

Alternativas e clima político na formulação do sistema de saúde colombiano (Lei 100)

Options and political stream in the formulation of the Colombian health system (Bill 100)

Clara Aleida Prada Sanabria¹, Sônia Cristina Lima Chaves²

RESUMO: Este artigo analisa o processo de formulação da política de saúde na Colômbia (1993). Trata-se de estudo qualitativo feito a partir de dados secundários com base na perspectiva do processo de agenda e formulação de política de Kingdon (1995) e na análise do estado e hegemonia de Gramsci (1978). Concluiu-se que a maioria das alternativas confluiu para as orientações do governo Gaviria, e que, mesmo existindo múltiplos cenários de discussão, houve pouca representação de setores contra-hegemônicos com possibilidade de alterar o percurso da Lei em seus aspectos estruturais. No processo, favoreceu-se a participação da empresa privada na administração e prestação dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde; Seguridade social; Colômbia; Serviços de saúde.

ABSTRACT: *This paper analyzes the formulation process of the Colombian health policy (1993). Qualitative research was applied upon secondary data grounded on the agenda and the politics process described by Kingdon (1995) and on Gramsci's (1978) analysis of the State and hegemony. It was concluded that most options followed Gaviria's hegemonic guidelines and that, even existing multiple debating scenarios, there had been little representation of counter-hegemonic sectors with possibility of changing the bill stream in its structural aspects. The process favored the participation of private companies in health management and rendering of services.*

¹Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. claricecaps@gmail.com

²Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. sclchaves@gmail.com

KEYWORDS: *Health Policy; Social welfare; Colombia; Health services.*

Introdução

O sistema de saúde colombiano integrado ao Sistema Geral de Seguridade Social (SGSS) – Lei 100 – foi formulado em 1993, durante o governo de Cesar Gaviria Trujillo (agosto de 1990 - agosto de 1994). Nesse período, implementaram-se medidas neoliberais que modernizaram o Estado e aprofundaram a descentralização política e administrativa (URIBE, 2009, p.124). Além disso, realizaram-se, pela primeira vez no País, eleições populares para governador, quando foram eleitos dois congressos: um antes e outro após a Assembleia Nacional Constituinte de 1991.

A descentralização administrativa começou com as eleições de prefeitos realizadas em 1986 (governo de Belizário Betancourt). Posteriormente, no governo de Virgílio Barco, a descentralização da saúde e de outros setores foi prioridade como estratégia para buscar legitimidade governamental e equilíbrio fiscal e financeiro.

Na formulação da Lei 100, a Organização Panamericana de Saúde (OPS), que tinha sido fundamental na cooperação, não ofereceu maior influência, já que, desde a segunda metade da década dos anos 1980, o Banco Mundial havia se constituído no grande orientador das políticas do setor da saúde. Essa mudança determinou o afastamento da Atenção Primária e da Saúde para todos no ano 2000 com a adoção de medidas neoliberais e privatizadoras dos serviços de saúde.

A Lei 100 surgiu após a formulação da nova Constituição Nacional (1991). Na tomada de decisão, houve difusão de alternativas de política em debates e encontros (1991 e 1992) levados a cabo fundamentalmente por assessores do Ministério da Saúde, do Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS), fundações privadas, bem como por acadêmicos, dirigentes de sindicatos e representantes de partidos políticos.

Neste estudo, descrevem-se os processos políticos que favoreceram a criação de aparatos públicos e privados para implementar, de forma ‘universalizada’, o esquema de seguros privados de saúde na Colômbia.

Metodologia

Realizou-se estudo qualitativo a partir de dados secundários, entre eles: documentos oficiais, informes executivos, relatórios, projetos de lei e do diário oficial do Congresso Nacional colombiano (*Gacetas del Congreso*) de 1992 e 1993, assim como publicações do jornal *El Tiempo* de 1992 e 1993.

As categorias de análise foram: definição de alternativas de política (*policy stream*), clima político (*political stream*) e agenda decisória, oriundas de Kingdom (1995), e hegemonia, contra-hegemonia, sociedade civil, sociedade política e intelectuais, oriundas de Gramsci (1978), que se encontram definidas no *quadro 1*.

Quadro 1. Categorias de análise para a compreensão do processo de formulação da Lei 100 de 1993, Colômbia

Categoria	Definição
Alternativas de política*	Proposta de resposta ao problema definido na agenda política, elaborado por determinado ator e que tem características técnicas e ideológicas diferenciáveis.
Clima político*	Conformado pelo sentimento popular e tendências ideológicas e partidárias nos diferentes grupos da sociedade civil e da sociedade política.
Agenda decisória*	Momento de confluência em que o problema está definido, as alternativas estão sendo discutidas e o clima político é favorável à tomada de decisão.
Hegemonia*	Direção e controle que uma classe ou fração de classe exerce sobre a totalidade da sociedade mediante a coerção ou o consenso.
Contra-hegemonia**	Organização e construção da própria direção política e ideológica das classes subordinadas para alcançar um novo sistema hegemônico.
Sociedade civil**	Organizações cuja função é difundir pensamento hegemônico através de todos os meios de comunicação e instrumentos que permitem influenciar a opinião pública.
Sociedade política**	Aparelhos de coerção e controle com funções de governo jurídico, força legal e domínio militar.
Intelectuais**	Funcionários das sociedades política e civil que elaboram a ideologia da classe dominante e a transformam em 'concepção' de mundo que impregna todo o corpo social.
Estrutura**	Base econômica de uma sociedade.
Superestrutura**	Base político-ideológica que assegura as condições não materiais para a reprodução da estrutura social (PAIM, 2007).

