

WPS

WORKING
PAPER
SERIES

Ano 2, num. 3, 2016-2017

ISSN: 2448-5470



CISS
SEGURIDADE SOCIAL
PARA O DESENVOLVIMENTO

PORTUGUÊS

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

WPS | **WORKING PAPER SERIES**

Ano 2, no. 3
Outubro 2016 - Abril 2017



CONFERÊNCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDADE SOCIAL

Presidente

Mikel Arriola Peñalosa
Instituto Mexicano de Seguro Social, México

Vice-presidente

Richard Graham
Administração de Seguridade Social, Estados Unidos da América

Vice-presidente

Christian Cruz Rodríguez
Superintendência de Bancos, Equador

Vice-presidente

Emilio Basavilbaso
Administração Nacional de Seguridade Social, Argentina

Controlador

Eduard del Villar Liranzo
Conselho Nacional de Seguridade Social, República Dominicana

Secretário-Geral

Omar de la Torre de la Mora
Conferência Interamericana de Seguridade Social (ciiss)

Diretor

Reginald Thomas
Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social (ciess)

Coordenação da Working Paper Series

Secretaria Geral da ciiss

José Antonio Alvarado Ramírez
Coordenador Geral

Ingrid Hernández-Ardieta Boix
Diretora de Projetos

Comitê Editorial

Silvia Elena Giorguli Saucedo / Colmex
José Ignacio Campillo García / Funsalud
Raúl Contreras Bustamante / Faculdade de Direito, UNAM
Enrique Fajardo Dolci / Faculdade de Medicina, UNAM
Ricardo Humberto Cavazos Cepeda / IMSS

Coordenadora Editorial

Liliana Charles Cruz
ciiss

D.R. © Conferência Interamericana de Seguridade Social
San Ramón s/n
Col. San Jerónimo Lídice
Del. Magdalena Contreras
C.P. 10100, Cidade do México

WPS Working Paper Series, Ano 2, Nº 3, outubro de 2016 – abril 2017, é uma publicação semestral editada e distribuída pela Conferência Interamericana de Seguridade Social; calle San Ramón s/n, colônia San Jerónimo Lídice, delegação Magdalena Contreras, código postal 10100, Cidade do México, México; telefone: +52 (55) 55950011 e +52 (55) 53774700; <www.ciiss.net>. Editora responsável: Liliana Charles Cruz. Certificado de Reserva de Direitos ao Uso Exclusivo núm. 04-2017-101215493100-102; ISSN 2448 - 5470, Impressa por Impresora Peña Santa, Sur 27, núm. 457, mz. 44, colônia Leyes de Reforma 2a seção, delegação Iztapalapa, código postal 09310, Cidade do México. Esta edição foi impressa na Cidade do México, no México, no mês de setembro de 2017, com uma tiragem de 200 exemplares.

Este trabalho está publicado sob a responsabilidade da Secretaria Geral da ciiss. As opiniões emitidas aqui e os argumentos utilizados não refletem necessariamente a visão oficial da Conferência ou de seus membros.

A reprodução total ou parcial sem fins comerciais é permitida desde que a fonte seja citada.

Tradução de materiais para o português: Luciana Yonekawa

Diagramação das páginas e curadoria editorial: María de Guadalupe González Aragón • Eloísa Escalante González / Tecnigraf.

Design da capa: Alejandra Arredondo / Unidade de Comunicação Estratégica para o Desenvolvimento / ciiss.

Conteúdo

Apresentação	5
Seguridade social na América Latina: evolução, reformas recentes e perspectivas Daniel Maceira	7
Migração laboral: desafios e oportunidades para a proteção social Gabriel Martínez	69
Efeitos redistributivos do Programa Nacional de Financiamento ao Microempresário e à Mulher de Áreas Rurais no México Um estudo com enfoque de gênero Cindy Paola Rangel Pérez e Joana Cecilia Chapa Cantú	109

Apresentação

A Conferência Interamericana de Seguridade Social (CISS) é um organismo internacional, técnico, especializado e permanente, fundado em 1942 com o objetivo de fomentar o desenvolvimento da proteção e da seguridade social na América. Desde que foi criada, a Conferência reconhece a importância das políticas de proteção e seguridade social na busca pelo bem-estar de todos e no apoio ao desenvolvimento econômico e social dos países. Devemos agora reconhecer que estamos em um momento de novos desafios, como: novos mercados e relações de trabalho, mudanças demográficas, sustentabilidade e cobertura universal, entre outros. Todos representam grandes provocações à proteção e a seguridade social.

A CISS tem como missão a melhoria da qualidade de vida de todos, por meio do fortalecimento das instituições para o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas inclusivas de proteção e de seguridade social no continente americano. Com isso, a Conferência espera converter-se no maior referencial nesses temas.

Atualmente, nosso conjunto de membros – formado por mais de 80 instituições de seguridade social de 37 nações do continente americano – busca encontrar soluções integrais e duradouras que, de forma inovadora, ofereçam respostas a estas condições. O trabalho da CISS é estar sempre presente, com muita vontade de enfrentar estes desafios e oferecendo assistência técnica, gestão e difusão de conhecimento ou intercâmbio de boas práticas, além de outras ações de cooperação.

Nessa linha de trabalho, a publicação semestral *Working Paper Series* tem o objetivo de contribuir para o fortalecimento institucional, para a geração de conhecimento e para o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas, para o exercício de direitos e a qualidade de vida de todos.

Com esta publicação, a CISS reforça seu compromisso com a difusão de pesquisas de excelência sobre questões relacionadas à proteção e à seguridade social, e também com a comunicação dinâmica e flexível entre seus membros, especialistas e pesquisadores do tema. Assim, os artigos difundidos buscam trazer à luz temas atuais e tendências internacionais relacionados a pensões, saúde, emprego e migração, entre outros. Além disso, há um interesse especial em estudos sobre temas relativos a direitos humanos e políticas inclusivas (infância, idosos, pessoas com deficiências, gênero e grupos em situação de vulnerabilidade).

Esta edição apresenta três artigos. O primeiro foi elaborado por Daniel Maceira, Doutor em Economia pela Universidade de Boston, especialista em economia da saúde e organização industrial; atualmente, ele é pesquisador-titular do Centro de Estudos de Estado e Sociedade (Cedes), na Argentina. Seu artigo apresenta uma análise geral dos modelos de seguro social em sentido amplo, e em seguida se concentra especificamente nos sistemas de seguro social em saúde na América Latina.

O segundo trabalho desta edição foi escrito por Gabriel Martínez, Doutor em Economia pela Universidade de Chicago e que é, atualmente, diretor do Mestrado em Políticas Públicas do Instituto Tecnológico Autônomo do México (ITAM). Em sua pesquisa, ele analisa as tendências da migração laboral nas Américas, desde o ponto de vista da portabilidade de direitos durante as diferentes etapas do ciclo migratório, tanto a

partir do ponto de vista do migrante (regular ou irregular) quanto de suas famílias, e apresenta recomendações para melhorar o acesso dos migrantes à proteção da seguridade social.

Finalmente, esta edição traz um artigo produzido por Joana Chapa, Doutora em Economia pela Universidade de Barcelona e, atualmente, diretora do Centro de Pesquisa Econômica (CIE) da Universidade Autónoma (UANL) de Nuevo León, no México, e por Cindy Rangel, formada pela Faculdade de Economia da UANL. Nesse estudo, elas analisam os efeitos decorrentes do Programa Nacional de Financiamento ao Microempresário e a Mulheres de Áreas Rurais (Pronafim) na geração e redistribuição de renda de homens e mulheres no México. Para realizar o estudo, elas usaram o Modelo de Multiplicadores Contábeis com uma inovação: incorporar o trabalho doméstico não remunerado como uma atividade econômica realizada por homens e mulheres.

Esperamos que estes artigos sejam uma boa contribuição para a discussão e a elaboração de políticas públicas nos temas que fazem parte da agenda de temas relacionados à proteção e à seguridade social na CISS.

Cidade do México, outubro de 2017

Seguridade social na América Latina: evolução, reformas recentes e perspectivas

DANIEL MACEIRA, PH.D.*

Resumo

Este documento apresenta uma análise geral dos modelos de seguro social latu sensu; então, se concentra especificamente nos sistemas de seguro social relacionados à saúde. Discute a relação entre resultados de atendimento/cobertura; níveis de gasto, riqueza e distribuição; a organização dos sistemas de saúde e pensões; e o desenvolvimento de mecanismos não contributivos de proteção social, em um contexto de redefinição dos esquemas de proteção social, em um sentido amplo, no contexto latino-americano. Adicionalmente, será apresentada uma análise de como se organizam os sistemas de seguro social em saúde na América Latina, e serão discutidos os objetivos e mecanismos de reforma durante os últimos anos. Finalmente, identifica-se o papel desempenhado pelas instituições de seguridade social do continente para garantir serviços sociais, mostrando suas diferentes responsabilidades e propondo linhas de debate para contribuir a uma agenda futura de ações.

1. Introdução

Durante a década de 1980 e, particularmente, na de 1990, diversas reformas foram realizadas nos esquemas de seguridade social nos países do continente americano, tanto na operação dos sistemas de pensões, como na área de prestação de serviços à saúde. Paralelamente, os programas e ações de assistência social vêm ganhando uma maior relevância na oferta de proteção à população que está fora dos esquemas de contribuição.

Tais processos de reforma suscitam importantes reflexões, experiências e práticas, tanto em relação aos objetivos explicitamente estabelecidos em cada caso, como nos instrumentos por elas [as reformas] utilizados. Esses objetivos e instrumentos variam significativamente entre países – inclusive internamente nos mesmos países, em momentos diferentes, com o processo decisório (*policy-making process*) das reformas dependendo do contexto político-econômico em que elas foram implementadas.

Várias nações da região, seja devido aos resultados alcançados por meio das medidas implementadas, seja pelas mudanças de paradigma sobre os mecanismos desejados nos esquemas de proteção social, estão revisando seus sistemas de seguridade social. As repercussões da crise financeira internacional do final da década passada ainda se fazem presentes nas economias da América – assim como em outras latitudes – e incorporam novos elementos aos já existentes.

* Pesquisador, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Correio eletrônico danielmaceira@cedes.org

Recentemente, os principais organismos financeiros internacionais, como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento concordam que o desempenho econômico da região diminuiu a marcha e que o horizonte dos próximos anos é conservador. Este contexto causou diversas repercussões, de diversas profundidades, nos sistemas de seguridade social nos países da América Latina, e exige medidas de contenção ou de ajuste. Em algumas ocasiões, isso pode servir como oportunidade para que mudanças sejam realizadas tanto nos sistemas de aposentadoria como de saúde, sem esquecer os programas de atenção e assistência social.

A proposta é revisar o estado dos sistemas de seguridade social na América Latina, as mudanças que estão em curso, seus desafios – tanto em atendimento quanto em sustentabilidade financeira – e identificar as alternativas possíveis. Este artigo apresentará uma análise geral dos modelos de seguro geral *latu sensu*, para então se concentrar *stricto sensu* nos sistemas de seguro social em saúde.

A fragmentação nos sistemas de saúde da América Latina e do Caribe, especificamente, é um reflexo das diferenças sociais na distribuição de renda existentes entre países; diferenças essas que também são perceptíveis dentro de cada país, entre centros urbanos e rurais, e entre populações de situação econômica díspar. Estas desigualdades sociais regionais se unem a diferenças na capacidade de investimento dos países, e também na organização de seus sistemas de saúde, que limitam a gestão efetiva dos recursos disponíveis. Os sistemas públicos, com pouca capacidade de resposta relativa e de maior absorção de risco epidemiológico, coexistem com instituições estatais ou semiestatais de seguridade social que, separadamente, atendem às famílias cujas rendas vêm de empregos formais.

Em paralelo, as populações com maior capacidade de investimento buscam o setor privado, pagando seguros que os permitem formalmente receber provisões frente a eventuais situações de enfermidade. Uma maior homogeneização da distribuição de renda é normalmente observada em Estados institucionalmente mais estáveis, com maior capacidade tanto regulatória quanto de financiamento e de prestação de serviços. No extremo oposto, países com maior diferença na renda mostram sistemas públicos mais limitados institucional e financeiramente, o que facilita o crescimento de prestadores de serviço e seguradoras privadas que absorvem a capacidade de investimento daqueles com mais possibilidades econômicas.

Essa realidade afeta a qualidade do atendimento geral ofertado pelo sistema, e abre as portas a uma maior fragmentação. Subsídios cruzados indesejados, dupla cobertura teórica, inconsistência entre planos oferecidos a diferentes populações frente a diferentes necessidades são produto de sistemas segmentados de saúde. Este elo entre renda e distribuição de renda, como fatores que vão além dos serviços de saúde, interagem com a organização da estrutura do setor e com a capacidade do Estado de gastar e administrar recursos para o setor da saúde. Isso afeta os resultados apresentados pelo sistema, tanto em termos de qualidade e quantidade de benefícios e serviços ofertados quanto também em indicadores tradicionais: expectativa de vida, mortalidade infantil e aos cinco anos, entre outros.

Este artigo discute, no contexto latino-americano, a relação entre resultados de cobertura, níveis de gasto, riqueza e distribuição, a organização dos sistemas de saúde e de pensões, e o desenvolvimento de mecanismos não contributivos de proteção social, em um contexto de redefinição dos esquemas de proteção social, em um sentido amplo.

O capítulo a seguir apresenta um marco teórico sobre o próprio conceito de seguridade social, sua visão desde diferentes paradigmas e sua evolução a esquemas de proteção social e proteção financeira em setores sociais. Esse capítulo será seguido pela exposição de uma análise contextual com a motivação para a necessidade de revisão dos esquemas tradicionais de seguridade social no marco econômico da região latino-americana. Elementos de mudança na epidemiologia e na demografia interagem com fenômenos relacionados à incorporação da tecnologia que desafiam os pressupostos relacionados a políticas sociais e exigem iniciativas eficazes, que tenham uma maior capacidade de identificar prioridades, e com espaços de regulação e controle mais diversificados e eficientes. Particularmente, o conceito de incorporação tecnológica não se limita à introdução de novos equipamentos e insumos – especialmente no sistema de saúde – mas na verdade se expande e incorpora ferramentas de gestão, comunicação e controle social.

O terceiro capítulo propõe uma revisão das características que constituem a estrutura dos modelos de pensões na América Latina e sua evolução recente. Essa revisão abrange, por um lado, o surgimento, durante a década de 1990, do setor privado – por meio de administradoras de fundos de pensão – como parte da oferta de gestão de recursos em contas individuais. Por outro, observa o aperfeiçoamento de esquemas de proteção social a partir de pensões não contributivas e o aumento do seu protagonismo ao longo da última década.

O quarto capítulo avança na discussão de como se organizam os sistemas de seguro social em saúde na América Latina, e estuda os objetivos e mecanismos de reforma durante os últimos anos. Diante de um contexto socioeconômico específico em cada país, os modelos de reforma setoriais mostram uma diversidade de organização, mas também evidenciam uma certa convergência quanto aos pilares sobre os quais deve estabelecer-se uma estratégia de cobertura de saúde.

Nesse marco, o quinto capítulo identifica o papel das instituições de seguridade social do continente na garantia de serviços sociais, mostra suas diferentes responsabilidades e propõe linhas de debate para contribuir com uma agenda futura de ações.

2. Seguridade social, sua visão a partir de diferentes paradigmas e sua evolução a esquemas de proteção social e proteção financeira em setores sociais

Abordar uma estratégia para as instituições de seguridade social na América Latina deve levar em conta dois elementos característicos:

- a) qual é a estratégia de proteção social – em um sentido amplo – definida por cada país e qual é o papel que – espera-se – o Estado desempenhe e
- b) quais são as tendências no atendimento observadas na região durante os últimos anos.

Primeiramente, o conceito de seguridade social passou por mudanças e reinterpretções ao longo do tempo. De uma forma geral, a ideia de seguridade social está associada à necessidade de oferecer proteção financeira a famílias a partir de duas perspectivas:

Intertemporalmente, por meio de esquemas de transferências de renda mediante a economia no presente para o consumo no futuro, seja por meio de mecanismos articulados com fundos comunitários ou individuais.

Contemporaneamente, gerando transferências interpessoais, desde famílias ou indivíduos com maior poder econômico até outros menos prósperos quanto à renda.

Nos dois casos, há modelos de proteção financeira em saúde e em pensões que cumprem com tais perspectivas. No primeiro, encontramos seguros sociais de saúde nos quais os contribuintes ativos e com menor risco epidemiológico financiam outros de mais idade e maior incidência no uso de serviços. Também é o caso em que instituições de pensões baseadas em esquemas de repartição simples (*pay-as-you-go*) significam mecanismos intertemporais de distribuição de recursos.

Alternativamente, qualquer mecanismo de seguro social em saúde implica esquemas de cobertura nos quais um agente pode contribuir dependendo da sua capacidade de investimento, ao mesmo tempo em que usa os serviços segundo sua necessidade, independentemente de sua contribuição. Esquemas de pensões não contributivas cumprem com um papel similar, associado à cooperação e a subsídios cruzados entre indivíduos de uma mesma geração.

A partir desta premissa, o esquema conceitual de proteção financeira passa a ter a dupla responsabilidade de atendimento à saúde e previdência original da escola tradicional de seguridade social, mesmo que agregue grupos populacionais e universalize o critério de cobertura. Isso, porém, fragmenta o conceito de seguro e separa a função específica do seguro de outras funções como o financiamento, a gestão, a prestação/produção de serviços e a regulação.

A relevância dada a separação de funções por um lado complica a estrutura potencial de atores, abrindo espaço para a entrada de participantes privados em diferentes papéis dentro dos modelos de seguridade social. Ao mesmo tempo, isso significa uma distribuição de tarefas dentro da estrutura de Estado, por meio de agências autárquicas, da descentralização a estados e municípios, da autogestão hospitalar, etc. Assim, a demanda regulatória se potencializa, e também a necessidade de coordenação entre os vários participantes. Inclusive, a separação de funções envolveu a divisão entre os sistemas de pensões e os de saúde; isso aconteceu durante a década de 1990 e em muitos casos latino-americanos.

Particularmente, o conceito de seguro com base em contribuições definidas por prêmios ou deduções salariais e contribuições patronais se mantém e se amplia – como no caso de pensões não contributivas – e/ou estende a proteção social ao definir garantias de direitos específicas (como no caso dos planos de cobertura explícita em saúde).

Temporalmente, a evolução da seguridade social tem bem marcada uma influência particularmente diferenciada ao longo da década de 1990, que contrasta em alguns países da região com a realidade do transcurso do século 21. Nos últimos anos do século passado, o paradigma de separação de funções redefiniu grande parte da organização dos serviços sociais.

Em conjunto com a separação de funções e a maior participação do setor privado, surge o fenômeno das administradoras de fundos de pensões. O sistema de aposentadorias então fica mais complexo em alguns países, que definem modelos de capitalização individual ou de contribuição obrigatória. O papel do Estado se concentra, em alguns casos, em instituir superintendências; em outros, os mecanismos de seguro se segmentam, com consequências em termos de gestão e produção.

Já os sistemas de saúde têm sido bastante pressionados a descentralizar-se, a definir planos de prestações definidas e corrigidas por índices de risco e por um maior protagonismo do setor privado na gestão de fundos e na prestação de serviços. A terceirização ganha espaço nos mecanismos verticais de organização setorial, lado a lado com inovadoras formas de contratação, tais como capitalizações, módulos, e até mesmo esquemas de financiamento baseado em resultados.

Em alguns casos, estas reformas convergiram a uma maior cobertura, que canalizou e reorientou os recursos do sistema. Em outros, o resultado predominante foi o aumento da segmentação, uma maior necessidade de coordenação e um impacto negativo sobre a equidade.

Observa-se que esses nos últimos resultados caminham lado a lado a um processo regional de significativa reativação econômica. Estados com maiores recursos promovem políticas de inclusão mais ativas, que levam em conta dois elementos gerais:

- a) Aproveitamento das ferramentas de conceptualização e gestão desenvolvidas em anos anteriores.
- b) Universalização de direitos e acesso, tanto a pensões como a serviços de saúde, por meio da implementação de programas de proteção social com lógica redistributiva.

Em todo caso, as instituições de seguridade social, características da região latino-americana, tiveram que se adaptar a um contexto mutante. Em algumas oportunidades, isso implicou ver seu protagonismo relativo diminuir e ser objeto de divisão entre organismos diferentes, o que restringiu seu espaço de cobertura e/ou ocasionou cortes em seus orçamentos. Em outros casos, ao contrário, seus espaços de intervenção foram potencializados, houve a inclusão de mecanismos de concepção

que aumentara, seu protagonismo no organograma setorial e/ou se desenvolveram novos espaços de coordenação, supervisão e gestão.

A partir desta descrição, surge a necessidade de retomar a literatura internacional e analisar quais são os desafios em debate em termos de cobertura, e quais são as lições a serem incorporadas desde a América Latina para um futuro debate estratégico sobre o sistema de saúde em geral e o sistema de seguro social em saúde, particularmente.

Em primeiro lugar, dois conceitos ganham novamente o centro do cenário da política de saúde, com debates sobre sua definição de trabalho, os mecanismos de medição necessários para a análise temporal e uma comparação entre países e a articulação entre eles: (a) atendimento universal em saúde e (b) proteção financeira da população.

O primeiro, atendimento universal, se refere à necessidade de garantir uma base de direitos para toda a população, independentemente de sua condição social, étnica, física ou de renda. Os mecanismos que as sociedades mundiais têm utilizado para garantir (ou avançar na direção de garantir) o direito à cobertura universal variam muito e incluem estruturas únicas geridas desde o Estado (como o sistema inglês), passando por estruturas mais descentralizadas (como o caso espanhol), até modelos com uma maior cooperação entre prestadores e financiadores públicos e privados (como os casos da França e do Canadá).

A América Latina tem explorado, apesar de sua lógica fragmentada, uma articulação de sistemas de cobertura universal, com soluções organizacionais diferentes e homogeneidade de acesso variado. Como casos de iniciativas recentes na região, com mecanismos claramente diferenciados, podem ser citados o Seguro Popular no México ou o Programa Somar, na Argentina, e as reformas de seguro social do Uruguai e – com menos destaque – no Peru. Mais longe da visão latino-americana, os casos da China e da Tailândia apresentam modelos de cobertura universal com históricos valiosos para incorporação na agenda de debates.

A estrutura do seguro universal não necessariamente se refere aos mecanismos de financiamento do sistema de saúde, mas às formas em que são concebidas as estratégias de cobertura e que são gerados os recursos para garantir os direitos à saúde. De forma complementar, os mecanismos de proteção financeira vinculam a estratégia de cobertura universal com os mecanismos de financiamento implantados para garantir essa cobertura. Surgem assim combinações alternativas de cobertura com financiamento a partir de impostos gerais, diretos e indiretos, ou que utiliza recursos provenientes do mercado de trabalho.

Além do desequilíbrio que o mercado laboral possa gerar sobre o sistema de saúde, a capacidade para arrecadar fundos a partir de um imposto sobre o trabalho facilita uma maior cobertura da população e complementa aqueles recursos que o Estado diretamente não pode investir para garantir a saúde da sua população.

Na medida em que um sistema de proteção financeira obtenha sucesso, se reduz a possibilidade de gerar gastos financeiramente catastróficos ou que potencialmente aumentem a realização de um gasto que empobreça as famílias e as coloque, devido às despesas com saúde, abaixo da linha da pobreza. A literatura recente sobre proteção financeira, gasto catastrófico e empobrecedor é ampla e variada, com referências internacionais (Xu et al., 2003; Wagstaff e van Doorslaer, 2002; Lustig, 2001) e regionais (Baeza e Packard, 2006; e Knaul et al., 2012).

