bolívia, portanto, continuou convivendo com um sistema de saúde segmentado e fragmentado, com baixa cobertura, tanto da população quanto dos serviços ofertados, o que permaneceu um desafio para o governo do MAS. Houve avanço nesse sentido?

## Capítulo 6- A Política de saúde no governo do MAS

### Introdução

Nesse capítulo discutimos as reformas ocorridas na política de saúde no governo do MAS, considerando-as como mudanças institucionais à medida que têm a capacidade de alterar as concepções, os princípios organizativos do sistema de saúde e o papel do Estado, do setor privado e da sociedade nesse sistema. A ascensão do MAS ao governo abriu uma janela de oportunidade para a introdução de mudanças nas políticas sociais, dentre elas a saúde. Trata-se da ascensão de um governo de esquerda, que se deu 23 anos após o retorno à democracia em 1982 e após os subsequentes governos neoliberais ocorridos entre 1985 e 2005. A entrada de um novo governo, ideologicamente diverso daqueles anteriores, é aqui assumida como um elemento que cria expectativas de mudanças, ou seja, de reformas.

O MAS conseguiu canalizar institucionalmente as principais reivindicações refletidas nas mobilizações sociais ocorridas principalmente entre 2000 e 2005 – nacionalização dos recursos naturais e convocação de uma assembleia constituinte –, estabelecendo esses pontos como nucleares em sua agenda de governo. As duas agendas foram levadas ainda no primeiro semestre da gestão, a primeira em maio e a segunda em julho de 2006. Estava ainda colocado para o governo, por um lado, o desafio de manejar as tensões devidas à dependência das exportações, às limitações orçamentárias e à frágil base fiscal; por outro, atender às expectativas sociais de uma população diversa. No entanto, o grande desafio continuava sendo o enfrentamento das desigualdades entre e dentro das diferentes regiões do país, por meio de políticas sociais que não fossem somente um paliativo à pobreza e que fossem efetivadas como direitos dos cidadãos. Nessa direção, o governo do MAS demarcou a era pós-neoliberal<sup>114</sup> na Bolívia com uma proposta de mudança no pensamento, em direção ao desenvolvimento focado nos direitos, adotando o conceito tomado do original indígena e difundido na região andina do *Vivir Bien*, que enfatiza a articulação das capacidades individuais, pautadas nos direitos e no bem-estar, na natureza e na distribuição de recursos.

Nos projetos políticos do MAS esse conceito vincula o socialismo e a modernidade a um passado pré-colonial e à identidade nacional indígena. O *Vivir Bien* reconhece a interseção de diversas culturas, enquanto respeita suas diferenças. O conceito traz uma perspectiva civilizatória alternativa e, nesse sentido, assumi-lo como objetivo do Estado e da gestão governamental significa, naquele contexto, um ato de descolonização. Em sua dimensão da

---

<sup>114</sup> Na América Latina os projetos de governança pós-neoliberal reteriam elementos de desenvolvimento do tipo dependente de exportações, introduzindo mecanismos de inclusão e bem-estar social.

experiência prática o *Vivir Bien* evoca uma multiplicidade de opções de gestão produtiva, considerando que não é possível construir apenas um conceito e uma linha interpretativa, dado que as vivências estão vinculadas à pluralidade cultural, social e regional da Bolívia. Na dimensão ético-política busca construir outro horizonte da sociedade que estabeleça acordos mínimos sobre o sentido atribuído ao presente e ao futuro para alcançar as expectativas do bem-estar coletivo<sup>115</sup> (BLAIN, 2015; ASCARRUNZ, 2011). A saúde, na concepção do *Vivir Bien*, é enfatizada como um direito, não um bem. E, na política de saúde, a proposta do governo é sua compatibilização com a concepção da determinação social em saúde. Ou seja, a abordagem da política de saúde reconhece os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, bem como seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p.78).

Na prática, o que tem significado assumir essa concepção? De um discurso que o diferencia dos governos anteriores substantivamente, a ponto de ser considerado o início de uma era pós-neoliberal, o que podemos observar de mudança real que possa ser considerada uma reforma do setor da saúde e uma política de cunho distinto dos governos anteriores? Quais elementos podemos identificar que nos permitam inferir uma política de cunho mais inclusivo e mais universal? Houve mudanças no desenho da política de saúde? Quais foram as mudanças institucionais que facilitaram ou dificultaram tais reformas? Houve maior aporte de recursos públicos? Como fica a participação privada, bem como a de organismos internacionais, tão importantes na história das políticas de saúde até aqui? Responder a essas questões implica em saber se houve mudança no papel do Estado para com a política de saúde e se houve mudança na política de saúde. É esse o exercício que fazemos nesse capítulo para que consigamos, enfim, refletir sobre o que explica tal movimento em torno da continuidade ou das mudanças na política de saúde.

O capítulo está estruturado em dois eixos. No primeiro analisamos o desenho institucional da política de saúde no governo do MAS e as reformas empreendidas, considerando principalmente os dois primeiros mandatos (2006-2009 e 2010-2014) sem, contudo, deixar de avançar na análise das perspectivas colocadas para o terceiro mandato (2015-2020). A partir dessa análise discutimos as mudanças na política de saúde ocorridas no governo do MAS a partir das reformas e a extensão e o caráter dessas mudanças, em uma perspectiva

---

<sup>115</sup> É reconhecido que existe uma tensão entre essa ética ecológica e a meta desenvolvimentista e industrializadora fundamental do Estado, cuja solução preconizada no *Vivir Bien* é a incorporação da avaliação de toda decisão de caráter econômico em termos dos impactos reais na vida das pessoas e na reprodução de suas condições.

comparada em relação aos governos anteriores ao MAS, especialmente aqueles de orientação neoliberal entre 1985 e 2005. No segundo eixo trazemos a análise da reforma não concretizada na política de saúde, à luz da expectativa colocada para os governos de esquerda de uma busca de mudança no *status quo* e da promoção da igualdade e da solidariedade (ARDITI, 2009). Na política de saúde essa expectativa se reflete na concepção de sistemas únicos e públicos de saúde, que objetivam garantir o acesso igualitário e gratuito a toda a população, propondo para isso a desmercantilização da saúde e enfatizado o papel redistributivo do Estado sob a forma da prestação de serviços. Os sistemas únicos têm, por definição, uma cobertura universal que oferece acesso a todos os serviços existentes (LAURELL, 2012: p. 2). Dadas as características do sistema de saúde boliviano, a expectativa que colocamos é que o Estado promova o acesso às ações de saúde e a diminuição nas desigualdades nesse acesso, ampliando sua cobertura por meio da redução de sua segmentação e de sua fragmentação.

### **6.1 O desenho institucional da política de saúde e a perspectiva de construção de um sistema único**

Ao iniciar o tema da política de saúde no governo do MAS, lembramos que nos governos após a redemocratização em 1982 – e especialmente nos governos de cunho neoliberal entre 1985 e 2005 – essa política não avançou na construção de um sistema que incorporasse a grande parcela da população excluída e oferecesse atenção integral à saúde. Houve avanços, contudo, em alguns resultados de importantes indicadores de saúde materno-infantil, tradicionalmente o principal componente da política de saúde boliviana. Em que pese o fato do país não ter construído uma política de saúde que conseguisse dar conta das necessidades de sua população, a proposição de um sistema universal esteve presente nos planos desses governos, especialmente de Paz Zamora (1989-1993), Sánchez de Lozada (1993-1997), e também no segundo mandato de Sánchez de Lozada, seguido pelo governo de Carlos Mesa após a renúncia do primeiro (respectivamente 2002-2003 e 2003-2005).

O governo de Paz Zamora reconheceu a necessidade de articular um modelo de atenção à saúde que conseguisse confluir as tradicionais formas de prestação de serviços em um só *Sistema Nacional de Salud Integrado y Descentralizado* que incorporasse os subsistemas público, do seguro social, as ONGs, o subsistema privado e a medicina tradicional. Como uma política de Estado, esse novo desenho concebeu o setor saúde como parte fundamental da construção de um novo Estado, descentralizado, multirregional e democrático. No entanto, a reforma implementada acabou por privilegiar os segmentos materno-infantil, de escolares, adolescentes e trabalhadores, ou seja, focalizou as ações nesses grupos. Mesmo restrita a esses



segmentos da população a reforma não alcançou, como pretendido, a incorporação e articulação dos subsistemas público, do seguro social e o subsistema privado, bem como os serviços das ONGs e a medicina tradicional.

A reforma na política de saúde no primeiro mandato de Sánchez de Lozada (1993 e 1997) estabeleceu pelo *Decreto Supremo* 24.237 de 1996 o *Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo*, que teve como objetivo alcançar níveis de equidade, qualidade e eficiência na prestação de serviços de saúde sob os princípios da solidariedade e universalidade no acesso e na cobertura da população, organizando, para tal, as instituições prestadoras de serviços de saúde públicas e privadas ou religiosas sem fins lucrativos. As prioridades definidas nacionalmente foram a saúde materno-infantil, a saúde nutricional, e o controle de doenças transmissíveis e de parasitoses. Os programas focalizaram também a população idosa. Ou seja, apesar da proposição da universalidade no acesso e na cobertura, as prioridades confirmaram a segmentação e a fragmentação do sistema.

Por fim, o mandato que se iniciou com o Presidente Sánchez de Lozada (2002-2003) e seguiu-se com Carlos Mesa (2003-2005) abraçou o desafio de aplicar o conceito do processo saúde-doença como expressão da qualidade de vida e reconheceu a saúde como um direito. O objetivo da reforma na política de saúde foi a garantia do acesso equitativo, efetivo e universal a um conjunto de ações integrais e compartilhadas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, como contribuição para com a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população. As linhas estratégicas foram a implantação do *Seguro Universal Materno Infantil* (SUMI), o *Nuevo Modelo de Gestión Compartida con Participación Popular*, o *Programa Nacional de Extensión de Coberturas* (EXTENSA) e o controle de doenças transmissíveis e imunopreveníveis. A reforma avançou, em relação aos governos anteriores, ao ampliar a cobertura do SUMI para mulheres em todas as etapas do ciclo de vida (CANEDO, 2006). Contudo, a política de saúde continuou focalizada por segmentos da população e, embora fizesse parte da política do governo de redução da pobreza, essa focalização não atendeu às populações mais pobres e com maiores problemas de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde. Apesar do esforço empreendido no programa EXTENSA, a infraestrutura necessária a essa cobertura não foi promovida (SILVA et al, 2011; POOLEY et al, 2008).

Portanto, em que pesem as iniciativas anteriores, o legado foi um sistema de saúde segmentado e fragmentado, com programas focalizados principalmente para mulheres, crianças e idosos. Nesse cenário, a proposta da política de saúde do novo governo partiu da identificação de problemas estruturais no setor, tais como as diferenças no perfil epidemiológico da população devidas a determinantes socioeconômicos relacionados à pobreza e ao acesso

desigual aos serviços de saúde; os serviços ineficientes, que não consideravam diferenças étnicas e culturais; a baixa coordenação da rede nacional de saúde, com pouca ou nenhuma cooperação entre os setores; a dependência da ajuda financeira externa, que determinou laços entre atores do sistema e a imposição de condições para operação; e a insatisfação da população – desmotivada, alienada e desempoderada – com os serviços. Na formulação da política de saúde as proposições dos governos anteriores foram resgatadas no governo do MAS com o projeto de implementação de um sistema único e universal de saúde, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, com qualidade e controle social.

### **6.1.1- A aposta não concretizada na reforma do sistema de saúde no primeiro mandato do MAS**

A proposição do *Sistema Único y Universal de Salud*, bem como as diretrizes políticas do novo governo para o enfrentamento dos problemas econômicos, políticos, sociais e culturais do país constaram do *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011*<sup>116</sup> (*PND6-11*) desenvolvido em 2006 a partir do programa de campanha do MAS.

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional.

Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización sociocomunitaria del Vivir Bien.

El rol del Estado, basado en una concepción social, comunitaria intercultural, asume la historicidad de las personas y el derecho a la salud y la vida. Reconoce lo social como totalidad para lograr una correcta caracterización de la situación de salud y formular propuestas articuladas para la solución de los problemas de salud y lograr transformaciones socio económicas.

En este sentido, todos los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud (público, seguridad social, tradicional y privado) cumplirán, bajo la rectoría y autoridad normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Deportes, los roles y funciones que estén vigentes (PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2006-2011, p, 47-48).

As proposições do *PND6-11* são a base para mudanças estruturais na política, em contraposição ao que foi feito pelo neoliberalismo no país, constituindo o resultado das demandas populares para a construção do Estado boliviano que, por sua vez, tornou mandatária uma nova Constituição<sup>117</sup>. A *Asamblea Constituyente* foi convocada em julho de 2006 e

<sup>116</sup> Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien”. Lineamientos estratégicos 2006-2011. Aprobado pelo Decreto Supremo N° 29272, de 12 septiembre, 2007. Disponível em <http://www.ine.gob.bo/indicadoresddhh/archivos/Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo.pdf>

<sup>117</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011. Presentación (p. vii).

funcionou até dezembro de 2007. A *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia* foi promulgada em 2009<sup>118</sup>.

A construção do conteúdo da política de saúde se iniciou no programa de campanha do MAS, documento que aglutinou os debates ocorridos com representantes dos *Departamentos*, sindicatos de trabalhadores da saúde, médicos, universidades, dirigentes camponeses, dentre outros, conformando o conteúdo do *PND6-11*. Esses debates se seguiram durante o processo constituinte até alcançar seu formato final na carta magna (JEMIO, 2016). Na nova constituição é dada relevância à garantia universal à saúde, ao acesso gratuito aos serviços e ao dever incontestável do Estado de garantir esse direito, dando prioridade à promoção da saúde e à prevenção de doenças (artigos 18, 35 a 40, e 42 da nova Constituição boliviana).

*Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*  
[...]

*Título III- Derechos fundamentales y garantías*

*Capítulo segundo: derechos fundamentales [...]*

Artículo 18: Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.[...]

*Capítulo Quinto: Derechos Sociales y Económicos*

*Sección II: Derecho a la Salud y a la Seguridad Social*

Artículo 35. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40. El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud. [...]

Artículo 42. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y

---

<sup>118</sup> Lembramos, como já discutido nessa tese, que o processo constituinte foi envolto em conflitos com a oposição, que detinha o controle do Senado e dos governos departamentais da região da *media luna* – Pando, Beni, Tarija e Santa Cruz. O processo somente se completou depois de negociações entre o governo e a oposição, que culminaram na convocação do referendo que aprovou a nova Constituição em janeiro de 2009.

prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Ainda referente à garantia da saúde, a Constituição trata em seu artigo 45 do direito à seguridade social, que contém o subsistema do seguro social.

Artículo 45.

I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social. [...]

III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

Na análise do conteúdo da saúde na nova Constituição, observamos que o disposto nos artigos 18, 35 e 37 vai de encontro à corrente de pensamento que enfatiza o estabelecimento de sistemas únicos de saúde, em oposição àquilo que a ideologia neoliberal expressa para o setor: a retração do papel do Estado, a privatização dos serviços, a segmentação segundo capacidade de pagamento, dentre outras. Essa concepção se inspira no Estado social, onde os serviços de saúde são públicos para garantir a toda a população o acesso igualitário, oportuno e gratuito aos serviços. Propõe-se, assim, a desmercantilização da saúde e se reivindica o papel do Estado na redistribuição, sob a forma da prestação de serviços. Reformas dos sistemas de saúde nessa direção foram pautadas em Cuba e no Brasil. Referências internacionais históricas são o sistema de saúde da Inglaterra, dos países europeus nórdicos e da Espanha. Esta é também a concepção que subjaz à política de saúde da Venezuela e do Equador (LAURELL, 2012: 2).

Observamos também no texto constitucional boliviano a determinação de que o Estado deve garantir o acesso ao seguro universal de saúde (artigo 36). Contudo, em relação à concepção de sistemas de saúde a literatura separa sistemas únicos e públicos e seguros de saúde. Dentre outras, a garantia do direito à saúde nos sistemas únicos é uma premissa; nos seguros de saúde, não necessariamente. Nos sistemas únicos a cobertura dos serviços e populacional é universal, por definição, enquanto nos seguros a universalidade se refere à cobertura populacional e os serviços são definidos por pacotes mais ou menos restritos, de acordo com seu custo e fonte de pagamento. Nos sistemas únicos o acesso aos serviços é oportuno, mesmo reconhecendo-se a existência de barreiras (geográficas, culturais, burocráticas, etc) que o dificultam. Nos seguros o acesso se dá de acordo com pacotes autorizados ou contratados ou com os co-pagamentos necessários. Os obstáculos são primordialmente econômicos e geográficos. Nos sistemas únicos e públicos a fonte do financiamento é fiscal, nos seguros esta pode ser bi ou tripartite, incluindo o assegurado, o empregador, o Estado ou subsídios fiscais. Por fim, a equidade nos seguros de saúde varia em

função dos pacotes de serviços e de seus custos, dos co-pagamentos requeridos e dos regimes adicionais disponíveis aos usuários (LAURELL, 2012: pp. 5; 8).

Dadas as diferenças entre essas concepções, entendemos que o texto constitucional boliviano abre as duas possibilidades para a política de saúde no país: um sistema único público e universal ou o seguro universal de saúde, ou ambos os formatos, configurando a cobertura universal segmentada. Ainda destacamos da Constituição o reconhecimento dos serviços privados de saúde (artigo 39) e do papel do Estado em sua regulação, o que confere legitimidade à permanência de um sistema segmentado, em que pese o fato da preservação e afirmação contundente da função regulatória do Estado<sup>119</sup>. Por fim, destacamos o estabelecimento na Constituição boliviana do subsistema de saúde vinculado à previdência social (artigo 45 inciso III) que, somando-se ao conjunto do texto aqui comentado, define o caráter segmentado do sistema de saúde no país.

Na busca de fatores que possam explicar os argumentos acima, consideramos que o conteúdo final do texto constitucional é o resultado de um processo no qual estão colocados em disputa os interesses de diversos atores. Especificamente no caso da saúde, destacamos, novamente, que estão postas duas concepções dessa política: aquela que prioriza o mercado e propõe a retração do Estado na proteção social, e outra, que defende a desmercantilização da saúde e as políticas redistributivas. Nesse cenário se coloca o setor privado, ávido pela expansão de sua participação no setor, bem como aquela do mercado privado de planos de saúde, em oposição aos setores progressistas da sociedade. No contexto boliviano ainda temos em jogo os interesses corporativos dos sindicatos de trabalhadores, de organizações sociais, das corporações e das próprias *Cajas de Salud* que defendem a preservação do subsistema do seguro social no formato que adquiriu e, nesse caso, tanto o legado quanto os grupos já organizados mostram sua força. Temos também em jogo os interesses dos *Departamentos* bolivianos, que defendem os poderes políticos e administrativos alcançados com a descentralização e com as autonomias. Ainda, temos os interesses de setores antes excluídos do cenário político, as populações indígenas originárias camponesas, defendendo sua inclusão no sistema de saúde. Argumentamos que esses grupos de interesses constituíram pontos de veto no processo constituinte – que, como vimos, foi palco de vários conflitos –, que determinaram o conteúdo da saúde e seu formato expresso na nova Constituição.

---

<sup>119</sup> Uma situação similar ocorreu na Constituição brasileira de 1988, a qual estabeleceu em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário, e cujas ações e serviços constituem um sistema único, mas também estabeleceu, em seu artigo 199, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que essas instituições podem participar de forma complementar do sistema único de saúde.

Em que pese as possíveis controvérsias quanto à concepção da política de saúde na nova Constituição, seu conteúdo incorporou aquele expresso no *PND6-11*, que definiu o *Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud* (SUICS) inclusivo, equitativo, solidário e de qualidade, atuando de forma intersetorial nos determinantes da saúde e orientado à promoção da saúde. No entanto, há ali também o reconhecimento do papel do setor privado nessa área. Numa arena constitutiva como esta, esse reconhecimento na verdade significa a manutenção de um sistema dual. Então, as ações empreendidas no governo do MAS foram no sentido de transformar os elementos públicos fragmentados em um sistema único público, em convivência com um subsistema privado?

A orientação estratégica da política de saúde definida foi a superação de toda forma de exclusão em saúde, traduzida nos índices de adoecimento e morte. A política definida – *Salud Familiar Comunitaria Intercultural* (SAFCI) – propõe uma mudança de paradigma, da concepção de um sistema de saúde centrado nos hospitais, ou seja, em ações curativas próprias de um modelo biologicista hegemônico, para um sistema centrado nos determinantes da saúde, baseado na família e na comunidade e ancorado na atenção primária à saúde. Nesse sentido, a política de saúde no *PND6-11* foi definida a partir de cinco eixos: o modelo de atenção SAFCI, com a meta de alcançar a cobertura de 100% da população em 2010; a recuperação e a consolidação da soberania em saúde por meio de um programa de gestão do sistema, que tem como objetivo garantir maior sustentabilidade financeira e construir um marco jurídico normativo, administrativo e financeiro independente de condicionamentos externos; a mobilização social, com a estratégia de revalorização da saúde por meio de programas de gestão, mobilização e controle social levados em aliança com os movimentos sociais e os conselhos nacional, departamental e municipal de saúde; a promoção da saúde, com a recuperação da responsabilidade do Estado na cultura da saúde integral e da qualidade de vida; e, por fim, a solidariedade, construindo uma aliança nacional para a erradicação da desnutrição e contra a violência, e para a inclusão dos grupos mais vulneráveis e em extrema pobreza (BOLÍVIA, 2007). Na pesquisa domiciliar realizada em 2007 pelo *Instituto Nacional de Estadística* (INE) foi registrado 12,0% de afiliação ao subsistema público de saúde (SUMI, SSPAM ou seguros municipais e departamentais); 16,2% de afiliação a alguma *Caja de Salud*; 2,2 ao subsistema privado; e 69,4% sem qualquer cobertura de assistência à saúde<sup>120, 121</sup>.

---

<sup>120</sup> Relembramos a observação quanto à pesquisa domiciliar, que considera apenas os vínculos aos seguros de saúde. Portanto, quando trata do subsistema público está se referindo aos seguros que esse implementa, que estão sujeitos à afiliação dos usuários.

<sup>121</sup> Fonte: dados da Encuesta de Hogares de 2007 analisados no *software* SPSS®, disponíveis em [http://www.ine.gob.bo/sitio\\_EH/Encuesta\\_Hogares.html](http://www.ine.gob.bo/sitio_EH/Encuesta_Hogares.html). Estão disponibilizados, de anos anteriores, apenas os

Antes de discutirmos a implementação da política de saúde no primeiro mandato do MAS, cabe retomar alguns aspectos do legado institucional das políticas de saúde anteriores, sobre e com o qual a nova política vai se construir (outros aspectos serão retomados ao longo dessa análise). A base territorial de organização do sistema de saúde estava dada na *Ley de Participación Popular* de 1994 (*Ley N. 1551*) e na *Ley de Descentralización Administrativa* de 1995 (*Ley N. 1654*). A *Ley de Participación Popular* descentralizou poderes e recursos aos governos municipais, originando uma nova forma de territorialização da administração pública<sup>122,123</sup>. A relativa autonomia outorgada aos municípios contribuiu para a mudança na organização do sistema de saúde no país, como na reforma empreendida em 2002 no governo de Sánchez de Lozada que estabeleceu os quatro âmbitos de gestão do sistema, quais sejam, nacional, departamental, municipal e local. Esses níveis correspondem, respectivamente, aos âmbitos de atuação do MSD, SEDES, DILOS, e aos estabelecimentos de saúde e brigadas móveis em cada área de abrangência.

O *Seguro Universal Materno Infantil* – SUMI –, instituído em 2002 pela *Ley 2.426*, continuou a operar cobrindo as intervenções em saúde para mulheres até os 60 anos, gestantes do início da gestação e até os seis meses posteriores ao parto, e crianças até os cinco anos de idade, e ainda incorporando às ações dirigidas a essas populações aquelas da medicina tradicional. Também continuou em operação o *EXTENSA – Programa de Extensión de Coberturas* – criado em 2001 com financiamento do BID e operacionalizado pelas *Brigadas de Salud*, equipes móveis que se deslocavam para a prestação da assistência a cerca de 400 mil habitantes em áreas rurais. Esse programa teve também como meta desenvolver ações para o fortalecimento do DILOS e das gerências de redes, buscando consolidar um modelo de atenção que incluísse a capacidade resolutiva dos serviços de saúde àquela da medicina tradicional, incorporando um enfoque intercultural e de gênero (ARTAZA, 2004). Além desses, o *Seguro Medico Gratuito de Vejez* – SMGV – criado em 1998 para cobertura de ações de saúde a todos os cidadãos maiores de 60 anos (que não tivessem cobertura por algum seguro de saúde), se manteve em funcionamento até a regulamentação em dezembro de 2006 do *Seguro de Salud para el Adulto Mayor* – SSPAM – criado em janeiro desse ano pela *Ley 3323*.

---

dados de 2005. Essa pesquisa não cobriu informações sobre saúde. Portanto, não foi possível comparar esses dados a uma série histórica anterior.

<sup>122</sup> Não apenas a nova organização territorial da administração pública, como era esperado, mas também de organizações da sociedade civil. Com a descentralização para os municípios promovida pela *Ley de Participación Popular* o protagonismo dos movimentos sindicais (como a COB) em relação à representação social territorial foi diminuindo significativamente. Com isso, foi favorecida a emergência de organizações e movimentos sociais, o que se refletiu na emergência de novas lideranças, entre elas do MAS, como Evo Morales.

<sup>123</sup> As duas lei foram revogadas em 2010 pela *Ley Marco de Autonomias y Descentralización*.

No subsistema do seguro social estavam atuando 16 instituições (as *Cajas de Salud*), sem qualquer coordenação entre elas e com total autonomia de gestão. O subsistema privado de saúde, por sua vez, estava composto pelo setor com fins lucrativos – seguros privados e os serviços privados da medicina tradicional –, e o setor sem fins lucrativos, que compreende as ONGs e a Igreja (AILLÓN e SACO, 2015).

Sobre esse legado, o SAFCI foi formalmente instituído pelo *Decreto Supremo 29601* de 2008, constituindo o marco político da saúde no governo do MAS, e aplicando as concepções da medicina social<sup>124</sup> e da atenção primária integral à realidade boliviana por meio de dois componentes. Primeiro, o modelo de atenção à saúde, que se caracteriza pelo conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação que se propõem a superar o paradigma hospitalocêntrico em direção a um modelo de atenção baseado na família e na comunidade, bem como a estender a cobertura das ações de saúde a toda a população. A atenção à saúde deve abranger os serviços existentes, organizados em redes. A expectativa para a atuação dos profissionais de saúde nesse sistema é de uma mudança em seu comportamento – considerando uma histórica rejeição à medicina tradicional – e na qualidade da atenção prestada. Especificamente para atingir essa meta são adotadas estratégias de formação de equipes multidisciplinares móveis para atuação nas áreas rurais dos municípios (*Brigadas Móviles*), bem como um programa de residência médica especializada, cuja ideia, transposta ao conteúdo do currículo, é mudar a visão e o comportamento tradicional dos médicos bolivianos. O segundo componente, o modelo de gestão, se propõe a recuperar a organização social das comunidades rurais e urbanas, incorporando-as às atividades de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde em todos os níveis de gestão, seja nacional, departamental, municipal, territórios originários indígena-camponeses e das regiões autônomas (JOHNSON, 2010; AILLÓN e SACO, 2015).

À gestão do SAFCI corresponde uma estrutura estatal (os estabelecimentos de saúde e *Directorios Locales de Salud* (DILOS) no nível municipal, os *Servicios Departamentales de Salud* (SEDES) e o MSD), uma estrutura de participação social – os representantes comunitários de saúde (autoridades locais de saúde, comitês locais, conselhos municipais, departamentais e nacional de saúde) –, e os espaços de deliberação, quais sejam, as mesas

---

<sup>124</sup> A Medicina Social trata da sociedade e da capacidade individual de mobilizar recursos para melhorar o bem-estar por meio do entendimento e do tratamento dos aspectos sociais da vida das pessoas que têm impacto na sua saúde, sua exposição à doença e os fatores de risco para o adoecimento. Assume como princípios que as condições econômicas e sociais possuem impacto na saúde, que a saúde da população é uma questão concernente ao social, e que a sociedade deveria promover a saúde através de ambos os meios social e individual.



municipais e assembleias departamentais e nacional de saúde<sup>125</sup>. Essa estrutura pode ser vista na Figura 5, abaixo.

Figura 5- Espaços de gestão e de participação comunitária dos níveis nacional, departamental e local de saúde, no SAFCI.



A.L.S. – Autoridad Local de Salud.  
Fonte: TRUJILLO, 2013.

No âmbito da reforma na política de saúde o MSD – *Ministerio de Salud e Deportes* – foi remodelado em três vice ministérios em 2009: *Vice-Ministerio de Salud*, responsável pela atividade central e dos SEDES; *Vice-Ministerio de Medicinal Tradicional e Intercultural*; e *Vice-Ministerio de Deportes* (Decreto Supremo 29894 de 2009). O *Vice-Ministerio de Salud* assumiu, dentre outras, as atribuições de formulação, execução e avaliação da política de saúde, elaboração de normas e regulamentos, e de coordenação da implementação da política e articulação entre os componentes do sistema de saúde. O *Vice-Ministerio de Medicina Tradicional e Intercultural*, por sua vez, tem as atribuições de propor a política de promoção da medicina tradicional e sua articulação com a medicina ocidental, propor um modelo de atenção integral à saúde, respeitando a interculturalidade e as formas de gestão política no país, e de incorporar as práticas da medicina tradicional ao sistema único de saúde, dentre outras.

<sup>125</sup> *Autoridades Locales de Salud (ALS) e Comités Locales de Salud (CLS) no nível local, Consejos Sociales Municipales (CSM), Consejos Sociales Departamentales (CSD) e o Consejo Social Nacional (CSN). Os espaços de deliberação são as Asambleas, Ampliados, Reuniones, Juntas, Cumbres, Cabildos e outros, no nível local; as Mesas Municipales de Salud, e as Asambleas Nacional e Departamentales en Salud.*

A medicina tradicional boliviana é baseada nas crenças, práticas e conhecimentos originados nas culturas indígenas ancestrais do país. Organizações da sociedade civil de médicos indígenas surgiram há cerca de 30 anos e, ao longo desse tempo, tiveram um importante papel no posicionamento dos governos em relação à medicina tradicional e sua institucionalização. Com a ascensão de Evo Morales à presidência da Bolívia algumas demandas desse segmento foram incorporadas já no primeiro mandato, como a criação do *Vice Ministério* e o status constitucional da medicina tradicional, expressando o reconhecimento dessa prática em uma abordagem intercultural que remete à interação entre as abordagens biomédica e indígena (BABIS, 2014). Nesse sentido, uma questão que nos assalta se refere ao desenho do MSD, que reflete uma contradição entre a intenção das políticas do governo e a realidade instituída para implementá-las. Tanto a formulação da política relativa à medicina tradicional quanto sua articulação com a medicina biomédica são atribuições do *Vice-Ministerio de Medicinal Tradicional e Intercultural*, conforme prevê o *Decreto Supremo* 29894. Ou seja, em sua origem a elaboração da política intercultural já demanda uma relação entre atores com diferentes recursos acumulados, tais como o reconhecimento já institucionalizado da prática biomédica e a estrutura física existente para seu exercício. E fica a cargo do ator com menos recursos, a medicina tradicional, a função de articular essa relação.

No que se refere às competências executivas na política de saúde, no nível nacional do sistema de saúde a coordenação da política continua a ser exercida pelo MSD. O nível departamental – SEDES – continua a exercer a gestão do sistema no território e deve proporcionar a estrutura física e a manutenção dos serviços de atenção terciária; planejar as redes de saúde, em coordenação com os municípios e territórios indígenas originários-camponeses; e estabelecer com esses entes mecanismos de cooperação e co-financiamento dos serviços de saúde. O nível municipal – *DILOS* – tem a atribuição de implementar o sistema de saúde em seu âmbito; prover a infraestrutura e os equipamentos dos serviços de atenção primária e secundária, organizados em uma rede municipal SAFCI; criar as instâncias de participação social; e executar as ações de saúde, com ênfase na promoção e na prevenção da saúde nas comunidades urbanas e rurais (*Decreto Supremo N. 29601 de 2008*).

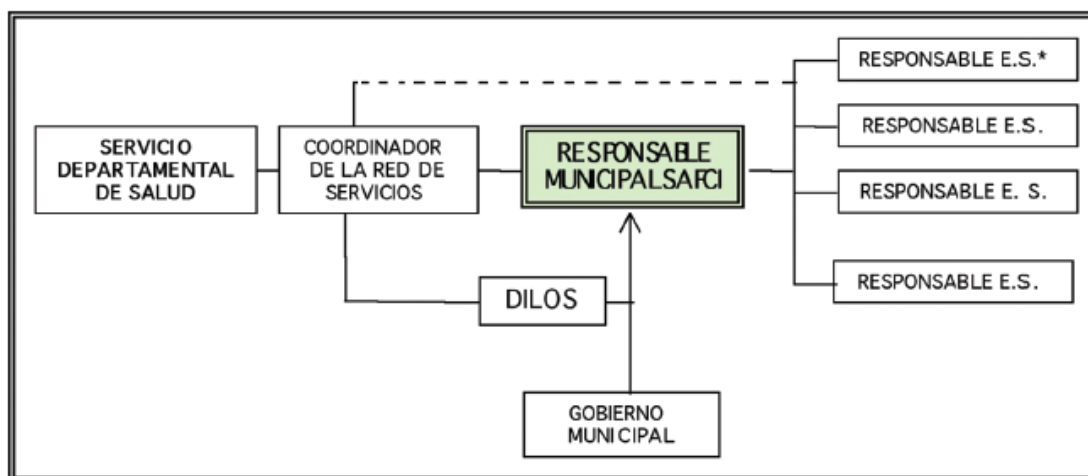
A concepção funcional da organização em rede no SAFCI se concretiza no conjunto dos estabelecimentos de saúde de atenção de níveis primário, secundário e terciário pertencentes a um ou mais municípios ou a uma associação entre municípios vinculados aos subsistemas público, do seguro social ou privado e da medicina tradicional, e articulados por mecanismos de referência e contra-referência. O primeiro nível presta a atenção primária preventiva e serviços de saúde básicos e é o ponto de entrada no sistema. Nesse nível estão os postos de

saúde – que compõem 50,5% da rede – onde os serviços de promoção e prevenção primária são prestados por auxiliares de enfermagem; os centros de saúde, que contam com médico generalista e enfermeira; a medicina tradicional; as brigadas móveis de saúde e ambulatórios com internação, 42,4% da rede. O primeiro nível perfaz, portanto, cerca de 93% da rede de serviços públicos de saúde. O segundo nível corresponde a cerca de 5,2% da rede e presta atenção ambulatorial de maior complexidade em hospitais básicos nas especialidades de pediatria, ginecologia, cirurgia geral e traumatologia, incluindo serviços de diagnóstico. O terceiro nível corresponde aos hospitais gerais e especializados, com atendimento ambulatorial de especialidades, internação hospitalar, serviços diagnósticos e de alta complexidade. Correspondem a 1,9% dos estabelecimentos de saúde, geralmente localizados nas capitais (SILVA e BATISTA, 2010; TEJERINA SILVA, 2014).