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *Conceitos oriundos de Kingdon, 1995

**Conceitos oriundos de Gramsci, 1978

***Conceitos oriundos de Marx, 1996

Resultados

Este estudo concluiu que o processo de formulação do Sistema de Seguridade Social na Colômbia se iniciou no final dos anos 1980 com a influência das indicações do Banco Mundial e de atores nacionais não governamentais. No *quadro 2*, identificam-se os principais atores governamentais e não governamentais envolvidos no desenho das alternativas durante o processo de formulação da Lei 100.

Observou-se que o principal ator da sociedade política – ator governamental – a

participar na elaboração de alternativas foi o Departamento Nacional de Planejamento (DNP); os participantes da sociedade civil – atores não governamentais – foram a Associação Nacional de Instituições Financeiras (ANIF) e a Associação de Atuários.

Os problemas do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (1975-1993) foram caracterizados, na agenda, como fruto da ineficiência do Estado para administrar os recursos do setor, observando-se pouca qualidade e baixa cobertura. As alternativas de solução se encaminham para um maior protagonismo da

empresa privada no setor. Posteriormente, apresentou-se um clima político favorável para a reestruturação do Estado, em geral, e para a reestruturação da política de Seguridade Social em particular.

Dois processos foram importantes para a criação da Lei 100 na Colômbia: a formulação da Lei 10 de 1990, que reestruturou o Sistema Nacional de Saúde, consolidando a descentralização administrativa e a autogestão das instituições de saúde; e a Constituição de 1991, que definiu os princípios da Seguridade Social no País.

A comunidade política do setor de saúde colombiano elaborou uma série de documentos sobre alternativas de política, publicados no livro *Reforma de la Seguridad Social en Salud* (CARDENAS; OLANO, 1992). Participaram do livro acadêmicos, sindicalistas e especialistas no tema, com alternativas de diversas orientações políticas e ideológicas. A Comissão de Reforma do Sistema de Saúde e a Comissão Constitucional de Seguridade Social serviram como espaços de discussão.

As alternativas de estruturação do sistema

de saúde foram divulgadas após a Constituição de 1991. Todas incluíram alguns princípios básicos, como o que define a saúde como parte da Seguridade Social, estando esta, na condição de serviço público, sob a responsabilidade do Estado. Além disso, consideraram que o sistema deve ser universal e solidário, ou seja, que todos devem participar no financiamento do sistema, cada um aportando de acordo com a sua capacidade econômica (CARDENAS; OLANO, 1992). Também foi incorporada a participação da empresa privada na gestão dos recursos e na prestação dos serviços de saúde. As propostas analisadas partem do reconhecimento da saúde como serviço público universal, que deve ser garantido a todos os cidadãos. Superou-se a visão da constituição anterior, na qual a saúde era considerada assistência pública do Estado para os pobres. Contudo, universalizou-se o modelo de seguro de saúde privado.

Nas alternativas, a análise econômica foi a mais aprofundada. Termos como vantagens, custo-efetividade, eficiência, alocação de recursos, subsídios cruzados estiveram no

Quadro 2. Atores da sociedade civil e da sociedade política na definição do problema (saúde e previdência) e das alternativas de política no processo de formulação da Lei 100 na Colômbia entre 1990-1992

	Sociedade Civil	Sociedade Política
Alternativas	-Banco Mundial -Associação Colombiana de Atuários -Associação Nacional de Entidades Financeiras -ACEMI -Acadêmicos: Universidade de Antioquia, Universidade Nacional de Colômbia -Partidos políticos	-Departamento Nacional de Planejamento -Ministério da Saúde -legislativo
Evidências de crise	-Banco Mundial -Fedesarrollo -Jornal El Tiempo	-Controladoria -Cajanal -Intituto Colombiano de Seguro Social
Problemas	-Fedesarrollo -Jornal El Tiempo -Sindicatos (CUT, CGT, CTDC, CTC)	-Controladoria -Ministério Público -Superintendência Nacional de Saúde

Fonte: Elaboração própria.

centro da discussão. Encontraram-se poucas referências ao perfil epidemiológico do País e aos avanços do Sistema Nacional de Saúde, implementado desde 1975 (*quadro 3*).

A Subcomissão de Saúde da Comissão Constitucional de Seguridade Social propôs um modelo de atenção descentralizado e autogerido, com autonomia administrativa e financeira dos organismos prestadores de serviços de saúde. Também, assinalou que os usuários deveriam fazer livre escolha da empresa seguradora para garantir a qualidade e a eficiência do serviço. Os prestadores de serviços de saúde obteriam os recursos financeiros a partir dos serviços prestados a usuários afiliados às seguradoras. Por esse motivo, recomendava-se a regulamentação das entidades públicas e privadas para que todos os prestadores de serviços pudessem concorrer em igualdade de condições.

1. Saúde e Seguridade Social na constituinte

No SNS, instituições públicas administram e prestam os serviços de Seguridade Social, cobrindo conjuntamente previdência e saúde. Na Constituição de 1991, definiu-se a Seguridade Social como um serviço público, obrigatório e como direito irrenunciável de todos os habitantes (COLÔMBIA, 1991, ARTIGO 48). Já a saúde, definiu-se não como direito, mas como serviço público, obrigação do Estado de garantir universalmente acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Estado é responsável de organizar, gerir e regulamentar a prestação de serviços de saúde e saneamento ambiental segundo os princípios de eficiência, universalidade e solidariedade. O princípio da eficiência é o primeiro valorizado nesse documento fundamental (COLÔMBIA, 1991, ARTIGO 49). Além disso, permitiu a participação da empresa privada e enfatizou a organização descentralizada.