Um indicador tradicional para avaliar mecanismos de proteção financeira em um sistema de saúde é a porcentagem do gasto em saúde mantido por pagamentos diretos feitos pelas famílias. Claramente, quanto maior a incidência do gasto privado, menor a capacidade do Estado em satisfazer as necessidades de saúde da população, o que deixa para as famílias a responsabilidade de arcar com suas despesas de saúde, de acordo com suas restrições orçamentárias. Nesse caso, a Costa Rica e a Argentina mostram percentuais relativamente reduzidos (perto de um quinto dos gastos totais) que contrastam com o desempenho de alguns outros países da região.

Sendo assim, uma estratégia de atendimento universal exitosa pode ser completada com ações de proteção financeira adequadas. Contudo, não necessariamente existe uma correlação indiscutível entre cobertura universal e mecanismos de proteção financeira. Na América Latina, é comum a presença de planos de atendimento segmentados segundo a definição de objetivos, seja em nível de subsistemas ou dentro deles, o que vai em contra à capacidade de utilizar os recursos que os mecanismos de proteção financeira permitiram que fossem transferidos ao sistema de saúde.

A questão central em grande parte da literatura sobre este tema é a necessidade de identificar a função do seguro e, especialmente, do seguro social no sistema de saúde, como o mecanismo que articula o financiamento com as necessidades, buscando distribuir o risco dos gastos em saúde entre indivíduos ou famílias, além da natureza da administração financeira (Arhin-Tenkorang, 2001).

Vendo por esta perspectiva, o grande desafio latino-americano começa em perceber que a maioria dos modelos nacionais de saúde tem características segmentadas ou mistas na constituição de seus sistemas de seguro social (Suárez-Berenguela, 2000; Maceira, 2001, e Carrin e James, 2004). Isso reduz a capacidade de assumir compromissos financeiros e de ampliar a capacidade, qualidade e equidade dos direitos garantidos à população. Sob essa perspectiva, Frenk e Londoño (1997) avançam em uma proposta de reforma que ordene por funções – e não por grupos sociais – a distribuição de obrigações no setor da saúde.

O marco de análise utilizado neste documento se inspira em um trabalho anterior (Maceira, 2001) que propõe abordar os sistemas de saúde por duas dimensões de estudo e que propõe a expansão dos esquemas de pensões e aposentadorias. Uma das dimensões mencionadas, a dimensão horizontal, discute a segmentação do modelo de saúde entre subsistemas (público, de seguridade social e privado), enquanto a dimensão vertical permite visualizar as diversas funções de um sistema de saúde: financiamento, seguro, gestão e prestação de serviços.

Ambas dimensões, junto ao marco regulatório estabelecido pelo Estado, revela os mecanismos setoriais de transferência e absorção de riscos financeiros e epidemiológicos entre subsistemas e entre atores intrínsecos à rede vertical do modelo de saúde. Assim, se expõe que falhas na eficiência e na equidade dos benefícios não são apenas inerentes à estrutura de oferta de serviços, mas também mostra que há fragilidades nos critérios de financiamento do setor, na estratégia para assegurar direitos e a cobertura dos benefícios, e também nas formas de gestão de recursos. A partir destes eixos, seguir-se-á uma exposição dos sistemas de saúde latino-americanos até chegar a uma discussão final sobre estratégias de reforma recente.

Um elemento especial do debate sobre políticas sociais na região latino-americana – e que exerce uma importante influência sobre os critérios e capacidades de ação pública em políticas sociais – é a desigualdade de renda, tanto entre países como dentro de cada um deles.

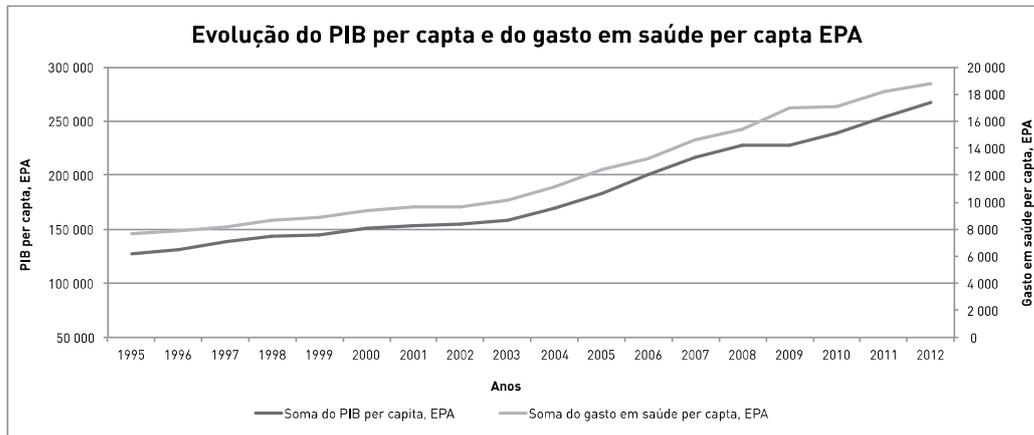
IMAGEM 2.1 DIMENSÕES HORIZONTAL E VERTICAL NOS SISTEMAS DE SAÚDE



Fonte: Maceira (2001).

O grupo de gráficos a seguir ilustra a análise feita anteriormente. A primeira delas mostra a evolução do Produto Interno Bruto (PIB) per capita (em dólares corrigidos por equivalência de poder aquisitivo, EPA) como um indicador aproximado da riqueza econômica do país (entre os anos de 1994 e 2014), e o câmbio, durante o mesmo período, no gasto em saúde per capita. Ambos gráficos foram construídos a partir da informação fornecida pelo site *World Development Indicators*, e são produtos das somas ponderadas dessas variáveis em nível nacional.

GRÁFICO 2.1 AMÉRICA LATINA
EVOLUÇÃO DO PIB E GASTO EM SAÚDE PER CAPTA



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do Banco Mundial, World Development Indicators.

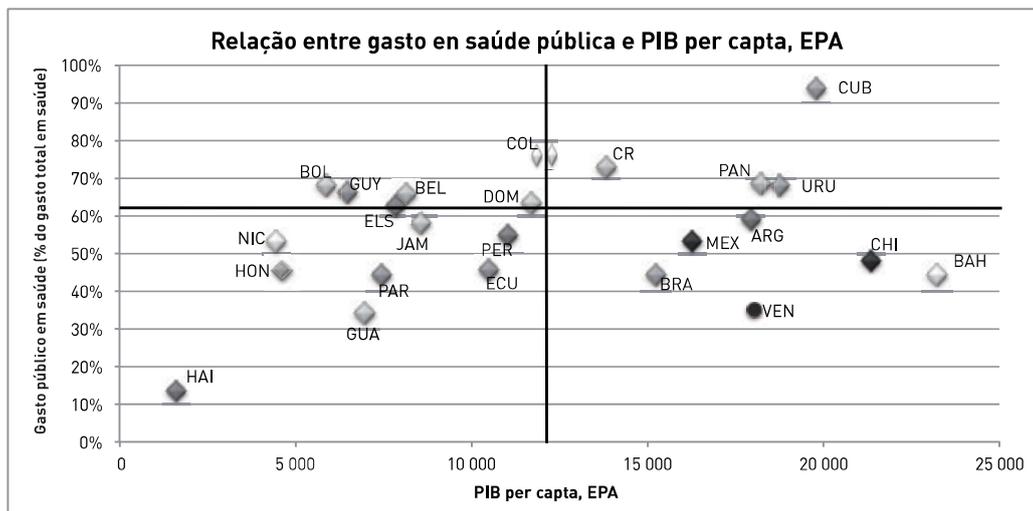
Países incluídos na análise: Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Haiti, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela.

A linha cinza claro, indicada no eixo esquerdo, mostra um aumento, em termos reais, de 132,5 bilhões de dólares no ano base a 282,5 bilhões de dólares em 2014, o que representa um aumento superior a 115%. Já a linha cinza escuro mostra o gasto em saúde, em igual moeda, mas indicada no eixo direito da Imagem. Neste caso, o aumento nos gastos foi mais que proporcional à da renda, chegando a uma mudança próxima a 150%.

Esta conexão entre riqueza e gasto em saúde é observada tanto na região latino-americana quanto em outros continentes. A escassez de dados sistematicamente coletados em termos de gastos em sistemas de pensões ao longo do tempo em um número significativo de países da região não permite replicar esta análise em um estudo sobre aposentadorias. Mesmo assim, é possível inferir que, pelo menos quanto a pensões e aposentadorias contributivas, um maior crescimento econômico é acompanhado de um aumento nos números de empregos decentes, e o mesmo acontece quanto às contribuições ao sistema formal de aposentadoria.

Para complementar, o gráfico 2.2 desmembra a relação previamente exposta entre o conjunto dos países latino-americanos e durante o período de 2012, último com informações consistentes e homogêneas entre todas as nações da região. Neste caso, o investimento em saúde pública é expresso como um percentual do gasto total em saúde. Observa-se uma tendência positiva entre ambas variáveis, com algumas nações mostrando gastos em saúde pública e renda per capita maiores que a média regional (Cuba, Costa Rica, Panamá e Uruguai). O quadrante de baixo à esquerda mostra os países de menor renda relativa e menor influência pública na destinação dos fundos destinados ao setor da saúde.

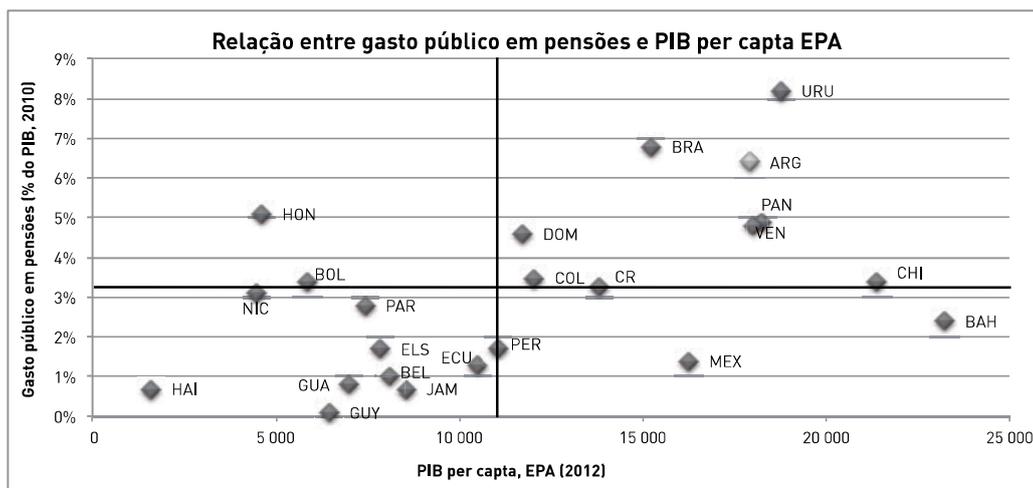
GRÁFICO 2.2 AMÉRICA LATINA
QUADRANTES DO PIB E GASTO PÚBLICO EM SAÚDE



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do Banco Mundial, World Development Indicators (ano 2012).

O gráfico 2.3 faz o mesmo com o gasto do Estado em pensões, medido como percentual do PIB. Neste caso, a correlação positiva entre ambas as variáveis é mais nítida que na Imagem anterior, com o Uruguai, o Brasil e a Argentina acima dos 6% do PIB nacional, superando outras nações da região.

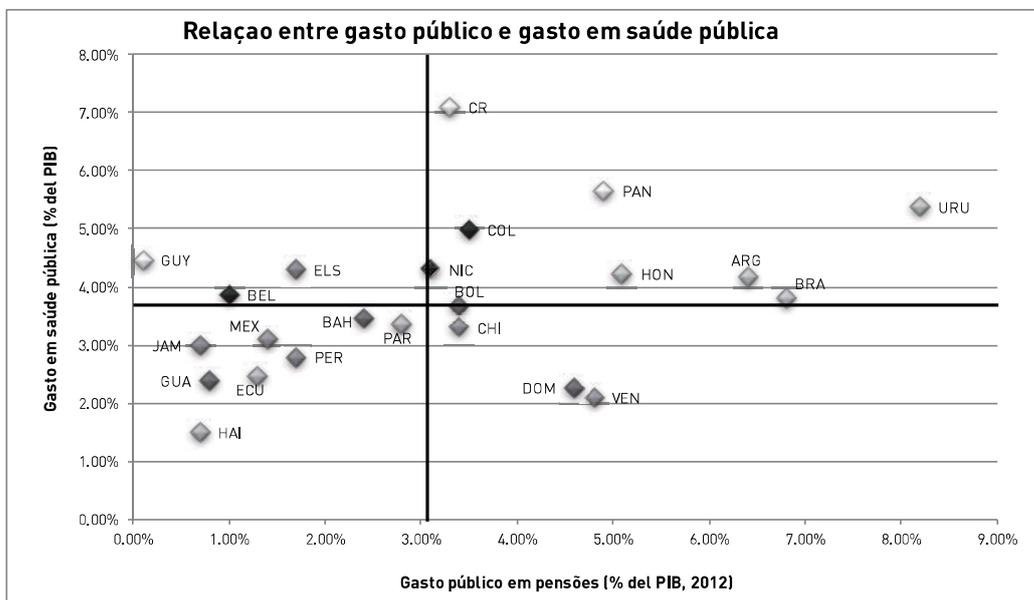
GRÁFICO 2.3 AMÉRICA LATINA
QUADRANTES DO PIB E GASTO PÚBLICO EM PENSÕES



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do Banco Mundial, World Development Indicators e OCDE, BM e BID (2015) (ano 2012).

As variáveis de investimento público em saúde e pensões são cruzadas no gráfico 2.4, onde podem ser observados quatro grupos de países: aqueles com uma alta participação do Estado em ambos setores, em relação à média regional (acima e à direita) e aqueles com pouco investimento relativo nas duas políticas (abaixo e à esquerda).

GRÁFICO 2.4 AMÉRICA LATINA
QUADRANTES DE GASTO PÚBLICO EM SAÚDE E PENSÕES
VALORES PER CAPTA E POR PAÍS



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do Banco Mundial, World Development Indicators e OCDE, BM e BID (2015) (ano 2012).

Para os padrões regionais, os gastos públicos em pensões em Belize, El Salvador e na Guiana são relativamente mais altos que os esforços do Estado na saúde, enquanto o Chile, a República Dominicana, a Venezuela e a Bolívia (no limite) mostram um comportamento inverso, com um relativo favorecimento para a proteção financeira em longo prazo em comparação àquela para o setor da saúde.

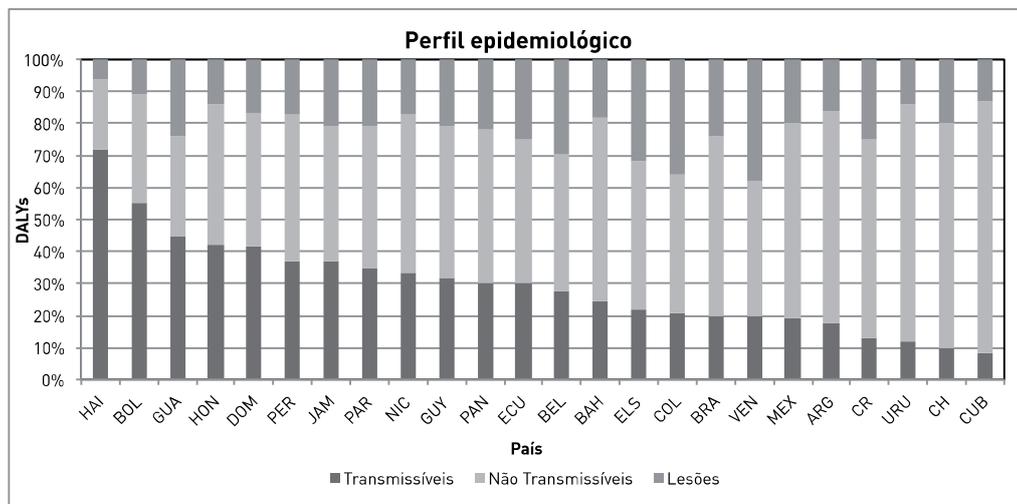
O seguinte capítulo vai debater os potenciais desafios associados ao investimento social a futuro, para então avançar sobre o tema das políticas que têm sido realizadas nos países da região em cada caso em particular, debatendo suas instâncias recentes de reforma.

3. Novos desafios da Seguridade Social (a estrutura dos modelos de pensões na América Latina e sua evolução recente)

O avanço da humanidade em termos de tratamento e atenção à saúde (principalmente) e do desenvolvimento de mecanismos de seguridade social tem levado a aumentos sistemáticos na expectativa de vida e vem mudando os níveis de morbidade. Isso vem gerando, por um lado, o crescimento da prevalência de patologias associadas à terceira idade e uma maior incidência delas na proporção de anos de vida perdidos por ação da morbidade (DALYS), o que implica um crescimento dos gastos em saúde e em seguridade social em geral, tanto pelos Estado quanto pelas famílias.

O gráfico 3.1 mostra como a transição epidemiológica na América Latina tem avançado, revelando uma maior incidência de enfermidades não transmissíveis na quantidade de anos de vida perdidos, mesmo que com uma grande dispersão no interior da região.

GRÁFICO 3.1 AMÉRICA LATINA
PERFIS EPIDEMIOLÓGICOS



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados da Organização Mundial da Saúde, Observatório Global da Saúde (ano 2008).

Este âmbito de acumulação epidemiológica (observar uma incidência sistematicamente maior de enfermidades não transmissíveis no grupo das enfermidades em geral, mas ainda assim com a manutenção de um volume significativo de enfermidades transmissíveis) gera um desafio ao planejamento de políticas de saúde na medida em que envolve um debate sobre a distribuição de recursos e a definição de prioridades.

Perfis epidemiológicos avançados e uma maior participação da terceira idade na composição da pirâmide populacional se associam ao desenvolvimento de novas

tecnologias e medicamentos que buscam ajudar a população no tratamento das enfermidades associadas ao envelhecimento, a combater a maior incidência de enfermidades não transmissíveis e também a existência das chamadas “novas enfermidades”.

Estas novas enfermidades, por sua vez, são produtos, especialmente, de mudanças no comportamento dos indivíduos; encontramos, entre eles, problemas associados à alimentação, aos vícios (tabaquismo, alcoolismo, dependência de drogas) e também doenças ligadas à poluição, aos maus-tratos ao meio ambiente, etc.

A incidência relativa dessas novas enfermidades em comparação ao total vem aumentando e representa um desafio novo, não apenas ao sistema de saúde, mas também aos critérios a partir dos quais se formam os recursos humanos relacionados à saúde pública. O sistema de saúde encontra nestas novas patologias demandas adicionais às que enfrentava anteriormente, e para o qual não necessariamente o sistema formal de educação oferece ferramentas para o enfrentamento.

A literatura sobre esses temas permite observar como esses fenômenos se incorporam às demandas sociais para serem incluídas na organização de programas e nos planos de cobertura dos sistemas de saúde.

O envelhecimento da população é um tema de abrangência mundial, que afeta (ou logo afetará) virtualmente todos os países do mundo. Mudanças na pirâmide populacional são impulsionadas, em primeiro lugar, pela queda nas taxas de natalidade e mortalidade infantil, o que caracteriza a transição epidemiológica e leva a um aumento do número de crianças como percentual da população total (Lee, Mason e Cotlear, 2010).

Com o tempo, esse processo – acompanhado de subseqüentes quedas nas taxas de natalidade – aumenta a proporção de adultos em idade avançada no total. O processo é reforçado pela melhoria da qualidade de vida e pelo aumento na taxa de sobrevivência que desloca a expectativa de vida.

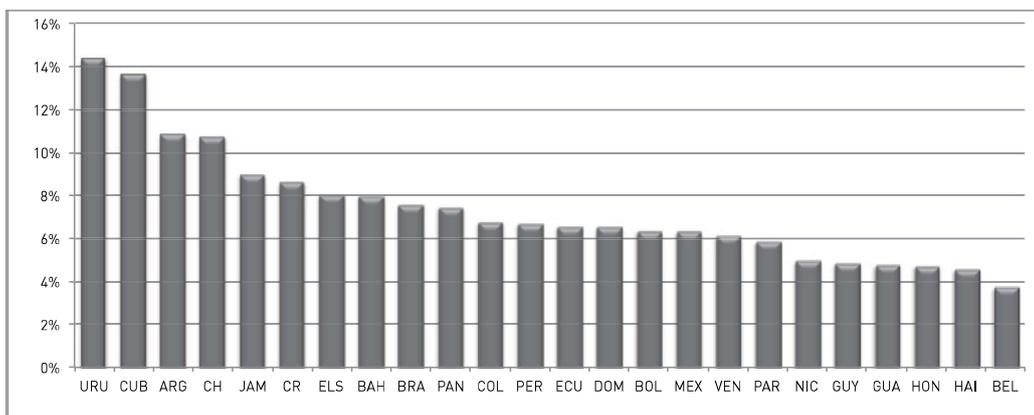
Nos países em desenvolvimento, 42% das mortes de adultos acontecem depois dos 60 anos, enquanto nos países desenvolvidos, esse percentual sobe a 78%. Em termos mundiais, as pessoas de 60 anos têm 55% de possibilidades de morrer antes de chegar aos 80. Quanto às idades mais avançadas, as variações regionais quanto ao risco de morte são menos acentuadas e oscilam entre 40% (na maioria dos países desenvolvidos da Europa ocidental), 60% (na maioria das regiões em desenvolvimento) e 70% (no continente africano).

Os dados históricos sobre países como a Austrália ou a Suécia mostram uma lenta evolução da expectativa de vida restante aos 60 anos durante as primeiras seis ou sete décadas do século 20, seguida de um aumento substancial a partir de 1970, aproximadamente. No Japão, a expectativa de vida restante aos 60 anos aumenta para 25 anos. A partir de 1990, alguns países da Europa oriental, como a Hungria ou a Polônia, começaram a experimentar melhorias similares quanto a mortalidade das pessoas de idade avançada enquanto outros, como a Federação Russa, não tiveram a mesma sorte e têm registrado tendências de piora nessas taxas.

As principais causas que incidem sobre os números de mortalidade e morbidade de pessoas de idade avançada não têm variado significativamente ao longo da última década” (oms, 2003).

Na América Latina, o volume da população de mais de 65 anos sobre o total nacional vem aumentando drasticamente durante os últimos 30 anos (entre 1984 e 2014). De acordo com dados do Banco Mundial, a média regional mostra um aumento de 149% (com extremos de 250%) na Costa Rica, e menos de 15% na Guiana. Essa mesma fonte revela que, em 2014, quatro países (Uruguai, Cuba, Argentina e Chile) têm mais de 10% de sua população com 65 anos ou mais, com um limite inferior em Belize, com menos de 4% (gráfico 3.2).

GRÁFICO 3.2 AMÉRICA LATINA
PERCENTUAL DE ADULTOS COM MAIS DE 65 ANOS DE IDADE NO TOTAL DA POPULAÇÃO



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do Banco Mundial, World Development Indicators (2014).

Entre 1950 e 2005, a expectativa de vida em nações desenvolvidas aumentou em 11 anos; esse crescimento foi maior em países de renda mais baixa (chegou a 19,5 anos). De acordo com Lee, Mason e Cotlear, o aumento na população em idade ativa (entre 25 e 59 anos) foi o elemento demográfico predominante entre 1975 e 2015. A partir de então, a previsão é de que haja um crescimento sem precedentes entre a população com mais de 60 anos.

O trabalho citado apresenta uma questão crucial nas nações em desenvolvimento: os países ficam velhos antes de ficarem ricos? O argumento desse conflito é que nações com percentuais da população em idade avançada contam com menos capacidades para gerar riqueza e, ao contrário, demandam mais recursos para atender a um grupo etário que normalmente demanda muito dos serviços de saúde.