No âmbito do município, a rede SAFCI está basicamente conformada pelos serviços de atenção primária e pelas instituições relacionadas à saúde com ações sobre os determinantes sociais (educação, moradia, trabalho, etc), constituindo sua estrutura orgânica operativa (Figura 6). Além da responsabilidade local, essa rede é coordenada pelo DILOS, autoridade máxima em saúde nesse âmbito. As redes locais são articuladas a um serviço de maior complexidade, geralmente um hospital básico. No nível dos *Departamentos*, essas redes se articulam aos estabelecimentos de terceiro nível, hospitais gerais e especializados, coordenados pelos SEDES, como pode ser visto na figura abaixo. Em seu âmbito, cada componente da rede de atenção se articula às estruturas de gestão participativa e controle social (conselhos de saúde, comitês e autoridades locais de saúde) e com os espaços de deliberação intersetorial (*Decreto Supremo N. 29601 de 2008*).

Temos, portanto, que a rede local de serviços se articula primordialmente entre os serviços públicos da atenção primária e que, para o acesso aos níveis secundário e terciário, dada o pequeno número de serviços nesses níveis, a articulação entre DILOS e SEDES – níveis municipal e departamental de governo –, é um fator essencial. Isso também considerando que, das as características das unidades de primeiro nível, sua capacidade resolutiva é baixa.

Figura 6- Estrutura organizacional da rede de serviços no sistema de saúde boliviano.



Fonte: BOLÍVIA, 2008. \*E.S.: establecimiento de saúde

Como podemos depreender, um grande desafio colocado para a implementação da política de saúde, considerando a premissas da organização dos serviços em redes colocada no modelo de atenção e da participação social em todos os níveis dada no modelo de gestão, é a coordenação das ações e funções de seus componentes. Isso, em um país onde a descentralização e a constituição das autonomias configuraram dez eixos de relações entre os níveis de governo, como discutimos no primeiro capítulo dessa tese. Esses eixos, no modelo de gestão da saúde, ainda se desdobram em espaços de deliberação dentro e entre os níveis de governo, tais como os comitês locais de saúde e as mesas, no nível municipal, ou os conselhos e assembleias no nível departamental (Figura 5). Relembramos que em 2010 a *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* regulamentou a descentralização e as competências dos diferentes âmbitos de gestão em relação à saúde, aprofundando a descentralização e garantindo as autonomias não subordinadas entre si e com igual status constitucional aos governos departamental, regional, municipal e indígenas originários camponeses<sup>126,127</sup>. Como tem se dado essa coordenação? Em que medida as mudanças institucionais implementadas no governo do MAS têm contribuído, ou não, para que se produza a coordenação das ações de saúde entre os níveis de governo e, por fim, a implementação da política idealizada? Voltaremos a essas questões.

No financiamento da política de saúde no governo do MAS as principais fontes no setor público são os impostos gerais e o *Impuesto Directo a los Hidrocarburos* (IDH), criado no artigo 53 da *Ley 3058* de 18 de maio de 2005. Em 2006, o *Decreto Supremo 28748* havia

<sup>126</sup> Artigo 81 da *Ley Marco de Autonomias Y Descentralización* de 19 de julho de 2010.

<sup>127</sup> A *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* revogou a *Ley de Participación Popular* de 1994.

estabelecido que os *Departamentos* deveriam destinar 14% dos recursos recebidos do IDH à saúde, sobre uma alíquota do IDH de 32% sobre o total da produção de hidrocarbonetos<sup>128</sup>. A alíquota permaneceu a mesma, mas em 2007 sua distribuição foi modificada pelo *Decreto Supremo* 29322<sup>129</sup>, estabelecendo que 66,99% do IDH recolhido iria para os municípios de acordo com o número de habitantes (anteriormente era 34,48%), 8,62% para a universidade pública do respectivo *Departamento* (mesma proporção anterior), e 24,39% para os governos departamentais, aos quais eram destinados anteriormente 56,9% do IDH (BOLÍVIA, 2006, 2007). O subsistema do seguro social é financiado pelos aportes compulsórios equivalentes a 10% do salário bruto de cada empregado e entre 3 e 5% de aposentados e pensionistas<sup>130</sup>. Nos *Departamentos* a principal fonte de recursos (cerca de 90%) são as transferências do governo central, cerca de 20% do total dos recursos da saúde. Grande parte do gasto nesse nível, cerca de 36%, é feito com o pagamento de pessoal. Dos quatro âmbitos de governo, apenas os indígenas camponeses originários não participam do financiamento dos serviços públicos de saúde, sendo dependentes das transferências dos níveis central e departamental. Nos municípios 65% dos recursos em 2009 eram das transferências do TGN e desses, cerca de 35% eram recursos específicos para o SUMI e o SSPAM (TEJERINA SILVA, 2014, p. 19).

Uma questão que destacamos em relação à distribuição per capita dos recursos do IDH aos *Departamentos* é que essa se dá de forma desigual, não guardando relação com o nível de pobreza e, conseqüentemente, com as necessidades das populações. Os *Departamentos* com menor população, Beni e Pando, recebem apenas 9% do IDH, enquanto Santa Cruz e La Paz, que concentram as maiores populações do país, recebem 27% do imposto. Os *Departamentos* mais pobres do país, Beni e Potosí, não são aqueles que recebem maiores recursos do IDH no critério per capita. Já em Pando, que tem um dos menores índices de pobreza do país, os municípios recebem maior quantidade de recursos per capita. (GENUZIO, 2014). Ou seja, embora seja esperado que as alterações feitas na proporção do IDH destinado aos municípios e *Departamentos* tenham um reflexo positivo nas ações de saúde, dado o aumento dessa proporção, o formato de distribuição per capita dos recursos não é um mecanismo capaz de alcançar as necessidades das diferentes realidades dos municípios.

Outra questão relativa aos recursos do IDH é o fato dos *Decretos Supremos* N. 28421 de 2005 e N. 28748 de 2006, ao estabelecerem competências das entidades territoriais, dentre

---

<sup>128</sup> A alíquota é medida no ponto de fiscalização e aplicada de maneira direta não progressiva sobre 100% dos volumes produzidos (*Decreto Supremo* N. 28421 de 2005)

<sup>129</sup> *Decreto Supremo* N. 29322 de 24 de outubro de 2007. Disponível em

[http://medios.economiayfinanzas.gob.bo/VPT/documentos/INTERNA/D.S.N%C2%BA\\_29322.pdf](http://medios.economiayfinanzas.gob.bo/VPT/documentos/INTERNA/D.S.N%C2%BA_29322.pdf).

<sup>130</sup> *Código de Seguridad Social. Decreto Supremo* N 05351 de 30 de setembro de 1959 artigos 261-276.

elas no campo da saúde, fortaleceram a faculdade dos *Departamentos* para a complementação dos seguros de saúde com seguros próprios<sup>131</sup>. Assim, no *Departamento* de Tarija foi instituído em 2007 o *Seguro Universal de Salud Autônomo de Tarija – SUSAT –*, com o objetivo de garantir a cobertura da população em seu território entre cinco e 59 anos não coberta por nenhum seguro de saúde, excluindo as gestantes cobertas pelo SUMI (antes de ser extinto). A previsão era a cobertura de 426.148 pessoas, com financiamento pelos recursos do TGN transferidos ao *Departamento* e pelo imposto dos hidrocarbonetos. Em 2010 a cobertura do SUSAT alcançou 90% da meta. O *Departamento* de Beni criou em 2007 o *Seguro Universal de Salud Autônomo – SUSA –* com previsão de cobertura de 180 intervenções para a população entre cinco e 21 anos não afiliada a algum seguro de saúde, bem como 14 intervenções para a população de 22 a 60 anos, excluindo as gestantes. Em El Alto (no *Departamento* de La Paz) foi criado em 2004 o seguro público municipal – *SESO, Seguro Escolar de Salud Obligatorio de El Alto –*, que em 2013 cobria um pacote médico e odontológico de 42 intervenções para a população entre seis e 21 anos não afiliada a um seguro de saúde, incluindo também as gestantes, mesmo que já cobertas por outro seguro (DUPUY, 2011; AILLÓN e SACO, 2015).

Além do TGN e do IDH existem ainda dois outros mecanismos pelos quais os municípios obtêm recursos para a saúde. Primeiro, o pagamento pelos usuários dos serviços públicos de saúde de uma co-participação variável, relativa a todos os procedimentos cobertos pelos seguros públicos, exceto aqueles do SUMI e do SSPAM<sup>132</sup>, com tarifas fixadas pelas unidades de saúde com base em diretrizes da SEDES. Segundo, a venda de medicamentos em farmácias municipais, que representa cerca de 5% da renda revertida em recursos dos serviços públicos. Com relação a essa última fonte, cabe ressaltar que nem todos os estabelecimentos de saúde contam com farmácias ou dispõem de uma lista satisfatória de medicamentos, o que pressupõe um importante componente do gasto do próprio bolso pelos usuários (TEJERINA SILVA, 2014). Dadas essas questões, constatamos uma condição ainda não alcançada pelo sistema de saúde boliviano, qual seja, a gratuidade dos serviços públicos de saúde, um dos princípios dos sistemas únicos e universais. Ainda, convivem no sistema público dois mecanismos de acesso, caracterizando, além da fragmentação do sistema de saúde, a segmentação dentro do próprio sistema.

---

<sup>131</sup> Decreto Supremo N° 28421 de 21 de outubro de 2005, que destina os recursos do IDH e estabelece competências departamentais e municipais, entre as quais na saúde. Decreto Supremo 28748 de 20 de junho de 2006, que estabelece o marco de financiamento da saúde de acordo com o Decreto Supremo 28421.

<sup>132</sup> Em 2013 esses dois seguros foram extintos pela Ley 475.

Uma outra característica da política de saúde no governo do MAS, que segue o legado do sistema de saúde no país, são os programas implementados de forma centralizada diretamente pelo MSD, cuja competência legal é quase exclusivamente normativa e reguladora. Entre esses programas, o *Desnutrición Cero*, demarcado na política de promoção da saúde, é uma ação interministerial coordenada pelo *Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición* (CONAN)<sup>133</sup> com o objetivo de promover boas práticas de alimentação e cuidado a crianças, fortalecer a capacidade institucional para a atenção nutricional e às doenças prevalentes em crianças menores de cinco anos e promover o consumo de micronutrientes e alimentação complementar para crianças de seis a 24 meses e gestantes. Foi formalmente reconhecido na *Resolución Ministerial* 0442 de 18 de junho de 2007.

O financiamento do programa *Desnutrición Cero* se dá por recursos dos governos central, departamental e municipal, e da cooperação internacional (Fundação Bill Gates, UNICEF, cooperações canadense e francesa). Em 2010 estava implantado em 116 municípios rurais com alta vulnerabilidade à insegurança alimentar (medida pelo Índice de Vulnerabilidade Alimentar, calculado com base no censo populacional e habitacional de 2001). A maior parte dos 52 municípios cobertos na primeira fase do programa (2006-2008) se localizavam nos departamentos de Potosi, Chuquisaca e Cochabamba. Uma das características do programa é que suas ações estão inseridas na estrutura da rede de saúde, ou seja, ele não foi criado como unidade executora independente, como ocorrido em situações anteriores na Bolívia, que geraram, dentre outros, problemas de “competição” entre os programas pelos recursos ou a duplicação das ações. Embora seja uma ação interministerial entre oito ministérios, até o final de 2008 apenas três (*Desarrollo Rural, Agricultura y Medio Ambiente e MSD*) haviam incorporado ações ao programa (MORALES et al., 2010).

Ainda no marco do *Desnutrición Cero* e das políticas de erradicação da extrema pobreza, foi instituído em 2009 o *Bono Juana Azurduy* (*Decreto Supremo* 0066 de 2009), com o objetivo de incentivar a maternidade segura e o desenvolvimento integral das crianças menores de dois anos. Trata-se de um programa de transferências condicionadas de renda, que tem como contrapartida a realização do pre-natal com quatro consultas, o parto institucional e o controle pos-natal por meio de um contingente próprio de médicos, na maioria generalistas (BOLÍVIA, 2009).

---

<sup>133</sup> O CONAM está conformado pela presidência e por oito ministérios: Planificación del Desarrollo, Hacienda, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Salud y Deportes, Educación y Culturas, Producción y Microempresa, Agua y Justicia.

O *Bono Juana Azurduy* sofreu críticas por parte da oposição política, principalmente no ano eleitoral de 2009, por considera-lo um populismo exacerbado. O programa foi também criticado por profissionais progressistas do setor da saúde por considera-lo um retrocesso rumo à mercantilização e à dependência de seus beneficiários, após um longo esforço dos movimentos sociais e de ONGs para desenvolver a confiança e empoderar as mulheres no conhecimento e comportamento relacionado à sua saúde (LAVANDENZ, 2011). Em sentido contrário a essa crítica, os argumentos consideram ser difícil elevar os níveis do capital humano na América Latina sem que a pobreza e a desigualdade sejam reduzidas. Para tanto, as políticas de transferências condicionadas são um bom instrumento de ação dos governos (HUBER e STHEPENS, 2012). Embora consideremos a importância do conhecimento e do comportamento das mulheres em relação à sua saúde, não compactuamos com a crítica de Lavandenz (2011) quanto ao fato dessas ações fortalecerem a dependência dos beneficiários em relação às transferências. E, embora nossa crítica seja sempre contrária aos programas de saúde focalizados, pelo fato de reforçarem a fragmentação do sistema, entendemos que mesmo em sistemas únicos a focalização é uma estratégia e um instrumento para a redução das desigualdades quando existem diferenças extremas nas condições de saúde ou em situações epidemiológicas que o requeiram (epidemias, por exemplo).

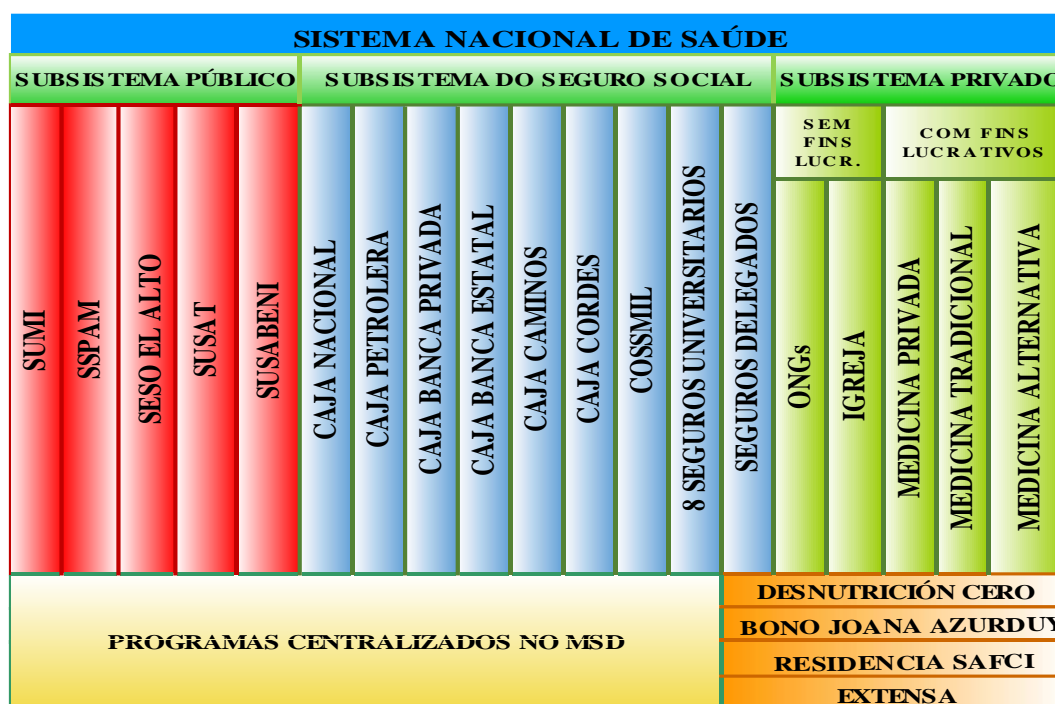
Também com gestão centralizada no MSD, em 2007 foi implantada a *Residencia Médica em Salud Familiar SAFCI* com o objetivo de implementar a política de saúde por meio da formação de médicos residentes e com a principal função de articular as demandas sociais em saúde em uma ação intersetorial e próxima às comunidades. Outro programa centralizado, o *Extensa – Programa Nacional para la Extensión de Cobertura en Áreas Rurales* –, tem o objetivo de aumentar a cobertura das ações de saúde, atuando em áreas distantes e pouco acessíveis por meio das equipes móveis de saúde, as *Brigadas Móviles*. Dada a distribuição desigual dos serviços de saúde entre as regiões urbanas e rurais, justifica-se o caráter desse programa. O *Extensa* teve início em 2002 com financiamento pelo BID até 2005 e, a partir daí, é financiado com recursos dos municípios. (PRIETO e CID, 2010; TEJERINA SILVA, 2014).

Em suma, a política de saúde no primeiro mandato do MAS, embora demarcada em um consistente marco legal que parte da nova Constituição do Estado, não foi implementada plenamente como disposto em seu artigo 18, ou seja, no formato de um *sistema único de salud*. Nesse argumento assumimos a concepção universal do acesso gratuito garantido a toda a população de acordo com suas necessidades, ou seja, de um sistema pautado nos princípios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção à saúde. Assim entendemos estar também disposto no artigo 18 da nova Constituição boliviana.



O desenho da política de saúde – *Salud Familiar y Comunitaria Intercultural* – busca romper com o legado neoliberal de programas verticais de saúde, principalmente focalizados no binômio materno-infantil, e centrados na atenção hospitalar, a partir de um modelo de atenção que resgata os princípios de Alma Ata da atenção primária à saúde, da integralidade, intersectorialidade, participação comunitária e interculturalidade. Esse modelo de atenção, no entanto, convive com os programas focalizados SUMI e SSPAM e com a estrutura do seguro social que, embora tivesse a previsão de adequar seu modelo de atenção ao SAFCI<sup>134</sup>, tem autonomia de gestão em cada uma de suas instituições e desenvolve seus próprios modelos de atenção. Convive também com os programas cuja gestão é centralizada no MSD, com os seguros de saúde próprios implementados pelos *Departamentos* e municípios, e com os serviços do subsistema privado de saúde, como mostramos na Figura 7.

Figura 7- Fragmentação e segmentação no sistema de saúde boliviano, 2010.



Fonte: Adaptado de Aillón, 2015<sup>135</sup>.

Constatado esse quadro, temos que a reforma implementada na política de saúde boliviana no primeiro mandato do MAS não conseguiu provocar mudanças no sistema de saúde que alterassem a institucionalidade herdada dos governos anteriores, permanecendo seu caráter fragmentado e segmentado. Lembrando que já no governo de Paz Zamora (1989 e 1993) foi

<sup>134</sup> Artigo 9º do *Decreto Supremo* 29601 de 2008.

<sup>135</sup> Obs: A OMS comumente usa os termos Medicina Tradicional e Medicina Alternativa de forma combinada, designando a categoria de práticas não componentes do sistema biomédico (BABIS, 2014).

proposto um *Sistema Nacional de Saúde Integrado y Descentralizado* e, com Sánchez de Lozada (1993-1997), a proposta era de um *Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo*. Com Evo Morales temos a proposição no PND6-11 do *Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud*. Podemos considerar que existiu, nesses governos anteriores ao MAS, o reconhecimento de que o sistema de saúde no país deve estar integrado e ser público, embora não tenha chegado a ser implementado. A Constituição de 2009 trata também de um sistema único público. No entanto, na medida em que reconhece o sistema privado e propõe apenas sua regulação pública, não há ali a proposta de romper com a segmentação do sistema. Então, onde há mudança substantiva aqui? Entendemos que a mudança está no reconhecimento do direito à saúde a todos, paralelo a um processo de reconhecimento de cidadania de grande parte da população, antes completamente excluída. Apesar da janela de oportunidades apontada pela *Asamblea Constituyente*, seu resultado não propõe uma mudança na política de saúde que rompa com o que existe. Mesmo que existam avanços, não há proposta de mudança institucional ali.

Como explicar esses resultados? Voltando às nossas hipóteses, não há como fugir da determinância do legado nesse caso – como o subsistema do seguro social –, e do formato de descentralização implementado, que fez com que se constituíssem pontos de veto à reforma da política de saúde. Mas, só o legado seria suficiente para isso? Sabemos da capacidade *lock in* de um legado, mas acreditamos na possibilidade de mudança institucional. Portanto, outros fatores deverão ser considerados. Sugerimos que o fato de o governo não ter maioria no parlamento nesse primeiro mandato, diminuindo o poder de agenda do Executivo, influenciou para que a reforma política de saúde não fosse aprofundada em seu marco legal e resultasse em mudanças substanciais no sistema de saúde. A pergunta que se segue é: houve avanços no segundo mandato do MAS?

### **6.1.2- Um novo rumo na reforma da política de saúde no segundo mandato do MAS?**

No segundo mandato do presidente Evo Morales o reconhecimento da necessidade de aumentar a cobertura do sistema de saúde e reduzir sua fragmentação e segmentação foi reafirmado no *Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” – PSD10-20 HSU* (BOLÍVIA, 2010a). Esse plano propôs a consolidação do direito à saúde a partir da construção do *Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural*, de acesso universal gratuito, e com prioridade na promoção da saúde. A proposta teve como meta a integração dos

diferentes subsistemas em um sistema único regulado por lei no marco da política de saúde familiar intercultural SAFCI<sup>136</sup>, ou seja, um passo para diminuir a segmentação do sistema.

Os eixos definidos na política de saúde foram o acesso universal ao *Sistema Único de Salud Familiar Comunitária Intercultural*, a promoção da saúde e o fortalecimento da capacidade gestora no sistema de saúde como um todo. A proposição para o acesso universal foi a ampliação da cobertura com base no modelo de atenção SAFCI, por meio da articulação dos serviços públicos, do seguro social, privados e de outras organizações e instituições, em uma perspectiva integral que conjuga a prevenção, a promoção e as ações curativas de saúde. O mecanismo de acesso à atenção à saúde previsto no *Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020* foi impulsionar o *Seguro Universal de Salud – SUSALUD* – idealizado para romper com as barreiras econômicas de acesso para toda a população não coberta pelo seguro social ou algum seguro privado (o qual comentaremos posteriormente). O *Plan* enfatiza também o papel do Estado, entendendo que a cobertura universal somente será alcançada com a criação de um seguro público gratuito (BOLÍVIA, 2010a).

No eixo da promoção à saúde estão propostas ações focadas no desenvolvimento da participação social e na atuação sobre os determinantes da saúde, com o objetivo de incorporar às comunidades a responsabilidade pelo cuidado com a saúde, dando especial protagonismo aos indivíduos. Por fim, o eixo que trata do fortalecimento da capacidade gestora se propõe a garantir o exercício da autoridade sanitária do MSD sobre o sistema, com o objetivo de permitir uma efetiva aplicação das políticas de saúde em todos os subsistemas e níveis de gestão. A expectativa é que os subsistemas se alinhem às políticas nacionais no curto e médio prazos, e que a longo prazo componham o *Sistema Único de Salud Familiar Comunitária Intercultural*. Dentre as estratégias previstas no *Plan* para alcançar essa meta está a aplicação de incentivos e medidas legais e coercitivas. Outra meta fundamental desse eixo, que objetiva assegurar a continuidade e a sustentabilidade a longo prazo do financiamento do setor, é a diminuição da dependência financeira da ajuda externa e a garantia do incremento dos recursos para o financiamento nacional da saúde (BOLÍVIA, 2010a). Mas, a pergunta é: o que se concretizou disso tudo?

Nesse segundo mandato a política de saúde passou a ser construída, além do marco constitucional, sobre as determinações da *Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bónifaz”* de 2010 (BOLÍVIA, 2010c), que estabeleceu a descentralização e as atribuições das funções político-administrativas do Estado. Pela Constituição de 2009 o Estado

---

<sup>136</sup> Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”. 2010. Disponível em <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nplan32257.pdf>

boliviano, que se constituía por três níveis de governo – nacional, departamental e municipal – passou a se estruturar em dois níveis: o nacional e as autonomias (departamental, regional, municipal e indígena originário camponesas). Como vimos, as autonomias não têm supremacia umas sobre as outras. Com exceção da autonomia regional, todas têm poderes executivos e legislativos, resguardados os limites da competência nacional definidos na Constituição (artigo 276 da *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolívia* de 2009). A *Ley Marco de Autonomías y Descentralización* regula também a coordenação intergovernamental e destaca, entre as funções das autonomias, a de favorecer a integração social garantindo o acesso à educação, saúde e trabalho, respeitando a diversidade e com justiça social. Voltamos a ressaltar que nos sistemas únicos de saúde a articulação entre os níveis de governo é uma questão de suma importância para a redução da fragmentação do sistema e, conseqüentemente, para os resultados obtidos na saúde da população. Especialmente na Bolívia, considerando o formato adquirido pelas autonomias, a articulação e as relações entre os níveis governamentais adquire destaque. Como discutimos no capítulo 3 essa conformação gerou dez eixos de articulação entre os níveis de governo, verticais e horizontais. No entanto, questões como o financiamento e a instituição dos mecanismos legais necessários, determinantes para essa articulação, não estão previstas na *Ley Marco de Autonomías y Descentralización*. Como, então, conseguir a implementação de um sistema único de saúde? Para além das atribuições dos vários níveis no sistema de saúde, a legislação infraconstitucional do setor pouco avançou em relação aos mecanismos já estabelecidos como, por exemplo, as transferências do TGN e do IDH.

Em 2010 foi apresentado um projeto de lei que propôs o *Sistema Unico de Salud*, com a garantia de acesso universal, gratuito, integral, participativo, com controle social e inclusão da medicina tradicional. O sistema seria implementado por meio da política de saúde familiar comunitária intercultural SAFCI, com prioridade à promoção e à prevenção da saúde, como já vinha sendo desenvolvido desde o primeiro mandato de Evo Morales. Em seu conjunto o sistema de saúde incluiria as ações e serviços públicos de todas as esferas de governo, da medicina tradicional e de outras instituições públicas afins. Os serviços de saúde do subsistema do seguro social e das instituições privadas sem fins lucrativos poderiam ser incorporados por meio de convênios específicos com o MSD. O projeto de lei previu, ainda, a criação do *Fondo Unico de Salud* constituído pelos recursos nacionais, departamentais, regionais e municipais, recursos adicionais do TGN e por impostos criados para tal fim, mantendo inalterados os aportes ao seguro social. A distribuição desses recursos seria feita sob critérios de incidência de pobreza nas diversas regiões, produção de serviços, acessibilidade geográfica e epidemiológicos (BOLÍVIA, 2010b). O projeto chegou a ser apreciado e aprovado na *Asamblea*

*Legislativa*, mas não chegou a ser analisado pelo Senado. Discutiremos em seção específica as questões envolvidas nesse processo.

Dois outros projetos no mesmo escopo chegaram a ser discutidos e elaborados ainda nesse segundo mandato (discutiremos especificamente), mas a alternativa abraçada pelo governo foi a apresentação daquele que deu origem à *Ley 475* de 2013 – *Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia* –, estabelecendo a atenção integral e a proteção financeira em saúde para a população não coberta pelo subsistema do seguro social. Um objetivo primordial da *Ley 475*, regulamentada em 2014 pelo *Decreto Supremo 1984*, foi o de fixar as bases para a universalização (do acesso) da atenção à saúde, ou seja, para a incorporação dos segmentos da população não cobertos pelos subsistemas existentes. A *Ley 475* fundiu os seguros públicos SUMI – para crianças menores de cinco anos e mulheres – e SSPAM – de adultos maiores de 60 anos –, em um seguro universal de saúde e extinguiu esses dois (BOLÍVIA, 2013). Os beneficiários do seguro instituído pela *Ley 475* são as gestantes e mulheres até seis meses após o parto, as crianças até cinco anos de idade, homens e mulheres a partir de 60 anos, pessoas incapacitadas e outros a serem definidos por meio de norma específica. A esse público ficou garantida a atenção integral e a proteção financeira em saúde, obrigatoriamente por meio dos serviços da atenção primária dos subsistemas público, do seguro social, privados conveniados, e das equipes móveis de saúde, no marco da política SAFCI. O acesso ao segundo e terceiro níveis de atenção se dá por referência da atenção primária.

Pela *Ley 475* de 2013 o TGN financia os recursos humanos para a implementação do seguro de saúde (bem como os outros programas nacionais de saúde existentes), enquanto os municípios, por meio de uma *Cuenta Municipal de Salud*, financiam as ações de saúde com 17,5% de sua co-participação tributária. Ficou também definida a possibilidade de os governos autônomos departamentais e municipais destinarem recursos do IDH, de receitas próprias e de *royalties* dos hidrocarbonetos para o pagamento de pessoal e financiamento de ações adicionais de saúde para populações vulneráveis, dentro de suas competências e em coordenação com o MSD<sup>137</sup>. Nesse sentido, somando-se aos seguros departamentais e municipais já existentes, foi criado em 2014 o *Sistema Municipal de Salud*<sup>138</sup> do município de Santa Cruz de la Sierra (foi substituído em 2016 pelo *Sistema Sostenible y Desconcentrado de Salud Municipal*<sup>139</sup>), que

---

<sup>137</sup> Artigos 13 e 14 da *Ley 475* de 2013. Para a ampliação do pacote de serviços prestados ou dos beneficiários, o MSD e as entidades territoriais autônomas podem firmar acordos relativos ao aumento dos percentuais de financiamento ou à inclusão de novas fontes de recursos.

<sup>138</sup> *Ley autonómica municipal* n° 139 de 23 de dezembro de 2014.

<sup>139</sup> *Ley autonómica municipal* GAMSCS n° 308 de 25 de julho de 2016.

determina a prestação de serviços gratuitos de atenção à saúde nos níveis primário e secundário à população entre cinco e 60 anos não vinculada aos subsistemas do seguro social ou privado. Na mesma linha foi criado em 2014 o programa *Más Salud Más Vida* no Departamento de Chuquisaca, para o atendimento da população local entre cinco e 59 anos não vinculada a um seguro de saúde (DUPUY, 2011; AILLÓN e SACO, 2015).

Ainda em 2013, a *Ley 459 – Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana*<sup>140</sup> – regulou o exercício da medicina tradicional e sua articulação com o sistema nacional de saúde, definindo os prestadores de serviços da medicina tradicional, seus direitos e deveres e estabelecendo o registro único da medicina tradicional. Em relação à articulação no sistema de saúde, a lei autoriza as entidades territoriais autônomas a fixar as condições de infraestrutura e os recursos humanos necessários às suas ações para os estabelecimentos do sistema nacional de saúde. O *Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad* tem a atribuição de promover a implementação de ações intersetoriais com a finalidade de aplicar e avaliar padrões e indicadores de interculturalidade na saúde. Em relação ao financiamento, as entidades territoriais autônomas podem programar recursos destinados à prática da medicina ancestral e aplica-los em infraestrutura, equipamentos e na gestão dos programas. Esses recursos devem ser definidos no orçamento do MSD (BOLÍVIA, 2013c).

Os avanços promovidos pela *Ley 459* incluem a criação de um registro único de medicina tradicional ancestral que objetiva o controle de sua prática, e a criação do *Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana – CONAMETRAB* – instância de apoio, fortalecimento, desenvolvimento e promoção da medicina tradicional (HITA, 2014). Para as organizações do setor, representadas pelos *Consejo Departamental de Medicina Tradicional* (CODEMETRA) e *Consejo Nacional de Medicina Tradicional* (CONAMETRA)<sup>141</sup>, integrados no CONAMETRAB após a *Ley 459*, a regulação do setor tem o objetivo de alcançar o reconhecimento da contribuição da medicina tradicional para com o sistema de saúde boliviano, dado que a maior parte da população é tratada principalmente pelos médicos indígenas; reprimir ou excluir, por meio do controle das práticas e dos profissionais, os charlatões; e, por fim, elevar o status dos médicos indígenas, de “bruxos” para “médicos” (BABIS, 2014, p. 292).

---

<sup>140</sup> *Ley N. 459* de 19 de dezembro de 2013.

<sup>141</sup> O CODEMETRA foi fundado em 2009 no Departamento de Cochabamba, um dos que concentram a maior parte dos profissionais da medicina tradicional, como iniciativa das organizações de médicos indígenas com o objetivo de agregar médicos de diversas povos indígenas. O CONAMETRA, fundado em 2012, estava composto por 20 organizações de médicos indígenas de todos os Departamentos bolivianos, representantes das diversas tradições indígenas. Teve como objetivo primeiro a elaboração e aprovação da lei de regulação do setor (BABIS, 2014).

Por fim, de forma centralizada, o MSD instituiu em 2013 o programa *Mi Salud* em cooperação com o governo cubano. No programa, equipes de saúde (*brigadas móviles*), formadas por médicos generalistas bolivianos (principalmente formados por meio do convênio com Cuba na *Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas – ELAM*<sup>142</sup>), especialistas do SAFCI e enfermeiras visitam os bairros mais pobres e prestam assistência nos domicílios, dispensam medicamentos e encaminham para exames diagnósticos, sem custos para os pacientes, mesmo quando esses estão cobertos pelos seguros públicos. O *Mi Salud* organiza dezenas de brigadas de 20 médicos cada uma, coordenadas por um médico egresso da residência de saúde familiar, comunitária e intercultural. O *Mi Salud* se iniciou na cidade de El Alto, uma das mais pobres do país, estendendo-se para 12 municípios nas regiões de Cochabamba, Tarija e Pando, ainda na segunda gestão de Evo Morales. O financiamento do programa é feito com recursos do MSD, da cooperação cubana e de aportes dos municípios (TEJERINA SILVA, 2014). Além de prestar assistência à saúde, tem o objetivo de fortalecer a atenção primária em suas ações propriamente ditas, e também melhorando a infraestrutura das unidades de saúde.