2. Alternativas (*policy stream*)

Os elaboradores das nove propostas analisadas eram atores tanto da sociedade civil como da sociedade política (*quadro 2*). Todas as alternativas incluíram os princípios definidos na Constituição e partiram do conceito de Seguridade Social dado pelo ministro Francisco Posada de la Peña em memorando dirigido à Comissão da Reforma da Seguridade Social:

Série de mecanismos mediante os quais os indivíduos e, portanto, a sociedade tem a certeza de que sua forma e qualidade de vida não serão afetadas por eventualidades, contingências e sinistros que possam acontecer ao longo do ciclo vital e que têm sempre um custo ou implicação econômica (CARDENAS; OLANO, 2002, P. 19).

Nessa definição, não se faz referência ao Estado ou a um direito cidadão: é uma definição que responsabiliza os próprios indivíduos e a sociedade pela Seguridade Social. Na Assembleia Nacional Constituinte, declarou-se a Seguridade Social como um direito irrenunciável de todo cidadão e se delegou a definição das bases do novo sistema de seguridade à Comissão Constitucional Transitória. Os resultados dessa comissão, reunida durante o segundo semestre de 1991, não foram incorporados pelo governo nem pelo Congresso no debate legislativo, como havia ordenado a constituinte (JARAMILLO APUD OPS 2002, P. 302). A Seguridade Social, sendo declarada direito na Constituição, foi entendida como seguro privado nas diferentes propostas.

Todas as propostas concordaram com a necessidade de separação institucional da administração dos recursos da prestação dos serviços de saúde e previdência. Isso significava o fim ou uma reforma estrutural do Instituto Colombiano de Seguridade Social (ICSS), bem como das outras caixas de Seguridade Social. Por esse motivo, se podem explicar as posições dos sindicatos do ICSS e da Asociación Médica Sindical (Asmedas)

Quadro 3. Caracterização das alternativas de política de saúde na formulação da Lei 100, Colômbia, 1993

Proponente	Características	Tipo de vinculação	Financiamento	Gestor dos recursos	Prestador dos serviços
1. Ivan Jaramillo, Consultor FESCOL	Universal	Seguro complementar Seguro de população objeto de assistência pública	Contribuições dos trabalhadores e empregados Recursos de municípios e departamentos, impostos. Co-pagamento	Agências seguradoras privadas Fundos públicos locais e seccionais de saúde	Concorrência entre prestadores privados e públicos financeiramente autônomos
2. Guillermo Olano, acessor do Ministério, trabalhou na Comissão Constitucional e posteriormente participou da Fundação Corona	Seguro de Saúde Nacional – SESANA Enfoque na prevenção, atenção básica. Rede privada complementar de serviços médicos (pré-paga). Plano de benefícios baseado nas necessidades e recursos disponíveis, desenhado em nível local entre comunidades e autoridades locais.	Seguro complementar Seguro da população objeto de assistência pública	Trabalhadores 33,3% Empregador 66,6% Co-pagamento segundo classificação socioeconômica do usuário. Subsídios do Estado à demanda para seguro das famílias pobres.	Entidades seguradoras que contratam ofertantes de serviços médicos para seus vinculados. Agências locais descentralizadas	Entidades autônomas que vendem serviços de saúde.
3. Hugo López Castaño, Centro Investigações econômicas Universidade de Antioquia para o ISS	Contra seguradoras privadas, porque estas prefeririam as famílias com maiores ingressos, menos pessoas por família, menos doenças.	Seguro complementar Seguro da população objeto de assistência pública	Impostos gerais progressivos, onde os ricos paguem mais, gerando subsídio para os pobres. Os ricos comprariam uma apólice de seguros de saúde	Monopólio segurador estatal	Concorrência na prestação de serviços de saúde entre entidades públicas e privadas
4. Antonio Yepes Parra, constituinte liberal Comissão Constitucional de Seguridade Social	Seguro obrigatório de saúde integral.	Seguro de saúde universal	Contribuição dos trabalhadores dos setores público e privado. Contribuições dos trabalhadores informais. Orçamentos da nação e departamentos, além de impostos	Fundos municipais de saúde.	Entidades públicas, privadas ou do setor solidário
5. Carlos A. Agudelo, Vice-ministro de saúde	Orientação na prevenção e promoção. Plano de benefício segundo perfil epidemiológico do País e das regiões.	Seguro universal	Contribuições dos trabalhadores $\frac{1}{3}$ e empregadores $\frac{2}{3}$. Contribuições de trabalhadores informais, empresas de economia familiar e rural. Recursos do Estado por meio de subsídios Co-pagamento	Concorrência de agências seguradoras públicas de nível municipal ou seccional e seguradoras privadas	Concorrência de provedores de serviços.

Quadro 3. (cont.)