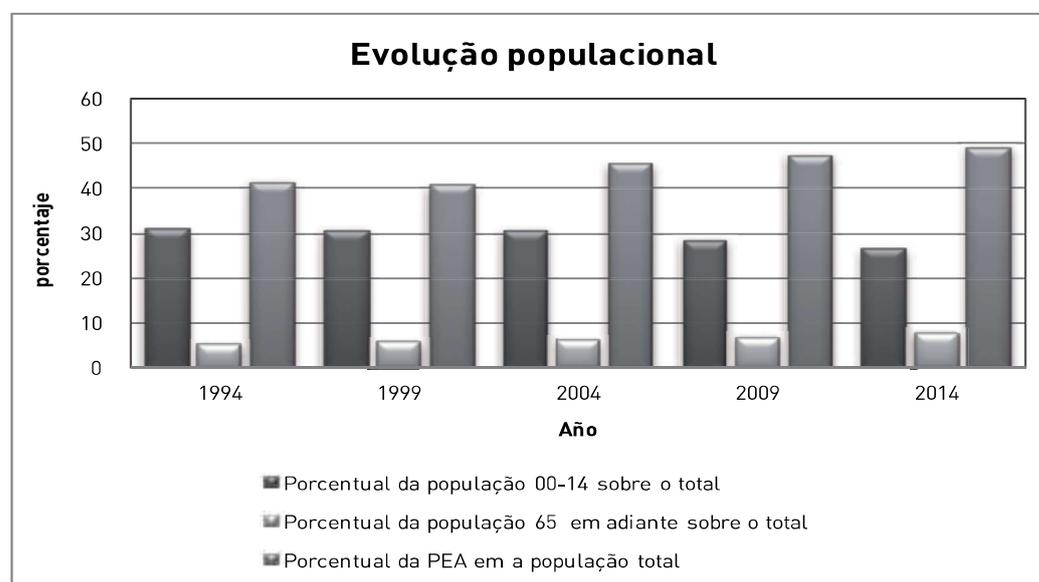
Com razão, o problema não apenas tem a ver com temas relacionados à renda, mas com a construção de instituições que se mostrem sustentáveis na garantia da proteção social a sua população e com uma estrutura adequada de administração do risco na saúde, planejando transferências de renda entre populações com menos necessidades relativas a outras com maiores déficits de saúde.

Além de contar com argumentos que atenuem a linha apresentada no parágrafo anterior, a partir de evidências relacionadas à produtividade dos idosos na economia familiar (como facilitadores das tarefas domésticas, no cuidado dos netos,) ou social (com o conhecimento e a experiência transferidos a problemáticas cotidianas), a necessidade de contar com um sistema de proteção social com capacidade real de resposta é crítico, principalmente em sociedades jovens.

O gráfico 3 ilustra o processo de transição demográfica observado na região ao longo dos últimos 20 anos. Ela foi elaborada a partir de informações disponibilizadas pelo Banco Mundial, e inclui a população dos países da região em três subgrupos: população economicamente ativa (PEA), crianças menores de 14 e idosos com mais de 65 anos.

Observa-se claramente que o chamado “bônus demográfico” tem um impacto positivo no aumento da força de trabalho, mesmo que isso ocorra entre episódios de queda de aproximadamente 28% entre períodos extremos do número de jovens com menos de 14 anos, o que põe em risco o espaço de proteção financeira no futuro. Paralelamente, a incidência de população com mais de 65 anos tem aumentado, com um impacto especificamente menos significativo (mas constante ao longo do tempo) como foi mencionado em alguns parágrafos anteriores.

GRÁFICO 3.3 EVOLUÇÃO POPULACIONAL NA AMÉRICA LATINA 1994-2014
(POR GRUPO DE IDADE)



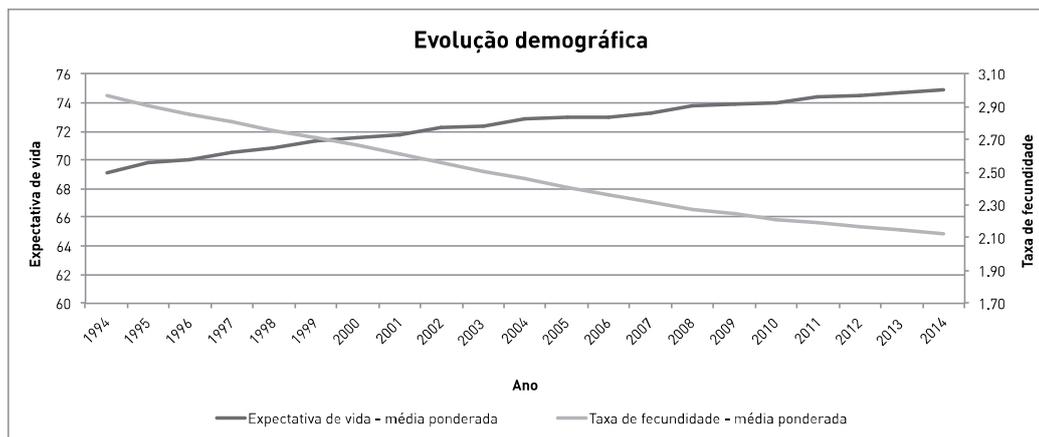
Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do Banco Mundial, World Development Indicators.

O aumento do gasto em saúde e seguridade social, associado ao envelhecimento da população, tem dois componentes diferentes. O primeiro está ligado à existência de uma maior proporção de população de idade avançada. Assim, os fundos totais arrecadados por um sistema de saúde se reduzem, enquanto aumenta a demanda por

serviços. O segundo componente tem origem na possibilidade de mudar a expectativa de vida, o que é causado tanto por comportamentos e ambientes mais saudáveis, como pelo desenvolvimento de tecnologias e medicamentos que requerem maiores orçamentos e melhores gerenciamentos de fundos em níveis setoriais.

O gráfico 3.4 mostra esse fenômeno na região latino-americana. Entre o ano de 1994 e o de 2014, a taxa de fecundidade caiu de 3 filhos por mulher em idade fértil a 2,15, na média ponderada da região, o que equivale a 30% total de redução em apenas 20 anos. Paralelamente, a expectativa de vida ao nascer, também pela soma ponderada na América Latina e no Caribe, aumentou seis anos ao longo do mesmo período, passando de 69 a 75, na média regional.

GRÁFICO 3.4 AMÉRICA LATINA
INDICADORES DE EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA 1994-2014
(EM MÉDIAS PONDERADAS)



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do Banco Mundial, World Development Indicators.

A literatura sobre gastos financeiramente catastróficos apoia esta necessidade de resposta institucional. Famílias cujos membros se aproximam da idade de aposentadoria devem planejar estratégias econômicas para se protegerem de emergências de saúde frente a instituições frágeis, em muitos casos agravadas quando, em algumas sociedades, as mulheres vivem mais que seus maridos e não contam com aposentadorias ou pensões.

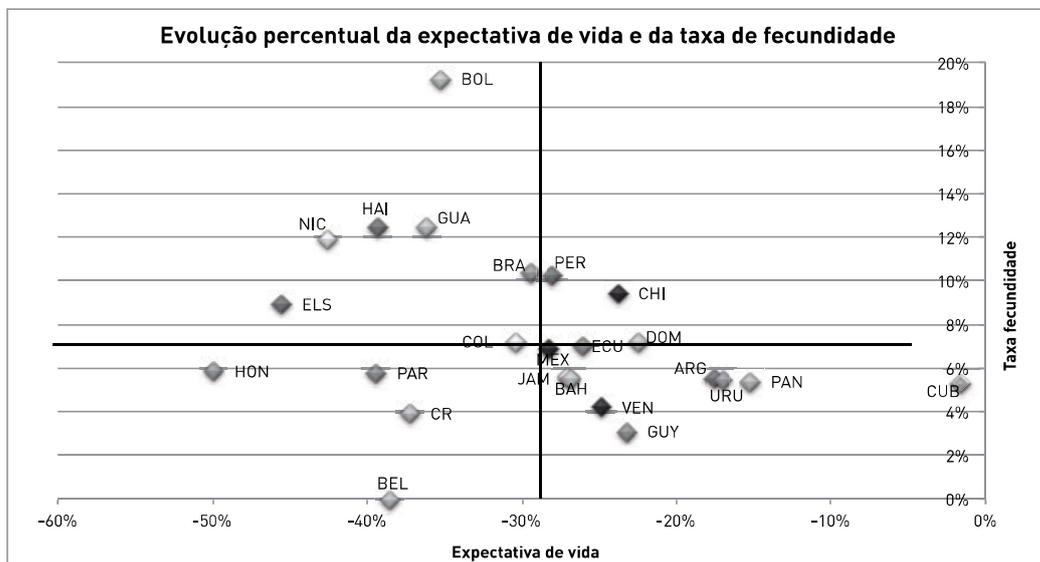
Ainda assim, as estruturas existentes serão desafiadas constantemente na medida em que as taxas de natalidade sejam menores e a expectativa de vida aumente. Os mesmos serviços prestados atualmente deverão ser garantidos para um número maior de indivíduos, o que aumenta o risco financeiro das instituições existentes e, conseqüentemente, aumenta o perigo de transferir tais riscos às famílias. Nesses casos, a capacidade de resolução se desloca das instituições sociais às familiares, impactando na equidade do conjunto, reduzindo a possibilidade de economizar das famílias com maiores rendas e economias, deslocando a pobreza a outros lares. Para além desse argumento, a temática do envelhecimento mostra também a ne-

cessidade de se analisar o fenômeno da qualidade de vida e sua relação com a qualidade dos serviços de saúde.

O gráfico 3.5 estabelece, além disso, que as condições demográficas na região estão longe de ser homogêneas, quando se comparam a evolução dos indicadores mencionados de expectativa de vida e de fecundidade entre países no período 1994-2014. Observa-se uma correlação negativa entre ambas as variáveis: nações com uma maior redução da taxa de fecundidade têm aumentos superiores à média na expectativa de vida ao nascer.

O quadrante sudeste abriga aqueles países onde a população torna-se relativamente mais idosa, superando a média regional de aumento da expectativa de vida, ao mesmo tempo em que reduz, em proporções maiores que a média, a taxa de fecundidade. Alguns dos países de maior desenvolvimento econômico regional estão nesse espaço (Argentina, Bahamas, México, Uruguai, Panamá), mesmo que possam ser identificados outros mais atrasados quanto a produção per capita anual (Equador, República Dominicana, Guiana). Na parte oposta do vértice estão as nações relativamente mais jovens, que em geral estão abaixo da média latino-americana em seus produtos internos brutos per capita (Bolívia, Nicarágua, Guatemala, Haiti).

GRÁFICO 3.5 AMÉRICA LATINA
QUADRANTES DE EXPECTATIVA DE VIDA E TAXA DE FECUNDIDADE



Fonte: Elaboração própria a partir da base de dados do Banco Mundial, World Development Indicators (1994-2014).

Segundo revisões feitas a teorias da literatura científica internacional, a qualidade de vida relacionada à saúde de adultos em idade avançada tem sido estudada usando medidas de resultado e estatísticas correspondentes à morbi-mortalidade e à

expectativa de vida. No entanto, desconhecem-se outros aspectos responsáveis por esta última, como a percepção sobre sua saúde, o conhecimento das redes de apoio social, a proteção social e os serviços de saúde.

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida dentro do contexto cultural e o sistema de valores em que ele vive e com respeito a suas metas, expectativas, normas e preocupações. A qualidade de vida resulta de uma combinação de fatores objetivos e subjetivos, nos quais o aspecto objetivo depende do indivíduo e das circunstâncias externas estrutura socioeconômica, sociopsicológica, cultural e política que interagem com ele (Botero de Mejía e Pico Merchán, 2007). Particularmente, em adultos em idade avançada aplica-se a relação estreita entre anos de vida saudável e expectativa de vida; no entanto, pode-se expressar como a relação entre qualidade e deficiência.

Diversos autores vêm pesquisando os fatores da vida que são considerados importantes para a qualidade de vida das pessoas de idade, tendo encontrado, como variáveis mais significativas: as relações familiares e apoios sociais, a saúde geral, o estado funcional e a disponibilidade econômica. Apesar do componente subjetivo na avaliação de cada determinante, ter uma boa saúde e que seu cuidado não envolva gastos empobrecedores estão, necessariamente, entre as prioridades de qualquer indivíduo.

De acordo com Botero de Mejía et al. (2007), o estudo da qualidade de vida aplicada à terceira idade deve incluir aspectos como o estado funcional e de saúde, e a determinação de fatores de risco, entendendo por saúde funcional a percepção de limitações físicas, psicológicas, sociais e de diminuição de oportunidades devido a enfermidades e tratamentos. Com base nesses elementos, é necessário, tanto desde a autoridade de saúde como desde as instituições de seguridade social, planejar programas preventivos, de serviços sociais e de saúde, que tenham como grupo objetivo toda a população, não apenas o grupo de adultos em idade avançada.

Mesmo que a essência do conceito de “qualidade de vida” resida em reconhecer que a percepção das pessoas sobre seu estado de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual depende em grande parte de seus próprios valores e crenças, seu contexto cultural e história pessoal, existe uma responsabilidade institucional e social em valorizar e facilitar sua conquista. Sobre esse tema, a OMS definiu uma postura pioneira al incorporar o bem-estar físico, psíquico e social (e não meramente a ausência de doença) em sua definição clássica.

Para o caso particular da América Latina (Todd Jewel, Rossi e Triunfo, 2007), usando enquetes feitas em casas de família de cinco países da região, analisa o estado da saúde de pessoas com mais de 60 anos. Um estilo de vida ativo, mais educação e, particularmente, o estado nutricional constituem, de acordo com o estudo, os determinantes mais significativos na autopercepção da saúde. Esses elementos, como é possível presumir, estão altamente correlacionados com o nível de renda, que não apenas afetam indiretamente a percepção da saúde, mas também a qualidade de vida e indicadores tradicionais como a expectativa de vida ao nascer.

Referindo-se a um dos estudos fundacionais da economia da saúde, de Grossman (1972), a redução na depreciação do capital da saúde e o aumento da produtividade agem diretamente sobre o estado de saúde. Assim, a concepção de políticas de saúde pública para a terceira idade necessariamente deve contar com intervenções que minimizem as desigualdades entre grupos de renda diferente e favoreçam condutas de prevenção, nutrição adequada e exercício, minimizando os custos de manutenção de uma qualidade de vida adequada e aumentando a probabilidade de contar com um bom estado de saúde.

Outra questão além do fator econômico é que a medida em que a população envelhece, aumenta a ocorrência de doenças crônicas e que levam à invalidez. Em geral, as doenças diagnosticadas nos adultos em idade avançada não têm cura e, se não são tratadas de forma adequada e no tempo certo, tendem a ter complicações e sequelas que dificultam a independência e a autonomia das pessoas. Apesar de que a maioria das pessoas de idade avançada com enfermidades não transmissíveis mantém suas capacidades funcionais, o grau de invalidez aumenta com a idade. Em geral, a depressão, a artrose, as isquemias cardíacas e as fraturas da bacia são responsáveis pelo maior número de casos de invalidez física em pessoas de idade avançada que não estão internadas em instituições de cuidado (Menéndez et al., 2005, para um estudo em cidades latino-americanas). A ocorrência elevada destas condições em adultos em idade avançada é um importante desafio para as seguradoras de serviços de saúde, já que elevam os custos do setor, aumentam os índices de invalidez e afetam negativamente a qualidade de vida.

Na mesma linha do argumento apresentado sobre percepção de qualidade e renda, em cidades de renda média e alta, como Buenos Aires e Montevideu, Menéndez et al. (2005) revelou que mais da terça parte dos entrevistados consideravam que não tinham uma boa saúde. Isso reforça a necessidade de avançar em políticas que definam metas de qualidade objetivas e passíveis de medição, para convergir a uma estratégia efetiva de atendimento, especialmente para os idosos. Estas descobertas vão no mesmo caminho das resumidas por Peláez (2005) com base em outros estudos anteriores.

A quantidade total de doenças que causam invalidez e não resultam em morte tem em sua maioria um grupo relativamente pequeno de causas. Em todas as regiões, os transtornos neuropsiquiátricos, principalmente a depressão, são a maior causa de invalidez. O volume de casos de invalidez associada a eles é praticamente a mesma para homens e mulheres, mesmo que o volume que pode ser atribuído à depressão seja 50% mais alto para as mulheres que para os homens; isso também é observado nas síndromes de ansiedade, na enxaqueca e na demência senil.

Por outro lado, o volume que pode ser atribuído aos transtornos associados ao abuso de álcool e de drogas é quase seis vezes superior nos homens que nas mulheres e representa um quarto do volume de morbidade masculina causada por transtornos neuropsiquiátricos (OMS, 2003).

Finalmente, e seguindo a linha apresentada, a Reunião de Governos e Especialistas em Envelhecimento nos Países da América do Sul, realizada em Buenos Aires em

novembro de 2005, foi concluída com preocupações mais significativas: a necessidade de aumentar a visibilidade da população de idade avançada na agenda pública e nos meios de comunicação, de ampliar os grupos de interesse associados à defesa dos idosos e de fortalecer as áreas de governo e os orçamentos das áreas dedicadas a melhorar as condições de vida dos idosos.

Como uma das conclusões mais relevantes, especialmente no caso argentino, está a de articular as políticas voltadas para os idosos entre o governo, as organizações não governamentais, sociedades científicas e o setor empresarial. Uma vez que a organização, o financiamento e a prestação de serviços de saúde conformam uma instituição de ação coletiva, com ampla participação multissetorial, é bastante significativo o chamado a uma responsabilidade compartilhada, sob um marco regulatório e de direitos que tenha origem na autoridade pública.

4. Estudo comparativo dos sistemas latino-americanos privados de fundos de pensões

Diferentemente do que se acreditava há alguns anos, a análise dos sistemas de pensões é um tanto complexa, devido às mudanças ocorridas durante os últimos trinta anos. Elas se relacionam principalmente com três elementos:

- A separação, em vários países da região, das funções exercidas pelas tradicionais instituições de seguridade social: serviços de saúde e sistema de pensões contributivas.
- A entrada no sistema de pensões contributivas de novos atores privados, as Administradoras de Fundos de Pensões (AFPS), que trabalham com seguros, gestão e prestação de serviços relacionados à aposentadoria diferenciados daqueles proporcionados pelas instituições de seguridade social.
- O surgimento de programas sociais de pensões não contributivas, voltadas a complementar os serviços de aposentadoria existentes, ampliando a população sob responsabilidade do sistema de proteção social como um todo.

Cada um destes elementos conta com particularidades que devem ser levadas em conta e não ocorreram de forma homogênea ao longo da geografia latino-americana.

Em primeiro lugar, a divisão institucional das funções de saúde e pensões corresponde a um movimento de separação horizontal de funções, o que aconteceu em paralelo a um processo de negociação sobre a distribuição de ativos junto a responsabilidades que, durante anos, vinham sendo tratadas por uma mesma administração.

Em segundo lugar, o modelo tradicional e público de seguro social gerido por instituições governamentais se vê desafiado a compartilhar um espaço de serviços administrado desde a perspectiva privada. Dependendo do país, isso teve como resultado não apenas o surgimento de um mercado competitivo (com esquemas de

diferenciação horizontal e vertical de produto), mas também a possibilidade de segmentar mercados com base em níveis de renda, com consequências em termos de equidade.

Além disso, e desde a visão de eficiência de destinação de recursos, a presença de múltiplos competidores em uma indústria de serviços demanda um esforço regulatório caracterizado por facilitar a presença de economias de escala frente a custos decrescentes. Diferentes países estruturaram diversas estratégias de abordagem ao tema, priorizando em alguns casos aumentar a cobertura, facilitar o desenvolvimento de mercados de crédito emergentes a partir da disponibilidade de fundos, ou incorporar novos mecanismos de recolhimento de recursos em função das diferentes capacidades de contribuição existentes.

Em terceiro lugar, a ampliação da estratégia de cobertura social a espaços não contributivos levou à redefinição do esquema previdenciário original, no qual novas populações com diferentes perfis de renda e de necessidades foram incluídas. Associa-se a isso uma nova construção de proteção social que inclui a original, mas que avança sobre espaços de recolhimento e uso de fundos mais variados, que não estão isentos de riscos financeiros e de distribuição. A imagem 4.1 apresenta um resumo desta trajetória, seus benefícios (+), riscos (-) e desafios (?).

IMAGEM 4.1 EXPANSÃO DA ESTRUTURA DE PROTEÇÃO SOCIAL EM PENSÕES NA AMÉRICA LATINA: VANTAGENS, RISCOS E DESAFIOS

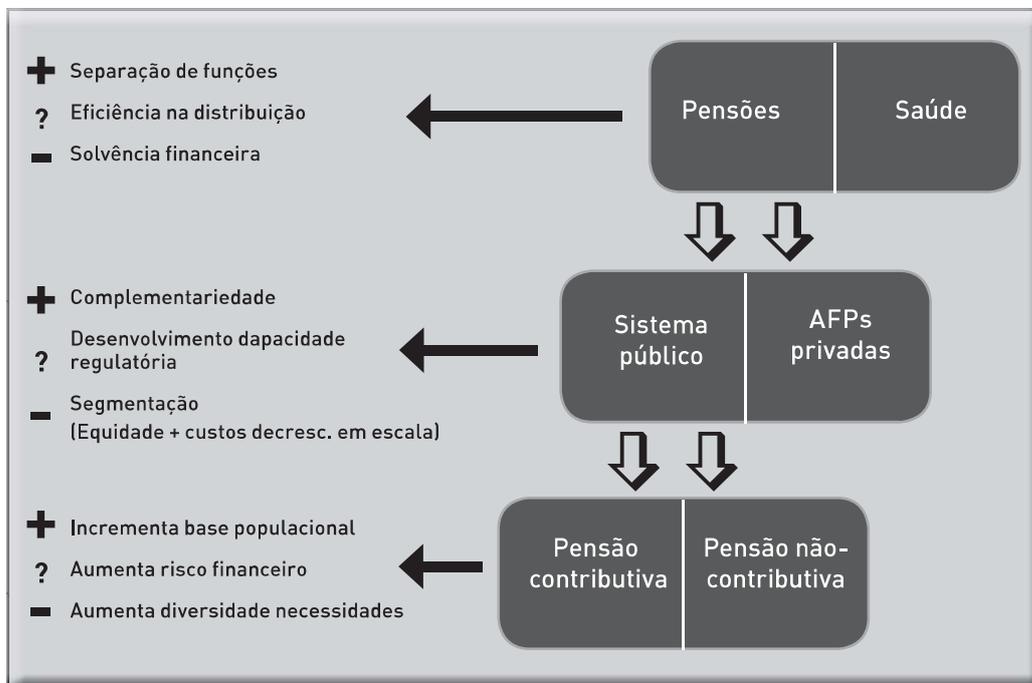
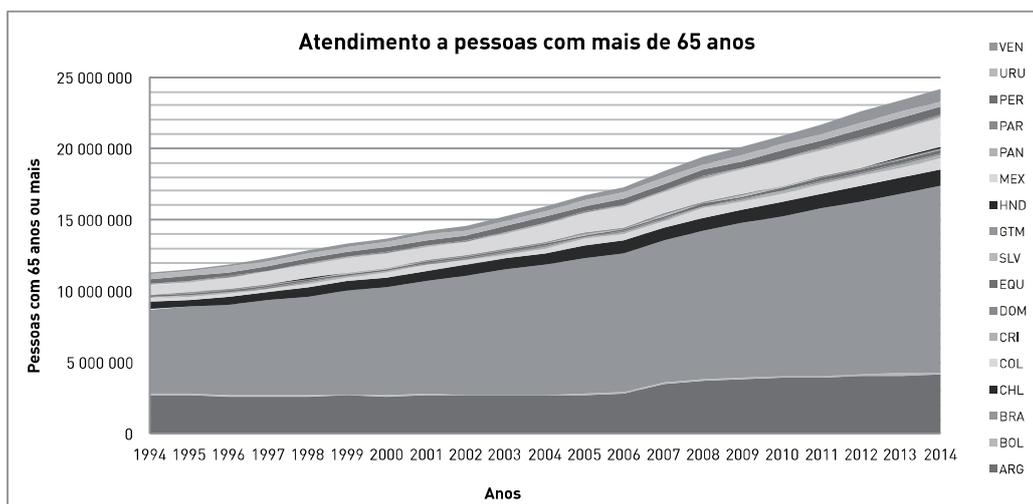


GRÁFICO 4.1 EVOLUÇÃO DA COBERTURA A PESSOAS COM MAIS DE 65 ANOS, AMÉRICA LATINA, 1994-2014



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BID (<https://data.iadb.org>).