De forma geral, a reforma empreendida no segundo mandato de Evo Morales alcançou avanços na institucionalização da medicina tradicional, ao estabelecer seu regulamento. Por sua vez, a criação do *Seguro de Salud Integral*, ao incorporar o SUMI e o SSPAM e os extinguindo enquanto programas isolados, pode ser considerada uma estratégia no sentido de reduzir a segmentação do sistema de saúde. Quanto à cobertura universal, a proposição do *Seguro de Salud Integral* ainda foi incipiente, dada a limitação do alcance de seu público-alvo. Na verdade, a criação do *Mi Salud* caracterizou mais um mecanismo de fragmentação desse sistema, ou de seu aprofundamento, dado que suas ações correm em paralelo àquelas definidas no SAFCI. Um fator que diferencia o *Mi Salud* é o fato de suas ações não gerarem custos para os usuários do sistema, como é o caso daquelas contidas no modelo de atenção SAFCI (TEJERINA SILVA, 2014). A proposta construída pelo governo no segundo mandato e estendida para o terceiro é de expansão o *Mi Salud* para todos os municípios do país.

Em suma, consideramos que as mudanças incrementais trazidas pelas leis 475 e 459 de 2014 têm a capacidade de promover, a médio e longo prazos, alterações no sistema de saúde no sentido de diminuir sua segmentação, aumentar a cobertura e aumentar a articulação entre seus componentes. Todavia, não foram capazes de alterar substancialmente a configuração fragmentada e segmentada desse sistema (Figura 8). No subsistema público temos o *Seguro de Salud Integral* que se propõe a incorporar a população não coberta por qualquer seguro público,

---

<sup>142</sup> A ELAM está voltada para a medicina da família, incluindo cuidados orientados às comunidades e práticas da medicina tradicional. Em 2012 havia formado 3237 médicos bolivianos (HITA, 2014).

os seguros departamentais e municipais complementam ou reforçam localmente o subsistema público, e os programas centralizados no MSD, que atuam de forma focalizada em segmentos da população. No subsistema do seguro social continuam a operar as 16 entidades prestadoras de assistência à saúde. Por fim, o subsistema privado continua abrangendo os serviços sem fins lucrativos de ONGs e da Igreja e aqueles com fins lucrativos dos planos de saúde e das modalidades de atuação da medicina privada (biomédica, tradicional e alternativa).

A pesquisa domiciliar realizada em 2014 pelo INE, último ano do segundo mandato do MAS, apontou 9,6 de afiliação ao *Seguro de Salud Integral* e 5,9% aos seguros autônomicos, o que representa 15,5% de vinculação ao subsistema público; 16,3% de afiliação ao subsistema do seguro social; e 1,3% de usuários no subsistema privado (0,1% dos domicílios pesquisados informaram “outros”)<sup>143</sup>. Ou seja, 66,8% dos pesquisados não estava afiliado a um seguro de saúde (SUMI, SSPAM, *Seguro de Salud Integral* e autônômicos), conforme informado. Essa população teoricamente obtinha acesso às ações de saúde nos programas do *Mi Salud* e *Extensa*, não dependentes de uma afiliação na modalidade de um seguro. Aqueles não cobertos por uma dessas modalidades compõem o contingente da população boliviana descoberta de qualquer acesso à saúde, cerca de 37% (de acordo com dados de 2010).

Figura 8- Fragmentação e segmentação no sistema de saúde boliviano, 2014.

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE																			
SUBSISTEMA PÚBLICO					SUBSISTEMA DO SEGURO SOCIAL					SUBSISTEMA PRIVADO									
										SEM FINS LUCR.	COM FINS LUCRATIVOS								
SEGURO DE SALUD INTEGRAL	SESO EL ALTO	SUSAT	SUSABENI	SISO SANTA CRUZ	MÁS SALUD MÁS VIDA	CAJA NACIONAL	CAJA PETROLERA	CAJA BANCA PRIVADA	CAJA BANCA ESTATAL	CAJA CAMINOS	CAJA CORDES	COSSMIL	8 SEGUROS UNIVERSITARIOS	SEGUROS DELEGADOS	ONGs	IGREJA	MEDICINA PRIVADA	MEDICINA TRADICIONAL	MEDICINA ALTERNATIVA
PROGRAMAS CENTRALIZADOS NO MSD												DESNUTRICIÓN CERO							
												BONO JOANA AZURDUY							
												RESIDENCIA SAFCI							
												EXTENSA							
												MI SALUD							

Fonte: Adaptado de Aillón, 2015.

<sup>143</sup> Dados da pesquisa domiciliar de 2014 analisados no software SPSS®, disponíveis em <http://www.ine.gob.bo:8081/Webine10/enchogares.aspx>.



Em relação à pesquisa de 2007 a pesquisa domiciliar de 2014 mostrou um aumento de 2,6% na cobertura dos seguros de saúde bolivianos. Os usuários do subsistema privado teriam diminuído de 2,2% para 1,3%; no subsistema do seguro social manteve-se quase a mesma proporção (16,2% em 2007 e 16,3% em 2014) e no subsistema público houve um aumento de 12% em 2007 para 15,5% em 2014 (a proporção de pesquisados que informou “outros” foi de 0,2 em 2007 e 0,1 em 2014). Ou seja, o cumprimento da meta de extensão da cobertura do sistema de saúde foi muito aquém do esperado.

### **6.1.3- O terceiro mandato: breve análise de um tempo ainda em curso**

Trazemos algumas considerações em relação ao terceiro governo do MAS, em curso (2015-2020), na tentativa de nos aproximar das tendências que vêm se delineando nesse período. As metas da política de saúde estão previstas no PSD10-20 HSU (BOLÍVIA, 2010a). Dentre elas, alcançar uma cobertura superior a 90% da população por meio da integração das instituições de saúde ao SAFCI, principalmente reduzindo barreiras geográficas – mas também culturais e econômicas –, e de forma gratuita. Essa meta traz em si mesma a necessidade de atuar sobre a quantidade e qualidade dos recursos humanos, a infraestrutura e os equipamentos. Espera-se também fortalecer a medicina tradicional com a certificação de médicos e a adaptação dos estabelecimentos de saúde para esse atendimento. Subjaz a essas metas o fortalecimento dos mecanismos de gestão e da participação comunitária em todos os âmbitos de governo, considerando que o modelo de atenção à saúde preconizado é o SAFCI.

Dentre as estratégias estabelecidas para alcançar a meta de cobertura universal da saúde estão a implementação do *Servicio Universal de Salud* (referido na gestão anterior como *Seguro Integral de Salud*), que demanda a consolidação de um esquema de financiamento e a aplicação da *Ley N. 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia*; e a implementação pelos municípios do programa *Mi Salud*, ou seja, sua ampliação para os 339 municípios do país.

En este entendido nosotros [...] estamos trabajando en una agenda [...] que en un tiempo determinado nos permita construir e implementar el Sistema Unico de Salud. Entre ello, consideramos necesario el fortalecimiento del Primer Nivel de Atencion, para esto hemos implementado ya hace un ano y medio el Proyecto “Mi Salud”, que es un proyecto que debemos ampliarlo a nivel nacional, a los 339 Municipios de Bolivia.<sup>144</sup>

Como visto, o terceiro mandato de Evo Morales tem apresentado a prioridade de sua expansão para todos os municípios do país. De acordo com informações do MSD, o projeto está

<sup>144</sup> Entrevista a la Ministra de Salud de Bolivia, Dra. Ariana Campero. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Boletín Informativo N° 24. Jan/fev/mar. 2015. Disponível em: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Bolet%C3%ADn%20Nro%2024%20ene%20feb%20mar%202015.pdf>.

presente em 278 municípios (73 no *Departamento* de La Paz, 48 em Santa Cruz, 45 em Cochabamba, 29 em Chuquisaca, 25 em Potosí, 19 em Oruro, 11 em Tarija, 16 em Beni e 12 em Pando)<sup>145</sup>. Dos *Departamentos* bolivianos com mais de 50% da população em situação de pobreza e pobreza extrema – Potosí (58,7% da população), Pando (58,2%), Beni (55,4) e Chuquisaca (53,8%)<sup>146</sup> –, Potosí tinha o programa implantado em 62,5% dos municípios em 2015; Pando e Beni em cerca de 80% dos municípios; e Chuquisaca em 100% dos municípios. Embora seja possível observar uma tendência à universalização do programa, as estratégias do programa *Mi Salud* têm sido também questionadas pelo fato de terem um caráter mais assistencial, em detrimento das perspectivas de integralidade contidas na política SAFCI, e de constituírem mais um elemento de fragmentação do sistema de saúde boliviano (FEO e TOBAR, 2015).

Uma terceira política que tem sido levada no atual mandato de Evo Morales é a reestruturação e ampliação da infraestrutura hospitalar do país. De um lado, a proposta é a ampliação de centros de saúde de primeiro nível e, de outro, dos hospitais de segundo e terceiro níveis, principalmente em cidades intermediárias, para os casos de difícil acesso às capitais de *Departamentos*<sup>147</sup>. Em suma, o governo se propõe nesse mandato a construir o *Sistema Único de Salud* com a implementação da *Ley 475*, fortalecer o nível primário da atenção por meio da expansão do *Mi Salud* e investir na infraestrutura da saúde, com a construção de hospitais de segundo e terceiro níveis, além daquela infraestrutura da atenção básica necessária à expansão proposta desse nível. Em 2015 o governo anunciou a construção de 46 hospitais: 31 de segundo nível de atenção, 11 de terceiro nível e quatro de alta complexidade<sup>148</sup>.

As perspectivas desse terceiro mandato – embora seja buscada a cobertura universal em saúde –, não apontam para um rompimento com a estrutura tradicional do sistema da saúde boliviano: o subsistema do seguro social, que atende à população segurada por meio do vínculo ao mercado de trabalho; o subsistema privado, que pode ser contratado pelos subsistemas público e do seguro social para a prestação de serviços; e o subsistema público, para a população

<sup>145</sup> Dados do MSD, de abril de 2016. Disponíveis em: <http://www.rm-safci.gob.bo/>.

<sup>146</sup> Dados do INE disponíveis em <http://www.ine.gob.bo/indice/EstadisticaSocial.aspx?codigo=30602>.

<sup>147</sup> Entrevista a la Ministra de Salud de Bolivia, Dra. Ariana Campero. Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue. Boletín Informativo N° 24. Jan/fev/mar. 2015. Disponível em: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Bolet%C3%ADn%20Nro%2024%20ene%20feb%20mar%202015.pdf>

<sup>148</sup> Instituto de Oncología em Cochabamba; Instituto Gastroenterológico em La Paz; Instituto de Cardiologia em Tarija; e o Instituto de Nefrologia em Santa Cruz. Informações de 02 de setembro de 2015 disponíveis em [http://www.la-razon.com/sociedad/Gobierno-ambicioso-construccion-equipamiento-hospitalario\\_0\\_2337366319.html](http://www.la-razon.com/sociedad/Gobierno-ambicioso-construccion-equipamiento-hospitalario_0_2337366319.html).

não segurada por nenhum subsistema. Em que pese o fato de buscar-se, com a plena implantação da *Ley 475*, que o subsistema do seguro social incorpore à sua rede a atenção aos usuários do subsistema público, sua estrutura não é rompida.

Podemos observar uma proposição de mudança de rumos da política de saúde em relação aos mandatos anteriores do MAS, com o investimento na atenção básica por meio do *Mi Salud*, quando anteriormente buscava-se aprofundar o SAFCI, e com a decisão de investimento na atenção hospitalar. Quando tomamos as avaliações do caráter assistencialista do *Mi Salud* e o fato desse programa não abraçar a concepção da atenção primária (da medicina social e dos determinantes da saúde), concluímos pela possibilidade de estar ocorrendo uma mudança no ideário da reforma na política de saúde difundida na campanha do MAS em 2005, nos projetos produzidos no primeiro e segundo mandatos e no conteúdo incorporado na Constituição de 2009. Essa ideia é corroborada pelo projeto do governo de investir na rede hospitalar que, se não é apresentado dentro de um modelo integrado de assistência à saúde, pode estar retomando a concepção hospitalocêntrica do sistema de saúde, ou seja, pautada na doença e nas ações curativas.

Com essa aproximação das tendências da política de saúde no terceiro mandato, retornamos às discussões que ficaram suspensas acerca do sistema único de saúde idealizado desde a campanha do MAS para a presidência, depois previsto nos planos de desenvolvimento desde a ascensão do MAS ao governo e constante da Constituição de 2009. Ou seja, contamos aqui o percurso da política de saúde, agora nos perguntando: como se deu esse processo político ao longo do período de governo?

## **6.2 O efeito das mudanças no sistema de saúde, em perspectiva comparada**

Voltando à questão-chave dessa tese, que remete à hipótese de que os governos de esquerda empreendem reformas nas políticas sociais que as tornam mais inclusivas e abrangentes, passamos a analisar o alcance da reforma na política de saúde no governo do MAS a partir das dimensões analíticas definidas no capítulo 5 desse estudo. São elas: o marco legal, que já descrevemos ao longo da análise; o gasto em saúde; a cobertura e o acesso às ações de saúde; e os resultados dessas ações na saúde da população. A partir dessas dimensões buscamos identificar a direção das mudanças ocorridas no sistema de saúde e discutir o alcance dessas em termos da redução ou eliminação da fragmentação e da segmentação desse sistema. Como assinalado, entendemos que essas características condicionam as desigualdades no acesso à saúde. Ou seja, a partir delas é possível avaliar se a inclusão que o sistema promoveu (ou não) se deve a uma maior participação do Estado, especificamente por meio do subsistema público.

Ou, se essa cobertura se desenvolveu por meio da criação de seguros de caráter contributivo ou, ainda, por meio da vinculação a planos privados de saúde. A expectativa com o governo de esquerda do MAS é que as mudanças tenham se dado com o aumento da participação do subsistema público, ou seja, do Estado. A análise é feita em uma perspectiva comparada com os governos anteriores, especialmente entre 1985 e 2005<sup>149</sup>.

Não há dúvidas de que o financiamento da política de saúde é uma questão-chave na reforma e tem sido um dos pontos de conflito para sua efetivação, principalmente porque as propostas que surgiram nos mandatos do MAS têm pretendido a unificação dos fundos públicos em um único fundo a ser redistribuído aos entes subnacionais para a implementação do sistema de saúde. Em que pese o fato dessas propostas não terem avançado, especialmente pela interferência contrária dos setores interessados, não houve pelo governo uma proposição de aumento dos recursos para a saúde. Muitos dos argumentos contrários à implementação de um sistema único de saúde seguiram essa linha, ou seja, se colocavam favoráveis à reforma, entendendo que essa não teria possibilidades de ser efetivada sem um incremento no financiamento. Com efeito, a proporção do PIB boliviano gasto em saúde é um dos menores da América Latina.

O PIB na Bolívia teve um crescimento médio de 6,0% entre 2006 e 2013, muito superior à média de 3,7% do período entre 1995 e 2005<sup>150</sup>. Esse crescimento se deve muito ao momento de alta nos preços das *commodities* e ao maior peso das exportações (minerais, soja e gás, por exemplo), mas também aos esforços do governo de controlar as cadeias produtivas de diversos desses produtos, garantindo que suas receitas ficassem no país. Esses resultados fortaleceram a capacidade executora do Estado, que incrementou sua capacidade produtiva em 252% no período 2006-2012 em relação a 1999-2005 (CUNHA FILHO, 2014). No entanto, o gasto total em saúde como proporção do PIB não teve um incremento proporcional a esse crescimento econômico, como podemos ver pelo (Gráfico 13).

O gasto total em saúde representa a soma de todos os gastos públicos e privados do país com a gestão do sistema e as ações preventivas, de promoção e de assistência à saúde. Esse gasto em relação ao PIB na gestão do MAS passou gradualmente de 5,19% em 2006 para 6,33% em 2014. Considerando que a média dos dez anos anteriores ao MAS (1995-2005) foi de 5,32%, se observa uma variação de um ponto percentual ao final do período analisado, com a esquerda no poder já a dois mandatos. No entanto, temos que considerar que o crescimento do PIB na

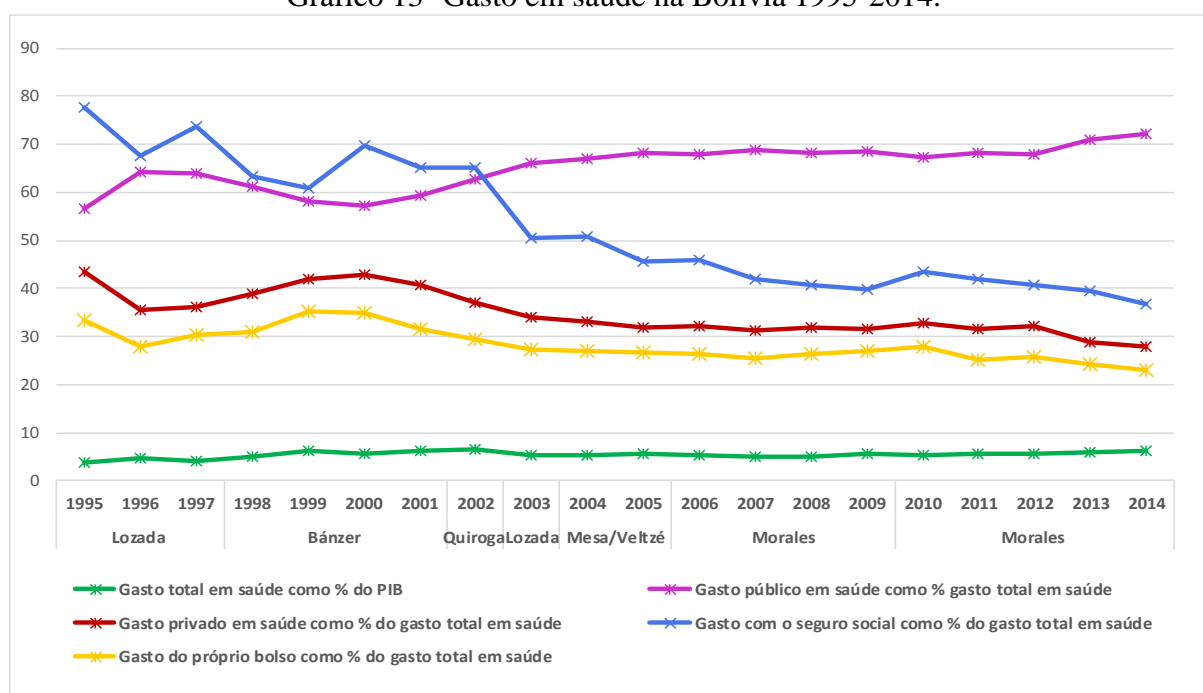
---

<sup>149</sup> Guardamos a ressalva de que nem todos os dados estiveram disponíveis para todo esse período e para todos os indicadores aqui utilizados.

<sup>150</sup> Dados da OMS disponíveis em <http://ais.paho.org/phis/viz/basicindicatorbrowser.asp>

Bolívia a partir de 2006 foi significativamente maior (o mais baixo, 3,4% em 2009 e o mais alto, 6,78% em 2013) em relação aos anos anteriores entre 1995 e 2005 (o mais baixo, 1,68% em 2001 e o mais alto, 4,96% em 1997)<sup>151</sup>. Mesmo que esse aumento de 1 ponto percentual seja um aumento proporcionalmente menor do que o esperado para um governo de esquerda, é um aumento real em termos relativos e maior ainda em termos absolutos. Para analisar os gastos com saúde é necessário analisar os indicadores em seu conjunto, como pode ser visto no gráfico 13.

Gráfico 13- Gasto em saúde na Bolívia 1995-2014.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS.

O gasto público em saúde como proporção do gasto total reflete a intervenção, o esforço do Estado na política de saúde e, conseqüentemente, a extensão de sua responsabilização na garantia do acesso às ações de saúde. Esse gasto se manteve relativamente constante no primeiro mandato, com um ligeiro aumento de 67,3% em 2010 para 72,0% em 2014, considerando o início da trajetória dos dados, em 1995, são 15,4 pontos percentuais a mais. Ou seja, esse gasto foi mais alto do que aqueles dos governos anteriores entre 1995 e 2005, especialmente entre 1998 e 2001 (Hugo Bánzer) e entre 1995 e 1996 (primeiro mandato de Sánchez de Lozada). Cabe lembrar que o mandato de Sánchez de Lozada (1993-1997) aprofundou as reformas neoliberais na Bolívia, despojando o Estado de qualquer ingerência na economia. Já o governo de Hugo Bánzer (1997-2001) ocorreu em meio aos efeitos de uma crise

<sup>151</sup> Dados da OMS disponíveis em <http://ais.paho.org/hip/viz/basicindicatorbrowser.asp>

econômica que levou a uma queda na taxa de crescimento do PIB de 4,95% em 1997 para 1,68% em 2001<sup>152</sup>. Apesar da diferença positiva ao final do período analisado observa-se que não houve uma inflexão diferenciada no governo do MAS, mas a continuação de uma tendência que se iniciou no começo do milênio, final da administração de Hugo Banzer.

Todavia, se observamos o esforço no gasto público com relação ao gasto privado vemos que há uma trajetória de mudança da composição do gasto total. A variação do gasto público em saúde em relação ao gasto privado mostra que houve um deslocamento desse gasto para o setor público, em detrimento do setor privado, o que permite afirmar o maior comprometimento do Estado com a saúde nesse período, principalmente a partir de 2000, quando essa relação adquire mais constância, guardando uma pequena exceção entre o final do primeiro e o início do segundo mandato do MAS. Considerando o fato de que essa trajetória se iniciou antes do governo do MAS, essa tendência não pode ser inferida como prerrogativa da entrada da esquerda. Da mesma forma, a proporção da redução do gasto do próprio bolso com saúde foi maior que a redução do gasto privado nesse período (2009-2011), com uma trajetória que se iniciou também no início dos anos 2000. A redução nesse gasto também demonstra o um maior investimento público na saúde.

O gasto do próprio bolso como proporção do gasto total em saúde é um importante indicador, pois dimensiona a privatização do risco em caso de doenças e as barreiras de entrada no sistema de saúde. Uma consequência do aumento desse gasto é a redução da utilização dos serviços de saúde, dado o peso de seu custo para os indivíduos. Como esse peso atinge de forma mais contundente as populações mais pobres é de se esperar um aumento da desigualdade em saúde. Além do acesso às ações públicas de saúde, na Bolívia o gasto do próprio bolso pode também estar refletindo diferenças no acesso ao seguro social, considerando que esse acesso está relacionado ao vínculo com o mercado de trabalho. Dessa forma, uma variação nas taxas de emprego pode ter reflexos sobre esse gasto. Entre 1995 e 2003 as taxas de desemprego na Bolívia, em crescimento constante, variaram respectivamente de 3,6% a 9,2%. O desemprego significa para os trabalhadores do país, dentre outras, a perda do acesso ao seguro social, o que pode levar ao aumento do gasto do próprio bolso com saúde. Podemos observar que entre 1995 e 2003 esse gasto aumentou, variando, respectivamente, de 27,7% a 35% em relação ao gasto total com saúde. Na mesma linha de raciocínio, entre 2005 e 2010 o desemprego caiu de forma contínua e gradativa de 8,1% para 3,5% enquanto o gasto do próprio bolso com saúde não

---

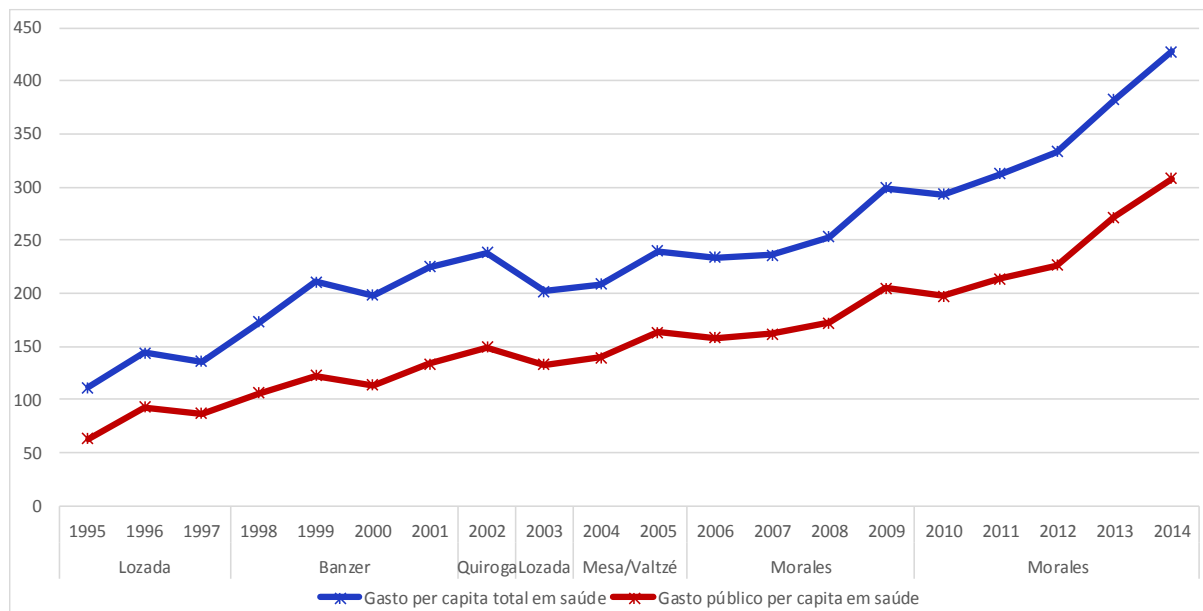
<sup>152</sup> Dados da OMS disponíveis em <http://ais.paho.org/hip/viz/basicindicatorbrowser.asp>

aumentou e se manteve relativamente constante, o que sugere que a demanda por atenção à saúde tenha sido absorvida pelo setor público<sup>153</sup>.

Se a partir desses indicadores podemos ver uma ligeira mudança na estrutura do gasto, não podemos tratá-la como prerrogativa da esquerda. Entretanto, se analisarmos o gasto per capita em saúde observamos uma inflexão positiva real com a entrada do MAS, principalmente a partir do segundo mandato, quando ele alcança maioria no parlamento. Vejamos o gráfico abaixo (Gráfico 14).

O gasto público per capita em saúde, indicador com maior potência para inferências acerca do investimento do Estado na saúde, teve também um importante incremento no período que analisamos: passou de 63,2 dólares em 1995 para 308,33 dólares em 2014. Especificamente no governo do MAS passou de 158,6 dólares em 2006 para 308,33 em 2014. É importante analisar esse gasto em relação ao per capita total em saúde, pois determina a importância relativa do investimento público em saúde. Ou seja, se a variação do per capita total em saúde é maior em relação ao per capita público significa que esse recurso está sendo investido no sistema privado de saúde.

Gráfico 14- Gasto per capita em saúde na Bolívia, 1995-2014.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS.

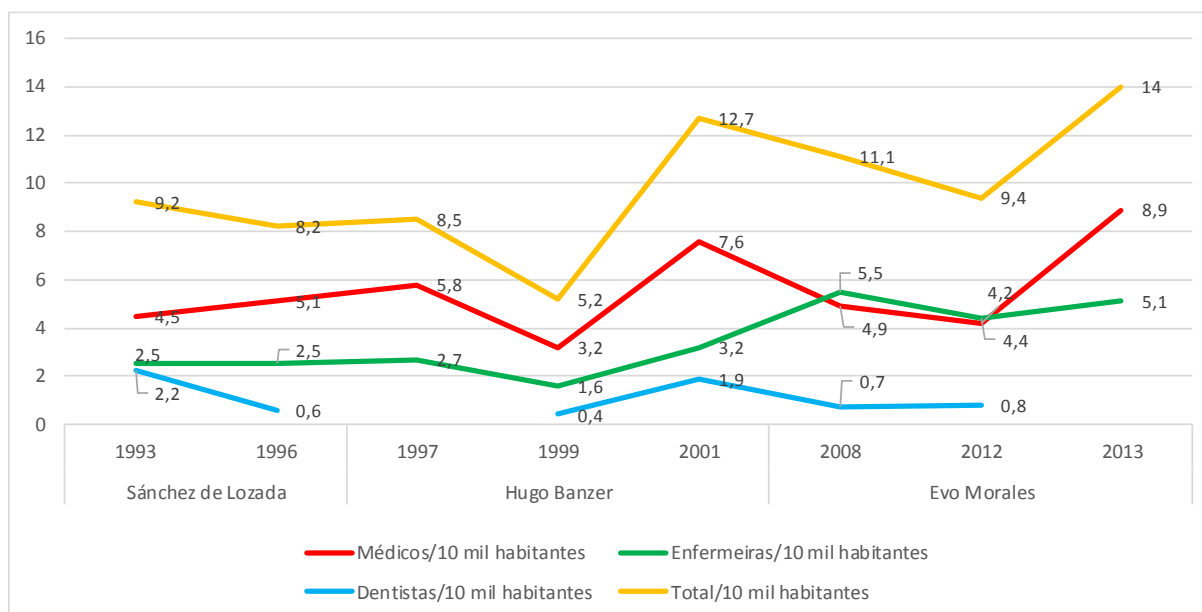
O que é importante destacar acerca dos dados de gasto em saúde na Bolívia é que as possíveis mudanças no governo do MAS em relação aos governos neoliberais anteriores devem estar mais associadas ao aumento absoluto na proporção do gasto total em relação ao PIB,

<sup>153</sup> Dados de desemprego da CEPAL disponíveis em <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=127&idioma=e>

considerando o crescimento econômico do país, dado que não houve variação substancial no percentual aplicado na saúde no período, como pudemos ver anteriormente. Podemos também inferir que, embora não tenha havido um aumento considerável na proporção do gasto em saúde, o governo do MAS tem mantido uma postura positiva em relação ao direcionamento desse gasto para o setor público, consequentemente reduzindo a proporção do gasto no setor privado e do gasto do próprio bolso.

Em relação à organização e à estrutura do sistema de saúde para o acesso e a cobertura das necessidades da população, destacamos aqui alguns indicadores da capacidade instalada da rede e sua evolução ao longo do período em análise. A densidade de profissionais inclui médicos, enfermeiras, parteiras e profissionais de práticas tradicionais, e é medida em relação ao número de habitantes. A OMS considera um parâmetro mínimo de 23 profissionais/10 mil habitantes para que sejam atendidas as necessidades de atenção primária em saúde previstas nos ODM. Em 1993 a Bolívia contava com um total de 9,2 profissionais por 10 mil habitantes e, em 2013, com 14 (Gráfico 15). Esse número está muito aquém do parâmetro estabelecido e se compara àquele de países subdesenvolvidos africanos. Corrobora também o estudo de Tejerina Silva (2014, p.25), que relata que a maior parte das unidades de saúde bolivianas funciona apenas com auxiliares de enfermagem.

Gráfico 15- Densidade de profissionais de saúde por 10 mil habitantes, Bolívia, 1993-2013.



Fonte: elaboração própria a partir de dados da OPAS, disponíveis em <http://ais.paho.org/phis/viz/indicatorsbycountryandyears.asp>

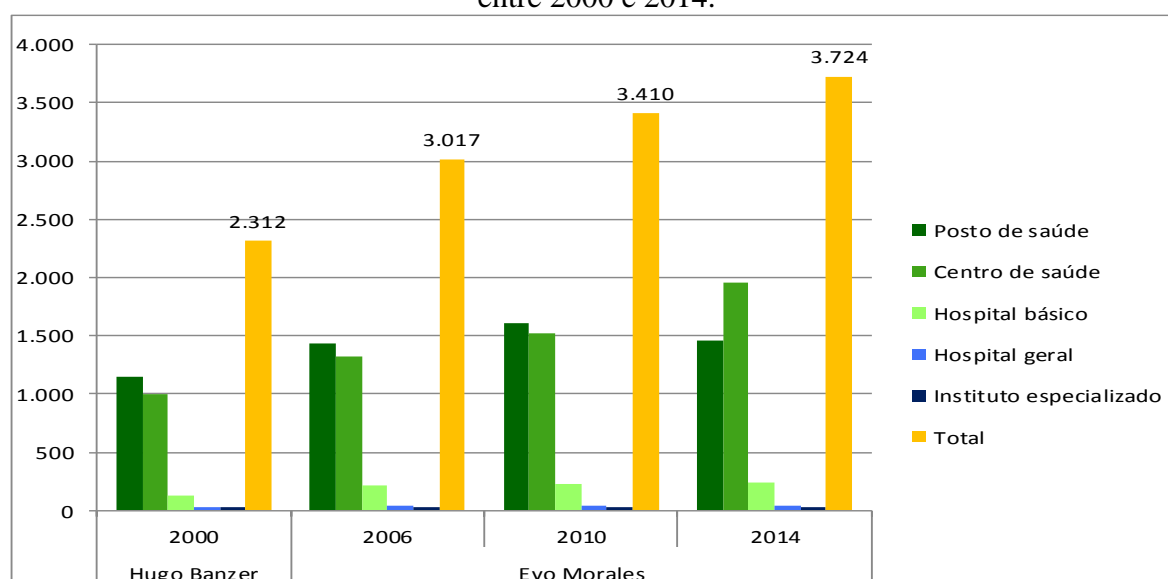
Especificamente no governo do MAS, observamos pelo gráfico acima, ao contrário da expectativa colocada nessa tese do maior investimento da esquerda nas políticas sociais, a diminuição do número de profissionais de saúde até o ano de 2012. Observamos também que a



partir desse ano ocorre um incremento de profissionais médicos e enfermeiras nos serviços, o qual podemos sugerir estar vinculado ao programa *Mi Salud* e aos investimentos na formação desses profissionais feitos pelo governo junto à ELAM. Esses dados nos levam a argumentar que o governo do MAS colocou, a partir de 2012, uma prioridade no programa *Mi Salud* que não foi assumida anteriormente – a partir de 2006, no início do governo, ou de 2008 com a implementação do SAFCI. E também nos leva a inferir acerca do aumento da fragmentação do sistema de saúde boliviano a partir de uma política explícita do governo.

Ao analisar a infraestrutura física do sistema de saúde, observamos que houve um aumento do número de estabelecimentos de saúde. Entre 2000 e 2006, ou seja, entre o governo de Hugo Banzer (1997-2001) e o primeiro ano do governo de Evo Morales, essa rede havia crescido 30,5% (de um total de 2312 para 3017 estabelecimentos). De 2006 a 2014, já no governo do MAS, o incremento da rede de saúde foi de 23,4% (de 3017 estabelecimentos de saúde em 2006 para 3724 em 2014). Um diferencial que pode ser observado no período entre 2010 e 2014, segundo mandato de Evo Morales, é o fato de que o aumento do número de estabelecimentos de saúde foi relativamente maior nos centros de saúde, em detrimento dos postos de saúde. No geral do período analisado, os centros de saúde passaram de 43,7% da rede em 2006 para 52,5% em 2014 e os postos de saúde tiveram uma redução de 47,4% em 2006 para 39,3% em 2014 (Gráfico 16).

Gráfico 16- Proporção de estabelecimentos de saúde na Bolívia, por tipo de estabelecimento, entre 2000 e 2014.



Fonte: elaboração própria a partir de dados do INE.