Proponente	Características	Tipo de vinculação	Financiamento	Gestor dos recursos	Prestador dos serviços
6. Julio Colmenares, consultor do Ministério de Saúde	Sistema integral de seguridade. Social formado por sistema nacional de saúde e sistema nacional de previsão social	Prestação de serviços básicos gratuitos. Não descreve seguro privado	Contribuições de famílias de trabalhadores Recursos da Ecosalud.	Fundo, caixa ou banco em nível local que vinculará os usuários. Fundo, caixa ou banco em nível nacional que receberá contribuições dos fundos locais, funcionara como ressegurador	Empresas públicas ou privadas
7. Jorge Michelsen (assessor ISS), Mauricio Restrepo, (subdiretor ISS) Gabriel Uribe (assessor ISS) Jorge Castellanos, consultor OPS	Seguro obrigatório de saúde Integral. Diferencia serviços de saúde pessoais de não pessoais, estes últimos não seriam objetivo do seguro. Atenção em promoção, prevenção, cura e reabilitação por níveis de atenção e por entidades territoriais	Universalização de seguro de saúde. Não descreve seguros complementares de saúde	Contribuições da população economicamente ativa, trabalhadores formais, informais e independentes. Subsídios estatais para população pobre. Ecosalud.	Conselho municipal de saúde administrada por secretaria municipal de saúde ou prefeitura. O conselho terá representantes dos médicos, usuários, empregadores e trabalhadores, governo municipal e departamental.	Entidades de saúde públicas autônomas, entidades privadas profissionais independentes
8. Alvaro Cardona, representante da união patriótica na Comissão Constitucional de Seguridade Social	Seguro nacional de saúde. Promoção, prevenção, atenção, reabilitação, controle de fatores de risco e fortalecimento de fatores protetores	Regime único de seguro em nível nacional	Contribuições de trabalhadores assalariados e independentes. Contribuição do governo para as pessoas desempregadas e dependentes. Co-pagamento	Entidade pública departamental ou regional. Conselhos regionais e nacional de Seguridade Social que definem políticas e coordenam as ações. Fundo de solidariedade regional, fundo de crédito ao fomento e desenvolvimento da infraestrutura física e tecnológica	Empresas públicas ou privadas devem prestar serviços de saúde integrais com enfoque em saúde da família. Participação de beneficiários na estrutura administrativa de todas as empresas prestadoras.
9. Departamento Nacional de Planejamento. Documento de Trabalho, 15 de Janeiro de 1992	Plano único de benefícios. Questionários de focalização para vinculação de famílias pobres	Seguro universal	Vinculação por grupos: grêmios, empresas, grupos associativos. Recursos fiscais, Ecosalud, orçamento departamental e municipal. Contribuições de trabalhadores, empregadores e trabalhadores independentes.	Entidades seguradoras em saúde, públicas e privadas. Fundo nacional de compensação que ressegura contingências e apóia solidariedade do sistema.	Hospitais públicos autônomos e entidades privadas

Fonte: Elaboração própria.

contra a reforma, já que modificava suas condições laborais e benefícios.

A universalidade na saúde foi entendida como asseguramento básico obrigatório de todos os cidadãos ao sistema, garantindo a livre escolha por parte do usuário em relação ao prestador de serviço e a existência de um seguro 'oficial' obrigatório e de seguros complementares voluntários.

Abaixo, descrevem-se as principais características motivadoras da disputa na formulação do SGSS.

2.1 COBERTURA

A cobertura universal estabelecida pela Constituição se apresentou, na maioria das propostas, dividindo os cidadãos em trabalhadores, população pobre ou desempregada e pessoas com capacidade econômica para pagar seguros complementares de saúde. O seguro seria universal sem diferenciação dos cidadãos nas propostas 4, 5 e 8 do *quadro 3*.

2.2 TIPO DE VINCULAÇÃO

As propostas se dividiram em três orientações diferentes: a) vinculação universal e subsídio do Estado para a população pobre sem seguros complementares de saúde (propostas 5, 6, 7 e 8); b) contribuição de todos os habitantes no sistema único oficial de atenção em saúde (proposta 4); c) seguro subsidiado pelo Estado para a população pobre e seguro complementar para a parcela mais rica da população (propostas 1, 2 e 9). Observam-se diferenças de orientação no próprio governo, já que, para o Ministério e o ICSS, a vinculação deveria ser igual para todos os cidadãos, mas para o DNP existia a possibilidade de seguro complementar, assim como para as Fundações Fescol e Corona.

2.3 FINANCIAMENTO

Nesse aspecto, praticamente houve consenso geral de que deveria ocorrer por meio das

contribuições de trabalhadores e empregadores. Algumas propostas determinaram as porcentagens (33,3% para os trabalhadores e 66,6% para os empregadores; propostas 2 e 5). O Estado contribuiria com recursos complementares dos níveis municipal e departamental e da Empresa Colombiana de Recursos para la Salud (Ecosalud). Esta empresa arrecadava recursos de lotéricas e de impostos sobre o álcool e o cigarro. Finalmente, as propostas, especificaram a necessidade de cobrar alguma porcentagem por serviço recebido segundo a capacidade de pagamento do usuário (co-pagamento), seguindo o modelo estadunidense de seguro privado.

Na proposta 3, pretendia-se o financiamento por meio de impostos gerais progressivos, em que os ricos pagariam mais que os pobres. Essa proposta também estava contra a privatização das seguradoras e a favor de um monopólio estatal, pois, segundo esta, o setor privado não garantiria a oferta de serviços para a população pobre. O financiamento seria garantido pelos trabalhadores e empregadores – como já acontecia no subsistema de Seguridade Social no SNS –, acrescentando as contribuições dos trabalhadores independentes e o subsídio do Estado para a população pobre. Parte da proposta de financiamento se fundamentou na solidariedade, entendida como uma característica dos seguros sociais costumeiramente excluída dos seguros privados:

No seguro social, a solidariedade implica a priori um mecanismo de compensação de custos e redistribuição das contribuições dentro de um sistema parafiscal. [...] Nos seguros sociais, pratica-se o princípio da equidade, exigindo de cada pessoa uma contribuição segundo sua capacidade e dando a cada pessoa serviços segundo sua necessidade (JARAMILLO APUD CARDENAS; OLANO, 1992, P.148-149).

2.4 GESTÃO DOS RECURSOS

A gestão dos recursos definida na Lei 10 de 1990 foi retomada nas alternativas analisadas. Estabeleceram-se os fundos seccionais e locais de saúde como sistemas descentralizados de captação dos recursos destinados a programas de saúde. Os fundos seriam as agências do sistema de Seguridade Social em saúde a se vincular à população objeto da assistência pública, que não estava em condições de contribuir. Eles “agiriam como sistemas de subsídio à demanda de serviços de saúde e assegurariam à população com quotas de contribuição segundo a classificação socioeconômica dos usuários” (JARAMILLO APUD CARDENAS; OLANO, 1992).