Como produto disso, a população latino-americana coberta por sistemas previdenciários durante os últimos anos se multiplicou aproximadamente duas vezes e meia, também influenciados pela evolução demográfica discutida previamente. Participam dela essencialmente o Brasil, com aproximadamente a metade das pessoas com mais de 65 anos com cobertura, seguido pela Argentina, pelo México, pelo Chile e pela Colômbia.

Propõe-se utilizar o esquema de funções e atores apresentado por Maceira (2010) para o setor da saúde, aplicado no caso em análise. Nesta oportunidade, a dimensão horizontal é composta por três subsistemas: o público (em sua dupla função de garantia de pensões contributivas, por meio dos institutos nacionais de seguridade social e da administração de recursos para a cobertura de pensões não contributivas) e o mercado privado de administradoras de fundos de pensões.

A dimensão vertical mostra as funções que devem ser exercidas pelo setor de apostadorias e pensões, que são:

- O financiamento do sistema previdenciário, originalmente baseado em contribuições patronais e contribuições salariais de quem tem emprego formal, o que evolui a recursos complementares de tesouros estatais.
- A garantia do novo modelo, como função central do esquema de previsão social, deve identificar uma maior diversidade de fundos a serem administrados, com o estabelecimento de mecanismos de contribuição, a definição de prêmios e direitos, os modelos de capitalização e uso de fundos e as alternativas de distribuição de pensões com opções muito mais diversas. Isso inclui a concepção de esquemas de elegibilidade e sua dinâmica ao longo do tempo.

- A gestão de fundos é segmentada em um modelo misto, cujos atores são os institutos de seguridade social, a autoridade encarregada de administrar os recursos destinados a pensões não contributivas e as companhias privadas de AFPS.
- Essas mesmas instituições públicas e privadas são as encarregadas da aplicação dos recursos arrecadados e do cálculo de juros no setor privado e da gestão e controle de fundos públicos no setor estatal. Em ambos casos, a prestação de serviços relacionados à aposentadoria envolve a elaboração de pautas de distribuição e controle, ocasionalmente associadas com a subcontratação de entidades bancárias.

Na mesma linha do esquema mencionado, a tabela 4.1 mostra, em um grupo selecionado de países, os eixos básicos do esquema de seguro. A primeira coluna mostra o percentual da população-alvo (com idade maior ou igual a 65 anos, como regra geral) frente a população economicamente ativa. As colunas seguintes refletem a cobertura efetiva por pensões contributivas, o nível de contribuintes frente à população ocupada – coluna que apresenta a ordem da tabela – e a participação do esquema de pensões por sistema de capitalização dos dependentes de AFPS, caso existam.

TABELA 4.1 AMÉRICA LATINA
SEGURO NO SISTEMA DE PENSÕES (CIRCA 2014)

Países	População >=65/PEA (*)	>= 65 anos com pensão contributiva (%) (**)	Adultos ocupados cotizantes (% de população ocupada) (**)	% filiados que contribuem a AFPS (***)
Costa Rica	23,77	48,3	72,64%	63,10%
Chile	13,01	60,7	71,08%	55,30%
Brasil	14,19	83,9	63,78%	
Argentina	21,72	90,0	51,41%	
Equador	13,3	22,9	46,33%	
República Dominicana	17,65	14,7	38,23%	47%
Colômbia	13,46	23,6	36,70%	43,40%
México	17,74	25,9	32,54%	30,10%
El Salvador	11,17	13,2	31,39%	25,4%
Bolívia	11,22	21,4	22,29%	
Peru	12,18	28,2	21,71%	43,90%
Nicarágua	14,38	21,2	18,57%	
Guatemala	27,78	15,2		

Nota: No Peru e na Colômbia coexistem o sistema de capitalização individual e o de contribuição obrigatória ou prima média escalonada. A informação dada corresponde ao sistema de capitalização individual.

Fontes: (*) Banco Mundial; (**) BID; (***) AIO5.

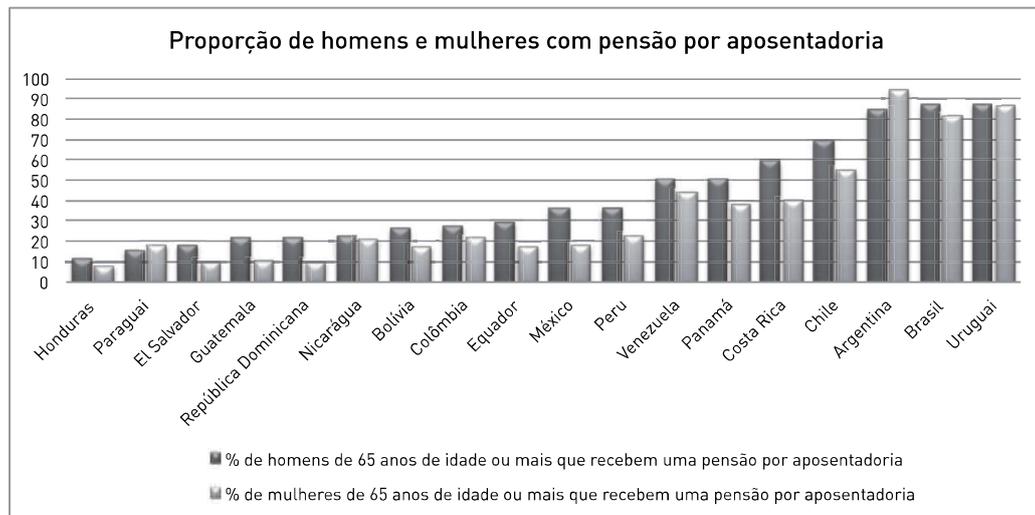
A faixa de população-alvo é variada; se estende desde 23,77% ou 21,72% na Costa Rica e Argentina, respectivamente, até chegar a 11% em El Salvador e na Bolívia. A informação do Banco Interamericano de Desenvolvimento mostra, no entanto, que do total da população-alvo, a média que tem acesso a pensões contributivas é de

36% nos 13 países estudados, com extremos superiores a 80% na Argentina e no Brasil, e inferiores a 15% na República Dominicana e em El Salvador.

A incidência de adultos contribuintes ao sistema de pensões também mostra a diversidade regional, com uma diferença de 4 a 1, aproximadamente, entre Uruguai e Nicarágua – os extremos da escala. Por fim, a presença de AFPS completa o mapa da dispersão latino-americana, com seis nações acima dos 30% de participação nesses mecanismos de administração de fundos.

O gráfico 4.2 complementa o esquema de seguro regional; mostra as diferenças de cobertura de sistemas de pensões contributivas, tanto para homens quanto para mulheres. Honduras, Paraguai e El Salvador mostram percentuais menores que 20% em sua cobertura masculina, enquanto o Uruguai, o Brasil e a Argentina superam os 80%. A situação é mais desafiante no caso de pensões a cidadãos da região: as mulheres não alcançam nem uma taxa de proteção de 20% em oito dos dezoito países.

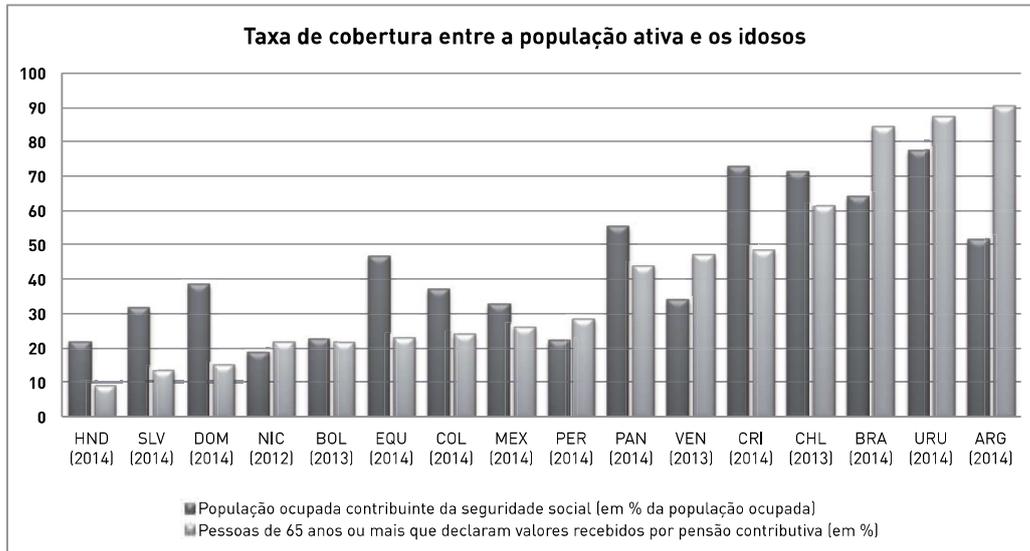
GRÁFICO 4.2 PROPORÇÃO DE HOMENS E MULHERES COM PENSÃO POR APOSENTADORIA 2014



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BID (<https://data.iadb.org>), 2014 – à exceção do Chile e da Venezuela (2013) e da Nicarágua (2012).

Em termos de contribuintes e beneficiários de pensões, a região mostra uma visível diferença associada à renda no segundo caso; o México é um caso em particular, com uma cobertura menor que a esperada. Em termos de pessoas com ocupação contribuintes, os dados apresentam uma maior variabilidade: a Argentina mostra uma incidência relativamente mais baixa que poderia ser associada a seu grau de desenvolvimento econômico, provavelmente referente a seu regime de impostos, enquanto nações como Equador, República Dominicana e El Salvador superam países como o Peru, a Colômbia ou o México (gráfico 4.3).

GRÁFICO 4.3 CONTRIBUINTES E RECEPTORES DE PENSÕES (EM % DO TOTAL)



Fonte: Elaboração própria com base em informações do BID (<https://data.iadb.org>).

O modelo de financiamento das estruturas de pensões dos 14 países apresentados na Tabela 4.2 apresenta três regimes de financiamento diferenciados; em seis deles há principalmente esquemas de contribuição obrigatória, em três operam as opções de capitalização individual, e os outros cinco países apresentam modelos mistos.

Mas a tabela 4.2 não apenas resume essas tendências, como também apresenta dois fatores regulatórios a mais que qualificam os modelos de financiamento: a quantidade de anos de contribuição e a idade determinada para a aposentadoria. No primeiro caso, a variação é ampla: oscila entre os 25-30 anos em nove casos, até os 15-18 anos na Nicarágua e na Guatemala, respectivamente. Por outro lado, a idade de aposentadoria aproxima-se dos 60/65 anos dependendo se se aplica a homens ou a mulheres, com apenas um caso (a Bolívia) onde esse limite é marginalmente inferior.

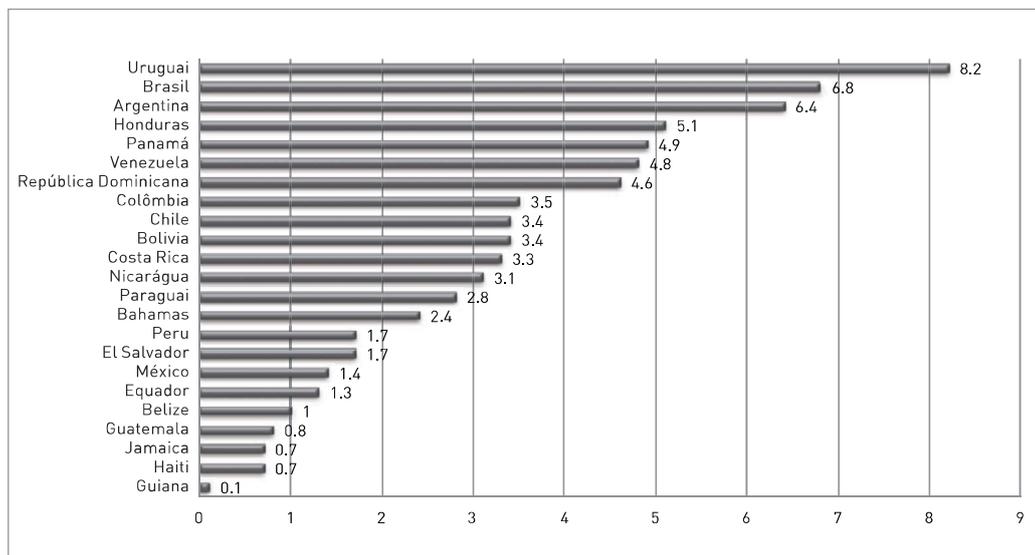
Por fim, a última coluna mostra a participação pública no sistema de pensões, como percentual do Produto Interno Bruto. Esse indicador, que determina a ordem dos países na tabela, mostra uma diferença de 6,3 vezes entre o Uruguai, com 8,2% de seu PIB no setor de aposentadorias e o Equador, com 1,3%. É importante notar que o regime de financiamento não necessariamente está vinculado a um nível específico de desenvolvimento econômico, nem a um plano de Estado de gasto especialmente alto ou baixo. O gráfico 4.4 ordena todos os países latino-americanos com base a esta última regra de gasto público setorial, mostrando que a dispersão aumenta com o tamanho da mostra.

**TABELA 4.2 AMÉRICA LATINA
FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE PENSÕES**

Países	Regime financiamento	Anos de contribuição	Idade de aposentadoria (homem/mulher)	Gasto público em pensões (% del PIB)
Argentina	Contribuição obrigatória	30	65/60	6,40%
Brasil	Contribuição obrigatória	35 (homens) 30 (mulheres)	65/60	6,80%
Guatemala	Contribuição obrigatória	18	60	0,80%
Bolívia	Contribuição obrigatória	..	58	3,40%
Nicarágua	Contribuição obrigatória	15	60	3,10%
Equador	Contribuição obrigatória	25	60	1,30%
Uruguai	Misto	30	60	8,20%
Colômbia	Misto	25	62/57	3,50%
Costa Rica	Misto	25	65/60	3,30%
Peru	Misto	20	65	1,70%
México	Misto	24	65	1,40%
República Dominicana	Capitalização individual	30	60	4,60%
Chile	Capitalização individual	..	65/60	3,40%
El Salvador	Capitalização individual	25	60/55	1,70%

Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), BM e BID (2015).

**GRÁFICO 4.4 GASTO PÚBLICO EM PENSÕES COMO PERCENTUAL DO PIB
2010**



Fonte: Elaboração própria a partir de OCDE, BM y BID (2015) (ano 2010).

Do total de países da região, aproximadamente a metade conta com sistemas privados baseados parcialmente na gestão de fundos de capitalização individual em mãos de empresas privadas (AFPS). No entanto, tanto a incidência delas no sistema de pensões quanto o número de concorrentes e sua evolução no tempo é nitidamente diferente. Isso depende, parcialmente, do marco regulatório que cada nação construiu para o funcionamento deste mercado, e também da escala populacional do país. Enquanto indústria de serviços, o mercado de AFPS funciona em uma reta decrescente em sua função de custos; sendo assim, uma ferramenta de monitoramento e controle é especialmente importante para o desenvolvimento de um modelo eficaz de pensões.

A tabela 4.3 apresenta, nas nações analisadas, a população total e sua renda per capita, corrigida em dólares internacionais (o que facilita sua comparação), seguido de quatro indicadores tradicionais dos mercados de AFPS: o número de população filiada e sua porcentagem sobre a população total, a quantidade de empresas que estão no mercado e o índice de concentração Herfindalh, construído a partir da soma dos quadrados da participação de cada AFP no mercado, multiplicados por 100.

Chile e México lideram o grupo, com PIBs per capita que superam os 12 mil dólares por pessoa, seguidos pelo Uruguai, pelo Panamá e pela Costa Rica. No extremo oposto está a Bolívia, com uma renda quatro vezes inferior ao líder do grupo.

Esse indicador, junto ao de população, deveria estabelecer algumas regras de concentração nos mercados de pensões privadas, guiadas pela estrutura da distribuição da renda e pela presença de mecanismos alternativos de cobertura (sistemas públicos, fundos alternativos).

Supõe-se que quanto maior a população, maior seria a probabilidade de encontrar mercados mais densos quanto a empresas participantes. Além disso, uma maior renda poderia estar relacionada a taxas mais altas de emprego formal e/ou adesão de voluntários aos sistemas de pensões; sendo assim, a participação deveria incrementar. Isso aumentaria o tamanho do mercado e o incentivo à entrada nele; o resultado seria um maior número de atores que ofertam o serviço e uma menor concentração.

Essas hipóteses encontram um homólogo claro no caso mexicano, uma das nações com maior renda per capita do grupo e uma população que supera em mais que o dobro ao país seguinte. Com uma participação em AFPS próxima a 40%, conta com mais de 20 empresas participantes e o indicador de concentração mais baixo do grupo. Paralelamente, o Chile, com uma renda elevada e uma população média entre o grupo, conta com um nível de participação superior a 50% e um índice de concentração que está na média regional. De forma reduzida, em função da sua baixa população, esta análise poderia também servir ao caso uruguaio.

Em contraste, as nações de menor população e história do sistema (Panamá) ou renda relativa (Bolívia) mostram maiores níveis de concentração, o que apoia a hipótese tradicional de escala e concentração.

Por fim, se sobressai a Costa Rica, com um índice de concentração claramente menor que o esperado quanto a sua escala populacional, e uma presença relativamente alta de empresas operando no mercado.

Em que medida a relação entre escala (populacional ou por renda) e concentração de mercado se mantém deve estar relacionada a dois elementos-chave: por uma parte, a escala de operações de cada empresa e seu impacto sobre a estrutura de custos e, por outra, o marco regulatório que facilita ou dificulta a entrada de empresas e a conquista de economias de escala.

TABELA 4.3 AMÉRICA LATINA
GESTÃO DE PENSÕES POR CAPITALIZAÇÃO *

País	População total (1)	PIB per capita em EPA (2)	População afiliada (3)	% de população afiliada	Nº de AFP (4)	Índice Herfindhal (5)
México	105.280.000	12.775	38.987.711	37,03	21	852
Colômbia	43.926.034	6.724	8.403.715	19,13	6	2.109
Peru	28.220.764	7.803	4.259.889	15,09	4	2.006
Chile	16.590.000	13.936	8.308.264	50,08	6	2.670
Bolívia	9.827.522	4.013	1.143.559	85,51	2	5.039
Costa Rica	4.355.308	10.300	1.720.116	39,49	8	2.144
Panamá	3.340.000	10.322	342.513	10,25	2	5.015
Uruguai	3.323.906	11.621	822.663	24,75	4	2.770

* Os dados correspondem ao ano 2007.

(1) Banco Mundial. Instituto Nacional de Estadísticas.

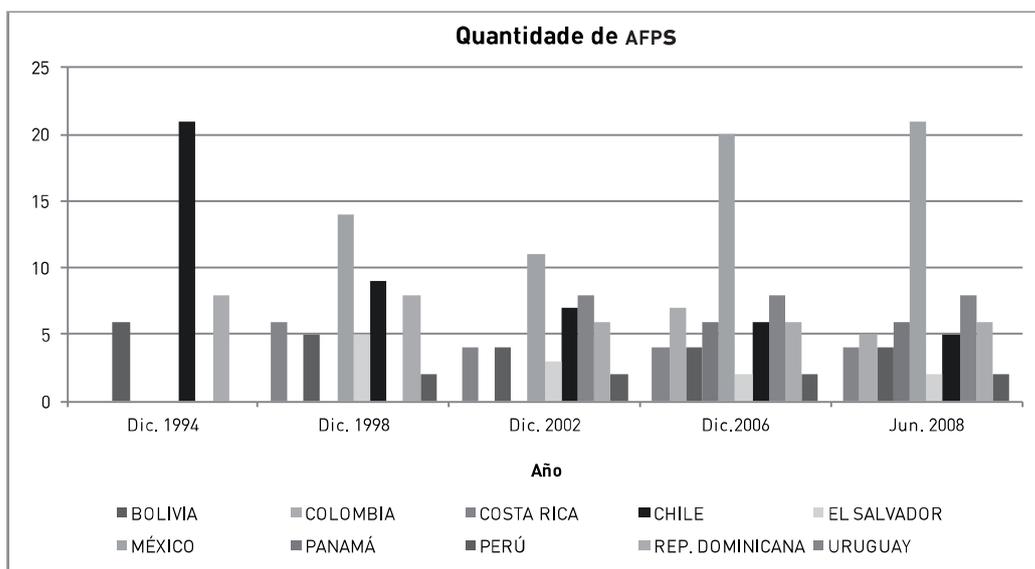
((2) Fundo Monetário Internacional.

(3) (4) (5) Elaboração própria a partir de dados de AIOS e FIAP.

Fuente: Maceira et al. (2010).

Segundo Maceira et al. (2010), observa-se que existe uma tendência geral de aumento dos gastos médios de operação por participante na maioria dos países estudados. O Chile e a Colômbia lideravam esta evolução no período 2002-2007, sendo superados em 2006 pelo Peru, que teve o maior aumento regional, fechando o período com cerca de 40 dólares por pessoa e por ano. Esses custos – de acordo com os autores – estão relacionados à capacidade de gerar concorrência dentro do mercado e seu efeito no número de atores participantes.

GRÁFICO 4.5 EVOLUÇÃO DAS AFPS POR PAÍS, 1994-2008



Fonte: Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS).

Com a exceção do caso do México, que a partir de 1995 observou um aumento no número de empresas participantes, o resto das nações com esquemas privados de pensões passou por um processo de concentração ou manutenção da estrutura original da indústria.

A Bolívia, a Costa Rica e o Panamá começaram estáveis e mantiveram sua densidade na oferta ao longo do tempo, enquanto seis países (Colômbia, Chile, El Salvador, Peru, República Dominicana e Uruguai) reduziam o número de atores; nos extremos desse dado estão El Salvador, com uma queda de 60%, e a Colômbia, com uma redução de 20%.

No Chile, entre 1981 e 1992, houve um aumento do número de empresas concorrentes; então, em 1995 iniciou-se uma redução drástica da oferta, que se manteve até 2010 (Maceira et al., 2010).

Paralelamente, isso resultou em um aumento contínuo no número de participantes do sistema privado de capitalização, com destaque para o nítido crescimento do caso colombiano e o forte impulso cobrado pelo modelo mexicano a partir de meados de 2001.

Complementando esta análise, a relação contribuinte/participante em cada um dos sistemas regionais é ampla e próxima a 55% nos casos do Uruguai, que lidera o grupo, seguido pelo Chile e pela República Dominicana. Dentro desse contingente destaca-se a Costa Rica, que sofre uma queda nessa relação até 2006, quando passa por uma intensa recuperação que a deixa, na atualidade, perto de 50%.

Em um segundo grupo de nações, com relações próximas a 40%, estão a Colômbia, o Peru e a Bolívia. Esses países mostram um aumento contínuo na taxa mencionada no período 1994–2008 enquanto o México e El Salvador mantêm, com uma leve queda, médias históricas próximas de 40%. Finalmente, e longe do resto dos sistemas, está o modelo mais recente da região, o Panamá, com relações baixas, que oscilam em torno de 10%.