Relembramos que os postos de saúde são unidades que oferecem principalmente ações de prevenção à saúde e de atenção primária de baixa complexidade. Funcionam com equipes

de auxiliares ou técnicos de enfermagem. Já os centros de saúde prestam serviços de prevenção e promoção, atendimento médico na atenção primária e pequenas urgências, atendimento odontológico, exames laboratoriais e encaminhamentos a centros de maior complexidade. Existe, ainda, uma classificação entre esses centros de saúde de acordo com sua complexidade, que inclui aqueles articulados com a medicina tradicional, que prestam assistência curativa e de reabilitação, bem como internação de pacientes em trânsito (ambulatórios); e aqueles com maior capacidade resolutiva que, além das ações citadas, realizam partos, inclusive na medicina tradicional, internações não cirúrgicas para tratamento de determinadas patologias ou para encaminhamento a unidades mais complexas podendo, ainda, contar com serviços diagnósticos de maior complexidade (TEJERINA SILVA, 2014, p. 23-24). Posto isso, constatamos que o incremento no número de estabelecimentos de saúde, principalmente entre 2010 e 2014, significa um aumento na capacidade resolutiva dos serviços de saúde, o que também está relacionado com o aumento do número de profissionais de saúde nesse período, além da maior oferta de serviços.

A distribuição dos estabelecimentos de saúde por *Departamentos* é bastante desigual, variando entre 12,7 serviços/10 mil habitantes, como é o caso de Potosi, e 2,6 serviços/10 mil habitantes, como em La Paz (Gráfico 17). No total do país, em 2014 havia 3,7 estabelecimentos de saúde/10 mil habitantes (níveis primário, secundário e terciário), e se tratamos apenas aqueles da atenção básica, 3,4/10 mil. Se analisamos essa distribuição em relação aos índices de pobreza, o *Departamento* de Potosi, o mais pobre do país – 59,8% da população em pobreza e pobreza extrema<sup>154</sup> – concentra o maior número de estabelecimentos de saúde em relação à população, 9,6 serviços de atenção primária/10 mil habitantes e 12,7/10 mil, considerados todos os serviços.

Essa distribuição dos estabelecimentos nos *Departamentos* poderia nos sugerir uma coerência em relação aos índices de pobreza e, conseqüentemente, à necessidade das populações. Aqueles mais pobres, como Potosi e Pando (59,8 e 58,8% respectivamente) têm o maior número de estabelecimentos de saúde na atenção primária, o que se reflete no total desses serviços quando incluímos a atenção secundária e terciária. Potosi possui também o maior número de estabelecimentos desses dois níveis, em relação à sua população. No entanto, embora a diferença entre os índices de pobreza desses dois *Departamentos* seja pequena, existe uma diferença maior entre os dois na concentração de serviços secundários e terciários (12,7 e 9,6/10 mil habitantes, respectivamente). Da mesma forma, Beni tem um índice de pobreza e pobreza

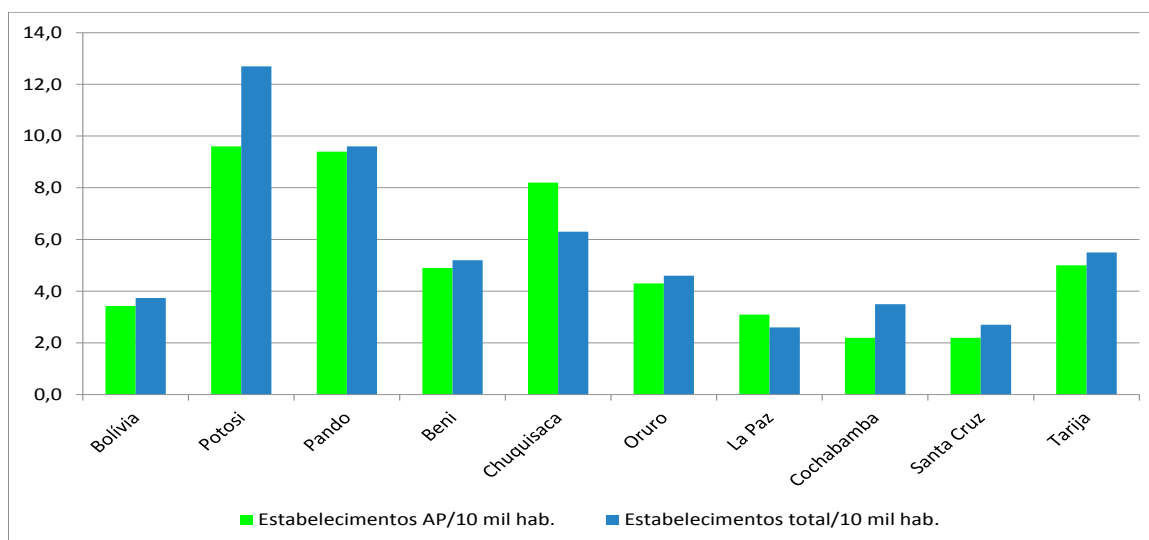
---

<sup>154</sup> Dados do INE disponíveis em <http://www.ine.gob.bo/indice/EstadisticaSocial.aspx?codigo=30602>

extrema de 56,4% e uma grande disparidade no número de serviços de saúde. Assim também para La Paz, com 46,3% da população em níveis de pobreza e extrema pobreza.

Outros fatores, portanto, concorrem para com a distribuição e oferta dos serviços de saúde. Tejerina Silva (2014, p.38) argumenta que nos *Departamentos* de Beni, Pando e Tarija a oferta de serviços de saúde está associada ao fato de a população estar mais dispersa no território. Ou seja, considerando a necessidade de deslocamento, a distribuição atende a algum critério de acesso aos serviços, colocando-os fisicamente mais próximos dos usuários. *Departamentos* localizados no altiplano do país – La Paz, Oruro e Potosi –, têm também uma população dispersa e em áreas rurais e concentram populações indígenas (TEJERINA SILVA, 2014, p.39). Considerando essas condições semelhantes, em relação a Potosi os dois outros – La Paz e Oruro – têm um baixo número de serviços de saúde. Em suma, em que pese o fato de parecer haver uma equidade na distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde, os dados aqui apresentados não nos permitem essa inferência (no Gráfico os *Departamentos* estão ordenados de forma decrescente em relação aos índices de pobreza e pobreza extrema<sup>155</sup>).

Gráfico 17- Distribuição dos estabelecimentos de saúde, da atenção primária e total, segundo a população e o índice de pobreza dos Departamentos, no sentido decrescente, Bolívia, 2014.



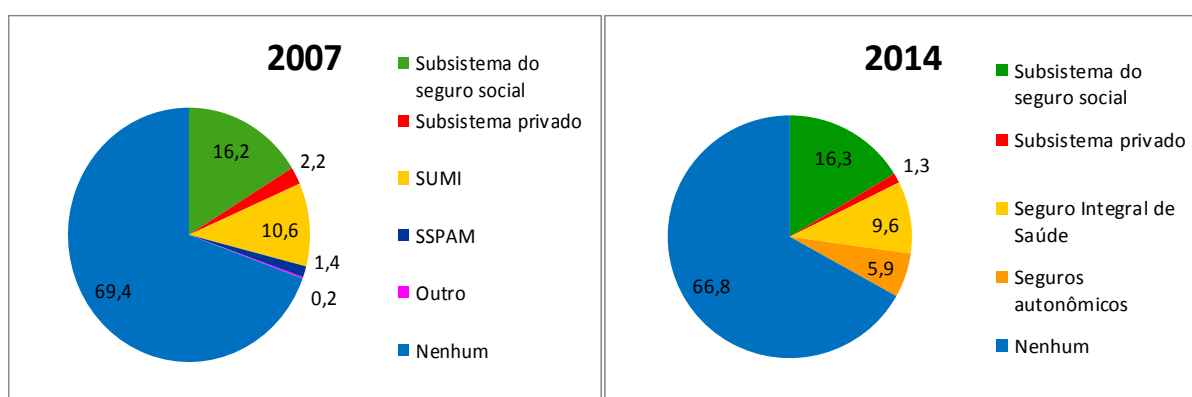
Fonte: elaboração própria a partir de dados do INE.

Quanto à cobertura dos subsistemas de saúde, analisamos os dados de 2007 e 2014 constantes das pesquisas domiciliares realizados nesses anos pelo *Instituto Nacional de*

<sup>155</sup> Índices de pobreza e pobreza extrema: Potosi, 59,8%; Pando, 58,8%; Beni, 56,4%; Chuquisaca, 54,5%; Oruro, 47%; La Paz, 46,3%; Cochabamba, 45,4%; Santa Cruz, 35,4%; e Tarija, 34,6%. Dados do INE.

*Estadística* da Bolívia<sup>156</sup> (Gráfico 18). Dos entrevistados em 2007, 69,4% declararam não estar vinculados a nenhum sistema de saúde. Em 2014 essa proporção caiu para 66,8%. Entre os dois períodos, de acordo com o inquérito, houve um aumento na cobertura declarada pelo subsistema público e uma diminuição da cobertura do subsistema privado, além da diminuição daqueles que declararam não estar vinculados a nenhum subsistema. Relembrando, considerando as opções da pesquisa, no caso do subsistema público os dados se referem à afiliação a algum seguro: SUMI, SSPAM e, na pesquisa de 2014, incluindo ainda o *Seguro Integral de Salud* ou os seguros autonômicos municipais e departamentais. Sendo assim, os dados não estão considerando a vinculação ao subsistema público nas ações do SAFCI ou *Mi Salud*. De acordo com Dupuy (2011) a população totalmente descoberta é de cerca de 30%.

Gráfico 18- Cobertura do sistema de saúde boliviano declarada nas pesquisas domiciliares de 2007 e 2014.



Fonte: elaboração própria a partir de dados das pesquisas domiciliares do INE de 2007 e 2014.

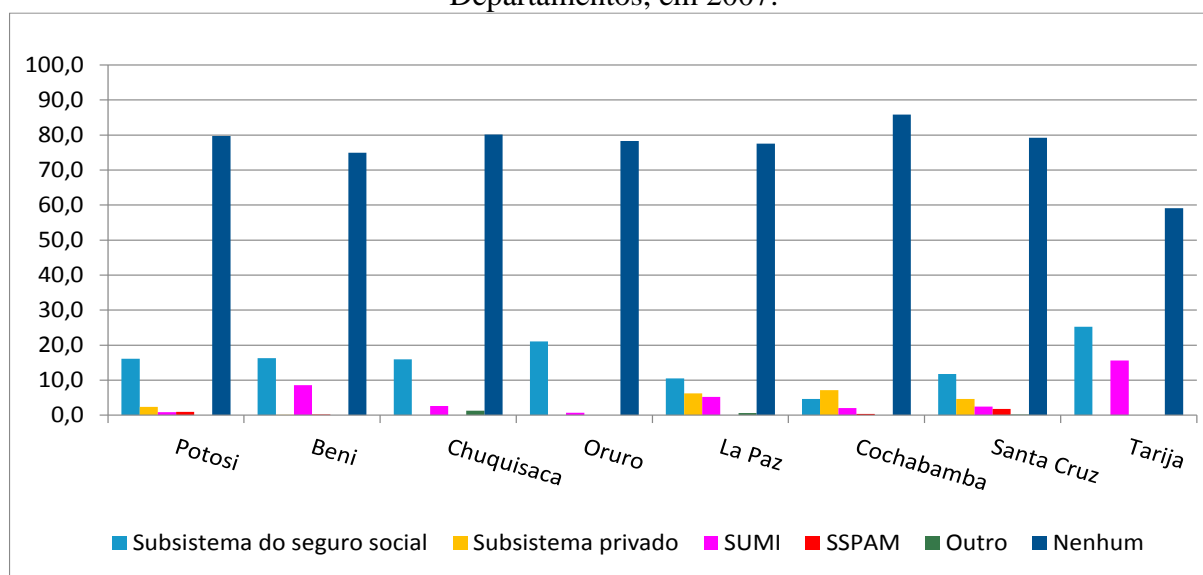
Da análise dos dados da pesquisa domiciliar de 2007 e de 2014 por *Departamento* observamos que houve pouca mudança em relação àqueles que se declararam não estar cobertos por nenhum seguro de saúde. Em 2007 esse resultado para Cochabamba foi de 85,8% dos entrevistados e de 59,1% em Tarija, onde se observou a maior proporção de afiliados, no caso ao subsistema do seguro social (Gráfico 19). Podemos sugerir que isso se deve ao fato desse *Departamento* ser aquele com menores índices de pobreza do país (34,6%) e provavelmente com menores índices de desemprego e maiores proporções de trabalhadores no mercado formal. Também apresenta a maior proporção de vinculados ao SUMI, fato que se defronta com os dados que apresentamos aqui do número de estabelecimentos de saúde, cuja maior proporção está em Potosi e Pando. Nesse sentido, era de se esperar maior vinculação ao sistema público nesses *Departamentos*, supondo haver maior oferta de serviços. De forma geral a declaração de

<sup>156</sup> Não consta na página do INE pesquisas anteriores a 2005. Essa não trata dados sociais. Disponível em <http://www.ine.gob.bo:8081/Webine10/enchogares.aspx>

vinculação ao subsistema público, considerados os seguros SUMI e SSPAM, foi baixa em todos os *Departamentos*.

O que explicaria isso? Acessibilidade geográfica, capacidade de cobertura dos seguros, comunicação e informação à população, e articulação entre os níveis e governo para a efetiva ação desses seguros são explicações plausíveis, considerando a discussão que temos feito nesse estudo. Estamos tratando, na análise desses dados, da cobertura populacional. Supomos que a pesquisa domiciliar, ao dirigir a resposta da afiliação a esses seguros, não considera as ações de saúde que não envolvam a afiliação, como é o caso do SUMI, do SSPAM e do seguro social. No entanto, era de se esperar que essa informação se refletisse na categoria “outros”.

Gráfico 19- Cobertura do sistema de saúde boliviano, por vinculação aos subsistemas e Departamentos, em 2007.



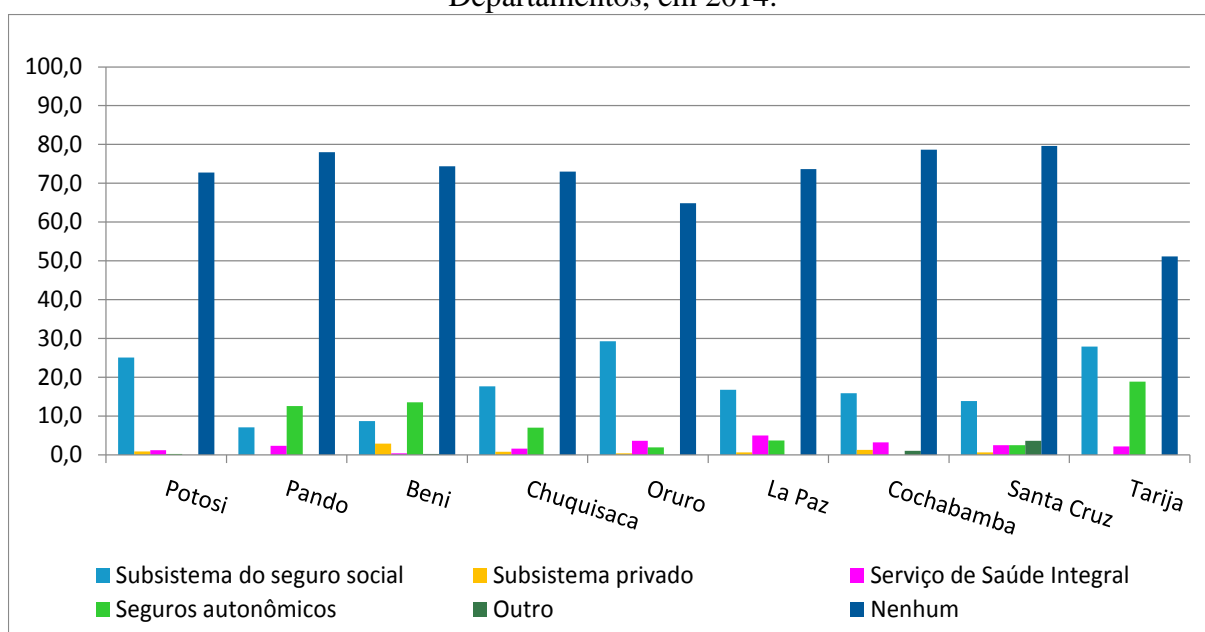
Fonte: elaboração própria a partir de dados do INE.

Em 2014 houve um incremento da cobertura em saúde, embora pequeno, mais perceptível naquela cobertura do seguro social e dos seguros autônomicos, e em alguns *Departamentos* com altos índices de pobreza, como Potosí. Oruro, La Paz e Cochabamba também tiveram uma importante alteração nessa cobertura entre os dois períodos da pesquisa domiciliar (Gráfico 20). Considerando que a afiliação no subsistema do seguro social tem relação direta com o vínculo formal de trabalho, um fator que pode explicar esse aumento é a queda nas taxas de desemprego do país que, como mencionamos anteriormente, passou de 8,1% em 2005 para 3,5% em 2010, embora em 2012 tenha tido uma alta, chegando a 5,5%<sup>157</sup>.

<sup>157</sup> <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=bl&v=74&l=pt>

Em 2014 o SUMI e o SSPAM já haviam sido extintos, e seus usuários incorporados, ou em processo de incorporação, ao *Seguro Integral de Salud*. Embora a cobertura desses dois seguros tenha sido baixa em 2007 – cerca de 15% em Tarija e 10% em Beni, *Departamentos* que tiveram a maior cobertura relatada na pesquisa desse ano –, a cobertura do *Seguro Integral de Salud* não chegou a atingir esses patamares em 2014, ou seja, a sugestão é de ainda não havia absorvido esse público. O fato desse público do SUMI e o SSPAM não aparecer na pesquisa pode estar relacionado a questões burocráticas relativas à migração, como a adaptação das equipes a novos protocolos, ou à própria informação da população quanto ao novo seguro. Ou ainda, considerando o lapso temporal entre uma e outra pesquisa, a cobertura do SUMI e do SSPAM tenha sido reduzida ao longo desses anos e os dados do *Serviço de Salud Integral* refletem a realidade no momento da pesquisa. O que fica explicitado é que o aumento da cobertura populacional do sistema de saúde em 2014 em relação a 2007 se deve à expansão do subsistema do seguro social e aos seguros autonômicos. O subsistema público de âmbito nacional teve expressão menor em 2014 em relação a 2007. Vários fatores podem estar associados a isso: como argumentamos, a implementação recente do *Serviço de Salud Integral*; o investimento e desvio de esforços dos *Departamentos* e municípios para seus seguros próprios de saúde; e a fragmentação do subsistema público, no qual funcionam o programa *Mi Salud*, o programa *Extensa* e as ações do SAFCI. A fragmentação, além de dispersar os esforços públicos, sejam políticos, humanos ou financeiros, tem reflexos na vinculação da população ao sistema.

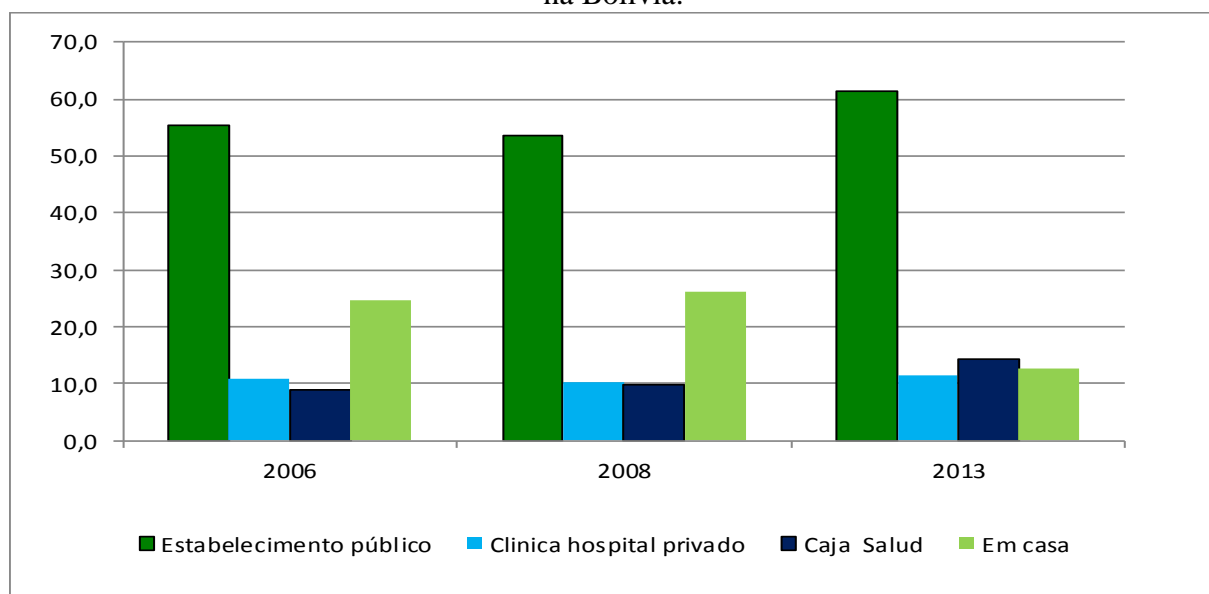
Gráfico 20- Cobertura do sistema de saúde boliviano, por vinculação aos subsistemas e Departamentos, em 2014.



Fonte: elaboração própria a partir de dados da pesquisa de domicílios de 2014, INE.

Voltando nossa análise para o acesso aos serviços e ações de saúde, a maior parte de entrevistados nas pesquisas domiciliares de 2006, 2008 e 2013 para o local de ocorrência do último parto nascido vivo declarou que este se deu em estabelecimentos públicos (Gráfico 21). Os partos institucionalizados (ocorridos em estabelecimentos de saúde) aumentaram gradativamente entre 2006 e 2014, enquanto aqueles que ocorrem no domicílio diminuíram, o que sugere a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

Gráfico 21- Local de realização do último parto, nascido vivo, nos anos de 2006, 2008 e 2014, na Bolívia.



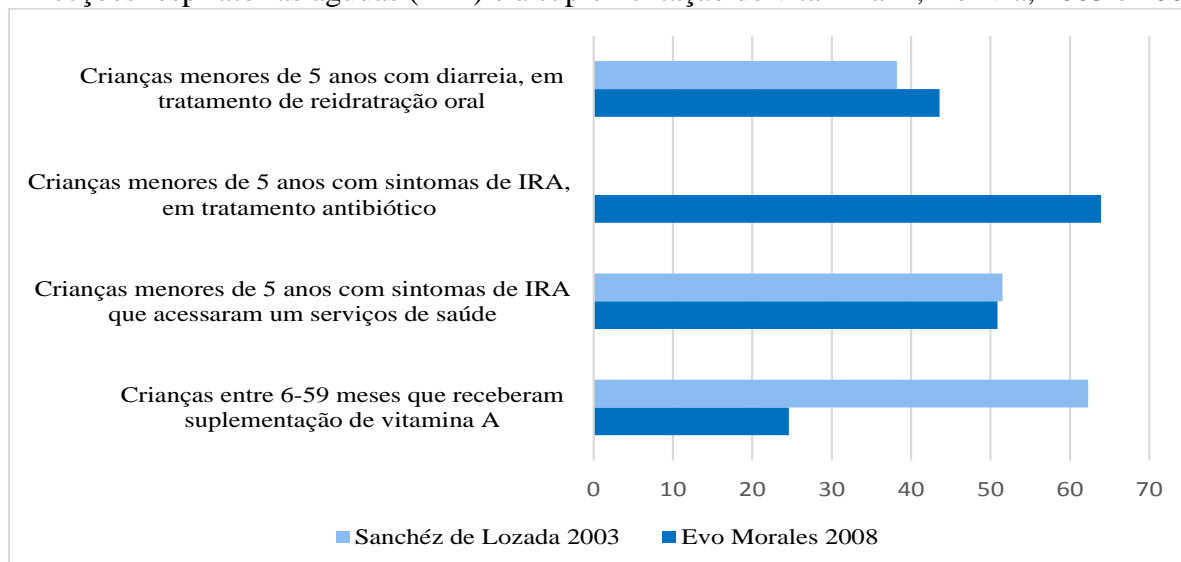
Fonte: elaboração própria a partir de dados da pesquisa de domicíliar de 2006, 2008 e 2014, INE.

Assumimos também para a análise do acesso aos serviços de saúde no governo do MAS, como definido no capítulo 4 dessa tese, o tratamento de diarreia em crianças menores de 5 anos (reidratação oral), o tratamento de infecções respiratórias agudas e a suplementação de vitamina A para crianças (Gráfico 22). Observa-se que não houve um grande incremento nessas ações na gestão de Evo Morales até 2008. Ao contrário, os dados mostram que o número de crianças que recebeu a suplementação de vitamina A diminuiu drasticamente em 2008 em relação a 2003. A prevalência da deficiência moderada de vitamina A – associada a problemas na visão e na formação dos ossos – entre crianças bolivianas de 3 a 24 meses é de 39,8% segundo estudo realizado em 2012<sup>158</sup>. Existem evidências de que a suplementação com vitamina A em crianças de 6 a 59 meses reduzem o risco de morte por diarreia em 28% e em 45% a taxa de mortalidade por todas as causas em crianças HIV-positivo. Pelos indicadores selecionados, observa-se um

<sup>158</sup> <http://snis.minsalud.gob.bo/documentacion/doc-boletin/vitamina%20A.pdf>

incremento no tratamento com reidratação oral em crianças menores de 5 anos, por outro lado em 2008, em relação a 2003.

Gráfico 22- Proporção de crianças que tiveram acesso à reidratação oral, ao tratamento de infecções respiratórias agudas (IRA) e à suplementação de vitamina A, Bolívia, 2003 e 2008.



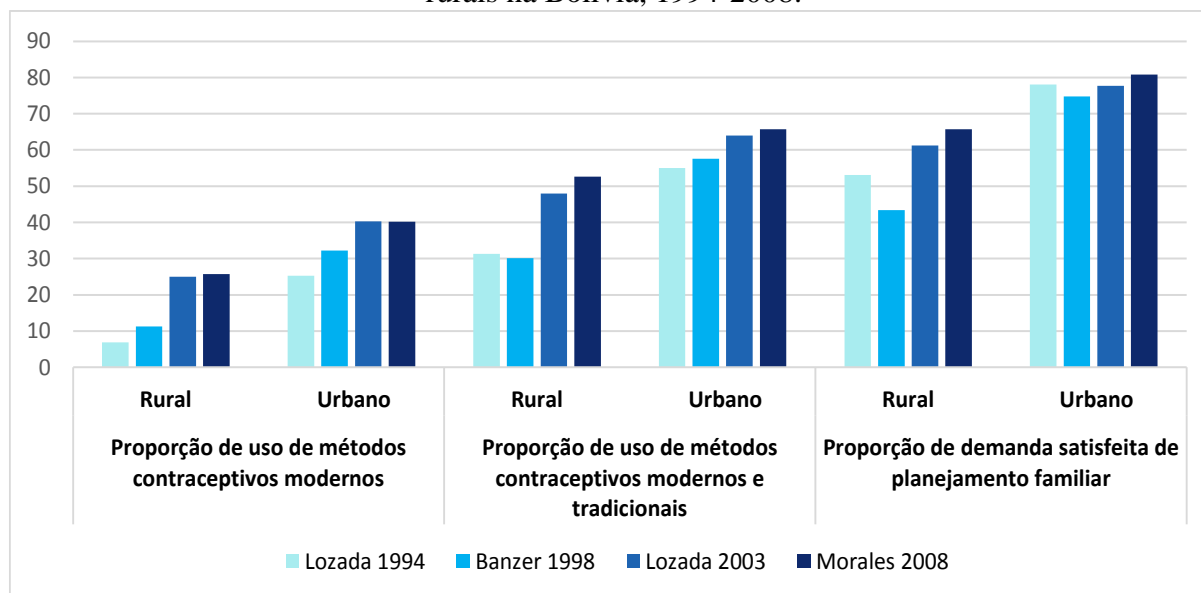
Fonte: elaboração própria a partir de dados da OMS.

As ações preconizadas pela OMS para o planejamento familiar são dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos casadas ou em união, para o uso de contraceptivo, entre aquelas que necessitam de contraceptivos. Os métodos contraceptivos modernos incluem a esterilização feminina e masculina, pílulas hormonais orais, dispositivo intra-uterino, preservativo masculino, preservativo feminino, dentre outros. No período analisado, que perpassa os governos de Sánchez de Lozada (1994), Hugo Banzer (1998), o segundo mandato de Sánchez de Lozada (2003) e o primeiro mandato de Evo Morales (2008), houve um incremento dessas ações tanto em áreas rurais quanto urbanas, sinalizando para uma melhoria no acesso aos serviços de saúde. (Gráfico 23). No entanto, se consideramos que as ações de planejamento familiar estiveram na agenda de saúde da Bolívia ao longo dos governos que temos tratado aqui – em muito, pelas ações dos organismos internacionais no país, voltadas à melhoria das condições de saúde da população e, especialmente, da atenção materno-infantil – podemos questionar esses resultados. É razoável esperar que ações básicas de promoção da saúde estivessem bastante difundidas no país. Dentre os fatores que podemos elencar para sugerir hipóteses explicativas, estão barreiras de acesso geográfico e, dada a natureza dessas ações, barreiras principalmente culturais; falta de recursos humanos e infraestrutura para essas ações, principalmente em áreas remotas; e problemas de coordenação das ações considerando, como vimos, que foram (ainda são, talvez em menor medida) desempenhadas por múltiplas entidades



– sistema público, igrejas, ONGs – o que pode, dentre outras, ter redundado na não vinculação das (e dos) usuárias às atividades.

Gráfico 23- Proporção de demanda de planejamento familiar atendida, em áreas urbanas e rurais na Bolívia, 1994-2008.



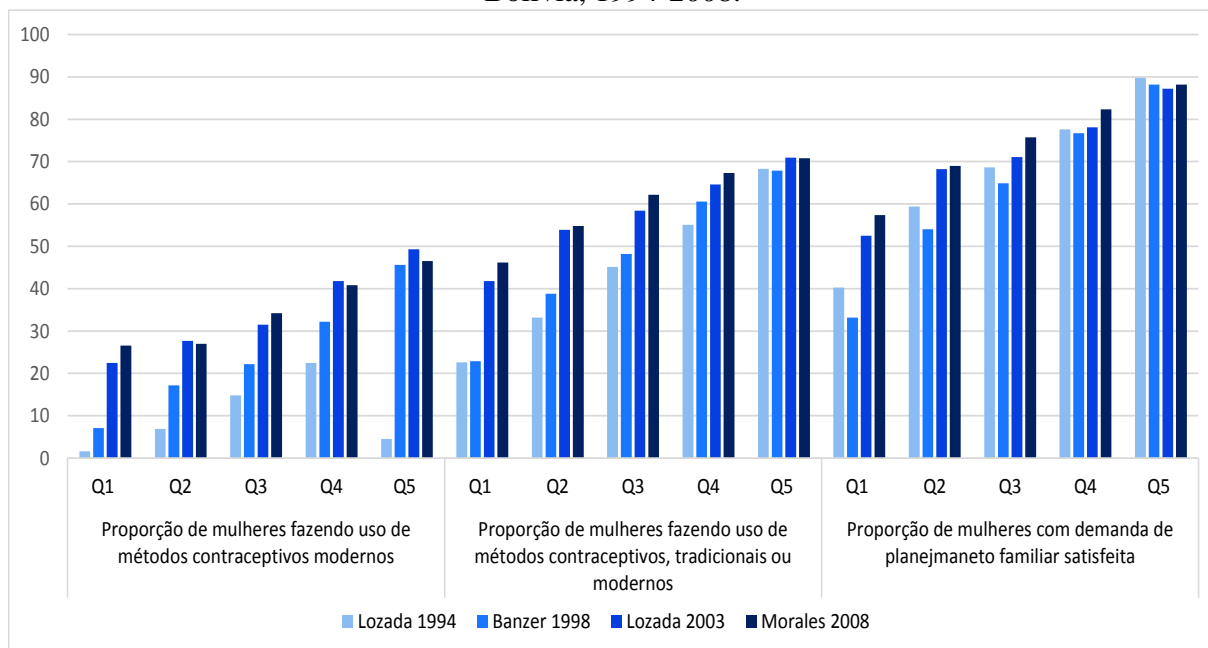
Fonte: elaboração própria a partir de dados da OMS.

Por quintil de renda observa-se de forma mais acurada um incremento no acesso (Gráfico 24) às ações de planejamento familiar. Os quintis mais altos de renda, para todos os anos analisados, são aqueles que mais fazem uso dos métodos contraceptivos, tradicionais ou não, e que mais têm suas demandas de planejamento atendidas, o que pode sugerir a desigualdade no acesso aos serviços de saúde ou, ainda, um melhor nível de informação, associado à renda e à educação. Outro aspecto que vale discutir é a proporção de mulheres que fazem uso de métodos tradicionais ou modernos que, comparada ao indicador do uso de métodos modernos, mostra que a inclusão dos métodos tradicionais incrementa os resultados em todos os quintis de renda e períodos analisados. Esse dado sugere a forte presença de fatores culturais nas atitudes das mulheres bolivianas em relação aos métodos contraceptivos. É possível também sugerir que houve um investimento maior no acesso dos quintis mais baixos, 1 e 2, a essas ações, especialmente a partir de 2003.

O atendimento pré-natal vem também sendo incrementado ao longo dos anos, especificamente entre 1994 e 2008, tanto nas áreas rurais quanto urbanas, embora existam diferenças nesse acesso (Gráfico 25). A questão das localidades rurais envolve não apenas as dificuldades de acesso, mas também barreiras culturais que poderiam ser rompidas com uma maior articulação das ações da medicina tradicional, que, como vimos, começa a traçar seu marco legal e os critérios para seu exercício. Do ponto de vista da política de saúde, uma questão

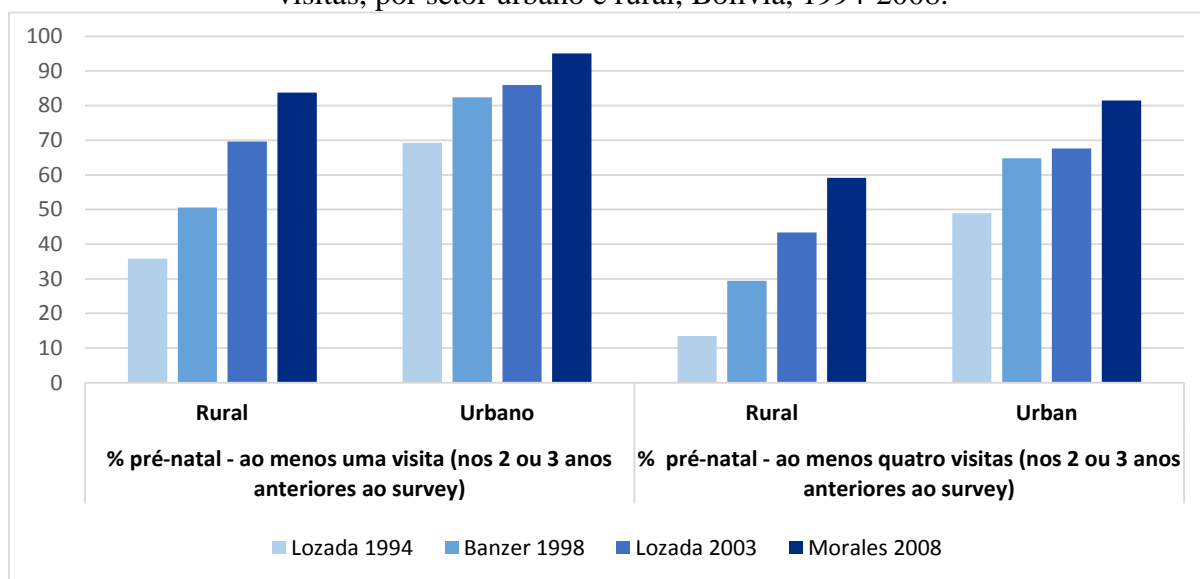
ainda a ser enfrentada é a fragmentação do sistema de saúde, aqui considerando ações da medicina tradicional e da medicina biomédica atuando em nichos separados, como sugerem as análises que temos trazido. Por exemplo, a necessária articulação do programa *Mi salud*, cuja principal meta é alcançar populações isoladas do acesso à saúde, com a medicina tradicional.