Duas propostas (7 e 8) apresentaram posição ideológica diferente no referente à gestão dos recursos. Os responsáveis pela administração dos recursos seriam conselhos municipais ou regionais de saúde conformados por representantes da administração, grêmios e comunidade. As agências seguradoras – posteriormente denominadas Empresas Promotoras de Saúde – e os fundos locais e seccionais ficariam encarregados de arrecadar as contribuições, vincular os usuários, gerir os recursos e pagar os serviços prestados pelas instituições de saúde (JARAMILLO APUD CARDENAS; OLANO, 1992).

A existência do fundo também foi comum a todas as propostas, mas o funcionamento e a administração geraram controvérsias. Assim, o fundo “receberia as contribuições de todas as agências do sistema, operando como seguro antidéficit no caso dos custos da atenção serem maiores do que as contribuições num grupo social ou região determinados” (CARDENAS; OLANO, 1992). Administrar-se-ia o fundo nacional por meio de junta tripartite de usuários, governo e empresários (Congressista Álvaro Uribe), que deveria, também, cobrir a ocorrência de catástrofes e financiar pesquisa e assessoria, além de funcionar como uma espécie de banco central (Guillermo Olanó). Os fundos garantiriam

unicamente a população pobre subsidiada pelo Estado, ficando os outros cidadãos vinculados a agências seguradoras privadas (propostas 1, 2, e 9).

A outra tendência (propostas 4 e 7) dá maior protagonismo aos fundos locais, que receberiam e administrariam as contribuições dos vinculados e os aportes e rendas municipal, departamental e nacional. A Junta Municipal de Saúde teria representantes do grêmio médico, de usuários, empregadores e trabalhadores, assim como do governo municipal e departamental, que se encarregaria da administração das instituições e programas de saúde. A execução ficaria a cargo da Prefeitura ou da Secretaria Municipal de Saúde. O município contrataria a prestação de serviços com entidades de saúde públicas autônomas, privadas ou profissionais independentes.

O DNP propôs um Fundo Nacional de Compensação com a função de reassegar contingências que ultrapassassem limites estabelecidos previamente e de apoiar a função de solidariedade do sistema (DOCUMENTO DE TRABALHO, DNP APUD CARDENAS; OLANO, 1992), não fazendo referência a fundos municipais ou departamentais. Para o DNP, as seguradoras seriam entidades públicas ou privadas, em lugar de instâncias administrativas do governo, como os fundos já descritos. Portanto, não existiria esse enfoque territorial na administração dos recursos para a prestação dos serviços individuais de saúde. No quesito gestão de recursos, essa foi a proposta final que chegou à Lei 100.

2.5 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Sobre a oferta de serviços de saúde, todas as alternativas incluíram a concorrência de entidades públicas e privadas candidatas à venda de serviços às agências seguradoras. Para isso, as entidades públicas deveriam se transformar em pessoas jurídicas, com autonomia administrativa e financeira, como estipulado no artigo 19 da Lei 10, de 1990 (JARAMILLO APUD CARDENAS; OLANO, 1992).

Quadro 4. Processo de desenvolvimento da Lei 100: da proposta de reforma do Banco Mundial à Lei aprovada.

Proposta reforma Banco Mundial 1987	Lei 10 1990	Alternativas 1992	Projeto de Lei 1992	Lei 100 1993
Modelo de seguros para os trabalhadores	Atenção básica responsabilidade do Estado	Seguro universal (9/9)	Seguro universal obrigatório - regime contributivo e subsidiado	Seguro universal obrigatório - regime contributivo e subsidiado
Pago de cotas por serviços de saúde	Não estabelecida	Pagamento de cotas (3/9)	Pagamento de cotas para controlar utilização dos serviços	Pagamento de cotas para controlar utilização dos serviços
Serviços complementares de saúde	Regulação do setor privado	Seguros complementares (4/9)	Não descreve seguros complementares	Seguros complementares
Descentralização dos serviços de saúde	Descentralização dos serviços de saúde	Descentralização administrativa do setor saúde	Descentralização administrativa do setor saúde	Descentralização administrativa do setor saúde
Não faz referência	Autonomia administrativa e financeira dos hospitais públicos	Autonomia administrativa e financeira dos hospitais públicos	Autonomia administrativa e financeira dos hospitais públicos	Autonomia administrativa e financeira dos hospitais públicos

Fonte: Elaboração própria.

O financiamento das entidades públicas não se daria, no novo sistema, por verbas históricas ou por populações adscritas, mas por venda de serviços. Nas diversas alternativas, é relevante a ênfase dada à ‘empresarização’, significando que os hospitais públicos deveriam ser autônomos financeiramente e obter recursos pela venda de serviços, contrário à tendência histórica na Colômbia até então. A participação da comunidade estaria garantida com a participação de usuários na cogestão dos conselhos diretivos dos hospitais públicos e privados.

2.6 PLANOS DE BENEFÍCIOS

Os planos de benefícios fazem referência aos serviços – consultas, procedimentos, exames laboratoriais e tratamentos – que os segurados têm direito de receber das seguradoras. Na maioria das alternativas, este tema não foi relevante, foi pouco discutido

e unicamente fez referência ao tipo de serviços a serem incluídos no seguro. Na proposta 3, classificaram-se os serviços de saúde em serviços pessoais e não pessoais, a mesma classificação do Banco Mundial. Os serviços não pessoais são aqueles que beneficiam indiretamente aos indivíduos – controle de fatores do meio ambiente, vetores biológicos, contaminação ambiental e prevenção de acidentes. Os serviços pessoais são os prestados diretamente aos indivíduos – primários, secundários e terciários. Estes últimos são os serviços objeto dos seguros de saúde (CARDENAS; OLANO, 1992).