Em todos os casos, porém, é patente um aumento no número de participantes frente à população economicamente ativa, liderado pelo Chile e seguido pelo México e pela Costa Rica. No primeiro caso, o percentual dos últimos anos supera os 100%, possivelmente relacionado ao fato de ser o sistema mais antigo da região, então uma proporção dos beneficiários desse sistema está recebendo os benefícios de suas contribuições durante sua etapa ativa no mercado de trabalho (Maceira et al., 2010).

No outro extremo, a tabela 4.4 apresenta o esquema de pensões não contributivas associadas à terceira idade em um grupo de doze nações da região. Na medida em que estes programas podem se sobrepor a outras iniciativas governamentais, seu grau de cobertura não necessariamente está relacionado à intensidade da política.

TABELA 4.4 AMÉRICA LATINA
PENSÕES NÃO-CONTRIBUTIVAS PARA PESSOAS DE IDADE AVANÇADA (2013)

Países	Programa	Pensões no contributivas			
		Idade	Atendimento como % de adultos em idade avançada	Transferência US\$ (mensal)	% PIB
Argentina	Programa de Pensões (Idosos)	70 +	80	373	0,02
Bolívia	Renda Dignidade	60 +	100	81	1,24
Brasil	Benefício de Prestación Continuada	65 +	12,4	378	0,31
	Previdência Rural	60 +	27,2	363	0,99
Chile	Pensão Básica Solidária a Idosos	65 +	33,4	207	0,42
Colômbia	Programa de Proteção Social ao idoso	57+	21,4	47	0,12
Costa Rica	Regime Não Contributivo de Pensões - Montante Básico	65 +	27,3	205	0,34
Equador	Pensão para idosos	65+	56,9	88	0,36
El Salvador	Nossos Maiores Direitos	60+	4,6	95	0,07
Guatemala	Programa de benefício econômico ou do idoso	65+	14,5	99	0,12
México	Pensão para idosos	65+	72,5	56	0,22
Peru	Pensão 65	65+	15,7	77	0,08
Uruguai	Pensão Não Contributiva por Idade Avançada e Invalidez	70+	24,8	368	0,62

Fonte: Banco Interamericano de Desenvolvimento <<https://data.iadb.org/>>.

No entanto, destaca-se a iniciativa *Renta Dignidad*, da Bolívia, o *Programa de Pensiones en Vejez*, da Argentina, ou a *Pensión para adultos mayores*, do México, com alcançes superiores a 70% da população alvo.

Em todo caso, as diferenças se transferem também aos gastos associados a cada política, como também sua incidência no produto interno bruto do país. O Benefício de Prestação Continuada, do Brasil, paga 378 dólares por beneficiário, enquanto o Programa colombiano de proteção social ao idoso, 47 dólares.

As implicações destes mecanismos combinados de financiamento, seguro, gestão e benefício podem ser vistas nos resultados de cobertura absoluta e relativa entre gêneros e grupos sociais com diferentes rendas. A tabela 4.5 e o gráfico 4.6 mostram isso utilizando duas metas de resultados. A primeira delas é o percentual de população de 65 anos ou mais que recebe uma pensão contributiva.

A segunda é a taxa de cobertura deste mesmo benefício entre o primeiro e o último quintis de renda. Uma taxa igual a um se refere a equidade em benefícios de previdência: independentemente do nível de renda da família ou individual, a proteção financeira do idoso é transversalmente equivalente na sociedade. À medida em que o indicador se fasta da unidade, mostra claramente tendências de distribuição. Dada a informação disponibilizada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, é possível separar esta meta entre homens e mulheres.

TABELA 4.5 AMÉRICA LATINA
COBERTURA E EQUIDADE EM PENSÕES CONTRIBUTIVAS

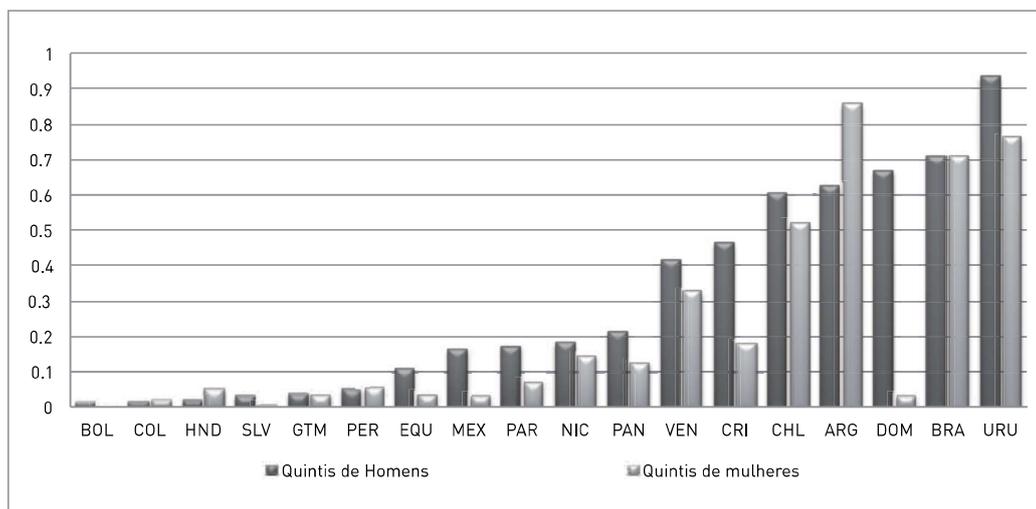
Países	Pessoas de 65 anos ou mais com pensão contributiva (%)	Desigualdade de Quintis (Q1/Q5) entre quem recebe pensão contributiva	
		Homens	Mulheres
Argentina	90,0%	0,624	0,853
Uruguai	86,7%	0,933	0,759
Brasil	83,9%	0,704	0,706
Chile	60,7%	0,602	0,518
Venezuela	46,8%	0,412	0,323
Costa Rica	48,3%	0,463	0,177
Nicarágua	21,2%	0,18	0,142
Panamá	43,7%	0,211	0,122
Paraguai	16,9%	0,168	0,068
Peru	28,2%	0,046	0,052
Honduras	9,0%	0,017	0,046
Equador	22,9%	0,105	0,035
Guatemala	15,2%	0,035	0,033
República Dominicana	14,7%	0,667	0,028
México	25,9%	0,161	0,027
Colômbia	23,6%	0,014	0,016
El Salvador	13,2%	0,031	0,002
Bolívia	21,4%	0,011	0,000

Fonte: Elaboração própria com base em dados do BID.

A exceção de Honduras, Argentina, Peru e Colômbia (nessa ordem exata), no resto dos países o grau de proteção feminina é menor que o dos homens. O Brasil mostra um equilíbrio entre os sexos, e a Bolívia, a República Dominicana, El Salvador e México são as nações mais atrasadas neste ponto.

Em termos de renda, Uruguai, Brasil, Dominicana, Argentina e Chile mostram indicadores de desigualdade masculina superiores a 0,6, determinando que a pensão contributiva de um idoso de renda mais baixa é até 40% do seu equivalente no quinto quintil. Ao contrário, na Bolívia, na Colômbia e em Honduras a desigualdade é máxima. A título de exemplo, neste último país citado, a pensão de um indivíduo do quintil mais baixo é de 2% daqueles no grupo de maiores recursos.

**GRÁFICO 4.6 EQUIDADE E APOSENTADORIAS NA AMÉRICA LATINA
DESIGUALDADE NOS QUINTIS DE HOMENS E DE MULHERES, 2014**

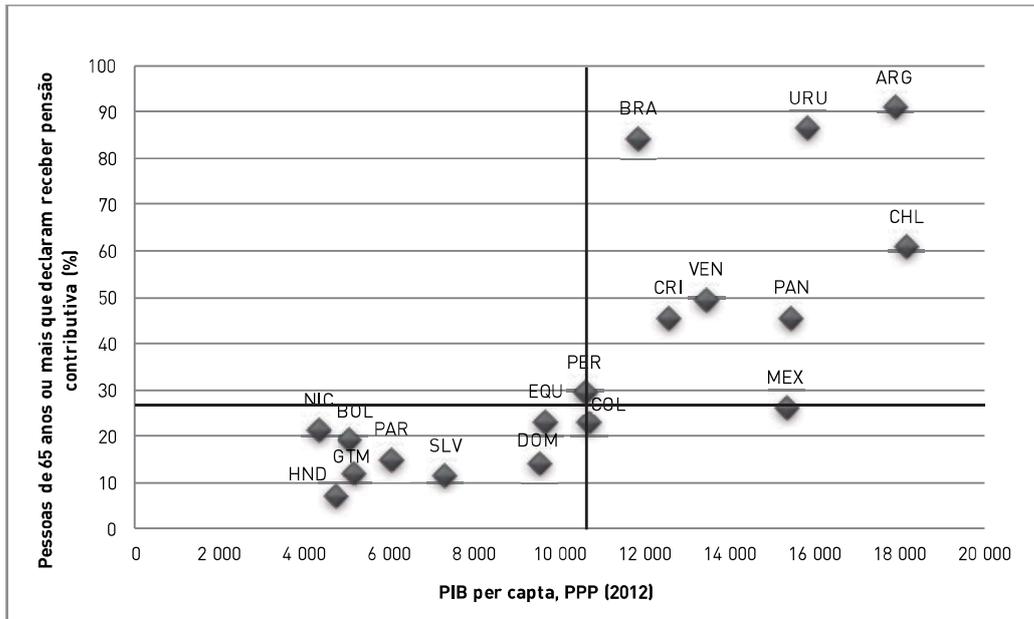


Fonte: Elaborado com base em dados do BID (<https://data.iadb.org>) do ano de 2014 – exceto Chile e Venezuela (2013) e Nicarágua (2012).

Conclui-se este capítulo com dois gráficos que mostram as relações entre cobertura e solidariedade dos sistemas de pensões da região. Elas foram construídas a partir de esquemas de quatro quadrantes, nos quais indicadores setoriais são comparados aos valores de PIB per capita de cada nação.

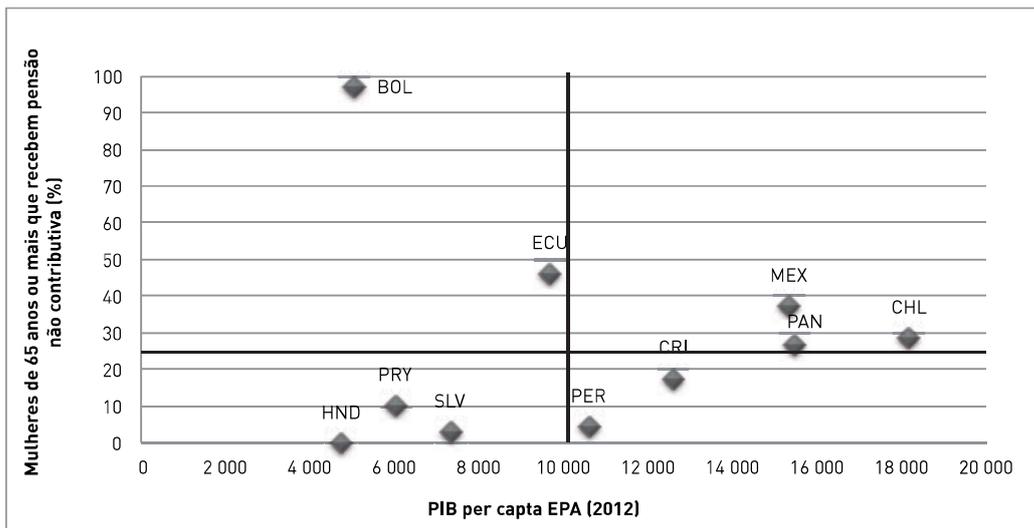
A primeira delas (gráfico 4.7) mostra uma correlação positiva entre renda e população coberta por uma pensão contributiva, enquanto a segunda (gráfico 4.8) revela a mesma linha em termos de mulheres com pensões não contributivas. A relação no primeiro indicador é especialmente intensa, na medida em todos os países se encontram no quadrante nordeste ou no sudeste, sem exceções. Em outras palavras, poderia ser observada uma certa estrutura determinística entre capacidade econômica e proteção financeira formal ao idoso. Ao contrário, a Bolívia se destaca na segunda imagem por oferecer uma renda não contributiva a mulheres acima do valor esperado (dado seu grau de desenvolvimento econômico).

GRÁFICO 4.7 AMÉRICA LATINA
RIQUEZA E POPULAÇÃO COM PENSÃO CONTRIBUTIVA



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do FMI e do BID (<https://data.iadb.org>).

GRÁFICO 4.8 AMÉRICA LATINA
RIQUEZA E MULHERES (> = 65 ANOS) COM PENSÃO NÃO CONTRIBUTIVA



Fonte: Elaboração própria com base no FMI e no BID (<https://data.iadb.org>).

5. Sistemas de cobertura

5.1. Parâmetros regionais

Em 2012, dez nações da América Latina e do Caribe tinham níveis de gasto superiores à média regional de 821 dólares EPA pessoa/ano, o que mostra, em geral, uma relação positiva entre riqueza econômica e nível de investimento em saúde. As Bahamas lideram a tabela 5.1 com 2.377 dólares por pessoa e por ano, enquanto o Brasil investe 1.109 dólares no mesmo período. Os países mais atrasados em termos de gastos anuais per capita são a Bolívia, com 305 dólares internacionais; a Guiana, com 233; e o Haiti, com 84 dólares, aproximadamente dez vezes menos que a média regional e 28,3 vezes abaixo do líder do gasto em saúde na América Latina e do Caribe.

TABELA 5.1 AMÉRICA LATINA
INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE, CIRCA 2012

Países	PIB per capita USD PPA ¹	Gasto em saúde per capta USD PPA ²	Gasto total em saúde [% PIB] ³	Gasto público em saúde [% GTS] ⁴	Gasto privado em saúde [% GTS] ⁵	Taxa de mortalida- de infantil ⁶	Imunização contra o sarampo (%)
Bahamas	33.324	2.377	7,52	46,07	29,11	13,9	90
Barbados	25.043	1.307	6,29	65,59	34,41	16,9	93
Trinidad e Tobago	19.911	1.450	5,44	50,37	41,96	18,4	92
Chile	18.182	1.606	7,18	48,59	32,15	7,8	91
Argentina	17.917	1.551	8,49	69,2	20,11	12,7	93
Uruguai	15.865	1.427	8,9	66,62	16,53	6,2	95
Panamá	15.468	1.260	7,59	68,62	24,8	15,9	97
México	15.344	1.062	6,15	51,81	44,08	13,9	98
Venezuela	13.480	628	4,65	33,69	63,69	13,1	86
Costa Rica	12.594	1.311	10,13	74,62	23,09	8,6	83
Suriname	12.472	521	5,88	57,02	10,12	18,5	85
Brasil	11.876	1.109	9,31	46,42	30,95	12,9	97
Cuba ⁷	11.060	405	8,59	94,15	5,85	4,3	99
Colômbia	10.697	723	6,83	75,78	14,76	15,1	88
Peru	10.596	555	5,07	58,92	35,72	14,1	96
Equador	9.682	652	6,4	44,84	51,38	19,8	98
Rep. Dominicana	9.547	553	5,42	50,92	38,71	22,8	79
Jamaica	8.916	461	5,93	54,87	28,93	14,4	88
Belize	8.598	458	5,81	64,9	24,49	15,7	98
Guayana	7.755	223	6,56	66,06	31,34	29	98
El Salvador	7.316	475	6,71	62,8	32,39	13,6	89
Paraguai	6.053	633	10,32	42,03	53,33	18,8	93
Guatemala	5.153	346	6,74	35,63	53,33	26,5	87
Bolívia	5.041	305	5,77	71,75	23,23	32,8	84
Honduras	4.744	354	8,6	50,31	45,55	19,4	99
Nicarágua	4.352	335	8,23	54,28	39,14	20,6	99
Haiti	1.260	84	6,44	22,83	34,8	56,6	59
América Latina	11.861	821	7,07	56,62	32,74	17,9	90,89

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do FMI (1); WHO (2, 3, 4, 5); World Development Indicators, World Bank (6); *The Economist* (7).

Isso, porém, não reflete necessariamente diferentes níveis de investimento como percentual do PIB. Como mostra a quarta coluna da tabela 5.1, nações com diferentes níveis de gasto per capita podem ter participações similares do setor saúde no total do Produto. Esse é o caso da Argentina, de Cuba e da Nicarágua, que têm uma incidência do setor de aproximadamente 8,6% sobre o total, todos eles acima da média regional de 7,07% do PIB, mesmo que com indicadores de gasto per capita e resultados diferentes. Nesse caso, são a Costa Rica e o Paraguai as únicas nações que superam os 10% de seu PIB relacionados ao setor saúde.

Apesar disso, e mesmo que com exceções, é possível identificar uma certa correlação inversa entre renda, gasto em saúde e resultados medidos em termos de mortalidade infantil. Esse padrão também revela exceções: nações com níveis de gasto em saúde relativamente altos podem não ver resultados nas taxas de mortalidade infantil, enquanto nações economicamente mais atrasadas, com menores gastos per capita em saúde, contam com resultados mais satisfatórios que os esperados. Neste último caso, observa-se o exemplo de Cuba, cuja taxa de mortalidade infantil é de 4,3 por mil, que mostra um gasto similar ao da Jamaica, que tem um indicador três vezes maior e uma média superior.

Paralelamente, o nível de vacinação da região mostra percentuais satisfatórios, que vão além de seus níveis de gasto e renda. Com poucas exceções, a cobertura em sarampo tem uma média de 91%. Isso mostra uma estratégia regional que priorizou essa intervenção, mais que indicadores de riqueza, capacidade de gasto e mudanças institucionais.

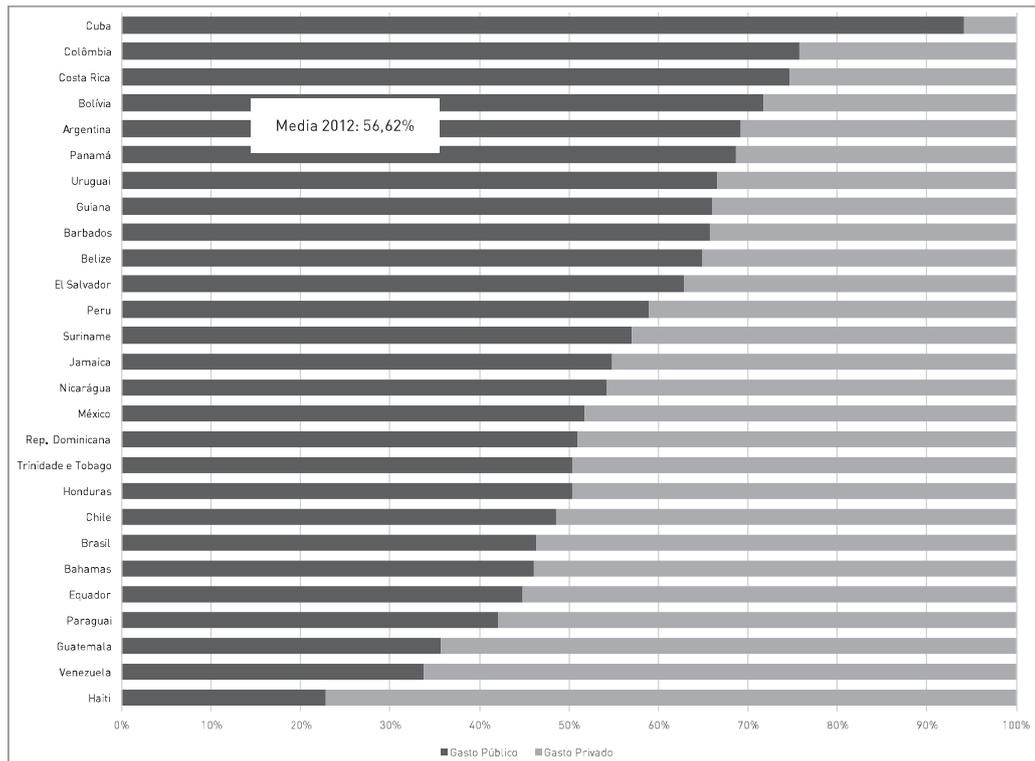
Além disso, a decisão sobre quanto investir em saúde e em que proporção participa o setor público neste financiamento mostra uma nítida correlação e acontece o mesmo com indicadores tradicionais de resultados na área de saúde. Em geral, uma maior participação pública equivale a uma menor incidência do gasto em saúde aos bolsos das famílias e, portanto, um menor impacto da capacidade de gasto sobre o uso de serviços.¹ Isso mostra a capacidade financeira e também institucional dos países para estabelecer prioridades de investimento público, reduzindo o risco de gastos privados das famílias com saúde, o que pode ser considerado como o indicador mais claro de equidade (ou falta de equidade) de um sistema de seguro social em saúde.

De acordo com a informação apresentada pelo gráfico 5.1, a participação do Estado no financiamento do setor de saúde da região aumentou levemente, passando de 54% do total em 1995 a 56,61%, de acordo com a informação de 2012. Além disso – e diferentemente dos percentuais observados há uma década – a destinação de fundos públicos ou sociais ao setor saúde em algumas das nações de menor desenvolvimento econômico relativo aumentou; isso é um avanço, desde a perspectiva da igualdade. Esse é o caso (particularmente) da Bolívia, ao qual se somam Guiana,

¹ Além do gasto privado feito pelas famílias, o financiamento é composto pelos descontos em folha para o pagamento de prêmios em seguros privados, por doações não governamentais e pela ação de ONGs na oferta de serviços gratuitos. A maior incidência das últimas instituições mencionadas reduz o valor das contribuições familiares, independentemente da capacidade pública de financiamento.

Belize, El Salvador e Peru. Apesar disso, várias das nações mais necessitadas ainda mostram altos percentuais de gasto direto dos bolsos das famílias.

GRÁFICO 5.1 PARTICIPAÇÃO DO GASTO PÚBLICO E PRIVADO NO GASTO TOTAL EM SAÚDE 2012

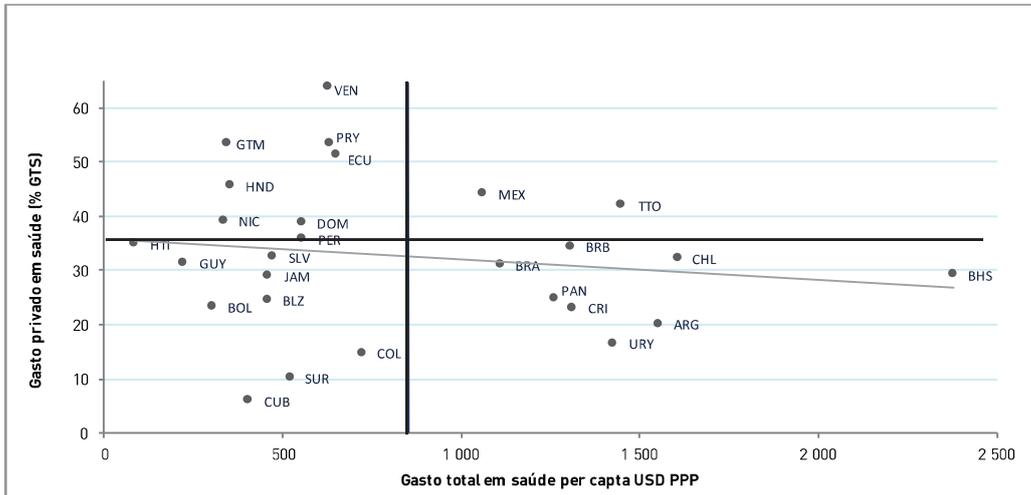


Fonte: World Development Indicators - World Bank.