Gráfico 24- Proporção de mulheres fazendo uso de métodos contraceptivos, tradicionais ou modernos, e com necessidades de planejamento familiar satisfeita, por quintil de renda, Bolívia, 1994-2008.



Fonte: elaboração própria a partir de dados da OMS disponíveis em <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1562?lang=en>.

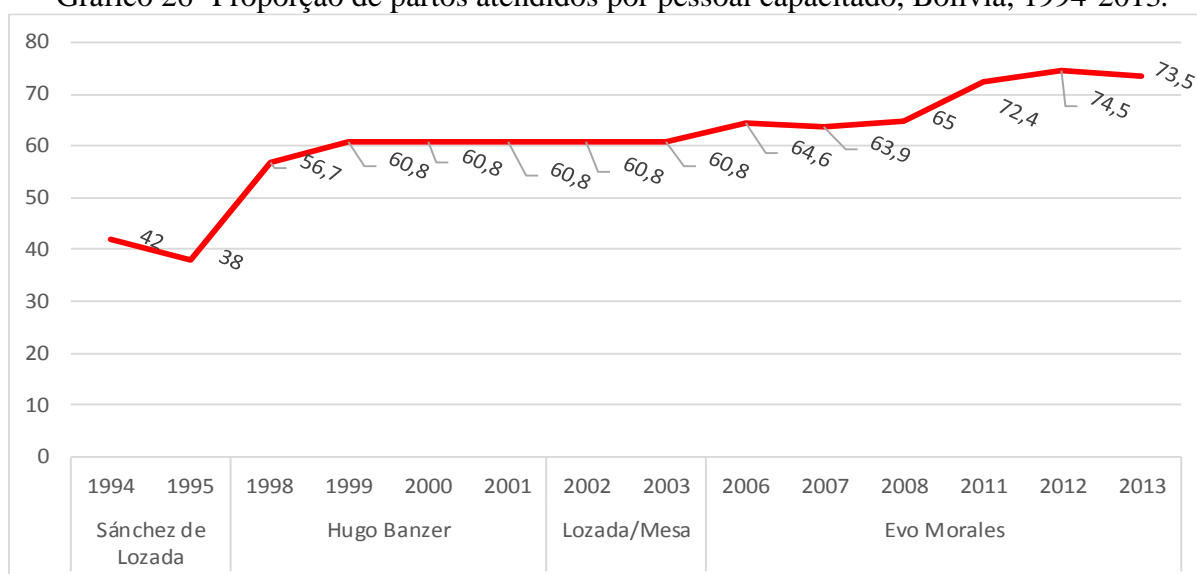
Gráfico 25- Proporção de mulheres que tiveram atendimento pré-natal de uma e até quatro visitas, por setor urbano e rural, Bolívia, 1994-2008.



Fonte: elaboração própria a partir de dados da OMS disponíveis em <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1562?lang=en>.

Da mesma forma, a proporção de partos atendidos por pessoal capacitado (inclui pessoal dos serviços de saúde, médicos e enfermeiras, e parteiras cadastradas) teve um incremento relativo no governo do MAS, passando de cerca de 64,6% em 2006 para 73,5% em 2013 (Gráfico 26). Esse crescimento tem sido gradativo, principalmente a partir de 1998, no governo de Hugo Banzer. Esses resultados refletem não apenas a atenção ao parto propriamente dito, mas todo o cuidado durante a gestação, como nos referimos anteriormente. Também como já ressaltamos, o cuidado materno-infantil teve grande investimento na Bolívia, muito condicionado pelas agências financiadoras externas. Assim sendo, argumentamos que metas como, por exemplo, reduzir as altas taxas de mortalidade materna a parâmetros aceitáveis, já poderiam estar superadas. Entendemos que o formato do sistema de saúde boliviano, segmentado e fragmentado, é um importante fator explicativo dos baixos resultados em saúde, dispersando e duplicando ações e desperdiçando recursos humanos e financeiros.

Gráfico 26- Proporção de partos atendidos por pessoal capacitado, Bolívia, 1994-2013.

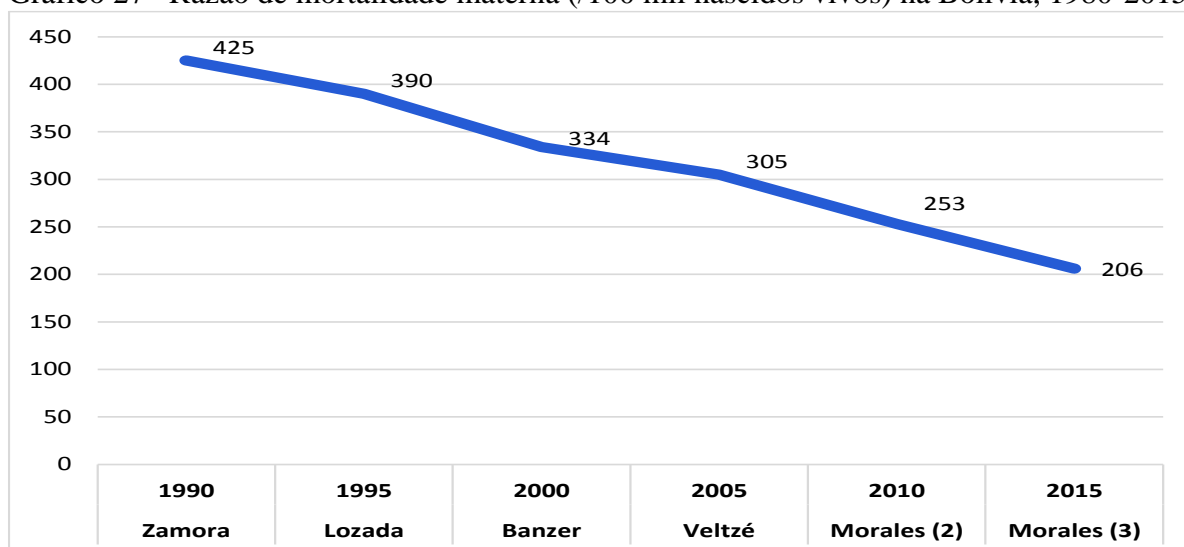


Fonte: elaboração própria a partir de dados da OPAS, disponível em <http://ais.paho.org/phis/viz/indicatorsbycountryandyears.asp>

Dos resultados em saúde, para encerrar essa discussão, destacamos os dados de mortalidade materna, indicador dos cuidados no pré-natal e no parto e de mortalidade infantil. A taxa mortalidade materna em 2015 foi de 206/100 mil nascidos vivos, resultado importante em relação à série histórica do país, mas ainda longe do aceitável<sup>159</sup> (Gráfico 27).

<sup>159</sup> Para países em desenvolvimento a taxa de mortalidade materna aceitável é ente 80 e 100/100 mil nascidos vivos, segundo a OMS.

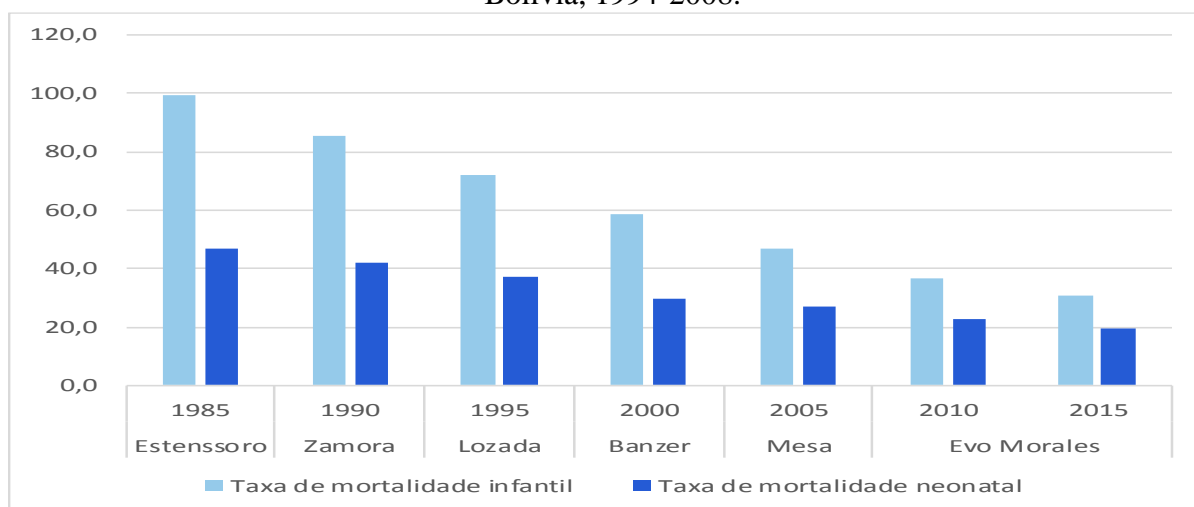
Gráfico 27– Razão de mortalidade materna (/100 mil nascidos vivos) na Bolívia, 1980-2015



Fonte: elaboração própria a partir de dados da CEPAL.

Os indicadores de mortalidade infantil, por sua vez, mostram um gradual decréscimo nas taxas ao longo do período analisado. A taxa de mortalidade infantil caiu de 99,5/1000 em 1985 para 30,6/1000 nascidos vivos em 2015; e a mortalidade neonatal foi reduzida de 46,9 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1985 para 19,6/1000 nascidos vivos em 2015 (Gráfico 28). Esses resultados são bastante expressivos e demonstram o investimento de todos os governos aqui representados em políticas de acompanhamento à gestação e ao parto e pós-parto, bem como na primeira infância. Contudo os indicadores ainda estão acima dos parâmetros preconizados pela OMS como aceitáveis de mortalidade infantil, que são de até 10 óbitos/1000 nascidos vivos.

Gráfico 28- Taxas de mortalidade neonatal e mortalidade infantil por mil nascidos vivos, Bolívia, 1994-2008.



Fonte: elaboração própria a partir de dados da CEPAL.

Em que pese algumas melhoras no comportamento dos indicadores, seja nas dimensões do gasto em saúde, da cobertura e acesso e nos resultados, os dados apresentados aqui mostram que o governo do MAS não se diferenciou substancialmente daqueles anteriores, nos períodos analisados. O sistema de saúde ainda não conseguiu alcançar toda a população, ou seja, se universalizar, bem como não conseguiu cobrir satisfatoriamente o público-alvo de suas ações, mesmo aquelas focalizadas como as materno-infantis, ou reduzir sua segmentação e fragmentação. Fica a constatação, portanto, de que a mudança nos indicadores da saúde no país necessita de um aprofundamento das reformas, para além dos processos incrementais que as têm caracterizado, como a focalização de ações em grupos mais vulneráveis (embora reconheçamos a necessidade, pontual e circunstancial, desse tipo de estratégia). Onde ficou o projeto dessa reforma?

### **6.3 A reforma idealizada da política de saúde, mas não concretizada**

Como vimos, as demandas pela ampliação do direito à saúde e, para tal, a necessidade de unificar o sistema de saúde, não foram temas divergentes dos debates nos diversos fóruns, seja na construção do projeto de governo do MAS, nos primeiros anos de governo, ao apresentar o PND06-11, ou na *Asamblea Constituyente*. Ao contrário, foram reconhecidas por esses. Os temas polêmicos foram aqueles historicamente presentes nas reformas propostas no país, o financiamento, a organização do sistema e, especialmente, a redistribuição do poder no sistema, considerando os padrões da descentralização administrativa e das autonomias no sistema político boliviano (SIRÉN, 2011).

No primeiro mandato de Evo Morales, um primeiro projeto de lei foi apresentado em 2007 propondo o *Seguro Universal de Salud – SUSALUD –*, com a meta de garantir o acesso e a cobertura integral no modelo SAFCI. A proposta foi de implantação progressiva, cobrindo em uma primeira fase os níveis primário e secundário da atenção a indivíduos até 21 anos de idade. A atenção hospitalar seria acessada por meio de referenciamento do nível secundário. Previu-se o financiamento com recursos do TGN, da co-participação tributária municipal, do *Fondo Solidario Nacional* (recursos do HIPC municipais)<sup>160</sup> administrados pelo MSD, e do IDH de municípios e *Departamentos*. Os recursos do *Fondo Solidario Nacional* seriam centralizados e destinados aos municípios de acordo com a população beneficiária do seguro

---

<sup>160</sup> O programa HIPC (*Heavily Indebted Poor Countries*) foi lançado em 1996 pelo BM para os países pobres endividados e está condicionado ao cumprimento de objetivos econômicos e a reformas econômicas e sociais. A Bolívia está habilitada ao programa desde 1998, e teve grandes parcelas de seu débito externo canceladas. Como acordado, os recursos são revertidos em reformas de políticas públicas ([http://www.bolivia.com/Economia/Boletin\\_BCB/BOLETIN.htm](http://www.bolivia.com/Economia/Boletin_BCB/BOLETIN.htm)).

(86%) e para o *Fondo Compensatorio Departamental* (14%) administrado nos *Departamentos*, para a cobertura das necessidades dos municípios deficitários. Os seguros departamentais e municipais existentes seriam absorvidos pelo SUSALUD e, na medida em que fosse alcançada uma estabilidade no financiamento, seriam incorporadas as pessoas até os 59 anos de idade (BOLÍVIA, 2007; CEBEM, s/d).

Embora a criação de um seguro universal de saúde fosse reconhecida como um passo fundamental na política social, as críticas ao projeto se dirigiram à proposta de centralização dos recursos no *Fondo Solidario Nacional*, considerada um retrocesso no processo de descentralização administrativa e fiscal promovido a partir da *Ley de Participación Popular* de 1994. Outra crítica foi quanto ao fato deste não tratar da expansão do setor hospitalar, que estaria sujeito a um colapso com a absorção das demandas em saúde dos novos usuários. Essa proposta de reforma foi apresentada ao Congresso e constituiu o *Proyecto de Ley 005 de 04 de julio de 2007*, aprovado na Câmara dos Deputados (CEBEM, s/d). Não chegou a ser apreciado no Senado, onde a oposição ao governo detinha a maioria dos votos e, portanto, essa tentativa de criação do sistema único fracassou.

Retomando o contexto político de então, o MAS obteve a maioria dos deputados nas eleições gerais de 2005, contudo, no Senado, a maioria das cadeiras foi ocupada pela oposição. Nessas eleições ficou caracterizada a presença nacional de dois partidos – MAS e PODEMOS – que se refletiu na polarização no parlamento. Em 2006 o MAS obteve também a maioria nas eleições para a *Asamblea Constituyente*. Considera-se que a existência desses dois espaços institucionais – o parlamento e a constituinte – foi um fator que aprofundou as diferenças entre o governo e a oposição. Somou-se a isso o fato de que a eleição dos governos dos *Departamentos* – que aconteceu diretamente pela primeira vez em 2005 –, configurou também uma maioria de oposição. Apenas três dos nove *Departamentos* tiveram seus dirigentes alinhados ao MAS (Potosi, Oruro e Chuquisaca). A maioria desses governantes estava alinhada com a demanda pelas autonomias departamentais e isso pautou seu movimento em relação à constituinte e às ações do governo, incluindo aquelas no sentido de redistribuir as receitas de impostos. Por sua vez, a ação dos *Departamentos* não necessariamente estava alinhada à dos partidos no parlamento e na Constituinte, o que mostra a complexidade das interações entre os atores políticos nesse momento: forças partidárias e atores sociais que atuaram de forma direta, à margem ou contra a política institucional (MAYORGA, s/d). Em 2007, além de o Senado ter assumido o controle sobre a oposição, as divergências entre o governo central e a maioria dos *Departamentos* em relação à distribuição do poder regional foram exacerbadas. Nesse contexto, a oposição praticamente se opôs a todas as reformas propostas pelo governo, mantendo

firmemente sua agenda de descentralização administrativa e de adoção das autonomias departamentais (CUNHA FILHO, 2014; JEMIO, 2016). Como vimos no capítulo 3, a *Asamblea Constituyente* reproduziu os impasses políticos desse momento, o que quase chegou a paralisar o processo.

Esse foi o cenário no qual se deu a discussão do projeto do *Seguro Universal de Salud*. Considerando uma das pautas centrais dos conflitos políticos à época – a descentralização e as autonomias regionais –, e o fato de não estar em questão a universalização do acesso à saúde, a proposição de centralização de fundos e redistribuição dos recursos departamentais incluída no projeto podem ser entendidas como fatores centrais para a não aprovação do projeto. De um lado, temos a questão dos poderes decisórios conferidos aos *Departamentos* e municípios com o processo de descentralização iniciado nos anos 1990 com a *Ley de Participación Popular*. Muitos deles organizaram programas e seguros de saúde a partir dali, como vimos no capítulo 5, algumas vezes com recursos da ajuda internacional e de ONGs gerenciados de forma independente do MSD. Estamos aqui tratando, portanto, das regras institucionais que conferiram aos diversos entes responsabilidades no governo (*policy-making*) e autonomia para tomar decisões sobre as políticas públicas (*policy decision-making*). Dentre essas regras, assume importância a definição dos mecanismos redistributivos de recursos financeiros e a mudança que a implementação do *Seguro Universal de Salud* exigira nesses mecanismos. Ou seja, centralizar recursos sobre os quais os governos dos *Departamentos* detinham autonomia. Por exemplo, uma primeira mudança do governo do MAS nesse sentido ocorreu em 2006, quando pelo *Decreto Supremo N. 28748* foram redistribuídos os recursos do IDH, destinando 14% das receitas dos governos departamentais para complementação da atenção à saúde da população entre cinco e 21 anos no subsistema público, recurso que seria revertido para o SUSALUD (BOLÍVIA, 2006).

A proposição de redistribuição dos recursos e as mudanças institucionais que provoca, reduzindo o poder decisório dos *Departamentos*, foi à época um fator que colocou os governos subnacionais como importantes atores no processo da reforma planejada da política de saúde. Em um momento já de fortes tensões entre o governo e a oposição no processo constituinte, a articulação desses atores regionais com a oposição ao governo no Senado certamente constituiu um ponto de veto para a aprovação do projeto naquela casa.

A partir do segundo semestre de 2008 as estratégias políticas adotadas pelo MAS configuraram um novo momento político que consolidou a hegemonia do partido no governo. Destacamos os diálogos entre os atores dos blocos governista e da oposição que, dentre outras, permitiram a rearticulação da demanda por autonomia e sua incorporação pelo governo,

especialmente na nova Constituição. Isso foi fundamental para a desmobilização do bloco de oposição que, como dissemos, se reunia em torno dessa demanda. (ZEGADA, 2011; GALVÁN, 2012). Superados os conflitos em torno da aprovação da nova Constituição abriu-se um novo ciclo eleitoral, com eleições presidenciais de 2009 e as eleições autonômicas em 2010. Foi o início também da implementação de um novo processo de institucionalização, sob a Constituição. Nas eleições gerais de 2009, como visto no capítulo 3, Evo Morales foi reeleito com maioria de 64,22% dos votos. No Congresso o MAS alcançou a maioria de 68,67% das cadeiras, considerando a Câmara e o Senado, confirmando sua hegemonia. Embora tenha perdido a eleição em Beni, Santa Cruz e Pando, o MAS aumentou significativamente sua votação nesses *Departamentos* (só em Santa Cruz, eixo da oposição regionalista, houve um incremento de 41% de votos em relação à eleição de 2005), o que desarticulou a resistência ao projeto nacional do partido na *media luna*. Em 2010, no entanto, as autonomias foram aprovadas por referendo em cinco *Departamentos* (La Paz, Potosí, Oruro, Cochabamba e Chuquisaca), matizando um pouco o sucesso do apoio obtido pelo governo (GARCIA e LA FUENTE, 2010).

Do ponto de vista dos pressupostos assumidos nessa tese, a legitimidade alcançada pelo presidente a partir da expressiva votação recebida nas eleições de 2009 e o controle da maioria das cadeiras no parlamento são fatores que conferem ao Executivo um maior poder de agenda. Temos nesse aspecto uma condição favorável à reforma da política de saúde no segundo mandato do MAS. Por sua vez, o reforço ao poder político dos *Departamentos* conferido pela aprovação das autonomias pode constituir-se em uma resistência a esse processo, na hipótese de ele atingir os interesses locais, como ocorreu com o projeto de lei do SUSALUD. De toda forma, o efeito *lock in* do processo constituinte já estava dado quando se garantiu a presença do setor privado e a possibilidade de formatação de seguros de saúde.

No segundo mandato de Evo Morales, como vimos, o *PSD10-20 HSU* propunha a consolidação do direito à saúde a partir da construção do *Sistema Único de Salud Familiar Comunitária Intercultural*, de acesso universal e gratuito e com prioridade na promoção da saúde. No *PSD10-20 HSU*, essa proposta teve como meta a integração dos diferentes subsistemas em um sistema único regulado por lei e a implementação efetiva da política de saúde familiar intercultural SAFCI<sup>161</sup>.

O MSD, nesse segundo mandato, levou um processo de discussão e construção da política de saúde que incluiu a realização de assembleias de saúde nos nove *Departamentos* e

---

<sup>161</sup> Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”. 2010. Disponível em <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nplan32257.pdf>.



uma assembleia nacional de saúde. Na continuação dessa construção, entre 2009 e 2010 foi realizado o *Primer Congreso Departamental de Salud* em cada um dos nove departamentos, com a eleição de delegados para o *Congreso Nacional de Salud*, todos com o tema da cobertura universal em saúde. Os congressos regionais tiveram uma composição majoritária de 70% de organizações sociais e 30% de instituições técnicas do setor. A COB, por desacordos com o MSD em suas políticas, se recusou a participar nos congressos (SIRÉN, 2011). Os resultados, no entanto, foram a inserção de 40 artigos que tratam do tema da saúde na Constituição de 2009 e a elaboração de uma nova proposta do *Sistema Único de Salud*<sup>162, 163</sup>.

Essa nova proposta foi apresentada, portanto, com maior sustentação social – representações dos departamentos, de sindicatos de trabalhadores da saúde, associações médicas, universidades e dirigentes camponeses –, e aprovação em seus detalhes no *Congreso Nacional de Salud* (JEMIO, 2016<sup>164</sup>). O *Sistema Unico de Salud* se constituiria pelo conjunto de ações e serviços públicos nos níveis nacional, departamental, municipal e indígena-originário-camponês, da medicina tradicional e de outras instituições públicas orientadas à investigação, controle de qualidade e produção de insumos para a saúde. Os serviços de saúde do seguro social, as universidades, as Forças Armadas e as instituições sem fins lucrativos poderiam se incorporar ao sistema por meio de convênios específicos com o MSD. O sistema alcançaria toda a população, garantindo ações integrais de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, nos diversos níveis de atenção. Estava previsto na proposta a criação de um *Fondo Único de Salud*, constituído pelos recursos nacionais, departamentais, regionais e municipais existentes, recursos adicionais do TGN, recursos de impostos especiais criados para tal fim, bem como por aqueles da *Caja Nacional de Salud* e de outras *Cajas* sob a abrangência do *Código de Seguridad Social*. Esses recursos seriam administrados em contas departamentais e municipais de saúde e transferidos com base em critérios populacionais, número de inscritos no primeiro nível de atenção, produção de serviços, acessibilidade geográfica e cobertura de programas epidemiológicos específicos. A proposta adotava o modelo de atenção à saúde SAFCI.

Apesar do governo contar com maioria parlamentar nas duas casas – Câmara de Deputados e Senado –, a proposta apresentada em setembro de 2010 não chegou a ser apreciada

---

<sup>162</sup> *Políticas y Estrategias Nacionales de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia 2006-2009-2015*. Apresentação em *Power Point*® realizada por Nila Heredia, 2015. Disponível em <http://documents.mx/documents/plan-nacional-de-salud-2010-2-bolivia.html>

<sup>163</sup> Proyecto de ley n.º... del 21 de septiembre de 2010. Del Sistema Único de Salud. Disponível em <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nsistema32260.pdf>.

<sup>164</sup> Em entrevista por e-mail realizada para essa tese.

(SIRÉN, 2011; HEREDIA, 2015). Cabe ressaltar, entretanto, que o processo técnico e participativo desencadeado com sua elaboração conseguiu que os princípios e as competências na política da saúde fossem incorporados na *Ley Marco de Autonomías y Descentralización* aprovada ainda em 2010<sup>165</sup>.

Entre as questões que influíram para que o projeto não fosse analisado pelo Congresso está a oposição da COB ao sistema único, por entender que esse ameaçava o subsistema do seguro social, tanto pelo fato de propor a integração dos fundos dos subsistemas público e do seguro social em um único fundo universal público para o co-financiamento do sistema, quanto pela possível ameaça à qualidade da atenção prestada aos tradicionais beneficiários, os trabalhadores do mercado formal. A *Caja Nacional de Salud*, à qual 77,3% dos afiliados do seguro social estão vinculados, também se opôs (e ainda se opõe) à criação desse sistema. Seus beneficiários, à época, promoveram um intenso movimento de oposição à proposta. O *Colégio Médico de Bolívia* foi também um importante ator na oposição à criação desse sistema (JEMIO, 2016; TEJERINA SILVA, 2016<sup>166</sup>).

Los representantes de los seguros de salud expresaron su desconfianza a adherirse al Sistema Único de Salud propuesto por el Gobierno. Uno de los principales aspectos mencionados es la desconfianza en el cumplimiento de los pagos, el otro es que el incremento de beneficiarios rebasaría su capacidad en infraestructura, insumos y recursos humanos.

El supervisor médico de la Caja de Salud de la Banca Privada [...] señaló que el Gobierno “es un mal administrador” y justificó su postura recordando la “deuda histórica” que tiene con la Caja Nacional de Salud (CNS).

Por su parte, el gerente financiero del Seguro Social Universitario [...] manifestó su rechazo a la participación en el Sistema único de Salud. La pasada semana, las universidades se movilizaron y lograron que el Gobierno no los tome en cuenta en el proyecto de Sistema Único. [...] Explicó que actualmente ofrecen una atención adecuada a sus 60.000 asegurados, entre trabajadores y estudiantes de la Universidad mayor de San Simón. La ampliación de la prestación de servicios incidiría negativamente en la atención de sus afiliados en calidad y oportunidad de la atención médica. [...] “Nuestra obligación es proteger la salud de nuestros beneficiarios”, indicó. Por otro lado, mencionó que no tienen la capacidad en recursos humanos, ni en infraestructura para asumir a la población que hasta la fecha carece de atención médica.

Los profesionales coincidieron en que sus instituciones no han considerado adherirse a este nuevo sistema y mientras no haya una ley que les obligue, no lo harán. (Opinion.com. El Sistema Único de Salud depende del apoyo de las “Cajas”).<sup>167</sup>

A cooperação internacional, representada pela OPS, OMS, PNUD e UNICEF, não trabalhou (ou tem trabalhado) em favor do sistema único e atuou por meio de seus canais junto ao presidente, ao MSD e aos governos municipais com propostas alternativas de cobertura

<sup>165</sup> Artigo 81 da Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibañez” de 2010.

<sup>166</sup> Em entrevistas realizadas por e-mail para essa tese.

<sup>167</sup> Disponível em <http://www.opinion.com.bo/opinion/articulos/2011/0330/noticias.php?id=6275>

universal com diferentes pacotes de pagamento de serviços (CRESPO, 2016<sup>168</sup>). Esses organismos apoiavam (e apoiam) a cobertura universal em saúde, mas não necessariamente por um sistema único de saúde, podendo favorecer a entrada no sistema de empresas e prestadores privados para o seu alcance. Essa posição vem desde os anos 1980, quando se defendia a redução do papel do Estado nas políticas sociais, e continua, em outra roupagem, defendida pelos estudos que avaliam a capacidade financeira dos Estados. Em 2013 um relatório da OMS em parceria com o BM, a Fundação Rockefeller e a UNICEF definiram a Cobertura Universal em Saúde (CUS) como a garantia de que todas as pessoas obtenham serviços de saúde de boa qualidade quando assim necessitarem, sem que sofram danos financeiros em seu pagamento. Essa proposta anda junto com a ideia de proteção dos riscos financeiros aos mais pobres, que está ligada à necessidade de os países desenvolverem fundos de financiamento para certos procedimentos<sup>169,170</sup> Ou seja, uma cobertura seletiva que, além de propor para o Estado a responsabilidade sobre os riscos em saúde dos segmentos mais pobres da população, advoga a vinculação dos usuários de acordo com sua capacidade de pagamento e, com isso, também o direito à saúde. Considerando esses fatos, podemos sugerir que a não apreciação do projeto pelo Congresso pode ser explicada pela atuação desses atores – COB, das *Cajas de Salud* e do *Colégio Médico de Bolívia* e organismos internacionais – articulando seus interesses e acumulando recursos para o veto ao projeto.

Com relação àqueles atores vinculados ao seguro social, seu interesse na manutenção do status quo traz o legado desse subsistema, constituído no processo de expansão da proteção social no país a partir dos anos 1950. Na análise de Sirén (2011, p. 22), esse subsistema consolidou seu caráter corporativo, dentre outras razões, pela própria dualidade do mercado de trabalho boliviano, historicamente caracterizado pela pequena participação do mercado formal e pela importante presença do subemprego e da informalidade. A concentração de trabalhadores formais em poucos centros mineiros diminuiu a base para mobilizações por um sistema universal de saúde e manteve a unidade desse segmento nas instituições do seguro social, consolidando seu movimento de resistência às mudanças ao longo dos anos: por exemplo, de privatização no período neoliberal, ou de socialização, no governo do MAS. A ação dos trabalhadores formais, por meio de suas organizações, como a COB, opera no sentido de não perder os benefícios conquistados; as *Cajas* trabalham para manter a autonomia administrativa

---

<sup>168</sup> Em entrevista realizada por e-mail para essa tese.

<sup>169</sup> Cobertura Universal de Saúde, a nova aposta do capital. 09/12/2014. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/node/30769/>. Relatório disponível em: <https://www.rockefellerfoundation.org/our-work/search/>.

<sup>170</sup> Relatório disponível em: <https://www.rockefellerfoundation.org/our-work/search/>.

e sobre os recursos financeiros do subsistema do seguro social; e as associações representativas dos profissionais, especialmente os médicos, defendem as condições de trabalho conquistadas e a concepção de saúde curativa envolvida no modelo de atenção desse subsistema. Portanto, o legado do seguro social e seus efeitos *lock-in*, por meio das redes de interesses que se articularam para o veto à reforma proposta, teriam condicionado as alternativas na política de saúde.

No entanto, a proposta de um sistema único de saúde é uma construção que tem sua história contada em vários episódios na Bolívia. No recorte temporal que fizemos nessa tese, esteve presente mesmo em alguns governos neoliberais entre 1995 e 2005. Esse ideário pode ter como fator explicativo, concordando com a construção de Sirén (2011, p. 22), um efeito reverso da construção da proteção social no país que, ao mesmo tempo em que fortaleceu um grupo restrito de trabalhadores do mercado formal – em relação ao total da população do país –, gerou no segmento excluído dessa proteção a demanda por um sistema que atendesse às suas necessidades em saúde. Sirén (2011) faz uma correlação entre a expansão gradual de programas focalizados e das proposições de políticas universais desenvolvidas a partir dos anos 1980, embora com coberturas historicamente baixas, em relação estrita com a informalidade no trabalho na Bolívia<sup>171</sup>. O desenvolvimento dessas políticas se explicaria, segundo o autor, pela mobilização crescente desse setor informal, principalmente a partir das leis de participação popular e descentralização. A estrutura descentralizada permitiu o aumento da influência das organizações comunitárias sobre as decisões políticas e trouxe suas demandas ao espaço político. Um outro aspecto dessa questão é o fato de a redemocratização do país e a extensão do sufrágio terem empoderado comunidades e grupos antes alijados do processo político (SIRÉN, 2011, p. 26). Esses atores, portanto, estiveram também mobilizados em relação à construção de um sistema público de saúde, embora a capacidade de resposta do Estado a essas demandas tenha sido baixa, especialmente com a crise econômica a partir dos anos 1980. Somase a isso a ascensão do MAS no cenário político boliviano no início dos anos 2000, trazendo aglutinadas consigo essas forças.

Fato é que, em dezembro de 2013, a *Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolívia – CSUTCB*<sup>172</sup> – apresentou à *Asamblea Legislativa Plurinacional* um anteprojeto de lei por uma saúde universal e gratuita – *Anteproyecto de Ley por la Revolución*

<sup>171</sup> Em 1999, 66% da PEA se encontra no mercado informal; 63,7 % em 2002; 60% em 2005; 54,9% em 2009. Dados da CEPAL disponíveis em <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=1766&idioma=e>.

<sup>172</sup> A *Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia* foi constituída em 1979. Afiliada à COB, é a principal organização sindical dos povos originários quéchuas, aymaras, tupis-guaranis e outros trabalhadores do campo.