Na linha contra-hegemônica, afirma-se que o plano de benefícios a ser oferecido pelo seguro deveria cumprir o perfil epidemiológico do País e suas diferentes regiões, assim como os objetivos e a política do sistema nacional de saúde. Prestaria serviços de atenção primária gratuita, cobrindo os principais fatores de risco e implementaria um modelo

de atenção à saúde baseado na promoção da saúde e na prevenção da doença. O plano de serviços incluiria atenção nos diferentes níveis de complexidade. Nessa proposta, o seguro básico e os seguros complementares são modalidades diferentes e independentes (CARDENAS; OLANO, 1992).

Em outra proposta (8), as instituições deveriam prestar serviços de saúde integrais com enfoque na saúde da família. Incluiriam atividades de promoção à saúde, prevenção e atenção a doenças e reabilitação, controlando os fatores de risco e fortalecendo os fatores protetores da saúde da população. Não discrimina nenhum indivíduo por motivos de idade, sexo, nível socioeconômico, ideias políticas, religiosas etc. Determina a necessidade de co-pagamento, ao receber um serviço do plano de serviços.

Ao final, a proposta consensual levada ao Congresso nos seus aspectos principais é apresentada no *quadro 4* e comparada com as principais características da proposta do Banco Mundial (1987). Esse modelo de seguro para trabalhadores foi ampliado à população em geral ao garantir a universalidade por meio do seguro para os pobres subsidiado pelo Estado.

No relatório final, inseriu-se o co-pagamento para garantir a viabilidade econômica do sistema e evitar o uso descontrolado dos serviços. Esse princípio foi inserido em três das alternativas e se confirmou no projeto de lei e na lei aprovada. A descentralização administrativa se manteve também em todas as alternativas de política, no projeto de lei e na lei aprovada. Finalmente, a proposta do Banco Mundial não fazia referência à administração dos hospitais públicos, mas, já desde a Lei 10, foi identificada a necessidade de introduzir o modelo gerencial nos hospitais, que deveriam ter autonomia financeira para garantir sua continuidade no novo sistema.

Em síntese, as ideias principais presentes na proposta do Banco Mundial foram implementadas (*quadro 4*), chamando a atenção para o fato que a mudança gerencial dos hospitais

públicos em direção ao autofinanciamento foi além do proposto pelo Banco Mundial.

3. Clima político (*politics stream*)

Caracterizou-se pela participação de forças políticas novas relacionadas com o processo de paz – os partidos de esquerda Aliança Democrática M-19 e União Patriótica, movimentos representados na Assembleia Constituinte e no Congresso. Em maio de 1990, elegeu-se Cesar Gaviria Trujillo com 47,8% dos votos, com 90% dos votantes a favor da Assembleia Nacional Constituinte. Esse é um fato político inquestionável, já que, não estando contemplada essa possibilidade na antiga Constituição e antes de serem contabilizados os votos oficialmente, os promotores da constituinte conseguiram apoio político para a convocatória à Assembleia Constituinte (SANTOS; IBEAS, 1995).

O partido AD-M19 liderou o Ministério da Saúde desde o início do governo Gaviria até agosto de 1993. Nesse período, manteve-se o enfoque promovido pela OPS/OMS, com programas de promoção da saúde, atenção primária, municípios saudáveis, comunicação para a saúde e participação social em saúde. Inclusive, o último ministro do AD-M19 do governo Gaviria, Gustavo de Roux, havia sido consultor da OPS. Com o apoio dessa instituição, o Ministério realizou a Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Bogotá, em novembro de 1992. (COLOMBIA MS APUD OPS, 2002).

A presença do AD-M19 no Ministério da Saúde resultou de parte do acordo político de Gaviria com os líderes dos partidos liberal, Nova Força Democrática e AD-M19, que se comprometeram em apoiar quarenta projetos de lei do executivo (EL TEMPO, 07 JUL. 1992). Essa participação do AD-M19, porém, não significou uma influência ideológica significativa na formulação de alternativas ao sistema de saúde, processo que foi mais influenciado pelo Departamento Nacional de Planejamento, que, já em janeiro de 1992,

tinha proposta bastante próxima do projeto apresentado pelo governo e aprovado pelo congresso (proposta 9 do *quadro 3*).

3.1 NOVOS ATORES NA SOCIEDADE CIVIL

No primeiro semestre de 1992, conformou-se a Associação Colombiana de Empresas de Medicina Pré-paga (Acemi). Nesse momento, o grupo afirmava ter quinhentos mil afiliados aos planos de saúde. As empresas fundadoras foram Colmena, Colpatria, Colsanitas, Fesalud, Medisalud, Servital, Previsalud, Coomeva e Salud de Antioquia. Segundo a matéria do jornal *El Tiempo* (1992), “como grêmio, Acemi espera aportar ao Governo nacional soluções que permitam resolver os problemas de saúde dos colombianos”. O interesse da Acemi era garantir o mercado livre e aberto, regulado pela livre concorrência, evitando a intervenção estatal no seguro e na prestação de serviços de saúde – segundo eles, para garantir a qualidade, a oportunidade e o desenvolvimento do setor. Defendia a exclusão de pacientes com doenças previamente diagnosticadas, a não obrigatoriedade de aceitar todos os cidadãos e a possibilidade de negar a oferta de tratamentos demasiadamente caros, de forma a garantir a estabilidade financeira do sistema (BORRERO, 2008).