O gráfico 5.2 permite observar uma linha de tendência moderadamente negativa entre o gasto total em saúde (em dólares 2012 EPA) e a participação dos gastos privados das famílias com saúde sobre esse gasto total. Isso sugere que existe uma tendência maior a um sistema de maior equidade relativa (menor gasto direto das famílias) em nações relativamente mais ricas.

Os quatro quadrantes mostram, no sudeste, as nações com maior gasto total per capita em saúde e menor gasto privado das famílias com saúde em comparação com a média regional; aí estão Argentina, Costa Rica, Panamá, Uruguai, Bahamas, e o Brasil e o Chile no limite superior desse intervalo. Concomitantemente, no quadrante oposto pelo vértice estão os países de menor gasto total e maior dedicação direta das famílias.

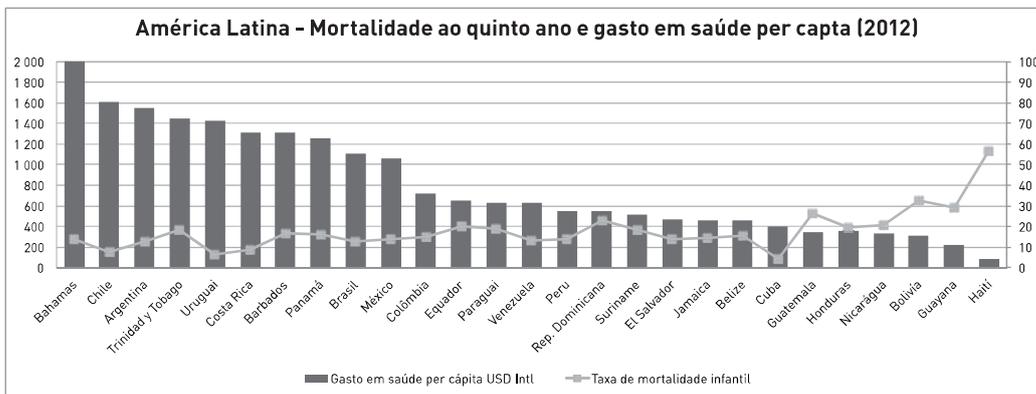
**GRÁFICO 5.2 GASTO TOTAL EM SAÚDE PER CAPTA (EM DÓLARES EPA)
E GASTO PRIVADO DAS FAMÍLIAS COM SAÚDE (EM % DO GASTO TOTAL EM SAÚDE), 2012**



Fonte: World Development Indicators - World Bank.

Finalmente, o gráfico 5.3 mostra a relação entre indicadores de saúde e financeiros para a América Latina e o Caribe a finais da última década; é possível observar a relação entre gasto público em saúde e taxa de mortalidade infantil.

**GRÁFICO 5.3 AMÉRICA LATINA
MORTALIDADE AO QUINTO ANO E GASTO EM SAÚDE PER CAPTA, 2012**



Fonte: World Development Indicators.

Observa-se uma nítida diferença nos gastos em saúde totais por nação, como também uma correlação entre o investimento realizado e o resultado alcançado pelo sistema. De qualquer maneira, essa relação não é perfeita, e deixa a entender que países que usam mais eficientemente os recursos destinados à saúde podem chegar a resultados relativamente satisfatórios, que vão além da escala desse investimento.

Essa proposta revela a necessidade de identificar não apenas a verba atribuída ao gasto em saúde, mas também os mecanismos com os quais tais fundos são administrados ao longo da cadeia vertical do sistema de saúde de cada país. E mais: isso legitima um debate sobre o papel desempenhado pelo Estado latino-americano com o objetivo de tratar equitativamente as necessidades de saúde de sua população.

É por isso que o seguinte capítulo propõe analisar a organização de um grupo de sistemas de saúde latino-americanos, considerando como eixo o estudo das dimensões horizontal e vertical. Isso permitirá, desde uma perspectiva de seguridade social, estabelecer diferenças em termos de suas funções de financiamento, seguro, gestão e prestação em cada caso, dentro de um contexto geralmente segmentado.

5.2. Casos nacionais

O sistema de saúde da **Argentina** se caracteriza pela descentralização dos mecanismos de financiamento e seguro que garantem uma ampla cobertura ao setor. O Ministério da Saúde da Nação (MSN) é a instituição gestora nacional a cargo de sustentar um grupo de programas federais (vacinas, medicamentos, atenção primária), que respondem por 18% do gasto público total do país em saúde. No entanto, não está em sua alçada o financiamento nem a gestão da rede pública de serviços (hospitais das províncias, regiões e municípios), nem seus centros de saúde associados. Tudo isso está sob a jurisdição e propriedade dos 24 Ministérios da Saúde Provinciais (MSP) e das Secretarias de Saúde Municipais (Buenos Aires, Córdoba, principalmente, e Santa Fe).

Em conjunto, essas seiscentas instituições não federais são as encarregadas de definir localmente as estratégias de ação nas províncias, que são financiadas por recursos próprios (orçamentos provinciais), com uma reduzida participação orçamentária do governo nacional. O Conselho Federal de Saúde (Cofesa) é o espaço de reunião das autoridades provinciais em saúde, mesmo que suas resoluções não sejam consideradas decisões formais de política, mas diretrizes sugeridas de ação. As autoridades provinciais de saúde financiam os serviços que ofertam cobertura gratuita a 34% da população do país, particularmente a aqueles grupos com menos recursos que não têm empregos formais.

Duas instituições autárquicas federais são atores-chave da seguridade social no país: o Programa de Assistência Médica Integral (PAMI) e a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS). O PAMI é o fundo de seguridade social de maior cobertura do país (7% da população); é encarregado de garantir atendimento aos aposentados e pensionistas. Sua gestão é centralizada e opera mediante a contratação de prestadores individuais e hospitalares, públicos e principalmente privados, em todo o país.

Já a SSS é o organismo gestor de uma rede de 300 instituições de seguridade social (Obras Sociais Nacionais - OSN), organizadas por setor de atividade produtiva (comércio, construção, etc.) em todo o país, que oferecem cobertura de saúde aos titulares e seus familiares (35% da população) mediante contribuições patronais e salariais. Essas contribuições são transferidas a cada OSN pela Administração Nacional de

Seguridade Social (Anses) depois de recolher a dedução de recursos que alimentam o financiamento de alta complexidade (Sistema Único de Reembolso - SUR) e o gerenciamento do Fundo Solidário de Redistribuição (FSR). Este último garante a transferência de recursos solidários entre OSNs para cobrir um Programa Médico Obrigatório (PMO), definido pela SSS e de ampla cobertura. Salvo exceções, as OSN não contam com prestadores próprios, então contratam prestadores públicos e, principalmente, privados.

Um terceiro grupo de instituições de seguridade social é formado por 24 Obras Sociais Provinciais (OSPs), que oferecem uma ampla cobertura aos funcionários públicos de cada província e a suas famílias (14% dos argentinos), mediante contribuições dos governos das províncias em seu papel de empregadores e contribuições salariais dos trabalhadores. A prestação de serviços é conduzida por prestadores privados, administrados por instituições intermediárias.

Finalmente, cerca de 8% da população, majoritariamente concentrada nos grupos de maior renda, conta com a cobertura de empresas privadas de planos de saúde, que operam sob a regulação da SSS.

O Ministério da Saúde e Esportes (MSD) da **Bolívia** regula a esfera federal; estão sob sua alçada direta os Serviços Departamentais (Sedes), sob a responsabilidade das prefeituras, e as Diretorias Locais de Saúde (Dilos), os estabelecimentos de saúde e as brigadas móveis de gestão operativa em âmbito local. Em conjunto, atendem uma cobertura de 30% da população, com recursos financeiros do Tesouro Nacional. O subsetor de medicina tradicional, representado oficialmente desde 2006 pelo vice-ministro de Medicina Tradicional e Interculturalidade, atende a 10% dos bolivianos, a maioria residentes de áreas rurais.

Na década de 1990, a Bolívia começou uma estratégia de ampliação da cobertura de saúde estruturada em esquemas de subsídios específicos por grupos sociais administrados desde o MSD. Em 1996, foi implementado o Seguro Nacional de Maternidade e Infância (SNMI), que foi ampliado em 1998, quando foi criado o Seguro Básico de Saúde (SBS). Em 2003, o SBS se transformou no Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), base do atual seguro público gratuito. Os beneficiários do SUMI são os menores de cinco anos e as mulheres em idade reprodutiva.

A partir da lei de Participação Popular de 1998, começa um processo de descentralização da gestão e do financiamento para prefeituras e municípios. Recentemente, o MS propôs que se avance na articulação de redes de serviços com base em uma visão de saúde coletiva, sob um enfoque de interculturalidade. Sob este marco, o atual seguro público de saúde é financiado por fundos públicos per capita destinados aos municípios, que reembolsam os prestadores de acordo com tarifas estabelecidas pelo MSD. O MSD também oferece atendimento à população sem emprego formal por meio do Seguro de Saúde para o Idoso (SSPAM), com recursos municipais e provenientes do Impostos aos Hidrocarbonetos (IDH).

Já o Programa Extensa tem como jurisdição as áreas rurais, por meio de brigadas de saúde (Brisas) que trabalham em coordenação com agentes comunitários de

saúde (Asistes) nas comunidades afastadas; o objetivo é reduzir as barreiras que impedem o acesso da população indígena.

Paralelamente, os trabalhadores do setor formal contam com o Seguro Social Obrigatório (SSO), administrado pelos Fundos de Seguridade Social, coordenados pelo Instituto Nacional de Seguros de Saúde (Inases) e financiados pelas contribuições do governo como contratante, dos trabalhadores do setor formal e dos empregadores. Em conjunto, oferecem um seguro contra o risco comum e cobrem os benefícios derivados dos riscos profissionais (enfermidades e acidentes), invalidez e morte.

O Fundo Nacional de Saúde (CNS) é a maior instituição de seguridade social da Bolívia, com 90% da população do subsistema, seguido pelo Fundo dos Petroleiros, dos Bancos Privados e Públicos, pelo Fundo "Caja de Caminos", pelo Fundo Bolivariano de Fomento (Cordes), pelo Fundo de Seguro Militar e por oito Fundos Universitários. O governo central nomeia suas autoridades e seus orçamentos são parte do consolidado nacional.

As instituições próprias de prestação de serviços operam com orçamentos fixos, e as modalidades de contratação captada de oferta privada são excepcionais, dirigidas a tratamentos de alta complexidade. Cada um dos fundos conta com uma gestão autônoma, que arrecada suas contribuições e administra seus recursos de forma centralizada.

O setor privado reúne um terço do gasto em saúde e atende a 10% da população. É formado por empresas de seguro e prestadores com e sem fins lucrativos, que recebem diretamente pagamentos privados das famílias ou por contratos com o MSD; 30% da população não tem acesso a serviços institucionais, e recorre à medicina tradicional, pagando do próprio bolso.

O sistema de saúde do **Brasil** é articulado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1988, seus serviços foram descentralizados aos estados e municípios, mas o Ministério da Saúde (MS) federal manteve seu papel de administrador nacional do SUS. O governo federal é o responsável pela definição de prioridades e pelo monitoramento do cumprimento delas, e participa no financiamento de aproximadamente dois terços do gasto tripartite (governo federal, estados e municípios).

Cada município tem a responsabilidade primordial pela oferta de serviços de saúde, enquanto a direção do SUS está a cargo das secretarias de saúde dos governos estaduais. Além do modelo de acesso universal dependente do setor público (o SUS), existe um modelo exclusivo dos funcionários públicos (civis e militares), financiado com recursos públicos e contribuições dos trabalhadores.

O financiamento do modelo de saúde do Brasil representa cerca de 48% do gasto total em saúde; sai dos impostos gerais das três esferas de governo, que são depositados em contas especiais (Fundos de Saúde) de cada esfera. Cada um dos níveis da administração deve destinar um mínimo de 15% de seus orçamentos ao gasto em saúde, com uma crescente participação ao longo do tempo dos níveis subfederais.

O Pacto pela Saúde (2007) gerou mudanças significativas nos mecanismos de transferência de fundos a estados e municípios, com um piso de atenção básica (PAB) que se divide em PAB fixo, uma mensalidade transferida automaticamente a cada Fundo de Estado desde o FNS com base em sua população, e PAB variável, vinculado à adesão estadual a certas ações específicas. A eles se agregam outros blocos de financiamento por área de atenção: atendimento ambulatorial, e de média e alta complexidade; vigilância epidemiológica; assistência farmacêutica e apoio à gestão.

O PAB foi o primeiro instrumento criado para a redução de desigualdades em saúde, por meio de transferências homogêneas com base no número de habitantes. De forma complementar, há o Programa Saúde da Família (PSF), por meio do qual se oferecem serviços de atenção básica por equipes multidisciplinares a uma população preestabelecida. Em 2005, o programa criado em 1993 havia sido implementado em quase cinco mil municípios, cobrindo 50% da população do país. Mesmo que o SUS tenha sido criado como um fundo excludente, subsiste um setor privado que oferece atenção à saúde a 25% da população. Estima-se que apenas 28,6% da população seja usuária exclusivamente do SUS; 61,5% são usuários não exclusivos, e 8,7% não são usuários.

O setor privado oferece, por um lado, um conjunto de prestadores particulares, que atendem mediante o pagamento de mensalidades e por meio de uma rede de convênios de assistência médico-hospitalar do SUS, que usa instituições não públicas em seu plano de cobertura, ou mediante esquemas de seguro conhecidos como Saúde Suplementar (Sams), financiados com dinheiro das famílias que se afiliam voluntariamente, ou de empresas (Planos Auto-administrados).

Apesar da gratuidade e universalidade da cobertura do SUS, aproximadamente 21% dos brasileiros têm um seguro privado (Ministério da Saúde, 2008). No Sudeste do país, 32% têm seguros privados, enquanto nos estados do Norte e do Nordeste, não chegam a 9%.

O modelo de saúde do **Chile** foi pioneiro em combinar esquemas de subsídio à oferta, por meio da estrutura pública tradicional, com subsídios à demanda, organizados a partir de seguros sociais e privados. O Ministério da Saúde é a autoridade do setor, a cargo da gestão do sistema e do estabelecimento de políticas, enquanto as regiões contam com Secretarias Regionais Ministeriais (Seremi) de Saúde, com crescentes níveis de delegação de tarefas. A oferta de saúde no subsetor público é responsabilidade do Sistema Nacional de Serviços de Saúde, por meio de Redes Assistenciais próprias, financiadas por contribuições por impostos ao tesouro nacional, tributos municipais y comunais.

O sistema de seguridade social (Fonasa) e os seguros privados de saúde (Isapres) contam com uma contribuição obrigatória dos trabalhadores em relação de dependência, com bônus e tarifas fixados pelo sistema de seguros aos hospitais públicos e privados, e com as contribuições diretas do Estado ao Fonasa pelos grupos de menos recursos, o que constitui 45% de sua renda. O Fonasa é uma instituição pública autárquica e descentralizada, que administra o fundo público como um esquema de contribuição obrigatória, com benefícios iguais, independentemente da contribuição

e da escala familiar. Já a Superintendência de Saúde controla as Isapres e o Fonasa, além de fiscalizar os prestadores de serviços de saúde. Os trabalhadores ativos e passivos que contribuem ao sistema de saúde o fazem por meio do Fundo Nacional de Saúde (Fonasa), que concentra o atendimento no sistema público ou o destina a uma Instituição de Saúde Preventiva (Isapre). Os indigentes e não contribuintes fazem parte do Fonasa, por meio de uma contribuição do Estado. A contribuição previdenciária garante o piso comum de atendimento (Modalidade de Atenção Institucional, MAI), mas é possível optar pela Modalidade de Livre Escolha (MLE), mediante um pagamento de bônus escalonados por níveis de ingresso. Em 2006, o Fonasa cobria 76,9% da população, com uma maior proporção de mulheres filiadas e idosos que o sistema privado. Em 2006, 5,1% da população não contava com nenhum tipo de atendimento.

O seguro privado das Isapre opera com base em contribuições individuais, mas há instituições que aceitam a participação de voluntários (Isapre aberta). Essas empresas oferecem planos pouco atrativos para os indivíduos de maior risco, permitindo uma seleção adversa contra o Fonasa. Os prestadores contratados são clínicas, hospitais e profissionais independentes que atendem tanto aos segurados pelas Isapres como os contribuintes do sistema público de livre escolha (MLE).

Ao longo da última década, o sistema de saúde chileno aprovou uma legislação orientada a formalizar um Regime Geral de Garantias Explícitas em Saúde (GES) que oferece proteção financeira, oportunidade, acesso e qualidade em um conjunto de 66 (originalmente eram 25) patologias priorizadas, em um plano universal de saúde (ex AUGÉ), que recebe incentivos por cumprimento (uma Cobertura Financeira Adicional - CFA) e facilita a definição de coparticipação por grupos Fonasa, até um teto máximo de garantia de cobertura financeira.

A reforma do sistema de saúde da **Colômbia** em 1993, modificada em 2007, criou um mecanismo de seguro social estruturado em um pacote explícito de serviços, o Plano Obrigatório de Saúde (POS). Esse modelo é coordenado por uma estrutura de subsídio à oferta, administrada pela autoridade nacional de saúde. Essa instituição é a gestora do setor, e descentraliza entre os departamentos a responsabilidade de gerir os recursos estatais, hospitais e centros de atenção, e que constituem parte da oferta do sistema de seguridade social. A partir de 2009, o Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde (CNSSS) foi substituído em seu papel de regulador pela Comissão de Regulação em Saúde (CRES).

Já a Superintendência Nacional de Saúde (SNS) é responsável pelas atividades de inspeção, vigilância e controle dos atores do sistema. Os departamentos e municípios contam com direções locais de saúde, responsáveis pelo sistema de suas respectivas jurisdições.

Financiado por contribuições salariais e patronais de trabalhadores do setor formal, o esquema de seguridade social conta com duas modalidades: o regime de contribuição e o subsidiado; este último recebe um pacote reduzido (POS-S) de serviços. As contribuições previdenciárias são recebidas pelas Entidades Promotoras de Saúde (EPS), instituições privadas que administram os fundos dos contribuintes que as

escolhem ao depositar no Fundo de Solidariedade e Garantia (Fosyga) as diferenças entre as contribuições e os prêmios que financiam o POS-contributivo dos contribuintes.

Em 2009 existiam 37 EPS do regime contributivo, 25 EPS do regime subsidiado e 22 Fundos de Compensação Familiar que faziam o mesmo trabalho das seguradoras, com a função de organizar a filiação das pessoas e de administrar os serviços de saúde do Plano Obrigatório de Saúde (POS).

O regime subsidiado orientado à população de menores recursos opera com base em um subsídio cruzado do regime contributivo somado a fundos fiscais procedentes de impostos gerais. Para ingressar neste regime, os beneficiários devem ser selecionados por meio de um Sistema de Identificação de Beneficiários (Sisben), pelo qual as pessoas são categorizadas em seis níveis de pobreza.

O Sistema de Seguridade Social tem separadas as funções de seguro, administração de recursos financeiros e prestação de serviços. As EPS do regime contributivo ou subsidiado contratam a prestação de serviços de saúde das Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS), que podem ser de natureza pública ou privada, e cobram seus serviços por diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico e, às vezes, por captação aos prestadores de certos serviços.

Além disso, os filiados do modo Contributivo pagam taxas proporcionais. O regime contributivo cobre ações de promoção da saúde e prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades, e também medicamentos. O regime subsidiado não oferece ações de segundo e terceiro níveis, com exceção ao atendimento a crianças menores de um ano e mulheres grávidas.

Em 2010, as coberturas eram de 39,7% no Regime Contributivo e 51,4% no Subsidiado, e apenas 4,3% da população ficava fora do sistema de seguridade social em saúde. O setor exclusivamente privado é utilizado pela população de maior renda como mecanismo de seguro em dobro ou para consultas particulares. Alternativamente, famílias que carecem de atendimento e não têm acesso oportuno ao SSSS se veem obrigadas a buscar consultas privadas pagando do próprio bolso.

O sistema de saúde da **Costa Rica** coordena os dois grandes atores setoriais: o Ministério da Saúde (MS), gestor do modelo de saúde, e o Fundo Costarricense de Seguro Social (CCSS), instituição autônoma responsável pelo financiamento, pela compra e pelos benefícios da maioria dos serviços de saúde. A Costa Rica foi, por muitos anos, a única experiência regional de cobertura universal além de sua capacidade de gasto, organizada por meio de redes locais de atenção com referência nacional.

Desde a década de 1960, a Costa Rica unificou a cobertura dos serviços de saúde, o que foi consolidado com a transferência de todos os hospitais à CCSS. Durante os anos 1980, foram criadas diversas modalidades para incluir a população não assalariada, sob a alçada do MS, mas pouco tempo depois passou à administração direta da CCSS. A partir da década de 1990, o MS se concentrou nas funções de gestão; a responsabilidade da CCSS foi transferida aos programas de atenção primária, imunizações, etc.

O Ministério da Saúde (MS) conta com uma diretoria em saúde pública que tem como apoio uma rede de unidades operacionais de níveis regionais e locais, encarregadas da vigilância e do controle epidemiológicos. A CCSS é financiada por contribuições dos filiados, dos empregadores e do Estado. Administra três regimes: o seguro de enfermidades e maternidade (SEM), o seguro contra invalidez, morte e renda por idade avançada (SIVM) e um regime não contributivo que oferece cobertura àqueles que não têm condições de pagar, devido a uma condição de pobreza ou deficiência. O Estado contribui com recursos do Tesouro ao sistema de saúde por meio do Fundo de Desenvolvimento Social e Recursos Familiares, assim como com tributos específicos às atividades de loteria eletrônica e venda de cigarros e bebidas alcoólicas.

A CCSS organiza uma rede nacional de serviços de saúde, composto por três níveis de atenção e sete regiões programáticas. No primeiro nível, atuam as Equipes Básicas de Atenção Integral à Saúde (EBAIS), responsáveis pela promoção, prevenção e tratamentos de menor complexidade. O segundo nível inclui consultas especializadas e internação, enquanto o terceiro nível oferece internação para casos de complexidade em hospitais nacionais gerais especializados. A partir de 1997, a CCSS passou a distribuir recursos por meio de capitalizações complementares dos orçamentos históricos baseados em compromissos de gestão, com metas estabelecidas de desempenho anuais para EBAIS, clínicas e hospitais.

Até a década de 1990, o setor privado não tinha se desenvolvido muito na Costa Rica. No entanto, o aumento de custos e a flexibilização do mercado de trabalho (entre outros elementos) causaram uma diminuição na capacidade de gasto público; assim, a participação do setor privado vem crescendo. De acordo com a Pesquisa Nacional Sobre Gastos em Saúde (ENGAS, 2006), 31% da população contratou serviços médicos no setor privado pelo menos uma vez por ano, independentemente de sua filiação ao CCSS. Como resultado, há serviços, clínicas e médicos privados, hospitais e cooperativas (organizações sem fins lucrativos contratados pela CCSS) financiados diretamente por pagamentos privados. Apenas 2% das famílias contam com seguros privados, oferecidos por cinco seguradoras.

O sistema de saúde de **El Salvador** é administrado pelo Ministério da Saúde Pública e Assistência Social (MSPAS) e organizado em três níveis: superior, regional e local. No primeiro está a Secretaria de Estado, entidade gestora da saúde, que coordena os recursos distribuídos. Do nível subnacional fazem parte as Diretorias Regionais, órgãos administrativos dos Sistemas Básicos de Saúde Integral (Sibasi), e responsáveis pelo controle da gestão dos hospitais. O nível local é formado pela rede operacional dos Sibasi: os hospitais e centros públicos. O modelo, com base na estrutura da oferta, não define um plano específico de contribuições a serem pagas.