*de Salud Publica, Universal y Gratuita* –, baseado no projeto anterior de 2010 que, apesar dos acordos para sua tramitação nessa casa, não chegou a ser analisado (JEMIO, 2016<sup>173</sup>). Embora tenha havido um compromisso do presidente Evo Morales com a *CSUTCB* para a aprovação do sistema único de saúde em seu terceiro mandato, a partir desse projeto, isso ainda não ocorreu. Crespo (2016) avalia a posição do Presidente Evo Morales de não querer novos enfrentamentos com os médicos dos subsistemas do seguro social e privado, por meio de sua representação no *Colégio Médico* e nas universidades, teve importante influência no fato de o projeto não ter sido pautado no Congresso (CRESPO, 2016<sup>174</sup>). Considerando um cenário político favorável de legitimidade do governo conquistada nas eleições e maioria no Congresso nesse segundo mandato, a hipótese que colocamos de que o presidente teria o controle da agenda e, portanto, as condições de empreender uma reforma na política de saúde, não se confirma. Quais outros fatores, então estariam concorrendo para isso? Como não tratamos isoladamente de um fator, mas de uma conjunção causal, podemos sugerir que os interesses que temos aqui tratado tiveram peso na decisão dessa “não-ação”. Como argumenta Jemio (2016),

El Sistema Único de Salud no fue incorporado en la agenda del Congreso (Asamblea Legislativa Plurinacional), por lo tanto no se discutió, no se consideró. No se conocen gestiones de la Presidencia para el tema del Sistema Único de Salud. Se conoce que la CSUTCB arrancó el compromiso del Presidente Evo Morales para que el Proyecto de Ley del SUS (presentado por ellos) sea aprobado en la Asamblea Legislativa en la gestión 2015. Sin embargo no fue así. (JEMIO, 2016)

Como alternativa à proposta apresentada pela *CSUTCB*, o MSD apresentou o projeto de lei que deu origem à *Ley 475 de 2013 – Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolívia* –, estabelecendo a atenção integral e a proteção financeira em saúde para a população não coberta pelo subsistema do seguro social, na busca de fixar as bases para a universalização da atenção à saúde, como descrevemos na seção anterior. A *Ley 475* foi regulamentada pelo *Decreto Supremo 1984* de 2014 que determinou a obrigatoriedade de os estabelecimentos de saúde públicos, do seguro social e privados sob convênio, além da medicina tradicional, prestar os serviços integrais e interculturais de saúde determinados na *Ley 475* (Artigo 3º, letra b).

Em 2016 o governo anunciou a implantação do *Servicio Nacional de Salud Salud* (referido na gestão anterior como *Seguro Integral de Salud*) no subsistema do seguro social, com o estabelecimento do acesso aos serviços desse subsistema de forma gratuita, conforme previsto no artigo 12 do *Decreto Supremo 1984* de 2014:

I. Las prestaciones a beneficiarias y beneficiarios se brindarán con carácter obligatorio en todo el territorio nacional en los establecimientos de salud públicos y de la

<sup>173</sup> Em entrevista por e-mail para essa tese.

<sup>174</sup> Em entrevista por e-mail para essa tese.

seguridad social sin necesidad de establecerse convenios con los gobiernos autónomos municipales o indígena originario campesinas. [...] (BOLÍVIA, 2014, p. 7)

Especificamente esse artigo tem sido alvo de contestações por parte das instituições do seguro social e de seus usuários, reivindicando sua revogação, como da *Confederación de Jubilados de Cochabamba*, que foi às ruas em 13 de março de 2016:

“Estamos en lucha frontal contra la implementación de la Ley 475, que representa el colapso y la destrucción de la Seguridad Social en Bolivia... No nos oponemos a que la población tenga salud Universal, pero no estamos de acuerdo que la Caja Nacional de Salud atienda a toda la población porque está colapsada, afirman los jubilados”.<sup>175</sup>

A *Caja Nacional de Salud* emitiu uma *Resolución* onde expõe a necessidade de revogação do regulamento, alegando sua inconstitucionalidade e a necessidade de realização de estudos técnicos e atuariais para avaliação da viabilidade de sua aplicação, e remetendo à COB a solicitação de atuação junto ao governo exigindo a revogação do *Decreto Supremo N. 1984*<sup>176</sup>. Dentre outros, o *Sindicato Médico de Oruro*, o *Colegio Médico Nacional* e os trabalhadores da CNS também se manifestaram contra a aplicação da Ley 475 e de seu regulamento:

El vocal del Sindicato Médico y Ramas Afines (Simra) Oruro [...], explicó que lo que piden es que se abrogue la mencionada ley y exigen que otros seguros se hagan cargo también de la atención de embarazadas, niñas y niños menores de cinco años de edad, mujeres y hombres a partir de los sesenta años de edad, mujeres en edad fértil y personas con discapacidad de manera gratuita [...] "La CNS actualmente no cuenta con infraestructura necesaria, personal, medicamentos, insumos para los asegurados que aportan para su atención, si para nuestros afiliados no podemos abastecer, imagínense para las personas que no aportan ni un centavo a la institución, no es que no queremos atender, lo que pasa es que no se puede".<sup>177</sup>

O Consejo Médico Nacional, rechazó la modificación de la Ley 475 y su reglamentación, por ser anticonstitucional, atentatoria al Código de Seguridad Social y estabilidad laboral [...] esta norma de Prestaciones de Servicios de Salud Integral podría ocasionar daños al sistema de salud asegurada porque tiene como objetivo principal la atención universal en salud y los recursos humanos y técnicos no son suficientes para atender tal demanda en la actualidad.<sup>178</sup>

Los trabajadores de la Caja Nacional de Salud (CNS) regional Sucre acataron el paro nacional movilizado de 24 horas en rechazo a la aplicación de la ley 475. El ejecutivo de la Central Obrera Departamental (COD) [...], quien participó de la marcha de protesta que se realizó la mañana de ayer, dijo que si se abren las puertas para la atención del seguro gratuito universal de salud a toda la población, la CNS no tendrá capacidad para atender las solicitudes y los problemas se agravarán. Asimismo, piden la derogatoria de la ley porque temen que a través de esta norma se condone toda la

<sup>175</sup> Los Jubilados de Cochabamba con una marcha rechazan la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral. Radio Cepra. Disponível em <http://www.radiocepra.com/index.php/cochabamba/5846-los-jubilados-de-cochabamba-con-una-marcha-rechazan-la-ley-475-de-prestaciones-de-servicios-de-salud-integral>.

<sup>176</sup> Resolución de Directorio de Caja Nacional de Salud No. 43/2016 La Paz, 08 de março de 2016. Disponível em <http://www.cns.gob.bo/Docs/Resoluciones/2016/RESOL-043-2016.pdf>.

<sup>177</sup> Médicos marchan contra Ley 475 de servicios de salud integral. LA PATRIA, Bolivia, 14 de abril de 2016. Disponível em: <http://lapatriaenlinea.com/?nota=253337>.

<sup>178</sup> Em 10 de julho de 2016. Disponível em <http://www.erbol.com.bo/noticia/social/10072016/medicos-denuncian-violacion-de-ley-de-ejercicio-profesional>

deuda millonaria que tiene el Gobierno con la CNS por incumplimiento de obligaciones patronales.<sup>179</sup>

Mais uma vez, sob os argumentos da capacidade do subsistema do seguro social absorver a demanda colocada com a inclusão dessa população na atenção prestada pela CNS, o que, como afirmamos, certamente deve ser considerado, está o legado corporativo da constituição do seguro social e da proteção social na Bolívia e os interesses das entidades ligadas a esse subsistema. No âmbito político-institucional esse subsistema, de forma diversa do subsistema público, está consolidado, com autonomia administrativa e financeira. O controle do MSD sobre ele se dá *ex post* pelo *Instituto Nacional de Seguridad Social – INASES*. O modelo de atenção praticado nesse subsistema, de forma diversa à política de saúde que tem sido construída no governo do MAS, é centrado na atenção hospitalar. Nesse subsistema estão envolvidos interesses corporativos de trabalhadores, representados especialmente pela COB e pelo *Colegio Médico de Bolívia*, e interesses financeiros das *Cajas de Salud*, que administram seus fundos. Esses grupos, embora atuem politicamente no setor da saúde reivindicando um sistema universal, tendem, nas disputas, a priorizar sua estabilidade econômica e a hierarquia social de seus membros (HEREDIA, 2015, p.49). Esses atores, que trazem consigo o legado do subsistema do seguro social constituído a partir dos anos 1920, são um terreno de resistência às reformas na saúde.

Outro aspecto que deve ser considerado é que no nível político-estrutural temos um marco legal definido pela Constituição de 2009 que, se por um lado assegura o direito universal à saúde, por outro reconhece as autonomias territoriais de *Departamentos*, regiões, municípios e territórios originários indígenas camponeses. Isso acrescenta complexidade à tomada de decisão, na medida em que trata-se de pontos de veto institucionais a partir das regras do jogo. Dentro dos limites constitucionais e das competências nacionais as entidades territoriais autônomas têm a prerrogativa de estabelecer sistemas próprios de saúde ou de ampliar as coberturas daqueles existentes (HEREDIA, 2015, p.47). Nesse sentido, voltamos à discussão que propomos no capítulo 1 em relação às relações entre os níveis de governo, dado que o estabelecimento das autonomias e dos níveis territoriais na Bolívia traz a complexidade do inter-relacionamento entre 10 eixos. Do ponto de vista da política de saúde a inter-relação não deve ser necessariamente hierárquica entre todos esses níveis. Existe um pressuposto de que muitas das ações de saúde devem ser tecnicamente coordenadas para que sua eficácia seja garantida, como, por exemplo, o controle de epidemias e as campanhas de vacinação. No

---

<sup>179</sup> Trabajadores de la CNS exigen derogar la ley 475. Correo del Sur. 15 de abril de 2016. Disponível em [http://correodelsur.com/local/20160415\\_trabajadores-de-la-cns--exigen-derogar-la-ley-475.html](http://correodelsur.com/local/20160415_trabajadores-de-la-cns--exigen-derogar-la-ley-475.html).

entanto, as regras institucionais que estabelecem a autoridade política são também de suma importância para a coordenação, muitas vezes devendo se estabelecer centralizadamente. É o caso do modelo de atenção adotado. Isso considerado, o fato de as entidades autônomas poderem estabelecer sistemas próprios, abrindo a possibilidade para modelos alternativos de atenção, é um fator complicador que pode gerar e aprofundar desigualdades em saúde entre as diversas populações. Do ponto de vista sistêmico, no caso da Bolívia a existência desses espaços institucionais coloca para o nível intermediário do MSD – o SEDES – a necessidade de ação permanente junto aos municípios e aos governos departamentais com o objetivo de estabelecer a concertação entre esses.

Mas, aqui a tônica é dada por uma conjunção de fatores causais. E um fator que se soma a essa questão político-estrutural é o fato de o próprio MSD estabelecer projetos de saúde em paralelo uns aos outros, gerando ações dispersas e duplicadas, dispersando recursos financeiros e humanos, e complicando o processo coordenador. Em relação à população, essas ações paralelas não favorecem sua vinculação aos projetos e às políticas de saúde do governo, ou seja, sua legitimação e institucionalização. E isso, por fim, não contribui para que as políticas sejam defendidas pela população quando das proposições de cortes, por exemplo. Ou, como argumentam Pierson (1994) e Skocpol (1992), as políticas de saúde implementadas não são capazes de promover efeitos positivos que influenciem as capacidades do Estado de promover sua extensão posterior. Esse pode ser um ponto crucial na Bolívia: a baixa presença do Estado na política de saúde não gerou um legado que, junto à população, sustente seu apoio às reformas. Nesse cenário, interesses mais organizados se sobrepõem.

Uma das evidências que sustentam essa conclusão é o fato de que hoje o SAFCI e o programa *Mi Salud* atuem de forma paralela, atendendo praticamente a mesma população, com o diferencial de maior internalização territorial do *Mi Salud*. Além dos fatores que citamos acima, a crítica aponta para o aumento da fragmentação do sistema de saúde. Em relação ao *Mi Salud*, essas críticas vão além, se referindo a um caráter assistencialista na prestação de serviços e ao distanciamento do modelo de atenção SAFCI, que se pauta nos princípios da atenção primária à saúde: dentre outros, integralidade da atenção, promoção da saúde, participação comunitária e ação sobre os determinantes da saúde. Em relação à fragmentação do sistema, critica-se o fato de as equipes do SAFCI e do *Mi Salud* terem diferentes vinculações técnicas e administrativas, a falta de gerência do SAFCI sobre as atividades do programa e o sistema de informações paralelo que o programa *Mi Salud* desenvolve. Argumenta-se também que o programa estaria aprofundando a segmentação do sistema ao criar, pelo critério de acesso geográfico, uma nova divisão da população. Em sentido contrário a esses, no entanto, se



argumenta que o programa, ao fortalecer progressivamente as unidades de saúde e aproximar-se da comunidade, estaria se aproximando de populações historicamente excluídas do acesso à saúde e possibilitando levar a estas os princípios e valores do SAFCI, facilitando sua consolidação. (TEJERINA SILVA, 2014; FEO e TOBAR, 2015). Se o SAFCI e o programa *Mi Salud* estão ou tiverem a perspectiva de estarem coordenados, esse argumento é válido. Se não, esse resultado não será alcançado na forma institucionalizada que o argumento aponta. E assim sendo, voltamos à hipótese que colocamos no parágrafo anterior. Entendemos que o programa *Mi Salud* pode se caracterizar como uma mudança incremental da política de saúde, mas essa se dá por um desvio dos arranjos dentro do sistema de saúde. Ou seja, uma mudança por camadas que vão se sobrepondo aos arranjos existentes. De outra perspectiva, no longo prazo a característica desse programa de maior interiorização das ações de saúde pode contribuir para a criação de um legado do sistema público de saúde, que o legitime junto à população boliviana e que seja capaz de influenciar decisões do Estado quanto à sua expansão.

Outros programas desenvolvidos de forma centralizada pelo MSD, bem como os seguros autônomos departamentais e municipais que aqui descrevemos, também concorrem para dificultar a construção de uma identidade nacional do sistema nacional de saúde, que mobilize setores da população em sua preservação e aprofundamento, além de contribuir para sua fragmentação. Ainda podemos somar a esses o fato de que existe uma diferenciação entre os programas no que se refere à existência de co-pagamentos por parte dos usuários, como no caso das ações do SAFCI, em concorrência com aqueles gratuitos, como no caso do *Mi Salud*.

Portanto, destaca-se no âmbito político-administrativo também a instabilidade da gestão do MSD desde 2006. Esse fator tanto afeta a definição, a condução e a coordenação da política de saúde quanto é afetado pelas pressões dos grupos de interesse em relação a essa política. No governo do MAS várias mudanças foram realizadas na condução do MSD por motivações técnicas ou políticas, de decisão direta do presidente. Sugerimos que essas mudanças estão relacionadas à estreita vinculação do MAS, e de seu dirigente maior, aos movimentos e organizações sociais em constante pressão por seus interesses particulares (Quadro 9). Como nos aponta um ex-colaborador do MSD “los cambios de ministros los decide el presidente Evo y en eso no hay nada predecible. A veces prescinde de uno bueno y mantiene a uno que tiene observaciones”<sup>180</sup>.

Considerando apenas os dois primeiros mandatos, 2006-2009 e 2010-2014, que correspondem a um espaço de nove anos, vemos que seis ministros passaram pela direção do

---

<sup>180</sup> Dado de entrevista realizada em 11 de julho de 2016 via e-mail.

MSD, alguns deles permanecendo por períodos curtos de dois anos ou até de um ano, como no caso da ministra Sonia Polo no segundo mandato. Após os anos iniciais do governo (2006-2009), nos quais a política de saúde SAFCI foi demarcada, ocorreu o período de maior rotatividade no MSD, entre 2009 e 2010, quando três ministros o dirigiram. Nesse período, as duas primeiras gestões não investiram no aprofundamento da política SAFCI ou na concretização do sistema único. Ao final do período, com o retorno da Ministra Nila Heredia ao MSD, recuperou-se o projeto do sistema único apresentado ao Congresso no mês de setembro de 2010, já comentado<sup>181</sup>.

Cabe ressaltar que houve também intensas mudanças na direção dos SEDES e dos *Departamentos*. Entre 2009 e 2014 sete dos nove SEDES tiveram entre três e cinco diretores departamentais. Essa rotatividade nos *Departamentos* vem seguida da mudança do pessoal técnico, o que tem consequências na implementação e na consolidação das bases da política de saúde (HEREDIA, 2015, p. 48). A alteração da direção e das equipes técnicas certamente se reflete na coordenação da política de saúde entre os níveis de governo, fator já bastante complexo na Bolívia, dada a organização territorial e política dos níveis de governo.

Quadro 9- Ministros do MSD nos governos do MAS entre 2006 e 2016 e ações no sistema único durante a gestão.

Período	Ministro da saúde	Ação no Sistema Único de Salud
2006-2008 1º mandato	Nila Heredia	Apresentação do projeto de lei do <i>Seguro Universal de Salud</i> ; elaboração da política de saúde familiar, comunitária, intercultural SAFCI; apresentação das propostas da saúde para a <i>Asamblea Constituyente</i> .
2008-2009 1º mandato	Walter Selum	Foi concluído o processo para a aprovação do <i>Decreto Supremo 29601</i> .
2009-2010 1º-2º mandatos	Ramiro Tapia	Não houve apoio para a implementação do SAFCI ou para a construção <i>Sistema Único de Salud</i> .
2010-2010 2º mandato	Sonia Polo	Não houve apoio para a implementação do SAFCI ou para a construção <i>Sistema Único de Salud</i> .
2010-2012 2º mandato	Nila Heredia	O processo de discussão, técnico e participativo do <i>Sistem Único de Salud</i> foi retomado. Foi elaborado o conteúdo da saúde que compôs a <i>Ley Marco de Autonomías y Descentralización</i> .
2012-2015 2º-3º mandatos	Juan Carlos Calvimontes	As iniciativas do MSD em direção ao Sistema Unico de Saúde foram abandonadas. Houve a convocação de uma <i>Cumbre de Salud</i> para discussão da política do setor que, no entanto, não aconteceu. Em 2013 a CSUTCB apresentou à <i>Asamblea Legislativa</i> o projeto de lei para a saúde universal e gratuita, baseada na proposta anterior do sistema único. O MSD elaborou a proposta contida na <i>Ley 475, aprobada em 2013</i> . Foi lançado também em 2013 o programa <i>Mi Salud</i> .
2015-2016 3º mandato	Ariana Campero	Tem havido um apoio relativo à política SAFCI, mas os maiores esforços estão concentrados na potenciação do <i>Mi Salud</i> .

Fonte: elaboração própria a partir de dados de entrevista realizada em 11 de julho de 2016.

<sup>181</sup> No mandato atual (2016), o MSD está sob a direção da Dra. Ariana Campero, médica formada na ELAM. Avalia-se que a formação da ministra tenha alguma influência no fato do MSD direcionar seus esforços ao *Mi Salud* (Entrevista). No sentido inverso dessa avaliação, seu perfil e nomeação para o MSD pode estar associado a uma decisão do presidente por essa política de saúde.

Constatamos, portanto, que a reforma da política de saúde idealizada pelo MAS desde a campanha para a presidência da Bolívia em 2005 não alcançou as metas ali desenhadas, naquilo assumido nessa tese como uma reforma “forte” (DRAIBE, 2003). Constatamos também alguns esforços no sentido de implementar essa reforma que, no entanto, caminharam por rotas alternativas, embora sempre no sentido de promover o acesso da população excluída aos serviços de saúde. Esse aspecto nos remete à premissa que assumimos em relação aos governos de esquerda, de que esses privilegiam políticas de redução de desigualdades, aqui considerando a desigualdade no acesso às ações de saúde, característica histórica da Bolívia. No entanto, a reforma empreendida é frágil.

A reforma idealizada da política de saúde, e não concretizada, foi vetada em todas as tentativas de implementá-la, no primeiro e no segundo mandato. Que fatores concorreram para esse resultado? No primeiro mandato do MAS podemos destacar o fato do governo não ter maioria parlamentar, especificamente no Senado, bem como o momento conturbado do processo constituinte, no qual o consenso teve que ser construído a partir de negociações com a oposição, que se manifestou principalmente a partir das demandas por autonomia. No segundo mandato o cenário se alterou quando o governo venceu as eleições com uma alta proporção de votos, o que lhe garantiu legitimidade, e conquistou também a maioria parlamentar, o que sustentava o poder de agenda do Executivo. Estava dada a oportunidade? Do ponto de vista do poder de agenda do Executivo consideramos que sim, estava. No entanto, entendemos que a não construção do sistema único de saúde, também nesse momento, se deve ao fato de que a janela de oportunidade existiu no momento da constituinte, e se perdeu. Além do fato do texto constitucional ter assumido a existência do subsistema privado, estabeleceu a existência do seguro público de saúde que, em sua origem, tem uma concepção diversa de um sistema único e, ainda, o seguro de saúde vinculado à previdência social, ou seja, o subsistema do seguro social. Portanto, consideramos que a segmentação do sistema de saúde na Bolívia está dada constitucionalmente. A fragmentação, por sua vez, se aprofunda com a política abraçada de aumentar a cobertura do sistema por estratégias que vão se interpenetrando e, por vezes, duplicando as ações e os serviços de saúde.

## Conclusão

O primeiro pressuposto desse trabalho foi de que os governos de esquerda empreendem reformas mais inclusivas e abrangentes, ou seja, universalizantes. Na saúde, estas se referem a reformas que aumentam a cobertura do sistema de saúde do ponto de vista da população coberta e do alcance das ações de saúde. Como apresentamos, a reforma da política de saúde é entendida como os processos de mudança estrutural que alteram as concepções de saúde e doença, os princípios organizativos dos sistemas de saúde, o papel do Estado, do setor privado e das organizações da sociedade que interagem nesse campo (ALMEIDA, 2005). Ou seja, as mudanças ocorridas na política afetam os princípios, as estruturas e as regras duras da política. Reformas que afetam apenas parte dos princípios e da institucionalidade da política de saúde configuram reformas parciais (DRAIBE, 2003).

Em sistemas segmentados e fragmentados, como na Bolívia, a reforma da política de saúde viria para integrar as funções de financiamento, prestação de serviços, regulação, e articular essas funções, especialmente sob um comando único, que viemos defendendo ser possível somente com o fortalecimento do papel do Estado. Além disso, a reforma promoveria a coordenação da rede de serviços de atenção à saúde e a integralidade da assistência. Os sistemas constituídos seriam, ou se aproximariam do modelo público unificado, não segmentados em um setor público e outro privado, e cujas ações e serviços são coordenados em uma rede única, não fragmentada. Nesses sistemas o Estado é imprescindível como o agente financiador, prestador de serviços e regulador.

Constatamos que nos governos de cunho neoliberal entre 1985 e 2005 foram empreendidas reformas na política de saúde em diferentes formatos, e que em alguns momentos foram propostas reformas que buscavam instituir um sistema único e universal de saúde, porém nunca concretizadas. Ressalta-se que as propostas dos governos de Paz Zamora (1989-1993) e de Sánchez de Lozada (1993-1997) atendiam à concepção da política de saúde que temos defendido nessa tese e que também pautou as propostas apresentadas no governo do MAS. No governo de Paz Zamora foi proposto o *Sistema Nacional de Salud Integrado y Descentralizado*, que integraria os subsistemas público, do seguro social, as ONGs, o subsistema privado e a medicina tradicional. Contudo, esse projeto não alcançou a incorporação desses componentes do sistema de saúde e, como em outros governos, a reforma efetivada focalizou as intervenções na saúde materno-infantil e no controle de algumas doenças. O governo de Sánchez de Lozada estabeleceu em 1996 o *Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo*, com os objetivos de alcançar níveis de equidade, qualidade e eficiência na prestação de serviços de

saúde a partir de princípios de solidariedade e de universalidade no acesso e na cobertura, e coordenando as instituições prestadoras públicas e privadas. Essa reforma, no entanto, também não alcançou a cobertura universal. Mantiveram-se os programas focalizados na saúde materno-infantil e criou-se um seguro voltado especialmente aos idosos que, embora pretendesse o acesso equânime às ações de saúde, não alcançou os segmentos mais pobres da população.

A expectativa era que um governo de esquerda, de forma diferente dos governos democráticos anteriores de centro-direita, envidasse maiores esforços no sentido de estabelecer uma política de saúde dessa natureza. Mais do que isso, a expectativa era de uma mudança institucional do sistema de saúde que reconfigurasse a política. Mas, esse fator – um governo de esquerda – por si só, claramente não se apresentou como uma condição suficiente para essa mudança radical. O que se observou foram mudanças incrementais: algumas foram se dando nos espaços abertos no status quo, por camadas, buscando desviar alguns arranjos dentro do sistema com o objetivo de mudar sua lógica, e aumentando aos poucos a responsabilidade do Estado na provisão da política; outras mudanças ocorreram por reorientação programática, funcional e dos objetivos da política de saúde, sem alterar sua institucionalidade. Todavia, o trabalho foi guiado por um segundo pressuposto, também estruturante, de que reformas não são causadas por um só fator, mas por conjunções causais. Aqui, serão colocados os fatores investigados que influenciaram esse processo de continuidade. Mas, primeiramente vamos retomar os processos que configuram essa continuidade.

Do ponto de vista da concepção da saúde, há um consenso construído na Bolívia, ao menos entre um segmento específico que inclui intelectuais do setor da saúde, trabalhadores e população, que a entende a partir de sua determinação social e que concebe as políticas universais de saúde como aquelas que geram maior redistribuição dos seus benefícios. Essa concepção, que repousa sobre o modelo beveredgiano de proteção social, já havia sido expressa em governos anteriores ao MAS, como de Paz Estenssoro e de Sánchez de Lozada, e está agora expressa na Constituição de 2009, o que é atribuído ao governo do MAS. Esse entendimento convive, se contrapõe e se debate com a alternativa difundida para a América Latina que defende políticas de saúde em diversos formatos públicos e privados, e a inserção da população de acordo com sua capacidade de pagamento, na concepção do que vem sendo chamado “cobertura universal em saúde”.

Do ponto de vista do contexto institucional e partidário do governo do MAS, por sua vez, podemos distinguir dois momentos. O primeiro, caracterizado pelo “governo dividido”, quando o MAS teve maioria apenas na *Asamblea* e viveu conflitos com a oposição. Nesse momento, como esperado, o MAS negociou com o Senado nos limites do marco legal

democrático. Em casos extremos recorreu a pressões diretas aos parlamentares ou a estratégias de reinterpretação da lei e de forçar a legalidade, como na discussão dos votos no processo constituinte, entre a regra dos dois terços ou da maioria absoluta<sup>182</sup>. Também adotou a estratégia de governar por decretos, prática que se estendeu ao segundo e terceiro mandatos<sup>183</sup>. De forma geral, as análises sustentam que a postura do MAS em relação à oposição tradicional esteve sustentada na lógica “amigo-inimigo”, como um ajuste de contas que se justificaria tanto pela aplicação da justiça quanto pela necessidade de legitimar o processo de mudança e, em relação aos rivais da esquerda, situá-los no campo da oposição convencional para tirar a eficácia de suas críticas e evitar que se coloquem como forças alternativas de mudança. O discurso do MAS se assentaria sobre dois eixos que lhe permitiriam abarcar o espaço político para questionar seus adversários: o questionamento ao neoliberalismo resultante da “democracia pactuada”, e a descolonização como superação da discriminação histórica contra os indígenas. Os rivais e opositores estariam situados em um desses eixos ou em ambos, nos quais são questionadas suas posições políticas (MAYORGA, 2012; DEHEZA, 2012).

Nesse mandato – o primeiro –, em 2007 foi elaborado o projeto do *Seguro Universal de Salud* – SUSALUD –, dentro daquela concepção mais ampla de saúde, com a meta de garantir o acesso e a cobertura integral no modelo SAFCI, com absorção progressiva dos segmentos populacionais. Embora a criação de um sistema universal de saúde fosse reconhecida como um passo fundamental na política social, o projeto foi aprovado na *Cámara de Diputados*, mas não chegou a ser apreciado na *Cámara de Senadores* onde, como vimos, a oposição ao governo detinha a maioria dos votos. A pressão contrária se deu especialmente em razão da proposta de centralização dos recursos nacionais, departamentais e municipais no *Fondo Solidario Nacional*, para redistribuição no sistema de saúde. Esse ponto foi considerado pela oposição um retrocesso no processo de descentralização administrativa e fiscal (um confisco dos recursos), promovido a partir da *Ley de Participación Popular* de 1994. Os pontos de veto ao projeto se constituíram principalmente a partir da oposição concentrada nos *Departamentos*, que naquele momento enfrentava o governo no processo constituinte, pressionando também em defesa das autonomias. A reforma da política de saúde, portanto, aparece na agenda nesse primeiro mandato do MAS.

No segundo momento, a partir do segundo mandato, as características do regime presidencialista na Bolívia têm favorecido o MAS, principalmente pelo fato de ter obtido maiorias parlamentares, o que deu a ele as condições de governabilidade. Fato é que não se

---

<sup>182</sup> Que o governo venceu, com a reversão da definição anterior da regra de dois terços.

<sup>183</sup> Lembramos que em 2011 foram emitidos 356 decretos supremos.

constituiu na Bolívia uma oposição partidária capaz de enfrentá-lo nas urnas. Apesar da legitimidade alcançada, muitas das decisões do governo originaram grandes conflitos, especialmente em 2011. Dentre eles citamos o que ficou conhecido como “*gasolinazo*” – contra o aumento no preço dos combustíveis por meio do *Decreto Supremo N. 748* de dezembro de 2010 –, cujas manifestações forçaram o presidente a revogar o decreto cinco dias após sua promulgação. Um segundo conflito foi resultante do anúncio da construção da estrada cruzando o parque-território indígena TIPNIS, cuja crise causada levou à renúncia de dois ministros e à ameaça de cinco deputados indígenas de desfiliação do MAS. A construção da estrada foi proibida, mas o conflito revelou as diferenças entre os movimentos indígenas do leste e do oeste do país, os setores sociais cocaleiros e os colonizadores. As organizações indígenas CIDOB e CONAMAQ, que foram membros do CONALCAM, se afastaram do governo (DEHEZA, 2012). Nesses conflitos revelou-se que os cocaleiros foram ali (e ainda são) os atores privilegiados da gestão governamental, reflexo do fato de Evo Morales não ter deixado a condição de presidente das seis federações de cocaleiros do Chapare (ARDAYA, 2012).

Embora uma avaliação da institucionalização do sistema partidário demande a análise de ciclos eleitorais mais amplos, podemos afirmar que apesar da volatilidade do sistema partidário, e passado o momento de forte oposição na *Asamblea Constituyente*, o contexto no segundo mandato estava favorável ao MAS para a determinação de uma agenda de reformas. Fato é que houve uma agenda na saúde: quando o Executivo pactuou e elaborou a proposta de projeto de lei em 2010, criando o *Sistema Único de Salud*. Esse projeto foi decorrente de um processo de pactuação em assembleias nos nove *Departamentos* e ao nível nacional, com ampla participação de organizações sociais e técnicos da saúde. Portanto, foi uma proposta com sustentação social. Um segundo projeto foi apresentado em 2013 pela CSUTCB à *Asamblea Legislativa Plurinacional* como o anteprojeto de *Ley por la Revolución de Salud Pública, Universal y Gratuita*, baseado no projeto anterior de 2010. Os dois projetos não chegaram a ser apreciados pelo Congresso. No caso desse segundo, de 2013, houve um compromisso do presidente Evo Morales com a CSUTCB para a aprovação do sistema único de saúde em seu terceiro mandato, iniciado em 2015, o que também ainda não ocorreu (JEMIO, 2016<sup>184</sup>). Essa tese analisou por que o governo, mesmo com maioria no Congresso não conseguiu reformar a saúde conforme o proposto.

Especificamente em relação ao gasto em saúde não houve um incremento relativo da proporção do PIB que diferenciasse substancialmente esse governo de esquerda daqueles que o

---

<sup>184</sup> Entrevista por e-mail realizada para essa tese.

precederam, e que tornasse possível uma reforma com as pretensões de cobertura e abrangência fixadas nos programas do governo e posteriormente incorporadas na Constituição de 2009. No entanto, do ponto de vista da economia o PIB na Bolívia teve um crescimento médio de 6,0% entre 2006 e 2013, muito superior à média de 3,7% do período anterior entre 1995 e 2005. Esses resultados fortaleceram a capacidade executora do Estado, que incrementou sua capacidade produtiva em 252% no período 2006-2012 em relação a 1999-2005 (CUNHA FILHO, 2014).

No governo do MAS o gasto total em saúde como proporção do PIB teve um incremento de um (01) ponto percentual: passou gradualmente de 5,19% em 2006 para 6,33% em 2014. A média desse gasto nos anos anteriores (1995-2005) foi de 5,32% do PIB. Como vimos, o crescimento do PIB na Bolívia a partir de 2006 foi significativamente maior em relação aos anos anteriores. Isso implica que houve um aumento em termos absolutos no gasto total em saúde. O gasto público em saúde, por sua vez, teve um aumento de 15,4 pontos percentuais entre 1995 e 2014. Entretanto, apesar dessa diferença positiva no governo do MAS, não houve uma inflexão diferenciada desse gasto, mas a continuação de uma tendência iniciada em 2000, ao final do governo de Hugo Banzer. Da mesma forma, essa tendência se repetiu na variação do gasto público em relação ao gasto privado em saúde: houve uma diminuição desse último e um aumento do primeiro, especialmente a partir de 2000. Esses dados nos permitiram inferir que existe um maior comprometimento do Estado com a política de saúde, mas considerando o fato de que a trajetória se iniciou antes do governo do MAS, não podemos tratá-la como prerrogativa da entrada da esquerda. Da mesma forma avaliamos a proporção do gasto do próprio bolso com saúde, que também apresentou essa tendência decrescente nos governos aqui analisados, do MAS e anteriores, especialmente a partir de 2000.

Com relação à estrutura do sistema de saúde, ao contrário da expectativa colocada para esse governo, o número de profissionais de saúde diminuiu no primeiro mandato, seguindo uma tendência que vinha se mostrando desde 2000. A partir de 2012, já no segundo mandato do MAS, houve um incremento tanto no número de profissionais quanto de estabelecimentos de saúde. Observamos um crescimento diferencial na rede pública de serviços, maior nos centros de saúde, em relação aos postos de saúde. Isso significa, além da maior oferta de serviços, um aumento na capacidade resolutiva do sistema de saúde, o que está também relacionado com o aumento do número de profissionais. No entanto, quando analisamos a distribuição da rede pública de serviços em relação aos indicadores de pobreza nos Departamentos, não foi possível inferir sobre uma equidade em sua distribuição espacial. Ou seja, parece que o investimento feito na rede de serviços não se pautou na prioridade de atendimento às populações mais pobres, supostamente mais necessitadas das ações de saúde.



Embora se trate de um importante setor de reprodução social, também não foi evidenciada uma alteração nos indicadores de saúde que nos leve a apontar um diferencial desse governo de esquerda em relação àqueles anteriores de centro-direita. As taxas de mortalidade materna e infantil, e outros indicadores de resultados que avaliamos, embora tenham tido importantes reduções, mostraram uma tendência de melhora que já vinha se dando de forma gradativa desde os governos anteriores.