Após a Lei 100, as empresas desse grêmio passaram a ter a função de seguradoras, gestoras dos recursos da saúde e prestadoras de serviços. A Acemi participou da equipe coordenada pelo Ministério de Saúde na elaboração do projeto 155, pelo qual se estruturava o sistema de saúde; assumindo, portanto, posição no Estado colombiano. Dessa equipe, também participaram representantes do Ministério do Trabalho, o ICSS, serviços de saúde regionais e os parlamentares Álvaro Uribe Velez e María del Socorro Bustamante, coordenadores dos debates na câmara e no senado (URIBE, 2009).

3.2 O PROJETO DE LEI DEFINITIVO E A MUDANÇA NO CLIMA POLÍTICO

Na elaboração do projeto de lei apresentado pelo governo ao parlamento, foi definitiva a participação do novo ministro de saúde Juan Luis Londoño que, antes de ser ministro, fez parte da equipe do DNP. Nesse departamento, desenvolveu-se uma das propostas de alternativa (proposta 9, *quadro 3*). Londoño foi um ator individual importante que apresentou características de empreendedor da reforma. No projeto, mantiveram-se as diretrizes indicadas por Gaviria de diminuir a participação do Estado no setor e abri-lo à concorrência do mercado. No momento em que levou-se o projeto ao congresso, o movimento AD-M19 já havia saído do Ministério da Saúde, e a fração liberal que estava contra as reformas gaviaristas retirara-se do ICSS, consolidando-se a tendência que dava ênfase aos aspectos técnico-econômicos. (URIBE, 2009).

No final de 1992, o governo submeteu o projeto ao Congresso que, durante dez meses, foi debatido nas comissões sétimas da câmara e do senado. Segundo o senador Álvaro Uribe Velez, que apresentou o projeto à plenária do parlamento, a discussão nas comissões “de portas abertas, teve sempre a presença de organizações sindicais, gremiais, acadêmicas e de diversas ordens; muitos lugares da pátria foram cenários onde se realizaram foros sobre o tema” (GACETA DEL CONGRESO, 30 JUL. 1993).

No projeto de lei, detalha-se a natureza jurídica do direito à Seguridade Social, retomando a Constituição Nacional, na qual o direito à Seguridade Social é um direito de segunda geração, definido como direito das pessoas de demandar que o Estado respeite esses direitos, mas não supõe a faculdade de exigir a prestação do serviço especificamente pelo Estado. A obrigação do Estado, frente a esses direitos, está relacionada a dedicar, segundo as possibilidades econômicas e financeiras, os recursos necessários para a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais (GACETA CONGRESO, 30

JUL. 1993). Portanto, assume-se o direito à Seguridade Social e à saúde como direito social de prestação sobre o qual o Estado deve envidar o maior esforço para desenvolvê-lo por meio das normas legais e regulamentares.

Discussão

A reforma do sistema de saúde foi um dos objetivos do programa de governo Gaviria, propósito que se manteve ao longo do seu governo e se concretizou na formulação e posterior implementação da Lei 100. Nesse período, a maioria dos ministros e dos congressistas era do mesmo partido do presidente, permitindo observar que, mesmo havendo um processo amplo de debate sobre a estruturação do sistema, este satisfaz a ideologia de fortalecimento do modelo econômico imperante durante o período. Os recursos da previdência terminaram sendo administrados pelos grupos financeiros, ‘ativando’ a economia.

Chama a atenção que, no caso colombiano, a política de Seguridade Social – previdência e saúde – foi tratada como alta política (*high politics*) e entendida pela comunidade política como “estando relacionada a questões-chave ou fundamentais para o interesse nacional e aos objetivos do Estado no longo prazo” (EVANS; NEWNHAM APUD WALT, 2006, P. 42).

Para Walt (2006), a política de saúde é, em geral, uma baixa política (*low politics*). Porém, no caso colombiano, ao se tratar de macro política ou de política sistêmica em nível nacional, pode-se entender como um processo elitista ou, mais especificamente, como um processo corporativista. Nesse sentido, já que a Lei 100 fortaleceu os grupos de interesse na indústria da saúde, observou-se que o modelo de *policy-making* mais próximo nesse caso é o de comunidades de política, cada vez mais especializadas, restritas e com tendências oligárquicas, nas quais predominam representantes da burocracia estatal qualificados legal e politicamente (LABRA, 1999). Essa comunidade

política que desenhou as alternativas esteve conformada por atores da sociedade civil e da sociedade política do próprio executivo, as quais agiram como empreendedores no processo, no sentido de Kingdon (1995), ou como intelectuais orgânicos no sentido de Gramsci (PORTELLI, 2002).

Alguns legisladores se aprofundaram nas discussões sobre as noções de direito e de serviço público, mas, ao final, a interpretação da Constituição orientou-se na via da privatização e da defesa dos interesses particulares na prestação e administração dos recursos da saúde e previdência. O executivo não teve oposição organizada no legislativo, de maioria liberal, e conseguiu fazer coalizões com os outros partidos representados para apoiar as iniciativas do Governo.

Além disso, a presença de forças políticas de esquerda na Assembleia Constituinte, no Ministério da Saúde e no Congresso não foi suficiente para alterar, de forma significativa, os planos do executivo para a reforma do sistema de Seguridade Social, incluindo a saúde. Esses grupos não ocuparam posições na estrutura do Estado para produzir influências ideológicas. Portanto, não se configurou contra hegemonia, ou seja, não se apresentou um processo de construção, por parte das classes subalternas, de ideologia própria para dar direção ao novo sistema de saúde e previdência. Pelo contrário, observou-se que a Acemi, grêmio das empresas asseguradoras de saúde, acabou ocupando posições no Estado, influenciando na formulação da Lei.