O financiamento do MSPAS vem de recursos do governo central e do Programa de Recuperação de Custos, proveniente do pagamento feito pelos usuários que utilizam as instalações do sistema público, particularmente em hospitais de segundo e terceiro níveis. Em 2004, foi criado o Fundo Solidário para a Saúde (Fosalud), uma instituição autônoma quanto a finanças e orçamento, voltada a desenvolver programas especiais, com recursos que vêm de impostos específicos ao cigarro, ao álcool e a regulação de armas de fogo.

O Instituto Salvadorenho de Seguro Social (Isss) é uma entidade autônoma ligada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, encarregada de garantir cobertura de saúde e pensões à população que conta com um emprego formal. O Seguro Social cobre os riscos de enfermidade, acidente comum, acidente de trabalho, maternidade, invalidez, por idade avançada, morte e inatividade involuntária de seus trabalhadores e (com restrições) de suas famílias. Seu financiamento provém de contribuições patronais, salariais e transferências diretas do Estado Nacional. Instituições de estrutura similar são o Instituto Salvadorenho de Bem-estar do Magistério (ISBM) e a Saúde Militar.

El Salvador vem desenvolvendo, como outras nações centro-americanas, esquemas sistemáticos de contratação de ONGs para ampliar o atendimento à população rural e de baixos recursos com financiamento público proveniente de crédito internacional. Oferece serviços médicos e preventivos e serviços de hospitalização na capital; o principal hospital desse tipo é o hospital Pró-Família. Como consequências às limitações do atendimento público salvadorenho, o gasto particular do bolso das próprias famílias é elevado: representa a metade do gasto total em saúde e mostra uma tendência crescente. A presença de seguros privados de saúde é limitada.

O Ministério da Saúde Pública e Assistência Social é a entidade gestora da saúde na **Guatemala**. Porém, a Lei Geral de Descentralização e o Código Municipal delegaram nas Municipalidades a tarefa do controle da saúde e a administração dos serviços públicos de saúde. O subsistema público é financiado por receitas fiscais e, em 20%, por cotas de recuperação de prestadores públicos. Além de sustentar a prestação de serviços na rede pública de primeiro nível, o MSPAS contrata ONGs para ofertar serviços básicos em áreas rurais com o pagamento de capitalizações associadas a uma cesta básica de intervenções de atenção materno-infantil. Os serviços de segundo nível são oferecidos por Centros de Saúde e Centros de Atenção Integral Materno-Infantil (CAIMI). Os serviços de terceiro nível são prestados pelos centros hospitalares distritais, departamentais, regionais e de referência nacional.

O Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) oferece proteção de saúde a 18% da população, principalmente a urbana, ligada ao emprego formal, e é financiado por contribuições dos empregadores, dos trabalhadores filiados e do Estado; oferece atendimento aos trabalhadores assalariados e suas famílias (incluindo crianças de até cinco anos).

O Instituto opera fundamentalmente com três programas: o de Invalidez, Idade Avançada e Sobrevivência (IVS), o programa de Acidentes (PA) e o Programa de Enfermidade e Maternidade (PEM). Os atendimentos se concentram nas instalações próprias do IGSS e são oferecidos por seu próprio pessoal médico. Além disso, o IGSS tem convênios com o MSPAS e com médicos particulares que trabalham como fornecedores em casos específicos. No entanto, a população filiada ao IGSS utiliza hospitais privados na mesma proporção que os hospitais próprios do IGSS; há, então, uma dupla cobertura com seguros privados.

O atendimento efetivo total conjunto do IGSS e do MSPAS é de 48%, enquanto os prestadores com fins lucrativos atuam a partir de consultas individuais; oferecem

atendimento a 18% da população. Os seguros privados cobrem menos de 8% e se concentram em grupos de alta renda que residem em áreas urbanas. Já as organizações da sociedade civil e/ou religiosas sem fins lucrativos atendem as zonas rurais. De acordo com o Ministério da Saúde, um terço dos guatemaltecos utiliza a medicina tradicional indígena e, mesmo que atue em estruturas comunitárias, também funciona com base em pagos particulares feitos pelas próprias famílias.

A pesquisa nacional de condições de vida (Encovi, 2000) mostrou que, quando têm alguma necessidade relacionada à saúde, 60% da população dos estratos mais pobres recorre à automedicação. Em 2001, a Lei de Desenvolvimento Social definiu a Política de Desenvolvimento Social e População, e iniciou uma série de iniciativas destinadas a grupos populacionais específicos: foram criados estabelecimentos para atender a emergências obstétricas em lugares de risco, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, e foi ampliada a cobertura dos regimes de maternidade e enfermidade comum proporcionados pela seguridade social.

A Secretaria de Saúde (ss) de **Honduras** é a instância gestora do sistema hondurenho, com a assistência do Conselho Nacional da Saúde (Consalud) para a coordenação do setor, e do Conselho Consultivo da Qualidade (Concass), entre outros. A ss, organizada administrativamente em 18 regiões departamentais e duas metropolitanas, recebe recursos principalmente do Tesouro Nacional, com fundos adicionais de doações.

A estrutura de saúde pública do país se divide em três níveis. O primeiro inclui centros de saúde rurais (Cesar), centros de saúde com médicos e dentistas (Cesamo), clínicas materno-infantis (CMI) e clínicas periféricas de emergência (Cliper). O segundo inclui hospitais departamentais e hospitais regionais de referência e o terceiro é formado pelos hospitais nacionais. Calcula-se que 45% da população busca a ss como primeira fonte de atendimento, e 17% dos hondurenhos não conta com acesso regular a serviços de saúde.

Já o Instituto Hondurenho de Seguridade Social (IHSS) é uma instituição descentralizada que atende os trabalhadores do setor formal, com serviços de maternidade para beneficiárias dependentes, e atendimento a crianças até os 11 anos de idade. Seus recursos vêm de contribuições de empregadores, assalariados e fundos do Estado.

O IHSS implementa suas ações de saúde por meio de vários programas, entre os quais se destacam o Regime de Enfermidade e Maternidade (REM) e o Regime de Invalidez, Idade Avançada e Morte (RIVM). Cobre 18% da população. Tem instalações próprias para o segundo e o terceiro níveis, concentradas nas duas grandes cidades do país, então contrata grande parte de seus atendimentos com médicos de primeiro nível e centros de saúde privados e públicos.

Em 2003, o IHSS começou o programa Sistemas Locais de Seguridade Social (Siloss), voltado a ampliar o atendimento de saúde pública ao interior do país. O programa se articula por contratos do IHSS com serviços públicos e privados, capitalizados com

incentivos no primeiro nível de atenção, e com pagamentos para os níveis subsequentes. O primeiro nível é atendido por meio de Equipes de Saúde Familiar (Esaf).

O setor privado com fins lucrativos é financiado por pagamentos particulares dos bolsos das famílias e pela venda de seguros de saúde (a 3% da população). Existem onze seguradoras de saúde e o número vem aumentando. Elas são reguladas pela Comissão Nacional de Bancos e Seguros (CNBS). Finalmente, os prestadores privados sem fins lucrativos, ONGs e congregações religiosas têm suas atividades financiadas por doações internas e do exterior.

O sistema de saúde pública do **México** conta com dois subsetores, um dependente diretamente da Secretaria de Saúde (SSA) e financiado por recursos fiscais, e um subsetor de seguridade social organizado em institutos vinculados ao emprego formal, que conta com recursos de contribuições salariais e patronais (algumas vezes com o próprio governo como empregador). Os instrumentos utilizados pelo Estado mexicano para atender a população sem seguridade social são: a Secretaria de Saúde (SSA), em seu papel de gestão e planejamento estratégico do setor; os Serviços Estaduais de Saúde (Sesa); o Programa Instituto Mexicano do Seguro Social-Oportunidades (IMSS-o); e o Seguro Popular de Saúde (SPS).

A SSA e os Sesa são majoritariamente financiados por recursos do governo federal, dos governos dos estados e por cotas de recuperação pagas pelos usuários. Essas instituições contam com pessoal e instalações próprias, que são parte dos orçamentos federais e estaduais; concentram-se no cuidado à população sem atendimento. Já o IMSS-o é financiado por recursos do governo federal; oferece serviços ambulatoriais e materno-infantis em instalações do IMSS de primeiro e segundo níveis a população da zona rural que não tem acesso a serviços públicos.

Em 2004 foram criados o Sistema de Proteção Social em Saúde (SPSS) e o Sistema do Seguro Popular (SPS). Foi criado um mecanismo de seguro de pagamento voluntário, antecipado, com base na renda, que oferece uma cesta de benefícios e é cofinanciado por contribuições federais e estaduais.

O público-alvo do SPS é formado por pessoas de poucos recursos e sem emprego, trabalhadores por conta própria, e aqueles que não são atendidos por nenhuma instituição de seguridade social. Anteriormente, os 2,5 milhões de famílias não seguradas pertencentes aos segmentos mais pobres recebiam unicamente serviços básicos de saúde comunitária e preventiva por meio do programa de “combate à pobreza” chamado Oportunidades. A partir de 2004, as famílias afiliadas ao SPSS têm acesso a serviços médico-cirúrgicos, farmacêuticos e hospitalares para atender às suas necessidades na área da saúde.

O SPSS, por meio de Módulos de Afiliação e Orientação (MAO), avalia as famílias, determina a cota a ser paga de acordo com sua condição econômica e as ingressam ao registro do programa.

Paralelamente, entre os atores da seguridade social, destacam-se o Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS), o Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos

Trabalhadores do Estado (ISSSTE) e a empresa petroléira do México (Pemex). Eles oferecem serviços aos trabalhadores do setor formal e a suas famílias em estruturas de gestão e benefícios próprias e integradas, de primeiro, segundo e terceiro níveis, sem um plano definido de serviços.

Em 2008, de acordo com a Pesquisa Nacional de Rendas e Gastos das Famílias (ENIGH) desse mesmo ano, 40% da população não estava segurada, enquanto os outros 60% declarava ter algum tipo de seguro. Dos que afirmavam ter seguro, 52,3% tinha a cobertura do IMSS (31,2% do total), 10,6% pelo ISSSTE (6,3%), 32,5% pelo SPS (19,4%) e 4,7% por outros seguros (2,8%).

O Ministério da Saúde (Minsa) da **Nicarágua**, em conjunto com o Instituto Nicaraguense de Seguridade Social (INSS) e os serviços médicos do Ministério da Casa Civil (Migob) e Defesa (Midef), conformam as instituições de saúde públicas de saúde nicaraguenses.

Desde a década de 1990, o Minsa trabalha em conjunto com 17 Sistemas Locais de Atenção Integral em Saúde (SILAIS), encarregados da gestão descentralizada em departamentos e municípios. Em conjunto com Equipes Básicas de Atenção (EBAS), os SILAIS definem necessidades financeiras de cada município e organizam compromissos de gestão com os hospitais, em sintonia com os Planos Locais de cada jurisdição.

Em 2008, os hospitais públicos passaram a ser controlados pelos SILAIS e deixaram de receber recursos diretamente do Minsa. Por outro lado, consolidou-se um sistema comunitário de atenção formado por redes de brigadistas, parteiras e trabalhadores voluntários que usam como centros de atendimento as chamadas “casas base” e “casas maternas”, protagonistas da estratégia do Plano Nacional de Saúde. De acordo com a Política Nacional de Saúde 2008 (PNS), 35% da população rural ainda não tem acesso a nenhum serviço público.

Já o Instituto Nicaraguense de Seguridade Social (INSS) administra três programas: o Regime Integral, que abriga os Seguros de Enfermidade e Maternidade (EM), o de Invalidez, Idade Avançada e Morte (IVM) e o de Riscos Profissionais (RP). Deles participam trabalhadores do setor formal, privado e público, cônjuges em estado de pré e pós-parto e dependentes de até 12 anos. Sua cobertura abarca 16,5% da população do país, principalmente em áreas urbanas.

O financiamento do setor público provém de impostos gerais dirigidos ao Tesouro Nacional, da venda de serviços ao INSS e de recursos de cooperação internacional, enquanto o INSS é financiado de forma tripartite: por recursos do Estado, dos empregadores e por contribuições salariais.

O INSS não conta com instalações próprias; contrata serviços capitalizados com Instituições Fornecedoras de Serviços de Saúde (IPSS) dos setores público e privado, com e sem fins lucrativos. O INSS estabeleceu uma cesta básica de serviços sem atendimento integral; assim, para eventualidades de alto custo e doenças crônicas, seus filiados recorrem às instalações do governo ou a serviços privados.

Entre 2000 e 2004, o gasto do próprio bolso das famílias representava 50,2% do gasto total em saúde, com uma alta incidência em custos com automedicação. A partir de 2007, o Governo definiu um Modelo de Saúde Familiar e Comunitária (MSFC) para fortalecer a prevenção, a atenção à família e o trabalho *in loco*. Em janeiro desse mesmo ano, foi introduzida uma “política de gratuidade”, alinhada a essa iniciativa.

A Lei Geral de Saúde (LGS) do **Peru** determina que o Ministério da Saúde (Minsa) é o ator a cargo da direção e da gestão da política nacional de saúde. Para a prestação de serviços de saúde, o setor de seguro social se divide entre os regimes subsidiado (ou contributivo indireto) e regime contributivo direto, que é o correspondente à seguridade social. No subsetor público, o governo oferece serviços de saúde à população não atendida por seguros em troca de uma cota de recuperação de valor variável; já por meio do Seguro Integral de Saúde (sis), subsidia a oferta de serviços à população que vive em condições de pobreza, por meio da rede do Minsa.

O sis é financiado por recursos do orçamento geral. A cobertura estimada do sistema Minsa era de 58% em 2008. O Seguro foi criado em 2001 como um organismo público descentralizado vinculado ao Minsa, com a missão de administrar os fundos destinados ao financiamento de benefícios da área de saúde.

Em 2007, o sis começou um processo de reorganização. Ampliou o atendimento ao conjunto da população não assegurada, por meio de dois componentes: o subsidiado, para a população mais pobre, e o semisubsidiado, para a população com uma capacidade limitada de pagamento, com uma Lista com Prioridades às Intervenções em Saúde Pública (LPIS).

Já o Seguro Social de Saúde (EsSalud) atende aos trabalhadores do setor formal, às famílias deles e aos aposentados do sistema – aproximadamente 20% da população –, principalmente os localizados em centros urbanos. A atendimento de saúde é financiado por contribuições patronais e de trabalhadores ativos.

Este regime contributivo é obrigatório para todos os trabalhadores assalariados; no entanto, eles podem escolher que seus fundos sejam geridos pelo EsSalud ou por uma Empresa Prestadora de Saúde (EPS), que recebe as contribuições e administra os recursos. Quando o assegurado escolhe os serviços próprios do EsSalud (tanto ambulatoriais quanto de internação), a totalidade das contribuições vai para essa instituição; mas, no caso de optar por serviços mistos (EsSalud e EPS), o financiamento é distribuído entre cerca de 60% para o EsSalud e o restante para a EPS.

Geralmente, as EPS cuidam das enfermidades de primeiro nível e baixa complexidade, enquanto o EsSalud se concentra nas complexas. O EsSalud fornece a maioria dos serviços de saúde àqueles que optam por não contratar uma EPS, mesmo que adquiram às vezes serviços desses prestadores privados. Apesar dos avanços alcançados, entre 10 e 20% da população peruana está excluída do sistema de saúde.

Além da EPS, o setor privado conta com seguradoras e clínicas privadas, centros médicos e policlínicos e também com prestadores de medicina tradicional.

Em 2008, foi criado o Sistema Nacional Integrado de Saúde do **Uruguai**, com base no Seguro Nacional de Saúde (SNS). Ele é administrado pela Comissão Nacional de Saúde (Junasa), organismo descentralizado do Ministério da Saúde Pública (MSP), com uma Direção de trabalhadores, usuários e prestadores. O SNS é formado pelo Seguro de Enfermidades do Banco de Previdência Social (ex Direção dos Seguros Sociais por Enfermidade – DISSE), financiado pelo Fundo Nacional de Saúde (Fonasa), a partir de contribuições salariais e patronais. Estão incluídos no Fonasa os trabalhadores dos serviços privados e públicos do setor formal e seus dependentes até os 18 anos de idade.

Os contribuintes escolhem uma instituição administradora de suas contribuições e recebem benefícios contratados por ela na rede do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). Estas instituições de administradoras são a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), no caso de serviços público, ou alguma das Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), como prestadoras integrais. As IAMCs foram criadas durante o regime anterior, como mútuas sem fins lucrativos, com capacidade de atendimento própria ou a partir da contratação de clínicas, hospitais ou profissionais do setor privado.

A Junasa, como administradora do SNS, faz contratos de gestão com os prestadores integrais, pagando uma “cota saúde” por beneficiário à instituição pública ou privada escolhida pelo contribuinte. Essa cota é composta por dois componentes: uma capitalização comum, fixada pela Junasa, corrigida por sexo e idade dos beneficiários, e um prêmio por cumprimento de metas de assistência.

O sistema é financiado a partir de impostos que alimentam a rede de instituições e prestadores públicos – MSP, Prefeituras Municipais de Montevideu (IMM) e do interior do país e ASSE. Além disso, as contribuições públicas financiam instituições de seguridade social específicas não integradas ao novo sistema, como a Saúde Militar e a Diretoria Nacional de Saúde Policial.

As contribuições públicas por impostos e contribuições obrigatórias financiam o Fundo Nacional de Recursos (FNR), instituição encarregada de regular e administrar os recursos para os tratamentos de alta complexidade de todo o sistema de saúde uruguaio. O atendimento de alta complexidade é feito por instituições de medicina altamente especializada (IMAE), públicas ou privadas. Finalmente, existem cotas a seguros privados complementares e empresas de atendimento de emergência (ambulância), pagamentos privados dos bolsos das próprias famílias e modalidades de pagamentos complementares às cotas de seguridade social (coparticipação).

Atualmente, observa-se um aumento dos recursos setoriais ligados ao incremento das taxas de contribuição laboral e uma redistribuição de recursos às instituições dependentes da Junasa. Paralelamente, o gasto privado feito pelas próprias família vem diminuindo.

5.3. *Comparação de experiências em seguridade social em saúde*

Um primeiro ponto que pode ser observado a partir da comparação entre os sistemas de saúde selecionados é a presença de mecanismos de financiamento que têm como base a arrecadação de fundos provenientes do mercado de trabalho em todos eles, em contraposição aos sistemas públicos integrados de saúde. Porém, a importância relativa de cada uma dessas instituições de seguridade social varia muito, dependendo de quão desenvolvido é o mercado de empregos formais do qual depende significativamente. Além disso, observam-se nítidas diferenças nos mecanismos de coordenação destas instituições de seguridade social e nos subsistemas públicos que dependem do orçamento do Estado.

Em um extremo está o Brasil, país que avança na busca por um modelo nacional, apesar da grande diversidade de necessidades e perfis de saúde pública. O modelo atual apoia-se em um esquema de subsídio à oferta, no qual a incidência de contribuições salariais e patronais é relativamente baixo. No outro extremo estão a Argentina e o Uruguai que, mesmo com nítidas diferenças entre eles, têm o atendimento de saúde apoiado por seguros sociais, com esquemas de subsídio à demanda que alcançam o subsistema público.

Nem no meio dos dois modelos extremos está a Costa Rica, onde as estruturas do Ministério da Saúde e da Seguridade Social coordenam tarefas, oferecendo atendimento uniforme a sua população.

Porém, dentro de cada um dos países que contam com organizações de seguridade social é possível encontrar estratégias diferenciadas. Uma delas mantém a tradição de segmentação do setor saúde latino-americano, que apresenta ao mesmo tempo uma classe social de renda média e alta, e instituições de seguridade social relativamente autônomas na gestão de seus recursos em saúde.

Os recursos que provêm de beneficiários são superiores aos investidos pelo Estado por meio do Ministério da Saúde, que busca priorizar o atendimento àqueles que não contam com um atendimento formal alternativo ou não podem acessar o setor privado. Este último, geralmente fragmentado, está composto tanto por profissionais independentes quanto por representantes da medicina tradicional; seguros privados andam lado a lado com visitas diretas à farmácia, em caso de doença.

A particularidade das reformas regionais na última década mostra duas estratégias alternativas de estudo. Uma delas avança sobre o estabelecimento de esquemas consolidados de seguros sociais nacionais de saúde, que incorporam incentivos aos prestadores e uma maior precisão na definição de papéis na gestão e nos benefícios.

Com suas especificidades, Uruguai, Peru e República Dominicana avançam nessa direção, na qual estão a Colômbia a partir da reforma da década de 1990 e o Chile, com a consolidação de garantias de benefícios e um fundo nacional setorial. A Argentina, com particularidades associadas a uma estrutura fragmentada de

fundos de seguro social e um profundo federalismo na coleta e uso de recursos acreditam este modelo.

Em todos eles observa-se uma nítida definição dos papéis de seguro social, seja por instituições públicas ou sociais, e a estruturação de esquemas de delegação e subcontratação vertical na gestão e oferta de serviços entre subsetores públicos e privados.

É importante notar que, em todos esses casos, o papel desempenhado pelas instituições de seguridade social é de protagonista, mesmo que com responsabilidades variada. Os Fundos Nacionais de Saúde no Chile e no Uruguai (neste último caso, por meio do marco do Conselho Nacional de Saúde), o Fosyga na Colômbia e, em certa medida, o EsSalud do Peru são fundamentais para entender a estratégia de atendimento, tanto para aqueles sem filiação formal como a populações com emprego definido. Nestes casos, a instituição de seguridade social tem a responsabilidade de desenvolver os planos de seguro e de controlar o sistema, com espaços definidos de ação.

A Superintendência de Serviços de Saúde na Argentina compartilha com as anteriores algumas responsabilidades similares em termos de desenvolvimento do plano de seguro da população que tem emprego formal. A atividade de arrecadação e distribuição de fundos, porém, depende de outra instituição, a Administração Nacional da Seguridade Social (Anses), que é também responsável pela gestão dos sistemas de aposentadorias e pensões contributivas e não contributivas.

Uma segunda estratégia setorial observada ao longo da última década concentra seus esforços em conseguir oferecer mais atendimento propondo programas e subsídios a partir da identificação de grupos populacionais prioritários (por renda, geografia, etnia, idade). Alguns deles têm escala massiva e são administrados pela autoridade pública, como o Seguro Popular no México, ou as iniciativas redefinidas ou de aplicação recente, como na Bolívia e no Panamá, respectivamente. Em outros casos, recorre-se a parcerias público-privadas, especialmente dirigidas a oferecer planos básicos de atenção primária em áreas rurais, como nos casos de El Salvador e da Guatemala. Novamente, os institutos de seguridade social de cada país são responsáveis por intervenções críticas em cada caso; destacam-se o Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS) e seu par no setor público, o ISSSTE, o Fundo Nacional de Saúde da Bolívia e os Institutos de Seguridade Social de cada uma das nações centro-americanas.

Apenas alguns países mantêm modelos tradicionais de segmentação sem terem incorporado mecanismos de priorização de beneficiários ou consolidação de modelos de seguro. Em quase todos os casos, porém, observam-se movimentos em rumo a descentralização ou desconcentração de serviços a níveis subnacionais. Isso é resultado de uma democratização na tomada de decisões, por um lado, e também da necessidade de encontrar respostas regionais para as necessidades locais, o que exige uma otimização da gestão de recursos.

Os novos cenários nacionais nos sistemas de saúde permitem identificar um terceiro modelo possível para a comparação de sistemas de saúde. Ele está relacionado à

definição de grupos de benefícios que dão garantias de direitos a seus beneficiários nos sistemas sociais de seguro, mesmo que não existam critérios uniformes ao longo da região.

Neste sentido, é possível encontrar sistemas com planos básicos definidos em primeiro e segundo níveis de atenção (Colômbia), a reestruturação de garantias ao tratamento de patologias selecionadas a partir do perfil epidemiológico do país (Chile) ou a criação de mecanismos específicos de financiamento para enfermidades de alto custo e a estruturação de programas amplos de atenção (Argentina, Uruguai). As reformas voltadas a conseguir oferecer um maior acesso a grupos prioritários também partem da definição de planos, sejam eles associados a programas materno-infantis ou os que dão garantias de intervenções básicas em áreas rurais.

A partir da análise dos sistemas de saúde regionais surge claramente a necessidade de identificar os vínculos entre subsistemas que permitam garantir o acesso de serviços desde uma perspectiva de equidade horizontal, na qual a capacidade de investimento não limite o acesso. É nesse ponto em que a eficácia deles não apenas depende da definição de prioridades na área da saúde pública e da disponibilidade de oferta de benefícios. Requer além disso de um esquema organizado de absorção e transferência de risco entre grupos que permita um resultado financeiramente eficaz, buscando oferecer atendimento adequado a um menor custo.

Nesse contexto, o conceito de eficiência de destinação de recursos sociais em um sistema de saúde se alinha ao de equidade, na medida em que qualquer investimento adicional de fundos deveria ser direcionado àquelas intervenções nas quais o valor do benefício marginal é maior. Eficiência na destinação de recursos e equidade, portanto, são propostas complementares em um esquema de priorização em um sistema de saúde.

Os mecanismos de seguro – particularmente aqueles de seguro social – têm como objeto de análise o modo em que se articulam dois elementos: o sistema de arrecadação e destinação de recursos para o consumo de bens e serviços utilizados em um marco de incerteza. Do sucesso de tais mecanismos podem sair ensinamentos sobre o atendimento (absoluto e entre grupos) do sistema de saúde, sua capacidade financeira para atender às necessidades apresentadas pela população e aquelas que fazem parte do esquema de prioridades das políticas públicas das autoridades da área de saúde.

Também mostram a capacidade do Estado para articular interesses e preferências de diferentes setores sociais e sua habilidade institucional para atender os requerimentos regulatórios próprios de sistemas nos quais as falhas do mercado, além das prioridades políticas daquele momento, pedem mecanismos de intervenção.

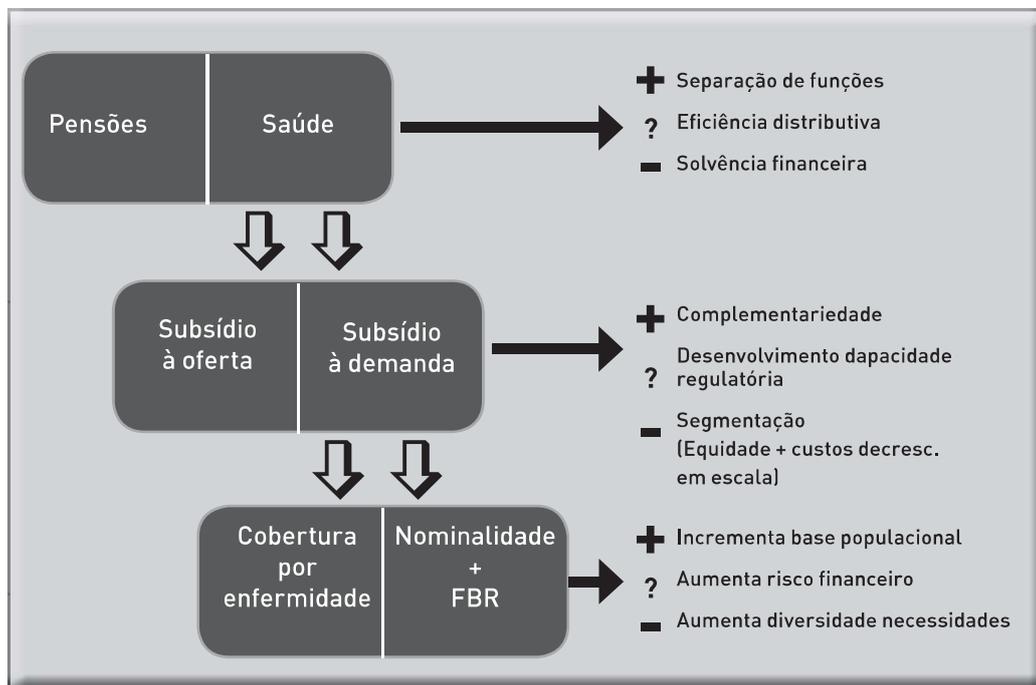
Nesse tema, um indicador de êxito de sistema de seguro seria o nível de gasto em saúde das famílias, pois mostra a capacidade de tais mecanismos de oferecer proteção financeira a sua população. Isso ocorre porque o atendimento de saúde gratuito à população com poucos recursos econômicos permite destinar a renda das famílias ao consumo de outros bens e serviços, sendo uma “renda não monetária” complementar.

Além disso, o gasto particular do bolso das próprias famílias mostra a eficiência do sistema de contenção do chamado “risco moral” (*moral hazard*) naqueles grupos com capacidade financeira e possibilidade de demanda excessiva. Daí a importância de caracterizar tanto os mecanismos de arrecadação e distribuição orçamentária de fundos, como os critérios de identificação de prioridades de gasto.

Finalmente, a análise comparada permite avaliar os desafios de governabilidade dos sistemas de saúde na América Latina e a necessidade de desenvolver modelos regulatórios que se ajustem às particularidades do mapa de atores de cada país.

Lado a lado com a imagem 4.1 do capítulo anterior (relacionada aos sistemas de pensões), a imagem 5.1 permite sintetizar a sequência de mudanças nos sistemas de saúde da região ao longo dos últimos anos. Em primeira instância, a separação dos segmentos de aposentadoria daqueles específicos de atendimento de saúde pública tinha a intenção de dar uma maior solvência financeira e capacidade de monitoramento das ações em cada setor da proteção social. Esse fenômeno – de incidência variada entre países e instituições no interior de cada um – criou o desafio da necessidade de aumentar os esforços quanto a gestão de recursos.

IMAGEM 5.1 EXPANSÃO DA ESTRUTURA DE PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: VANTAGENS, RISCOS E DESAFIOS



É a partir desse ponto que a desigualdade no atendimento em saúde deveria ser combatida, dando a devida importância aos mecanismos de subsídio à demanda, expandidos a partir dos novos esquemas de seguro social em saúde durante a

década de 1990. A implementação desses instrumentos de intervenção levou a uma revisão dos métodos tradicionais de subsídio à oferta, em busca de uma maior coordenação, pois ambos modelos apresentam vantagens e desvantagens que demandam esforços de complementação.

No entanto, a segmentação predominante continuou afetando a equidade do acesso e da qualidade relativa entre subsistemas, aumentando as exigências regulatórias que, como no caso das pensões, conforma o instrumento principal para facilitar o uso eficiente de recursos e a participação de setores não estatais na gestão e na oferta de serviços.

A etapa atual de reformas na saúde pública demanda um aprofundamento da coordenação entre subsistemas e a complementação entre modelos de financiamento. A busca por um aumento no acesso levou à inclusão do conceito de nominalidade na atenção pública, tanto em programas gerais para toda a população, como naqueles específicos ligados a grupos prioritários. Esses mecanismos foram acompanhados por mecanismos de pagamento por desempenho (*result based financing*), uma ferramenta de alinhamento entre financiamento e gestão que exige iniciativas de avaliação.

Por outro lado, a maior cobertura com base em planos definidos, a evolução dos perfis epidemiológicos setoriais e a crescente garantia de direitos levou à concepção de programas específicos por enfermidades, especialmente relacionados a doenças não transmissíveis. Embora, em seu conjunto, busque conquistar mais atendimento (e mais eficaz), a diversidade de necessidades a serem atendidas é um desafio aos mecanismos de definição de prioridades da autoridade de saúde pública.

Este movimento criou um espaço de judicialização da saúde, que aumenta ainda mais os riscos financeiros do sistema, cujo espaço normativo quanto a incorporação de tecnologias e explicitação de atendimento é ainda uma área em processo de arquitetura, inclusive nas nações de maior desenvolvimento econômico na região.

6. Debate de políticas

A falta de uma correlação direta entre os resultados aferidos na saúde pública e a estrutura de gasto pressupõe a exigência de identificar o que está acontecendo com os mecanismos atuais de destinação de recursos em saúde e quais são as prioridades que devem guiar a elaboração de políticas. A existência de condicionantes sociais (educação, meio ambiente, acesso a água e saneamento, etc.) interfere no gasto em saúde realizado pelo Estado e pelas famílias e no efeito sobre os resultados concretos na área da saúde pública.

Apesar disso, existem limitações endógenas ligadas à organização do sistema de saúde, tanto em planejamento quanto em financiamento, seguro e prestação de serviços que reduzem a efetividade dos recursos aplicados. Falhas no processo de estabelecimento de prioridades e fragilidades nos critérios utilizados na gestão

mostram como diferentes estratégias de aplicação dos recursos físicos, humanos e monetários existentes geram resultados heterogêneos.

Como foi analisado no capítulo anterior, as instituições de seguridade social em saúde da região latino-americana são nitidamente diversas em termos de população pela qual são responsáveis, objetivos institucionais, infraestrutura e poder de negociação dentro de cada país. Em alguns casos, suas funções estão diretamente relacionadas à gestão e prestação de serviços, a partir de uma distribuição orçamentária definida e uma estratégia de seguro estabelecida em outras esferas da gestão pública. Em outros, a responsabilidade está ligada à própria concepção de tal estratégia de estabelecimento de garantias de direitos e definição de prioridades. Algumas vezes, as instituições de seguridade social têm um papel estritamente regulatório, sem poder de intervenção nas esferas de financiamento e gestão. A partir disso é que serão propostos três eixos gerais para o debate que afetam intertemporalmente as instituições de seguridade social em geral, e ao qual converge a concepção de uma estratégia de inserção no marco complexo dos sistemas regionais de saúde.

6.1. Proteção financeira, agrupamentos de seguros (pool) de risco e coordenação

Algumas vezes, essas ineficiências são provocadas pela escala administrativa ou de benefícios sobre a qual atua o sistema de saúde que aumentam os custos médios. A fragmentação dos sistemas de saúde pública em sua estrutura de seguro é o maior risco a ser resolvido pelos sistemas de seguro social da região.

Em outros casos, a presença de estruturas históricas de destinação de recursos confinadas a linhas orçamentárias que assumem funções de produção homogênea e a falta de mecanismos de monitoramento e avaliação ameaçam a efetividade dos fundos e insumos disponíveis.

Além disso, e porque o sistema de saúde estabelece um vínculo entre a decisão institucional (do ministério, do instituto de seguridade social, etc.) e a comunitária e individual, por um lado, e entre interesses sociais ou solidários com metas monetárias, por outro, incorpora as tensões entre as funções objetivo de cada um dos atores participantes.

A utilização dos serviços de saúde parte da identificação de uma necessidade que deve ser satisfeita a partir de um encontro entre o sistema de saúde público e o paciente dentro desse ambiente. Uma vez que a demanda identificada se converte em uma demanda efetiva do sistema de saúde, a oferta institucional mostra sua capacidade de ofertar acesso (ou não).

A partir disso, é preciso estabelecer critérios objetivos desde uma visão clínica e sistêmica que institucionalmente defina os padrões de qualidade necessários para atuar em ambos espaços de utilização (por default, garantindo acesso; por excesso, garantindo efetividade) e de condutas (regulando o sobre-benefício e incentivando hábitos saudáveis).

Esse tipo de argumentos significa atuar conjuntamente nos âmbitos institucionais e individuais, empoderando as autoridades da saúde pública com instrumentos financeiros e regulatórios para poder garantir cobertura e qualidade suficientes para atender as necessidades da população. Isso requer não apenas oferecer a infraestrutura adequada para garantir a oferta física, mas também a capacidade de gerar conhecimento e agir sobre os hábitos da população.

Políticas de promoção e prevenção viabilizam a mudança de condutas que levam à redução de riscos de saúde individuais e geram economias ao sistema de saúde, abrindo a possibilidade de que sejam utilizados no atendimento de necessidades alternativas.

6.2. Enfermidades não transmissíveis e comportamentos saudáveis

A transição epidemiológica e demográfica das últimas décadas gerou um aumento das chamadas enfermidades não transmissíveis (ENT), principalmente as doenças cardiovasculares, a diabetes, o câncer, a doença crônica respiratória e as lesões por causas externas. No total, essas ENT representam mais de 70% das mortes em nossa região. E a elas se deve ainda somar o impacto recente das doenças renais.

O crescimento constante dessas enfermidades em todo o mundo ameaça o futuro da capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Nossa região não foge a essa realidade que, somada às doenças infectocontagiosas, impõem importantes desafios a nosso sistema de saúde pública com essa “carga dupla” de enfermidades.

Níveis adequados de atendimento e acessibilidade a serviços de saúde sinalizam a necessidade de políticas orientadas a aumentá-las, mas também ressaltam o papel das políticas de promoção da saúde, que constituem ações com um bom custo-benefício com capacidade de reduzir a demanda por serviços no futuro.

Aliás, existem evidências de que a redução observada em países desenvolvidos na mortalidade por doenças cardiovasculares pode ser atribuída particularmente à mudança de hábitos e comportamentos. Na Grã-Bretanha, a maior parte da queda da mortalidade por enfermidades não transmissíveis é resultado da diminuição do consumo de tabaco e de outros fatores de risco entre a população. Na nossa região, as leis que impõem ambientes livres de cigarro resultaram numa redução das internações por síndromes coronárias agudas. Aspectos relacionados à qualidade de vida são cada vez mais considerados como resultados de ações de saúde pública, em especial em quanto a enfermidades não transmissíveis com expectativa de vida prolongada.

Além de serem as causas mais frequentes de mortalidade, as ENT afetam muito a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas que padecem delas, demandando universos significativos de recursos financeiros “e demandando o cuidado de familiares ou de instituições” (Suhrcke, Nugent, Stuckler e Rocco, 2006). Complementarmente, a inatividade física é responsável por 3,2 milhões de mortes a cada ano (5,5% do total) em todo o mundo, com um forte impacto em mulheres e idosos.

[A inatividade física] aumenta o risco de cardiopatia isquêmica, doenças cerebrovasculares, câncer de mama, câncer colorretal e diabetes. Estima-se em todo o mundo uma taxa de sedentarismo de 17%, mas se adicionamos a esse número a atividade física insuficiente ou a inatividade física, esse percentual sobe a 41%.

Entre as intervenções com um bom custo-benefício para estimular a atividade física estão mudanças na urbanização e no transporte; organização comunitária (por exemplo com grupos de caminhada); mudanças nos currículos escolares e estratégias locais de comunicação (Norum, 2005).

6.3. Avaliação de tecnologias

Em sintonia com o que foi discutido nestas páginas, Mulligan, Walker e Fox-Rushby em um artigo publicado em 2006, propõe que haverá nas próximas décadas dramáticas mudanças nas necessidades da população. De acordo com os autores, “enquanto os países em desenvolvimento estão sob pressão devido à agenda pendente de enfermidades transmissíveis (especialmente HIV, malária e tuberculose), é evidente o aumento da mortalidade por enfermidades não transmissíveis como a depressão, doenças coronárias e câncer”.

Os autores apresentam um argumento interessante para a discussão deste ensaio: embora as estimativas dos padrões de enfermidades presentes e futuros tenham estimulado o reconhecimento das enfermidades não transmissíveis como de importância para a agenda, não há manuais de como lidar com elas. Se as decisões a serem consideradas por funcionários e *policy-makers* sugerem o uso de recursos limitados, é necessário conhecer quais das intervenções disponíveis são as mais eficientes e equitativas para serem aplicadas.

É reconhecida a importância de incluir uma perspectiva econômica na organização e gestão dos sistemas de saúde. Contudo, o uso dessas capacidades na definição de mecanismos de tomada de decisão, estabelecimento de prioridades e medição de impacto sobre a cobertura e a equidade dos sistemas de saúde pública não é ainda muito difundido; se restringe a temas relativamente padronizados como a realização de estudos sobre custo-benefício. De acordo com Hutubessy, Chisholm, Tan-Torres Edejer e WHO-CHOICE (2003), há às vezes causas políticas, de preferências sociais e barreiras sistêmicas que limitam sua implementação.

Nessa linha, no ano 2000 a OMS enfatizou a importância das análises de custos e benefícios na identificação de intervenções que gerem os melhores resultados a partir dos recursos disponíveis. Dessa forma, estabelecer quais tratamentos e tecnologias têm as melhores relações custo-benefício é uma prioridade, especialmente em nações em desenvolvimento.

Contudo, destaca Mulligan et al. que embora este tipo de estudos permita conhecer a eficiência técnica das intervenções identificadas e como alcançar um objetivo específico com o menor custo possível, em geral não orienta como distribuir recursos entre diferentes programas com objetivos não homogêneos. Quanto maior é o

espectro de intervenções a serem comparadas (como no caso considerado de acumulação epidemiológica), menor é a possibilidade de combinar os resultados de todos.

Se não se avança em um esquema como o mencionado, haverá uma redução na capacidade de resposta do sistema de saúde, diminuindo a sustentabilidade financeira dos mecanismos de proteção social implantados. Além disso, a discricionariedade na incorporação de tecnologias, medicamentos e tratamentos sem sustentação científica atentam contra a equidade do modelo de saúde pública, subsidiando intervenções não prioritárias e/ou supérfluas com recursos que deveriam ser investidos em outras de maior efetividade comprovada.

7. Conclusões

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) tinham a intenção de propor pautas de ação coletiva que permitiriam reduzir as desigualdades de acesso aos sistemas mundiais de saúde, por meio do estabelecimento de metas globais de indicadores de saúde pública. Embora os avanços alcançados em muitas nações tenham sido altamente satisfatórios, ainda há um longo caminho a percorrer para aperfeiçoar os modelos de atendimento e facilitar os mecanismos de monitoramento e análise das conquistas alcançadas.

Esses debates incorporam um conjunto de elementos que avançam ao desenvolvimento de modelos de cobertura universal em saúde e abrem uma série de temáticas interligadas. Esta agenda de discussão inclui três grupos de argumentos, delimitados assim:

- i) A mudança no perfil epidemiológico da população mundial.
- ii) O avanço de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento, e sua incorporação a um sistema de garantias de direitos.
- iii) A viabilidade de um modelo de proteção financeira que seja sustentável e equitativo.

Esta discussão é particularmente relevante nas instituições de seguridade social em saúde da região latino-americana atual, por várias razões.

- Os recursos utilizados no setor sanitário deveriam concretizar uma cobertura mais homogênea em termos de efetividade, mas isso requereria analisar os critérios de seguro, gestão e regulação do sistema.
- As conquistas no atendimento vêm lado a lado a uma demanda por maior qualidade e à inclusão de mais e novos serviços e tecnologias. Estas últimas requerem o estabelecimento de critérios padronizados e sistemáticos para analisar e avaliar os avanços gerados, a fim racionalizar e tornar mais eficaz o gasto em saúde.
- Em terceiro lugar, o que foi mencionado anteriormente ocorre em um marco no qual ainda se observam nítidas desigualdades entre grupos e setores. Assim, a fragmentação entre subsistemas e no interior de cada um deles impõe barreiras institucionais a um acesso equitativo.

- A descentralização do subsistema público e a ampla participação do setor privado na oferta de serviços exige o uso racional das ferramentas regulatórias e financeiras do Estado para alinhar interesses, homogeneizar a normativa e construir um sistema mais equitativo e sustentável financeiramente.
- A presença de um modelo fragmentado de seguro gera naturalmente desigualdades no acesso da população a benefícios e que não necessariamente estão ligadas à quantidade ou à qualidade dos serviços oferecidos, mas com falhas nos mecanismos de seguro e gestão de recursos nos primeiros níveis do modelo organizacional de saúde. Na medida em que as estruturas de seguro se multiplicam, a capacidade do sistema para ofertar a todos os seus cidadãos um acesso igualitário varia, com a proposta de diferentes incentivos tanto aos usuários quanto aos financiadores e prestadores dos sistemas de saúde.

O modelo de financiamento precisa ser discutido à luz das novas tendências internacionais de proteção financeira, apoiando-se nos êxitos já alcançados pela estrutura de seguridade social. Isso implica necessariamente o desenvolvimento de um marco regulatório mais abrangente (que inclua todos os sistemas), que incorpore as novas necessidades da população e a identificação de desigualdades de qualidade em termos de necessidades não satisfeitas e qualidade efetiva.

Nessa linha, sugere-se o fortalecimento de instituições técnicas que se dedicam à regulação de tecnologias, à certificação institucional e à concepção de mecanismos de custeio de programas e serviços que permitam a incorporação racional dos novos avanços da ciência. Assim, marco regulatório, proteção financeira e estratégia de cobertura universal estariam alinhados, de modo a facilitar o acesso a intervenções equivalentes de serviços, independentemente de seu lugar de residência ou de sua condição socioeconômica.

8. Referências

- Arhin-Tenkorang, D. (2001). *Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection, and Resource Mobilization*. [HNP discussion paper series]. Washington, D. C.: The World Bank-Health Nutrition and Population. Recuperado de: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13643> License: CC BY 3.0 IGO.
- Baeza, C. y Packard, T. (2006). *Beyond Survival. Protecting Households from Health Shocks in Latin America*. Washington, D. C.: Standford University Press/The World Bank.
- Botero de Mejía, B. y Pico Merchán, M. (enero-diciembre, 2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.
- Carrin, G. y James, Ch. (2004). *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period* [Discussion Paper núm. 2]. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/health_financing/issues/en/reaching_universal_dp_04_2.pdf
- Grossman, M. (marzo-abril, 1972). On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.

- Hutubessy, R., Chisholm, D., Tan-Torres Edejer, T. y WHO-CHOICE. (2003). Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1(1), 8.
- Knaul, F., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., ... Frenk, J. (octubre, 2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Health Policy*, 380(9849), 1259-1279. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
- Lee, R., Mason, A. y Cotlear, D. (2010). *Some Economic Consequences of Global Aging. A Discussion Note for The World Bank* [HNP discussion paper series]. Washington, D. C.: The World Bank-Health Nutrition and Population.
- Londoño, J.-L. y Frenk, J. (1997). Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.
- Lustig, N. (ed.). (2001). *Shielding the Poor. Social Protection in the Developing World*. Washington, D. C.: Brookings Institution Press/Inter-American Development Bank.
- Maceira, D. (2001). *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe* (Ediciones Especiales 3). Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud).
- Maceira, D., Garlati, A. y Kweitel, M. (2010). *Estructuras de costos en administradoras de fondos de pensiones en América Latina*. Mimeo, Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS).
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C. y Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 17(5/6), 353-361.
- Mulligan, J., Walker, D. y Fox-Rushby, J. (2006). Economic evaluations of non-communicable disease interventions in developing countries: A critical review of the evidence base. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4, 7.
- OCDE, BM y BID. (2015). *Panorama de las pensiones: América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: BID. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264233195-es>
- OMS. (2003). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro*. Francia: Autor. Recuperado de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 17(5/6), 299-302.
- Suárez-Berenguela, R. (25 de enero de 2000). *Health System Inequalities and Inequities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implications* [Working Document]. Washington, D. C.: Pan American Health Organization. Recuperado de <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/suarez.pdf>
- Todd Jewell, R., Rossi, M. y Triunfo, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía*, XXVI(46), 147-167.
- Wagstaff, A. y Doorslaer, E. van (2002). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993-98.
- Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Evans, D. B., Hanvoravongchai, P. y Ortiz de Iturbide, J. (2003). Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical, and technical challenges. En C. J. L. Murray y D. B. Evans (eds.), *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism* (pp. 533-568). Ginebra: World Health Organization.