Como apresentamos, segundo os dados do INE 66,8% da população boliviana declarou em 2014 estar excluída de qualquer cobertura saúde em relação aos esquemas de afiliação. Considerando a cobertura do SAFCI e do *Mi Salud*, a população descoberta é em torno de 30% (dados disponíveis para 2010). Temos, portanto, que não houve uma reforma drástica na política de saúde, que alterasse sua institucionalidade. Essa reforma não esteve no horizonte do MAS, ou ele não foi capaz de colocá-la como prioridade. Essa reforma deveria passar obrigatoriamente pela redefinição do financiamento da política de saúde. A Bolívia está entre os países com menor gasto público per capita em saúde na América Latina, 308,33 dólares em 2014. Países com sistemas universais como Cuba e Costa Rica gastaram no mesmo ano 1009,6 e 2366,06 dólares per capita, respectivamente. Países com sistemas segmentados como Chile e Colômbia gastaram 865,33 e 722,61 dólares per capita, respectivamente, em 2014<sup>185</sup>. Essa reforma deveria também passar pela redução ou eliminação da segmentação do sistema de saúde, que gera exclusão e discrimina os usuários pela renda. No entanto, continuam a existir os subsistemas público, do seguro social e privado de saúde, e a cobertura total da população e em cada um deles não teve mudanças significativas. Da mesma forma, a reforma deveria passar pela adoção de um modelo único de atenção à saúde, articulando os programas e ações de saúde dentro de um mesmo subsistema ou entre os subsistemas. No entanto, o sistema de saúde continua fragmentado. Passemos, então, aos fatores explicativos investigados nessa tese.

Não há dúvidas de que a ascensão do MAS ao governo foi uma janela de oportunidade que propiciaria mudanças radicais, como o foi a sua própria chegada ao poder. No entanto, ressaltamos aqui uma conjunção de fatores que impediram uma reforma no sentido que trazemos no capítulo 2. O que observamos é que o legado das políticas anteriores de saúde, representado na força política dos atores já constituídos e na estrutura dos subsistemas público e do seguro social, bem como as características do MAS enquanto partido político, condicionaram mudanças institucionais graduais na política de saúde. As relações intergovernamentais, por sua vez, dificultam os mecanismos de coordenação no sistema de

---

<sup>185</sup> Dados da OMS disponíveis em <http://ais.paho.org/hip/viz/basicindicatorbrowser.asp>

saúde, o que reforça sua fragmentação, mas não se constituíram um fator de impedimento à reforma na política. Isso porque entendemos que a coordenação é um processo consequente à reforma, ou seja, dependente de uma nova institucionalidade no sistema de saúde.

Como destacamos, uma conquista do governo do MAS na Bolívia foi a inscrição da saúde na Constituição de 2009 como um direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado. Isso representou a inserção de um projeto político para o setor sob os princípios de justiça social e da solidariedade. No esteio da Constituição vieram leis e decretos que definiram a política a ser implementada, regulamentando o que está nela determinado. Destacam-se o *Decreto Supremo* 29601 de 2008, que instituiu a política SAFCI (embora anterior, seus princípios foram sustentados na Constituição), a *Ley 475* do *Seguro Integral de Salud* e a *Ley 459* que regulamenta a medicina tradicional, ambas de 2013, e o *Decreto Supremo 1984* de 2014 que regulamenta a *Ley 475* de 2013.

No entanto, entendemos que a Constituição não forneceu as bases para um sistema único de saúde, de fato. Não houve ruptura da segmentação do sistema de saúde, na medida em que a Constituição não determinou a unificação dos subsistemas público e do seguro social, o que possibilitaria avançar para a cobertura universal e, principalmente, para uma maior equidade no acesso às ações de saúde. Ao contrário, ali está expressa a existência do subsistema do seguro social, vinculado à previdência social, para a assistência à saúde de seus beneficiários. Consta também o reconhecimento da atuação do setor privado na saúde e, ainda, a possibilidade da instituição de seguros públicos que, colocados no plural, minam a possibilidade de sua unicidade. Como assumimos nessa tese, sistema único e seguro de saúde são esquemas distintos, o primeiro para garantir a cobertura universal populacional e das ações de saúde, e o segundo facultando a cobertura populacional por segmentos e esquemas diferenciados de prestação de serviços. Nos sistemas únicos e públicos a fonte do financiamento é fiscal; nos seguros esta pode ser bi ou tripartite, incluindo o assegurado, o empregador, o Estado ou subsídios fiscais.

A inscrição dos princípios de um *sistema único de salud universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social* na Constituição de 2009 (artigo 18, inciso 3) não foi uma condição suficiente para a reforma, dado que havia contradições em relação a isso dentro do próprio texto constitucional. Entendemos que para uma reforma “forte”, cujas mudanças alcançassem os princípios, as estruturas, as regras duras da política (ou de suas subáreas), a ruptura com a institucionalidade do sistema de saúde pré-existente deveria estar ali prescrita. E isso não ocorreu. Apesar da Constituição de 2009 trazer em seu conteúdo os princípios de um sistema único de saúde, gratuito e universal, e que tenha

ocorrido um processo participativo para a construção desse conteúdo, o texto constitucional não rompeu com a institucionalidade do sistema de saúde boliviano. Ou seja, a Constituição não propõe, na política de saúde, uma mudança institucional. O MAS perde essa janela de oportunidade. De fato, se explicita constitucionalmente a segmentação do sistema de saúde boliviano.

O legado dos sistemas de saúde constituídos nos governos anteriores ao MAS foram os programas focalizados instituídos no subsistema público que perduraram no tempo, convivendo com a política definida pelo governo do MAS para o subsistema público, SAFCI, e com novos programas como o *Mi Salud* e o *Extensa*, esse já existente desde 2002. Em relação ao subsistema do seguro social, sua constituição é anterior – o nas décadas de 1920 e 1930 –, e sua expansão se deu ao longo dos anos para diversas categorias de trabalhadores formais. Como vimos, houve propostas de unificação dos subsistemas público e do seguro social (como na gestão de Paz Zamora, entre 1989 e 1993), que não se efetivaram. Esse subsistema constituiu um importante legado. E não restam dúvidas de que ele é um dos fatores que explicam a não inflexão da política de saúde. Vejamos.

O legado do subsistema do seguro social se constituiu a partir do formato da proteção social no país que privilegiou um grupo historicamente restrito, os trabalhadores do mercado formal. O fato desse subsistema beneficiar grupos restritos – como de funcionários públicos, bancários, e professores universitários, dentre outros – que representavam uma pequena parcela da população favoreceu a organização, além dos beneficiários nele envolvidos, de atores como os trabalhadores da saúde e administradores das *Cajas de Salud*. Esses atores se apresentaram com maior capacidade de pressão, em detrimento da maior parte da população excluída de qualquer proteção em saúde e sem nenhuma capacidade de pressão no campo político para interferir no processo decisório da política de saúde.

O legado constituído no subsistema do seguro social na Bolívia se reafirma na geração de efeitos *lock-in* que impedem uma reforma universalizante como idealizada no governo do MAS. Ao poder desses efeitos de veto às reformas se soma o fato do país ter um setor privado de saúde reduzido (com cobertura apenas de cerca de 1% da população). Em países com um sistema de saúde altamente privatizado espera-se que a resistência às reformas venha, em grande parte, dos prestadores privados com capacidade de pressão, além, é claro, do tradicional poder desse setor no mercado. Em países como a Bolívia, onde o sistema de saúde é pouco privatizado, a oposição às reformas recaiu sobre os grupos organizados do subsistema do seguro social, interessados em manter o status quo (PRIBBLE, 2013, p.28).

Ressaltamos que os projetos de sistema único apresentados em 2007, 2010 e 2013 não chegaram a propor a unificação propriamente dita dos subsistemas, ou seja, uma ruptura com a institucionalidade existente, mas uma articulação mediante convênios entre os subsistemas público e do seguro social que, quando firmados, teriam seus recursos unificados em um fundo único. Por meio desses convênios os usuários do subsistema público seriam assistidos nos serviços do seguro social, sob um modelo assistencial único. Os movimentos contrários, portanto, vêm principalmente em defesa do risco de beneficiários, trabalhadores e administradores perderem a “qualidade” dos serviços que prestam ou recebem, em detrimento de uma população que seria incorporada a esses seguros, e do receio dos fundos desse seguro se perderem nas mãos do Estado, dito ali “um mal administrador”.

De forma inversa ao subsistema do seguro social, o subsistema público, por não responder às necessidades da população, excluindo parcela muito significativa da cobertura em saúde (66,8% da população pesquisada pelo INE em 2014 se declarou descoberta, considerando a afiliação aos seguros de saúde do subsistema público, incluindo aqueles departamentais e municipais), não é capaz de gerar incentivos para que essa reivindique do Estado sua expansão ou mesmo a permanência de programas e ações reconhecidos por essa população. Ou seja, ao mesmo tempo em que a formação do subsistema do seguro social gerou retornos positivos (*increasing returns*) para os atores nele envolvidos e, assim, efeitos *lock-in* que fazem com que esses grupos de interesse constituam pontos de veto às reformas, o subsistema público não foi capaz, ao longo dos anos, de gerar esses retornos positivos exatamente pelo seu curto alcance.

A fragmentação do subsistema público de saúde, no qual convivem programas e ações diversos, com vinculação variando entre os níveis locais e nacional, e entre públicos diferentes, pode explicar a dificuldade de ser legitimado junto à população. Dentro desse cenário, como veremos mais adiante, outro fator explicativo seria a baixa capacidade de coordenação do sistema, considerando sua organização no território, dada nos processos de descentralização e de constituição das autonomias na Bolívia, que dentre outros, dispersam os esforços de articulação das ações.

Abordamos nessa tese a determinação constitucional de instituição das autonomias territoriais, o que nos trouxe a hipótese de que as definições ali contidas, bem como na *Ley Marco de Autonomías y Descentralización*, criaram espaços de ação que dificultam a coordenação entre os níveis subnacionais e o nível nacional do governo e podem constituir pontos de veto à implementação das reformas definidas na política de saúde. Estamos aqui nos referindo ao espaço das relações intergovernamentais, assumindo que a existência de diferentes níveis territoriais coloca a necessidade de que os governos se relacionem, seja em condições de

hierarquia ou de maior igualdade, o que torna a coordenação uma questão estratégica. É suposto que ao transferir atribuições aos níveis subnacionais de governo sejam constituídas dinâmicas particulares que são, contudo, interdependentes e cujos efeitos são em boa parte a soma dos efeitos locais. Isso é especialmente presente na saúde, onde desde questões de infraestrutura e insumos que envolvem uma economia de escala (como, por exemplo, a construção de unidades, e a aquisição de equipamentos e medicamentos), até a assistência à saúde propriamente dita, que demanda a constituição de redes regionais de atenção (intermunicipais ou interdepartamentais), necessitam de uma articulação coordenada para alcançar o efeito desejado, qual seja, a melhoria nas condições de saúde da população.

Embora a instituição das autonomias seja um processo recente, algumas críticas surgem no sentido de que, elas estariam reforçando a centralização no nível nacional. Isso porque além de não estarem estabelecidos mecanismos de financiamento e repasse de recursos que alcancem o escopo das atribuições assumidas pelos governos subnacionais, os dispositivos que se referem à questão do financiamento na *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* deixam muita discricionariedade para o nível central do governo. Soma-se a isso o fato de que não estão estabelecidos mecanismos legislativos de coordenação entre os níveis de governo que deem autonomia para a pactuação das competências entre eles, embora exista o dispositivo na *Ley* que permite celebração de convênios para o exercício coordenado de suas atribuições. Como ressaltamos, especificamente na política de saúde, esses mecanismos são essenciais para a constituição de uma rede intermunicipal ou interdepartamental de serviços, estabelecendo, por exemplo, os mecanismos de transferências de recursos e pagamentos entre esses entes.

As relações intergovernamentais na implementação das políticas de saúde na Bolívia estão constrangidas por essas regras, corroborando a discussão que fizemos acerca da autonomia para tomar decisões (*policy decision making*) e a atribuição formal de responsabilidades executoras (*policy making*) e seu poder explicativo para a coordenação central das políticas públicas (ARRETCHE, 2012). De toda forma, mesmo com todos os pontos de veto que essas autonomias podem significar, é necessário considerar que o nível nacional controla os recursos financeiros destinados aos governos subnacionais, bem como sua aplicação, detendo o *policy decision making*. Seria de se esperar uma maior coordenação no sistema de saúde e com isso a diminuição de sua fragmentação. Mas não é isso que observamos na Bolívia.

Em que pese o fato da *Ley Marco de Autonomias y Descentralización* ter estabelecido os mecanismos institucionais de coordenação verticais e horizontais das políticas nos dez eixos de articulação, esse desenho tem o potencial para dificultar ainda mais a coordenação a partir

do governo central, mesmo que, dada a dispersão que condiciona, também possa diminuir as capacidades dos governos subnacionais de se articularem e constituir pontos de veto a projetos nacionais. Portanto, embora o governo central detenha o poder decisório, o que está desenhado é a implementação descoordenada das políticas. Ainda, o desenho institucional do sistema de saúde boliviano não favorece estratégias de negociação e solução conjunta de problemas. Do ponto de vista dessas estratégias se estabelecerem entre os subsistemas público, do seguro social e privado, a possibilidade praticamente é inexistente. Ressalvamos o fato de alguns programas públicos de saúde se utilizarem da rede de serviços do seguro social. No que se refere ao subsistema público, isso está explicitamente exposto em sua fragmentação que, como apontamos, entendemos estar correlacionada à capacidade de gestão nesse subsistema. Por sua vez, a autonomia para a instituição de seguros próprios de saúde, prevista na *Ley Marco de Autonomías y Descentralización* e na *Ley 475* de 2013 é também uma questão que aprofunda a segmentação e a fragmentação do sistema.

Em que pesem os problemas para a implementação da política de saúde decorrentes dos processos de descentralização e constituição das autonomias na Bolívia, não consideramos que esse fator tenha sido determinante para a não ocorrência de uma reforma. Como mencionamos, a coordenação e articulação entre os entes subnacionais é imprescindível para a implementação da política de saúde. Como não ocorreu uma reforma “forte”, que alterasse a institucionalidade dessa política, as relações intergovernamentais se mantiveram sobre um sistema pre-existente. No entanto, ressaltamos que têm um papel preponderante nas mudanças graduais que vão ocorrendo no sistema de saúde, à medida em que estão condicionadas pelas possibilidades abertas na Constituição e na *Ley Marco de Autonomías y Descentralización* dos Departamentos e municípios constituírem sistemas próprios de saúde.

Por fim, a partir de nossa hipótese de que o aumento no poder de agenda da implementação de uma reforma na política de saúde, destacamos a própria natureza do partido no governo, o MAS, como fator crucial para a não ocorrência dessa reforma.

Como vimos, ao chegar à presidência no primeiro turno das eleições de 2005, o MAS se converteu no partido dominante na Bolívia. De certa forma o tradicional sistema de partidos foi extinto. Surgiram novos partidos de oposição – como o PODEMOS, o MSM e o PPB-CN – que, embora tenham obtido importantes resultados nos níveis subnacionais, não conseguiram sobreviver aos ciclos eleitorais. A oposição se mostrou dispersa e sem organização. Essa dispersão foi também reforçada pela ampliação da representação política para os agrupamentos cidadãos e povos indígenas. Desde a redemocratização do país, portanto, o sistema partidário boliviano teve seu formato alterado, com uma drástica diminuição dos partidos tradicionais e

novos partidos surgindo, caracterizando sua volatilidade. Da mesma forma, esse sistema é altamente fragmentado. Essas duas dimensões contribuem para caracterizar a baixa institucionalização desse sistema, essencial para a sustentação do sistema político e para o funcionamento e a viabilidade da democracia (MAINWARRING e SCULLY, 1995; JONES, 2010).

Nesse cenário o MAS viveu seu primeiro mandato em meio a limites e constrangimentos institucionais ao poder decisório do presidente decorrentes do fato de ter maioria apenas na Câmara de Deputados. Também contribuiu para as dificuldades do governo a instalação da *Asamblea Constituyente*. A partir do segundo mandato, temos um governo de maioria com um sistema partidário caracterizado por um partido hegemônico. O pluralismo político foi reduzido e o processo decisório passou a depender do partido do governo e, por fim, do presidente. Ressaltamos também nessa tese que o poder decisório do presidente a partir do segundo mandato não está no novo desenho institucional do sistema político dado pela Constituição de 2009. Esse não teve alterações significativas. O poder de agenda está no fato de o MAS concentrar as cadeiras no parlamento e, conseqüentemente, no fato de o Poder Legislativo estar subordinado ao Executivo. O presidente também se utiliza dos decretos presidenciais para direcionar a política do governo, o que nos levou a inferir acerca de um centralismo decisório em sua pessoa.

Mesmo nesse cenário de alto poder decisório, os conflitos entre o governo e seus aliados acabaram por afetar a imagem do presidente, em parte pela falta de celeridade em sua resolução, especialmente no caso TIPNIS, e também pelo fato de não serem esperados conflitos dessa natureza entre um governo de esquerda e a sociedade. Esses conflitos mostraram que, apesar da maioria no Legislativo e da coordenação da maioria das comissões em ambas as casas, os representantes do MAS ali assentados não estavam conseguindo articular as demandas de seus representados. Mas, também sugerimos que os canais internos do partido não se constituíram em um espaço para essa pactuação. O MAS, enquanto governo, controla os recursos de poder e define os incentivos coletivos e distribui os incentivos seletivos. Enquanto partido, entretanto, é uma coalizão de atores sociais e políticos, na qual vários movimentos sociais são a base de sustentação orgânica e permanente, como os cocaleiros, os colonizadores e as mulheres indígenas camponesas, e outros são aliados circunstanciais, como as cooperativas de mineiros e alguns sindicatos de trabalhadores (MAYORGA, 2010, p.68). Em relação a essa base, o MAS teve uma mudança de posição, esperada pelo fato de se tornar o partido no governo. Também esperada, essa mudança causou uma divisão entre o partido e os movimentos sociais, devido não apenas a uma moderação assumida pelo MAS-governo, mas também a uma mudança de

posição que fez com que, no governo, o partido se distanciasse da lógica dos movimentos sociais. Mesmo com essa divisão o MAS ainda é o reflexo de uma pluralidade de atores. Certamente a diferença intrínseca entre as duas posições conduziu a uma incompreensão por parte dos movimentos sociais acerca das decisões do governo. Mas, a natureza dessas decisões e a necessidade de que fossem apoiadas muitas vezes levou o governo a pretender a cooptação dos movimentos sociais e a manutenção de sua lealdade (SALMAN, 2013).

Salman (SALMAN, 2013, p.153) enfatiza, nesse processo de concertação dos diversos interesses dos movimentos sociais no interior do MAS, a existência de duas almas no MAS: uma socioeconômica e outra étnica. Pedimos emprestado o vocábulo para usá-lo com outro sentido e explicar nosso argumento: dada a sua natureza constituída de diversos grupos e interesses internos, ao chegar ao governo, o MAS adquiriu duas almas, aquela que tem que responder às bases e aquela que tem que governar. Essa característica diminuiu o poder de agenda do presidente; tornou-se sua força e sua fraqueza. Um partido de esquerda programática com bases em movimentos sociais menos heterogêneos talvez tivesse mais condições de reformas do que o MAS teve, mas isso é objeto de outro trabalho.

No âmbito dessa tese, o que podemos observar é que mesmo com o fato ter dirimido seus conflitos com a oposição no primeiro mandato e alcançado maioria parlamentar a partir do segundo, o MAS conduziu uma política de continuidade, não fez mudanças significativas que rompessem com o status quo. Dado seu caráter de partido-movimento, os conflitos do MAS se deram muito mais internamente no partido, na conciliação das diversas demandas, do que no ambiente externo, da oposição partidária ou dos *Departamentos*. Sendo assim, uma proposição de reforma da política de saúde deveria ter o consenso interno. Em um contexto no qual cada componente disputava suas demandas particulares, a mudança institucional na política de saúde não se concretizou. Entre os fatores que trouxemos nessa tese para explicar a reforma (ou não) da política de saúde boliviana, entendemos que o maior peso está nessa característica do MAS, especialmente considerando o fato de que o ambiente político-institucional esteve favorável às reformas.

Em suma, o que observamos em relação ao nosso objeto central – uma esperada mudança institucional – é que não tendo ocorrido uma ruptura com a institucionalidade existente, as mudanças no sistema de saúde têm se dado nos espaços abertos no status quo, buscando desviar alguns arranjos dentro do sistema com o objetivo de mudar sua lógica e aumentar, aos poucos, a responsabilidade do Estado na política de saúde, embora longe daquela idealizada. Ou seja, as mudanças se caracterizam por processos adaptativos e incrementais, que não caracterizam mudanças institucionais de fato, aquelas mudanças estruturais que alteram as



concepções de saúde e doença, os princípios organizativos dos sistemas de saúde e o papel do Estado, do setor privado e das organizações da sociedade que interagem nesse campo (ALMEIDA, 2005, p.2008).

Entendemos que a implementação do SAFCI tem constituído uma mudança que busca introduzir nas redes locais uma nova concepção do “fazer” em saúde. Embora o SAFCI tenha sido definido como a política de saúde do governo do MAS, o fato de não ter havido a ruptura com o legado do sistema de saúde, com seus princípios organizativos – um modelo biomédico, fragmentado, no qual predominam ações verticais e focalizadas, de baixa capacidade resolutiva – tem impulsionado a readaptação dessa política ao contexto pré-existente do sistema, impondo essa lógica gradual de desenvolvimento. Assim, essa política vai sendo implementada sobre a institucionalidade existente, buscando sua legitimação por meio do produto e do reconhecimento de suas ações. Como visto, a implementação do SAFCI se trata de um processo gradual, ou incremental, de reforma que tem como resultado a continuidade das instituições. O mecanismo dessa mudança é por camadas (*layering*), pelo qual novas regras e fazeres são introduzidas e modificam a lógica reprodutiva pela qual as instituições estruturavam o comportamento dos atores. As modificações que esse mecanismo produz podem vir a favorecer grandes transformações ao longo do tempo (STREECK e THELEN, 2005; MAHONEY, s/d; GÓMEZ, 2015).

A partir do segundo mandato do MAS e, ao que nos parece, com mais força no terceiro mandato, é possível também constatar uma reorientação dos objetivos do sistema de saúde com a implementação do *Mi Salud*. Esse programa tem um caráter mais assistencial e sem as mesmas perspectivas de integralidade propostas no modelo de atenção à saúde SAFCI. Entendemos também que a proposta de ampliação da rede hospitalar, levada como prioridade no terceiro mandato do MAS, vai no mesmo sentido da reorientação dos objetivos da política de saúde para um cunho mais assistencialista. Essa reorientação também não constituiu uma reforma que tenha promovido a mudança institucional ou seja, há uma continuidade – mas entendemos que o incremento do *Mi Salud* e a ampliação da rede hospitalar, reorientando os objetivos do sistema de saúde para uma concepção assistencialista e hospitalocêntrica, estão em oposição ao caminho que vem sendo percorrido pelo SAFCI, de consolidação de uma política de saúde com base nos determinantes da saúde e com foco na atenção primária como porta de entrada para uma atenção integral. Voltamos à contraposição entre as concepções de saúde e entendemos que, se confirmada a priorização do *Mi Salud* como o programa de atenção básica à saúde que irá alcançar os segmentos populacionais excluídos geograficamente do sistema de saúde, como é sua proposta, bem como o investimento na rede hospitalar, na outra ponta do sistema, estamos

diante de uma mudança que, nem de longe se propõe a romper com a institucionalidade existente, mas que apresenta uma outra lógica no sistema de saúde.

O aprofundamento do *Mi Salud* e a reorientação para ampliação da rede hospitalar tratam-se também de mudanças graduais, cujo mecanismo é a reorientação programática, funcional, ou dos objetivos e papéis das instituições ou políticas. Ocorre uma reinterpretação das regras ou a readaptação às mudanças nos contextos (STREECK e THELEN, 2005; GÓMEZ, 2015).

Por fim, a análise que empreendemos confirma as premissas teóricas de que as possibilidades de mudança institucional variam em função das tensões resultantes da correlação de forças entre os atores e que um só fator não é suficiente para conduzi-la ou para barrá-la. Sendo assim, o desenvolvimento e a reprodução institucional refletem a luta entre os atores para estabelecer regras que levem os resultados em direção ao equilíbrio mais favorável a eles (THELEN, 2004, p.32).

Na Bolívia mesmo a janela de oportunidade aberta com a ascensão do MAS ao governo, criando expectativas de reformas mais inclusivas e abrangentes na política de saúde, após 20 anos de governos de centro-direita de cunho neoliberal, ela não ocorreu. De um lado, argumentamos que o legado do subsistema do seguro social gerou efeitos *lock-in* que aumentaram os custos para a adoção de perspectivas alternativas. E esses custos não foram assumidos pelo governo do MAS. Mas, acima disso, a agenda do Executivo, em que pese o contexto político institucional favorável, foi estrangida pelas próprias características do partido: sua natureza constituída de diversos grupos e interesses internos e a disjunção entre suas duas almas. Esses fatores levaram à frustração daqueles que esperavam uma mudança radical na política de saúde a partir de um governo de esquerda na Bolívia.

## Referências

- ACUÑA, Maria Cecília. Elementos para la discusión en torno a la protección social y el derecho a la salud. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Rev. Fac. Cienc. Méd. Enero/Junio. 2006.
- AGRANOFF, Robert. Marcos para el análisis comparado de las relaciones intergubernamentales. In: HURTA, Maurido M. (coord.). Cambio político v gobernabilidad. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública. I Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México. 1992.
- \_\_\_\_\_. Las relaciones intergubernamentales y el Estado de las Autonomías. Política y Sociedad. N. 13, pp. 87-105. Madrid. 1993.
- ALCÁNTARA SAÉZ, Manuel. Partidos políticos em América Latina: precisiones conceptuales, estado actual y retos futuros. Documentos CIDOB. Série América Latina. N. 3. 2004.
- \_\_\_\_\_. Elections in Latin America 2009–2011: a comparative analysis. Kellogg Intitute for International Studies. Working Paper n. 386. 2012.
- \_\_\_\_\_. Elecciones en América Latina: un análisis comparado. Revista Latinoamericana de Política Comparada. V. 8, P. 11-42. 2014.
- AILLÓN, Eduardo; SACO, Alexandro. Construyendo sistemas universales de salud em la región andina. Analisis de la universalidade de la salud em los países andinos: casos de Bolívia y Peru. ALAMES/FOROSALUD. La Paz. 2015. 85 p.
- ALLIN, Sara; MASSERIA, Cristina. Research Note: Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. European Commission Directorate-General “Employment, Social Affairs and Equal Opportunities”. Social and Demographic Analysis December. 2009.
- ALLAN, James P.; SCRUGGS, Lyle. Political partisanship and welfare state reform in advanced industrial societies. American Journal of Political Science. V. 48, n. 3, pp. 496-512. 2004.
- ALMEIDA, Celia. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. Revista Gerencia y Políticas de Salud. V. 4, n. 9, pp. 6-60. 2005.

ALMEIDA, Celia. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais. In: GIOVANELLA, Lígia et al (orgs.). Política e sistema de saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ. 2008.

ÁLVAREZ V. Luis Daniel. Los partidos políticos em Bolívia: la volatilidade de um país expressada em sus organizaciones políticas. Argos. V.28, v. 54. 2011.

ANDRADE, Fábio F. Regimes de proteção social na América Latina: modelos e tendências recentes. Emancipação. N. 12(1), pp. 21-33. 2012.

ARDAYA, Glória. Construcciones democráticas. Tensiones y complementariedades en el proceso boliviano. In: CAIRO CAROU, Heriberto; CABEZAS GONZALEZ, Almudena; et al. XV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles, Nov 2012, Madrid, España. Trama editorial. CEEIB, pp.348-357. 2013.

ARDITI, Benjamin. El giro a la izquierda en América Latina: ¿una política post-liberal? Ciências Sociais Unisinos. V. 45(3): pp. 232-246. 2009.

ANRIA. 2010. Bolivia's MAS: Between Party and Movement. In: CAMERON, Maxwell A.; HERSHBURG, Eric. Latin America's Left Turns: Politics, Policies, and Trajectories of Change. Boulder, USA. Lynne Rienner Publishers: p. 101-126. 2010.

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

ARTAZA BARRIOS, Osvaldo; SACOTO AÍZAGA, Fernando; YGLESIAS BEDOYA; et al. Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de Salud en la Subregión Andina. Lima: Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue, 374 p. 2004

ASCARRUNZ, Beatriz. El Vivir Bien como sentido y orientacion de políticas públicas. In: FARAH, Ivonne H. VASAPOLLO, Luciano (orgs). Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista? CIDES-UMSA: La Paz. 2011.

AYERBE, Luis Fernando. Crise de hegemonia e emergência de novos atores na Bolívia: o governo de Evo Morales. Lua Nova, n.83, pp. 179-216. 2011.

BABIS, Deby. The role of civil society organizations in the institutionalization of indigenous medicine in Bolívia. Social Science & Medicine. N. 124, p. 287-294. 2014.

BALLIVIAN, Salvador R. En los Orígenes del sistema de partidos boliviano: las três generaciones partidárias del siglo XX. Elecciones. V. 9. N. 10, pp. 141-180. Lima. 2010.

BARDI, Luciano; MAIR, Peter. Os parâmetros dos sistemas partidários. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 4, pp. 227-253. 2010.

BARRET, Patrick; CHAVEZ, Daniel; RODRIGUEZ-GARAVITO, César. Utopia reborn? Introduction to the study of the new latin american left. In: \_\_\_\_\_ (orgs). *The new latin american left: utopia reborn*. London: Pluto Press. 2008.

BARRIOS, Osvaldo A.; AÍZAGA, Fernando S.; BEDOYA, Arturo Y.; et al (orgs). *Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de Salud en la Subregión Andina*. Organismo Andino en Salud. Convenio Hipólito Unanue. 2004.

BECKFIELD, Jason; OLAFSDOTTIR, Sigrun; SOSNAUD, Benjamin. Healthcare systems in comparative perspective: classification, convergence, institutions, inequalities, and five missed trubs. *Annu. Rev. Sociol.* 39:127-146. 2013.

BENNETT, Andrew. Process Tracing: a Bayesian Perspective . In: BOX-STEFFENSMEIER, Janet M; BRADY, Henry E; COLLIER, David (eds). *The Oxford Handbook of Political Methodology*. Oxford University Press. 2008.

BENOIT, Kenneth; LAVER, Michael. Left and right in comparative context. In: \_\_\_\_\_. *Party policy in modern democracies*. Routledge. 2006.

BLAIN, Madeleine, Cross-Continental Care: US and Cuban Medical Internationalism in Bolivia. *Latin American Studies Honors Projects*. Paper 8. 2015.

<http://digitalcommons.macalester.edu/lashonors/8>

BM-Banco Mundial. Bolivia public sector expenditure review with a special emphasis on the social sectors. Report N. 7746-BO. Latin America and the Caribbean Region. 1989.

BOLÍVIA. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Plan Global de Salud. 1985-1989.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Fundamentos de la Política Nacional de Salud*. 163 p. 1991.

\_\_\_\_\_. Ley N° 1551. Ley de Participación Popular de 20 de abril de 1994. [www.oas.org/juridico/spanish/blv\\_res16.pdf](http://www.oas.org/juridico/spanish/blv_res16.pdf).

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo N° 24269, 18 de abril de 1996. Aprobación del Plan Vida. Disponible en [www.lexivox.org/norms/BO-DS-24269.pdf](http://www.lexivox.org/norms/BO-DS-24269.pdf).

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo N° 24355, 23 de agosto de 1996. Institui o Programa Nacional de Apoyo y Protección a las personas de la tercera edad en las áreas de salud, educación, asistencia legal y servicio social.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo N° 24448, 20 de diciembre de 1996. Cria o Seguro Nacional de Vejez. Disponível em [www.lexivox.org/norms/BO-DS-24448.xhtml](http://www.lexivox.org/norms/BO-DS-24448.xhtml).

\_\_\_\_\_. MSPS-Ministerio de Salud y Previsión Social. Proyecto de reforma de salud. Informe de gestion 1997-2002. Disponível em <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nrs20604.pdf>.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo N° 25233 de 27 de novembro de 1998. Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

\_\_\_\_\_. Plan de accion, salud para todos em el año 2000.

\_\_\_\_\_. Ley N° 2426 de 21 de novembro de 2002. Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Disponível em <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ley32370.pdf>.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo 26.875 de 21 de dezembro de 2002. Estabelece o modelo de gestão da saúde nos âmbitos nacional, departamental, municipal e local. La Paz. 2002.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo N° 29272, 12 de septiembre de 2007. Aproba el Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008. Establece el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural — SAFCI. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. La Paz, 76 p. Serie: Documentos Técnico-Normativos No.97. 2008.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo N° 29894, 7 de febrero de 2009. Establece la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo N° 28748 de 20 de junho de 2006. Estabelece o marco de financiamento para a complementação do seugo público de saúde, de acordo com o estabelecido no Decreto Supremo 28421 de 21 de outubro de 2005. 2006.

\_\_\_\_\_. Proyecto de Ley N° 005 de 2007.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo 0066 de 03 de abril de 2009. Institui o Bono Madre-Niño Juana Azurduy, no marco do Plan Nacional de Desenvolvemento e das políticas de erradicación de pobreza. 2009.

\_\_\_\_\_. Ley nº 031 de 19 de julio de 2010. Ley marco de autonomías y descentralización “ANDRÉS IBÁÑEZ”.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Sectorial de Desenvolvemento “Hacia la salud universal” 2010-2020. MSD. Dirección General de Planificación. La Paz. 2010.

\_\_\_\_\_. Proyecto de Ley de 21 de setembro de 2010. Ley del Sistema Único de Salud. 2010b.

\_\_\_\_\_. Ley Nº 475 de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema Único de Salud. 2013b.

\_\_\_\_\_. Ley Nº 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana de 19 de dezembro de 2013. Regula o exercicio, a práctica e a articulación da medicina tradicional ancestral boliviana no sistema nacional de saúde. 2013c.

\_\_\_\_\_. Decreto Supremo Nº 459 de 30 de abril de 2014. Regula a Ley de Prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia. 2014.

BOTERO, Daniel Indalecio R. Neoliberales y empresarios en la emergencia de la descentralización en la Bolivia de los 90. *Revista de Historia Nacional y Local*. V. 7, n, 14, pp. 322-350. 2015.

BOSSERT Thomas J.; RUIZ MIER, Fernando. La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia. International Health Systems Group KPMG/Bolivia. Proyecto de Información para la Toma de Decisiones de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, 2000.

BOSSERT, Thomas; BLANCHET, Nathan; SHEETZ, Suzanne; et al. Comparative review of health system integration in selected countries in Latin America. Technical note. 2014.

BUQUET, Daniel. Sistemas de partidos y democracia en América Latina: una relación compleja. Trabajo presentado no 5º Congreso Uruguayo de Ciencia Política. 7-10 de outubro de 2014. Disponível em [http://www.academia.edu/18708066/Sistemas\\_de\\_partidos\\_y\\_democracia\\_en\\_Am%C3%A9rica\\_Latina\\_una\\_relaci%C3%B3n\\_compleja](http://www.academia.edu/18708066/Sistemas_de_partidos_y_democracia_en_Am%C3%A9rica_Latina_una_relaci%C3%B3n_compleja).

BURAU, Viola; BLANK, Robert H. Comparing health policy: beyond health systems? ESPAnet conference on “Changing European Societies. The role for social policy”. Copenhagen. 2003.

- BUSS, Paulo M.; LABRA, Maria Eliana. Sistemas de saúde continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. Editora HUCITEC. Editora FIOCRUZ. 1995.
- BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. N. 17(1), pp. 77-93. 2007.
- CABRERA, Juan E. La construcción del território plurinacional. Bolívia de 1960 a 2010. *Territórios*. N. 24, pp. 13-58. 2011.
- CANEDO, Ana María M. Derechos Humanos y Políticas de Salud en Bolivia. Observatorio DESC Bolivia. 2006.
- CÁRDENAS, Marina (org.). Cunetas nacionales de salud: Bolívia. Colaboración para la Reforma de la Salud/UNICEF. 1998.
- CARPIO, Carmen; Bench, Natalia S. The health workforce in Latin America and the Caribbean. World Bank. International Bank for Reconstruction and Development. New York. 2015.
- CARVALHO, André Norberto Carbone. O parlamento da Bolívia sob a égide de sua nova ordem constitucional. *Cadernos de Pós-Graduação em Direito: estudos e documentos de trabalho*. Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da USP. Num. 1. 2011.
- CARRAFFA, Carlos C. La gobernabilidad democrática: alcances y límites de los pactos, la relación entre los poderes. 25 años de democracia en Bolivia. Tomo I. FUNDEMOS. La Paz. 2007.
- CEBEM, s/d. Las políticas de salud en el período post nueva CPE. Disponível em [http://cebem.org/cmsfiles/publicaciones/cebem\\_politicas\\_en\\_salud.pdf](http://cebem.org/cmsfiles/publicaciones/cebem_politicas_en_salud.pdf).
- CECCHINI, Simone; MARTÍNEZ, Rodrigo. Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2011.
- CECCHINI, Simone et al. Derechos y ciclo de vida: reordenando los instrumentos de protección social. In: CECCHINI, Simone; FILGUEIRA, Fernando; et al (eds.). *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Livro nº 136. 2015.



CENTELLAS, Miguel. Cycles of reform: placing Evo Morales's Bolivia in context. *Latin American Research Review*, Vol. 50, n. 1. 2015.

CENTELLAS, Miguel. The 2014 presidential and legislative elections in Bolivia. *Electoral studies*. V. 37. Disponível em: <http://works.bepress.com/mcentellas/30/>. 2015a.

CHACÓN, Gustavo Picado; VALVERDE, Fabio Duran. República de Bolivia – Diagnóstico del sistema de seguridade social. Lima: OIT/Oficina Subregional para los Países Andinos, 2009. 135 p.

CONCEJO MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA. Ley Autonómica Municipal de Salud Gratuita. GAMSCS N° 308 de 25 de julho de 2016. Regula e estabelece a atenção à saúde gratuita nos estabelecimentos de primeiro e segundo níveis no município de Santa Cruz de La Sierra.

\_\_\_\_\_. Ley Autonómica Municipal GAMSCS N° 139/2014 de 23 de dezembro 2014. Reorganiza o Sistema Municipal de Salud, gratuito, universal e equitativo dentro da jurisdição municipal de Santa Cruz de La Sierra para os beneficiários não compreendidos dentro da Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. 2014.

COPPEDGE, Michael. The Dynamic Diversity of Latin American Party Systems. Paper prepared for delivery at the 1997 meeting of the Latin American Studies Association, Continental Plaza Hotel, Guadalajara, Mexico. 1997.

CORDERO, Sofía. La nueva izquierda indígena-nacionalista em Bolívia. *Ecuador Debate*. Quito-Ecuador. pp. 105-120. 2010.

COUTINHO, M. Movimentos de mudança política na América do Sul contemporânea. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 27, p. 107-123, nov. 2006.

CRESPO, German. Entrevista: German Crespo. Entrevista concedida a Rosiene Maria de Freitas em 11 mai. 2016, via web.

CUNHA FILHO, Clayton M. El “proceso de cambio” em Bolívia: um balance de ocho años. *T'inkazos*. N. 35, pp. 135-153. 2014.

CUNHA, Lucas. Presidencialismo e mudança a América do Sul: a agenda política dos presidentes identificados com as “esquerdas” e os desafios da governança e da estabilidade democrática. Paper apresentado no IX encontro da ABCP. 2014.

- DAALDER, Hans. Parties: denied, dismissed, or redundant? A Critique", in J. R. Montero, R. Gunther e J. J. Linz (eds.), *Political Parties: Old Concepts and New Challenges*. Oxford University Press, pp. 39-57. 2002.
- DEHEZA, Grace I. Bolívia 2011: gobernando con el conflicto. *Revista de Ciencia Política*. V. 32, n. 1, pp. 31-48. 2012.
- DEL VALLE, Alejandro. Comparando regímenes de bienestar em America Latina. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*. N. 88, pp. 61-76. 2010.
- DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo soc*. V.15, N.2, p. 6-3-101. 2003.
- DUPUY, Julien. Estudio de cobertura de seguros de salud em Bolívia. Bolívia, Ministerio de Salu y Deportes, 2011.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova*, n. 24. 1991.
- FAGUET, Jean-Paul. Governance from below in Bolívia: a theory of local government with two empirical tests. *Latin American Politics and Society*. V. 51, n. 4, pp. 29–68, 2009.
- FAGUET, Jean-Paul. Can subnational autonomy strenghten democracy in Bolívia? *The Journal of Federalism*. V. 44, n. 1, pp. 51-81. 2013.
- FEO, Oscar; TOBAR, Katherine. Informe de evaluacion modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud. Bolívia. *Medicus Mundi Navarra*. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/rosiene/Downloads/Informe%20Evaluacion%20SAFCI%20Peru.pdf>.
- FILGUEIRA, Fernando. Welfare and Democracy in Latin America: The Development, Crises and Aftermath of Universal, Dual and Exclusionary Social States. IPES, Universidad Católica del Uruguay. Paper prepared for the UNRISD Project on Social Policy and Democratization. 2005.
- FILGUEIRA, F., MOLINA, C. G., PAPADÓPULOS, J., TOBAR, F. Universalismo básico: una alternativa posible y necessária para mejorar las condiciones de vida. In: Molina, C.G. (org) *Universalismo básico: Una nueva política social para América Latina*. México, 2006.
- FILGUEIRA, Fernando. Modelos de desarrollo, matriz del Estado social y herramientas de las políticas sociales latino-americanas. In: CECCHINI, Simone; FILGUEIRA, Fernando; et al (eds.). *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Livro n° 136. 2015.

FILGUEIRA, Fernando. El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. Disponible em: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/mofi.pdf>. 1998

FIGUEIREDO, Argelina C. O executivo nos sistemas de governo democráticos. BIB. São Paulo. N. 58 pp7-28. 2004.

FIGUEIREDO, Argelina C.; SALLES, Denise L.; VIEIRA, Marcelo M. political and institutional determinants of the executive's legislative success in Latin America. Brazilian Ppolitical Science Review. V. 3, N. 3. p. 155-171. 2009.

FLEURY, S.M. Perspectivas da descentralização do sistema de saúde na Bolívia. Rev. Adm. Púb. Rio de Janeiro, 25(4): 135-75. 1991.

FONTANA, Lorenza B. The processo de cambio and the seventh year crisis. Bolivian Studies Jornal. V. 19. 2012-2013.

FRANZONI, Juliana M. regímenes del bienestar em América Latina. Documento de trabajo n. 11. Fundación Carolina. CeALCI. 2007.

FUENTES, Guillermo. La creación del sistema Nacional Integrado de Salud em Uruguay (2005-2012): impulso reformista com freno desde los puntos e actores de veto. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 2013.

GALEANO, Eduardo. Los hijos de los dias. Disponible em: <http://www.tss.gob.ve/wp-content/uploads/2016/01/GALEANO-los-hijos-de-los-dias.pdf>.

GALVÁN, Errejón. La lucha por la hegemonía durante el primer gobierno del MAS en Bolivia (2006-2009): un análisis discursivo. Tese. Departamento de Ciencia Política y de la Administración III. Universidad Complutense de Madrid. 2012.

GARCIA, Esther; LA FUENTE, Jorge. El rompecabezas boliviano, visto en perspectiva: cambios institucionales, relaciones regionales y estrategias energeticas en la ultima decada (2000-2010). Disponible em [file:///C:/Users/rosiene/Downloads/Dialnet-ElRompecabezasBolivianoVistoEnPerspectivaCambiosIn-3346838%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/rosiene/Downloads/Dialnet-ElRompecabezasBolivianoVistoEnPerspectivaCambiosIn-3346838%20(1).pdf). 2010.

GARGARELLA, Roberto. La izquierda que no es. Sobre el concepto de "izquierda" en The Resurgence of the American Left. Política y Gobierno, v. XXI, n. 2, pp. 443-477, 2014.

GENUZIO, Tatiana. Impactos de las reformas recientes de política fiscal sobre la distribución del ingreso: el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de). CEPAL-Serie Macroeconomía del Desarrollo N° 147. Santiago do Chile. 2014.

GERRING, John; THACKER, Strom C.; MORENO, Carla. Are Federal Systems better than unitary systems? 2007.

GIORA, Gustavo. Nuevas izquierdas institucionales. Trabajo presentado no Cuarto Congreso Uruguayo de Ciencia Política, “La Ciencia Política desde el Sur”, Asociación Uruguaya de Ciencia Política, 14-16 de noviembre de 2012.

GLENNERSTER, Howard. Richard Titmuss: forty years on. Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics Houghton. 2014.

GÓMEZ, Alicia. Enfoques recientes para el análisis del cambio institucional: la teoría distribucional del cambio gradual. Política y gobierno. V. 22, N. 2, pp. 391-415. 2015.

GÓMEZ, Federico; MOLINA, Sánchez. Analisis y perspectivas de politicas de salud y uma aproximación diagnóstica. Sociedad Canadiense para la Salud Internacional. Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional. 1 ed. 2002.

GOUGH, Ian. Social policy regimes in developing world. In: KENNETT, Patricia (ed). Handbook of comparative social policy. Edward Elgar Publishing Ltd. Pp. 204-224. 2013.

GOITIA, Javier T. Salud y democracia: la experiencia de Bolivia (1982 - 1985). Estudios ILPES UNICEF sobre políticas sociales. 1ª edição. 1987.

GOITIA, Javier T. Participacion popular en salud: la experiencia de Bolivia. Trabajo presentado na Reunión Andina sobre Desarrollo de la Teoría y la Práctica en Salud Pública. OPS/OMS. Escuela de Salud Pública. Quito. Ecuador. 1993.

GRIGNON, Michel. A democratic responsiveness approach to health reform: na exploration of health care systems' resilience. Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol. 37, n. 4, 665-676. 2012.

HASHIZUME, Maurício H. A formação do movimento katarista: classe e cultura nos andes bolivianos. Dissertação apresentada ao programa de Pos-graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2010.

HEREDIA, Francisco J. S. El gasto catastrófico en salud como factor de vulnerabilidad. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Documento de Trabajo núm. 119. México. 2011.

HEREDIA, Nila. Políticas y estrategias nacionales de salud – Estado Plurinacional de Bolivia: 2006-2010-2015. Apresentação em power point. s/d.

HEREDIA, Nila. Obstáculos a la construcción del sistema único de salud en los procesos políticos progressistas: la experiencia boliviana. In: HENRION, Carolina T.; LAURELL, Asa Cristina (coord.). Por el derecho universal a la salud : una agenda latinoamericana de análisis y lucha. CLACSO-Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires. Argentina. 2015.

HERNÁNDEZ, José G.V. Liberalismo, Neoliberalismo, Postneoliberalismo. Revista Mad. N. 17, pp. 66-89. 2007.

HOMEDES, Nuria. Managing externally financed projects: the Integrated Primary Health Care Project in Bolivia. *Health Policy Plan*, n.16, pp.:386-94. 2001.

HOMEDES, Núria; UGALDE, Antonio. Why neoliberal reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. N. 71, pp. 83-96. 2005.

HORN, Alexander. Beyond Left and Right? The Effect of Market Ideology and Welfare Ideology on the Politics of Risk Privatization in the OECD. Prepared for IPSA. 2012.

HUBER, Evelyne; STEPHENS, John D. Successful social policy regimes? Policy economy, politics and the structure of social policy in Argentina, Chile, Uruguay and Costa Rica. Paper preparado para a Conference on Democratic Governability. Kellogg Institute. 2005.

HUBER, Evelyne; MUSTILLO, Thomas; STEPHENS, John D. Politics and Social Spending in Latin America. *The Journal of Politics*, Vol. 70, n.02, pp. 420-436, 2008.

HUBER, Evelyne; BOGLIACCINI, Juan. Latin America. In: CASTELS, Francis et al (eds). *The Oxford handbook of welfare state*. Oxford University Press. 2010.

HUBER, Evelyne; STEPHENS, John D. Democracy and the left: social policy and inequality in Latina América. The University of Chicago Press. Chicago. 2012.

IMMERGUT, Ellen. *Health Politics: interests and institutions in Western Europe*, Cambridge studies in comparative politics. Nova York: Cambridge University Press, 1992.

JAMISON, Dean T.; SUMMERS, Lawrence H.; ALLEYNE, George; et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. N. 382, pp. 1898–955. 2013.

JEMIO, Jorge. Entrevista: Jorge Jemio. Entrevista concedida a Rosiene Maria de Reitas em 07 de jun. 2016, via web.

JOHNSON, Brian B. Decolonization and its paradoxes. *Latin American Perspectives*. V. 37, n.3. 2010.

JONES, Mark P. beyond the electoral connectin: the effect of political parties on the policymaking process. In: SCARTASCINI, Carlos; STEIN, Ernesto; TOMMASI, Mariano (orgs). *How democracy Works: political institutions, actors and arenas in Latin American policymaking*. Inter American Development Bank. 2010.

JOUMARD, Isabelle; ANDRÉ, Christophe; NICQ, Chantal. Health care systems: efficiency and institutions. *OECD Economics Department Working Papers* n. 769. 2010.

KERSTENETZKY, Célia L. O estado de bem-estar na idade da razão. A reinvenção do Estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012.

KITTEL, Bernhard; OBINGER, Herbert. Political parties, institutions and the dynamics of social expenditure in times of austerity. *MPIfG. Discussion paper* 02/1. 2002.

KOTTKE, Thomas E.; ISHAM, George J. Measuring health care access and quality to improve health in populations. *Preventing cronic disease: public health reserach, practice and policy*. Vol. 7, n. 4. 2010.

LAURELL, Asa Cristina. Sistemas universales de salud: retos y desafíos. Disponível em: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/sistemas-universais.pdf>. 2012.

LAVANDENZ, Fernando M. Seguro básico de salud em bolivia: um instrumento para aumentar la equidade y el acceso de los pobres a la atención de salud. In: MOLINA, Carlos Geraldo; DEL ARCO, José Nuñez. eds. *Servicios de Salud em américa Latina y Asia*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C. 2003.

LEDO, Carmen; SORIA, René. Sistema de salud em Bolívia. *Salud Pública de México*. V. 53, n. 2, pp. 109-119. 2011.

LEVITSKY, Steven; ROBERTS, Kenneth. Introduction. In: LEVITSKY, Steven, ROBERTS, Kenneth. *The ressurgenge of latin american left*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore. 2011.

\_\_\_\_\_. Conclusion. In: The resurgence of latin american left. The Johns Hopkins University Press. Baltimore. 2011a.

LIJPHART, Arend. Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.

LOBATO, Lenaura V.; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org). Política e sistema de saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ. 2008.

LONDOÑO, Juan-Luis; FRENK, Julio. Pluralismo estructurado: hacia um modelo inovador para la reforma de los sistemas de salud em América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 353. 1997.

LÓPEZ, Emiliano. El rol de los actores con poder de veto informal en la determinación del gasto social en la Argentina post-neoliberal (2002-2008). Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Año LVII, n. 215, pp. 97-114. 2012.

LOZANO, Gregorio M. Historia de la salud pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud. La Paz: OPS/OMS,2002, 400 p.

MACEIRA, Daniel. Organización y funcionamiento de las Cajas de Salud em Bolivia: aportes para uma estratégia de seguimiento y evaluación. CEDES. Bueno Aires, 2002.

MADRID, Raul. Bolivia: Origins and policies of the Movimiento al Socialismo. In: LEVITSKY, Steven, ROBERTS, Kenneth. The resurgence of latin american left. The Johns Hopkins University Press. Baltimore. 2011.

MAHONEY, James. THELEN, Kathleen. A theory of gradual institucional change. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Explaining institucional change: ambiguity, agency and power. Cambridge University Press. New York. 2010.

MAHONEY, James. Conceptualizing and explaining punctuated versus incremental change. Disponível em:

<http://politics.virginia.edu/sites/politics.virginia.edu/files/Gradual%20versus%20Punctuated%20Change%20Circulation.doc>. s/d.

MAINWARING, Scott; SCULLY, Timothy. Party systems in Latin America. In: \_\_\_\_\_. Building democratic institutions: Party systems in Latin America. Stanford University Press. 1995.

MAINWARING, Scott; ZOCO, Edurne. Secuencias políticas y estabilización de la competencia partidista: volatilidad electoral en viejas y nuevas democracias. *América Latina Hoy*, n. 46, pp. 147-171. 2007.

MAINWARING, Scott; MARIANO, Torcal. Party system institutionalization and party system theory after the third wave of democratization. Kellogg Institute for International Studies. Working Paper 319. 2005.

MARCEL, Mario; RIVERA, Elizabeth. Regímenes de bienestar en América Latina. In: TIRONI, Eugenio. *REDES, ESTADO Y MERCADO: soportes de la cohesión social latinoamericana*. Uqbar editores, Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN). 2008.

MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. The new institutionalism: organizacional factors in political life. *The American Political Science Review*. V. 78, n. 3, pp 734-749. 1984.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Elaborating the New Institutionalism. University of Oslo. Working Paper N.11. 2005.

MARMOR, Theodore; WENDT, Claus. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy*, n. 107, pp. 11-20. 2012.

MARSHALL, Timothy H. Citizenship and social class. In: MANZA, Jeff; SAUDER, Michael. *Inequality and society*. New York: W W Norton and Co. 2009

MAYORGA, Fernando. *Encrucijadas: Ensayos sobre democracia y reforma estatal en Bolivia*. Bolivia: Editorial Gente Común. CESU – UMSS. 2007

MAYORGA, Fernando. El gobierno de Evo Morales: cambio político y transición estatal em Bolivia. In: CIAS, *Tendencias políticas em los países andinos*. Kyoto: Kioto University. 2008.

MAYORGA, Fernando; RODRÍGUEZ, Benjamín. Nacionalismo e indigenismo em el gobierno del MAS. *Temas y debates*, 20, 2010.

MAYORGA, Fernando. La democracia boliviana: avances y desafíos. In: *Democracias em transformación. Qué hay de nuevo em los nuevos Estados andinos?* Fundación Freidrich Ebert. Ecuador. 2012.

MAYORGA, René Antonio. Gobernabilidad y reforma política. La experiencia de Bolivia. *América Latina Hoy*. N. 8, p. 35-60. 1994.

MAYORGA, René Antonio. Presidencialismo parlamentarizado y gobiernos de coalición em Bolivia. CLACSO. 2001.



MAYORGA, René Antonio. Outsiders y kataristas; el sistema de partidos, la política de pactos e la gobernabilidad em Bolívia. s/d. Disponível em: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/5/2058/11.pdf>.

MAYORGA, René Antonio. La crisis del sistema de partidos políticos: causas y consecuencias. Caso Bolívia. In: KORNBLITH, Miriam; PACHANO, Simón; et al. IDEA, Sweden, 2004.

MEDICI, Andre. Políticas y acceso universal a servicios de salud. In: MOLINA, C.G. (org) Universalismo básico: Una nueva política social para América Latina. México, 2006.

MENDIETA, Javier Gustavo P. Bolívia: elecciones presidenciales y legislativas (1993-2009). Instituto de Iberoamerica. Universidad de Salamanca. 2010.

MENDOZA-BOTELHO, Martín. Bolívia 2013: al calor preelectoral. Revista de Ciência Política. V. 34, n. 1, pp. 37-57. 2014.

MENICUCCI, Telma Maria G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2007.

MESA-LAGO, Carmelo. History of social security in Latin America. Fundación MAPFRE. 2008.

MILLS, Anne. Health care systems in low and middle income countries. The New England Journal of Medicine., n 360:6, pp. 552-557. 2014.

MINTEGUIAGA, A. De la focalización individual a la focalización de los derechos: crítica a la propuesta del Universalismo Básico. In: LOBATO, L.V.C., FLEURY,S. (orgs.). *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

MOLINA MORTE, Ana Isabel. Las relaciones intergubernamentales en la descentralización de Ecuador. Memoria para optar al grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid. 2015.

MORALES, Juan Antonio. La experiencia populista de los años ochenta. Disponível em <http://www.iisec.ucb.edu.bo/journal/articulos/1202.pdf>. s/d.

MORALES, Juan Antonio. Las políticas de estabilización en Bolivia, 1982-1989. Documento de Trabajo N. 07/89. IISec. Instituto de investigaciones sócio-económicas. 1989.

MORAN, Michael. Understanding the welfare state:the case of health care. The British Journal of Politics & International Relations. Vol. 2:2, pp. 135–160, 2000.

MOSCOSO, Ramiro R. El neoliberalismo em el mundo: las consecuencias em Bolívia. Disponível em <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rts/n16/n16a04.pdf>. s/d.

- NEGRI, Fedra. Partisan influence on social and labor policies in times of crises: Do parties matter? Dep. of Social and Political Studies, Università di Milano. s/d.
- NOLTE, Ellen; MCKEE, Martin. Measuring The Health of nations: updating an earlier analysis one measure of the health of americans—deaths from treatable conditions—still does not compare well with rates in other industrialized countries. Project HOPE-The People-to-People Health Foundation. 2008.
- NORRIS, Pipa. Federalismo and decentralization. In \_\_\_\_\_. Do power-shared institutions work? Cambridge University Press. 2008.
- NORTON, Andy; CONWAY, Tim; FOSTER, Mick. Social protection concepts and approaches: implications for policy and practice in international development. Overseas Development Institute. London, UK. 2001.
- NUNES, Edson C.C. Bolívia: crise do tradicional sistema de partidos e novas pautas de funcionamento do sistema político. Revista de discente de Ciência Política da UFSCAR. V. 3, n. 1, pp. 31-48. 2015.
- OLMEN, Josefien; MARCHAL, Bruno; van DAMME, Wim; et al. Health systems framework in their political contexto: framming divergente agendas. BMC Public Health, n. 12-774, pp 1-13. 2012.
- ONU. Organização das Nações Unidas. El mejoramiento de la protección social y la reducción de la vulnerabilidade em el actual processo de mundialización. Informe del Secretario General. Comisión de Desarrollo Social, 39º período de sesiones. 2000.
- OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Perfil del sistema de servicios de salud – Bolivia. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamaericana de la Salud. 2001.
- \_\_\_\_\_. Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia. OMS/OPAS. 2004.
- \_\_\_\_\_. BOLÍVIA: 1982-1993- la apertura democrática. Disponível em <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsp93526.pdf>. s/d.
- \_\_\_\_\_. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPAS. Washington, D.C. 2010.
- OSZLAK, Oscar. Burocracia estatal: política y políticas públicas. POSTData. N. 11, pp. 11-56. 2006.

PANIZZA, Francisco. Nuevas izquierdas y democracia en América Latina. Revista CIDOB d'Afers Internacionals, n. 85-86, pp. 75-88. 2009.

PEÑARANDA Raúl (org). 30 años de democracia en Bolivia: repaso multidisciplinario a un proceso apasionante. Página Siete. Bolivia. 2012.

PEREIRA, Laércio B. Considerações sobre a crise do Estado no Brasil: crítica ao "Consenso de Washington". Disponível em: <http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/viewFile/918/1199>. 1995.

PERICÁS, Luiz Bernardo. Processo e desenvolvimento da revolução boliviana. Lutas sociais. N. 3. s/d

PIERSON, Paul. When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change. World Politics. Vol.45. n. 4, pp:595-628. 1993.

\_\_\_\_\_. Dismanteling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment. Cambridge University Press. USA. 1994.

\_\_\_\_\_. Increasing returns, path dependence and the study of politics. The American Political Science Review. V. 94. N. 2: 251-267. 2000.

PIERSON, Paul; SKOCPOL, Theda. El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. Revista Uruguaya de Ciencia Política. Vol. 17, núm. 1. pp. 7-38. 2008.

POOLEY, Bertha; RAMIREZ, Marcia; HILARI, Caroline. Bolivia's Health Reform: a response to improve access to obstetric care. Studies in HSO&P, n. 24. 2008.

PRIBBLE, Jennifer. Creating universalistic health policy: the role of policy legacies, electoral competition, and party character. In: \_\_\_\_\_. Welfare and party politics in Latin America. Cambridge University Press. pp. 25-38. 2013.

PRIETO, A. Lorena, CID, Camilo. Análisis del sector salud de Bolivia. Banco Interamericano de Desarrollo. Notas Técnicas. Agosto 2011.

RADHUBER, Isabella M. State power and political power balance in Bolivia: an analysis through laws and finance. Latin American Policy. V. 6, n. 1, pp. 89-109. 2015.

RASH, Bjorn Erik; TSEBELIS, George. Governments and legislative agenda setting: an introduction. In: \_\_\_\_\_. The role of governments and legislative in agenda setting. Routledge. 2011.

- REIS, Guilherme S. A social-democracia do MAS boliviano. *Rev. Sociol. Polit.* V.21, N.48, p. 67-84. 2013.
- RICE, Roberta. Regional autonomy and municipal politics in post-neoliberal Bolívia. Paper prepared for the Annual Meeting of the American Political Science Association. Washington DC. 2011.
- RÍOS, César R. *Conflictividad en Bolivia (2000 - 2014) ¿Cómo revertir la normalización de la presión social?* Friedrich Ebert Stiftung-Bolivia (FES). La Paz. 132 p. 2015
- SAIEGH, Sebastian M. ¿Jugadores activos o apéndices del ejecutivo? Una evaluación del papel de los legisladores latinoamericanos en la toma de decisiones. *Política y Gobierno*, v. XVII, n. 1, pp. 3-24. 2010.
- SALMAN, Ton. El Estado, los movimientos sociales y el ciudadano a pie: exploraciones em Bolívia entre 2006 y 2011. *América Latina Hoy*. N. 65, pp. 141-160.2013.
- SALAZAR, Carlos D. Consideraciones acerca de la reforma constitucional de 1994: el caso indígena. *Rev Cien Cult* [online], n.10, pp. 9-15. 2002.
- SALERNO Nicolás, Las vinculaciones del campo popular boliviano con la izquierda, el indigenismo y el nacionalismo. La configuración de esta relación en el gobierno de Evo Morales. Apresentado no VIII Congreso Nacional de Ciencia Política, Buenos Aires. 2007.
- SANTANA, Carlos César; SOUZA, Israel P. D. Disputas e reconfigurações territoriais na Amazônia-boliviana: um estudo sobre o departamento de Pando. Paper apresentado no II Encontro da Sociedade Brasileira de Sociologia da Região Norte. Belém (PA). 2010.
- SANTOS, Manoel L.; PERÉZ-LIÑAN, Aníbal; MONTERO, Mercedes G. El control presidencial de la agenda legislativa en América Latina. *Revista de Ciencia Política*. V. 34. N. 3. pp. 511-533. 2014.
- SÁTYRO, Natália G.D. Políticas e instituições e a dinâmica das políticas sociais nos estados brasileiros: uma análise após a redemocratização. Tese. Rio de Janeiro: IUPERJ. 2007.
- SÁTYRO, Natália G. D. Institutional constraints, parties and political competition in brazilian states, 1987-2006. *Revista de Ciência Política*. V. 33, n. 3, pp. 583-605. 2013.
- SÁTYRO, Natália G. D. CUNHA, Eleonora S. M. A trajetória da Política de Assistência Social no Brasil pós-88: a importância das instituições e das ideias. *Brazilian Political Science Review*. V. 8(1), p. 80-108. 2014.

SCARTASCINI, Carlos. ¿Quién es quién em el juego político? Describiendo a los actores que intervienen, y sus incentivos e funciones. In: SCARTASCINI, Carlos; SPILLER, Pablo; et al (eds). El juego político en América Latina: ¿Cómo se deciden las políticas públicas? Banco Interamericano de Desarrollo. 2011.

SHUGART, Matthew S.; MAINWARING, Scott. Presidentialism and democracy in Latin America: rethinking the terms of the debate. In: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_. Presidentialism and democracy in Latin America. Cambridge University Press. 1997.

SIRÉN, Sebastian. Towards Universalism? The Obstructed Process Of Healthcare Reform In Bolivia. Documento de trabalho 12. Institute for Advanced Development Studies. 2011.

SILVA Erika; BATISTA Ricardo. Éxitos y Fracasos de las Políticas Bolivianas de Salud Materno-Infantil. Cuaderno de Política. Focal. Canadá. 2010.

STOESSEL, Soledad. Giro a la izquierda en la América Latina del siglo XXI. Polis, N. 39. 2014.

STREECK, Wolfgang; THELEN, Kathleen. Introduction: Institutional change in advanced political economies. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ (orgs.). Beyond continuity: explorations in the dynamics of advanced political economies. Oxford: Oxford University Press, 2005.

STRÖBELE-GREGOR, Juliana. Ley de Participación Popular y movimiento popular em Bolívia. In: HENGSTENBERG, Peter et al (eds.). Sociedad civil em América Latina: representación de intereses y gobernabilidad. Nueva Sociedad, Caracas. p. 133-146. 1999.

SOLANO, Carlos B. América Latina: regímenes de bienestar en transición durante los años noventa. Caderno CRH. Salvador. V. 20. N. 50, pp. 197-211. 2007.

SOLANO, Carlos. Inseguridad y protección social en los países desarrollados y en América Latina. Revista Mexicana de Sociología . V.75, N.1, pp.29-61. 2013.

SUVELZA, Franz Xavier Barrios. Ni unitario, ni federal, ni autonómico: ¿contiene la nueva constitución boliviana un invento de estructura territorial estatal? La Paz. REAF. N. 13, p. 51-96. 2011.

TABORGA, Marcela M. Proceso de descentralización y autonomías: España y Bolivia en perspectiva comparada. Tesis para optar al grado de Magister en Estudios Internacionales. Universidad de Chile. 2009.

TEJERINA SILVA, Herland.; SOOR, Werner; DE PAEPE, Pierre, et al. Socialista government health policy reforms in Bolivia and Ecuador: the underrated potential of comprehensive

primary health care to tackle the social determinants of health. *Social Medicine*. Vol. 4. N. 4, 2009.

TEJERINA SILVA, Herland. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud em los países de América del Sur. Mapeo de APS en Bolivia. Documento autoral de PAS em los países de Suramérica. ISAGS-Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro. 2014.

TEJERINA SILVA, Herland. Entrevista: Herland Tejerina Silva. Entrevista concedida a Rosiene Maria de Freitas em 18 abr. 2016, via web.

TELLERIA, Carolina O. Análisis del sistema competencial boliviano a partir del proceso autonómico cruceño. Tesis de Doctorado en Sociedad Democrática, Estado y Derecho. Universidad del País Vasco. 2016.

THELEN, Kathleen; STEINMO, Sven. Historical institutionalism in comparative politics. In: STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONGSTRETH, Frank. Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis. UK: Cambridge University Press. 1992.

THELEN, Kathleen. How institutions evolve: the political economy of skills in Germany, Britain, the United States, and Japan. Cambridge University Press. Cambridge, UK. 353 p. 2004.

TITMUSS, Richard M. What is social policy? In: LEIBFRIED, Stephan; MAU, Steffen. (eds.). Welfare states: construction, deconstruction, reconstruction. International Graduate School of Social Sciences (BIGSSS). University of Bremen. 1974.

TOLEDO, Lorena P. Gasto de bolsillo de los hogares en salud y el impacto distributivo del gasto público en salud en países de la Comunidad Andina de Naciones: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú. s/d. Disponible em <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052266.pdf>. s/d

TORRICO, Mario. Bolivia: nuevo sistema electoral presidencial y coordinación política de los partidos. *Perfiles latino-americanos*. N. 43. pp. 77-102. 2014.

TSEBELIS, George. Atores com poder de veto: como funcionam as instituições políticas. Editora da FGV. Rio de Janeiro. 2009.

UGALDE, Antonio; HOMEDES, Núria. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva*, v. 4, n. 1, pp. 31-56. 2008.

VALDÉS, Andrés Dockendorff. Sistema de partidos y gobernabilidad democrática en Bolivia (1985-2005). *Revista Política y Estrategia*. N. 107, pp 126-146. 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; ARRETCHE, Marta T.S; DRAIBE, Sônia Maria. *Bolivia: desafios e possibilidades em termos de política social*. CEPAL. 1992.

VIANA, Ana Luiza D.; MACHADO, Cristiani V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V. 18, n. 4, pp. 645-684. 2008.

WEBBER, Jeffery R.; CARR, Barry. Introduction: the new latin american left in theory and practice. In: \_\_\_\_\_ *The new latin american left: cracks in the empire*. USA: Rowman and Littlefiel Publishers. 2013.

WENDT, Claus. Mapping european healthcare systems: a comparative analysis of financing, servisse provision and access to healthcare. *Jornal of European Social Policy*. N. 19. 2009.

WENDT, Claus; FRISINA, Lorraine; ROTHGANG, Heinz. Helathcare systems types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, v. 43, n. 1, pp. 70-90. 2009.

WENDT, Claus; KOHL, J.; MISCHKE, M.; PFEIFER, M. How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare. *European Sociological Review*. N. 26, pp. 77-92. 2010.

WEYLAND, Kurt. The rise of Latin America's two lefts: insights from rentier state theory. *Comparative Politics*, V. 41, N. 2, pp. 145-164. 2009.

ZEGADA, Maria Teresa. El rol de la oposición política em Bolívia (2006-2009). In: ORELLANA, Luis Alberto G.; YAPUR, Fernando Luís G. *Mutaciones del campo político em Bolívia*. PNUD. Bolívia. 2010.

ZEGADA, Maria Teresa. Los nuevos contornos de la izquierda boliviana. *T'inkazos*, n. 31, pp. 121-125. 2012.

ZUAZO, Moira; FAGUET, Jean-Paul. BONIFAZ, Gustavo. *Descentralización y democratización en Bolivia: la historia del Estado débil, la sociedad rebelde y el anhelo de democracia*. 2012.