No caso do SNS (que funcionou entre 1972 e 1993), múltiplas análises econômicas apoiavam a reforma com orientação privatista desde o governo de Virgílio Barco (1986-1990). As avaliações assinalaram a crise econômica do setor como argumento para a necessidade de mudar o sistema e apresentaram o mercado regulado pelo Estado e administrado pela iniciativa privada como a melhor solução possível.

Na Colômbia, a ideologia é relativamente hegemônica no favorecimento à iniciativa

privada. Apenas duas das nove propostas estruturaram-se no sentido de formular um sistema público estatal de saúde. Dessa forma, a disputa entre a posição liberal e a tendência ‘comunista’ estatista estava, na Colômbia, também em decadência, como acontecia em todo o mundo no final dos anos 1980. Assim, a política pública (Lei 100) estabeleceu, como afirma Gonçalves (2009), as ‘regras de jogo’ que influenciaram a alocação de recursos econômicos e políticos, facilitando a formação ou expansão de grupos particulares, encorajando determinadas ações e bloqueando outras. Além disso, deu-se continuidade ao modelo médico assistencial privatista, mas subsidiado com elementos jurídicos para a incorporação em grande escala do modelo de atenção gerenciada, fundamentado na economia, nas análises de custo-benefício e custo-efetividade e na medicina baseada em evidência. Segundo Paim (2008), nesse modelo, considera-se a saúde/doença uma mercadoria, é biologista, implica a subordinação do consumidor e incorpora a visão ‘preventivista’, já que, dessa forma, pode baixar os custos e aumentar os lucros das empresas de saúde.

Essa política afetou vários interesses. Primeiro, de toda a população, ao estabelecer novas formas de acesso aos serviços de saúde; segundo, dos empregadores e dos trabalhadores, já que alterou as regras do jogo sobre a vinculação e a contribuição; terceiro, das seguradoras de saúde e previdência e, portanto, do setor financeiro, que criou e regulamentou esses mercados; quarto, do setor

público de saúde, porque alterou sua natureza jurídica; e quinto, do Estado em geral, porque redefiniu sua estrutura e seus objetivos no setor, agora mais restrito.

No processo de avaliação de alternativas e de tomada de decisão, foram necessários os acordos sobre alguns temas que afetavam diretamente os grupos organizados. Diferentemente do Brasil, a Colômbia já possuía, desde os anos 1970, um SNS estruturado com rede de serviços própria. Ou seja, uma ampla rede de hospitais públicos para a assistência à saúde dos pobres com a estrutura de centros de saúde e clínicas do ICSS que chegava a muitos municípios do País. Além disso, diferentemente do ocorrido no Brasil, a implementação dos sistemas locais de saúde (Silos) nos anos 1970 não se constituiu em espaço de formação de quadros políticos no setor saúde (professores universitários, profissionais de saúde ou lideranças comunitárias), capazes de, nas décadas seguintes, se posicionarem como contra-hegemonia ou de ocuparem espaço na estrutura do Estado (guerra de posição).

Para finalizar, a constituição de novo pacto político no País favoreceu a legitimação dos objetivos e interesses corporativos das agências seguradoras da previdência e de saúde. Favoreceu o desenho e posterior implementação de política que universalizou o seguro saúde como bem individual. Assim, no Estado Social de Direito instaurado à época, a saúde e a previdência ajudaram a dinamizar o setor econômico. ■

Referências

- BANCO MUNDIAL. El Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la Reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 6, n. 103, p. 695-739, 1987.
- BORRERO, Y.E. *La reforma del sector salud y los conflictos clasistas en Colombia: el caso de la ley 100/93*. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2008. 129 p.
- CARDENAS, M; OLANO, G. *Reforma de la seguridad social en salud*. Bogotá: Fundación Friedrich Ebert de Colombia – FESCOL, Fundación para la Educación Superior, Fundación Corona, Fundación Restrepo Barco, 1992.
- COLOMBIA. Ley 10, de 10 de enero de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 39.137, Bogotá, DC, 10 ene. 1990.
- _____. Constitución (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, DC: Asamblea Nacional Constituyente, 1991.
- _____. Ley 100, de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 41.148, Bogotá, DC, 23 dic. 1993.
- GONÇALVES, T. M. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde. *Locus: revista de história, Juiz de Fora*, v. 15, n. 2, p. 47-69, 2009.
- GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- JARAMILLO, I. *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 cinco años después*. 4. ed. Santa Fe de Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona, 1999.
- KINGDON, J. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Logman, 1995.
- LABRA, M. Análise de Políticas, Modos de Policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.
- NOMBRADO Director en Acemi. *El tiempo*, Información General, Bogotá, 06 mar. 1992. Disponível em: <<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-56538>>. Acesso em: 12 abr. 2011.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *OPS y el Estado Colombiano: 100 años de Historia, 1902-2002*. Bogotá, 2002. Disponível em: <http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPSestado100_print.htm>. Acesso em: 24 out. 2011.
- PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et. al. (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.
- PORTELLI, Huges. *Gramsci e o bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- SANTOS, A; IBEAS, J. Elecciones y Reforma Política en Colombia (1990-1991). *Revista de Derecho Político – Universidad Computense*, Madrid, n. 40, 1995, p. 341-378.
- UN Ministerio divide al M-19. *El tiempo*, Información General, Bogotá, 07 jul. 1992. Disponível em: <<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-152376>>. Acesso em: 04 jan. 2012.
- URIBE, M. *La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006)*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Centro de Estudios Sociológicos del Colegio de México, Ciudad del México, 2009. 313 p.
- WALT, G. *Health policy: An introduction to process and power*. 8. ed. London: Zed Books, 2006.

Recebido para publicação em fevereiro de 2013
 Versão final em dezembro de 2013
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve