

**POLÍTICAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL: um retorno à universalidade?¹****Vera Maria Ribeiro Nogueira**

Universidade Católica de Pelotas (UCPel)/Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

**Helenara Silveira Fagundes**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

**Celmira Bentura Alonso**

Universidad de la Republica Uruguay (UDELAR)

**Elizabeth Ortega Cerchiaro**

Universidad de la Republica Uruguay (UDELAR)

**Jorge Hugo Centeno**

Universidad Nacional de Misiones (UnaM)

**Nora Margarita Jacquier**

Universidad Nacional de Misiones (UnaM)

**Stella Mary Garcia Agüero**

Universidad Nacional de Asunción (UNA)

**Maria Del Carmen Garcia**

Faculdade Cásper Líbero

**POLÍTICAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL: um retorno à universalidade?**

**Resumo:** Este texto aborda os sistemas de saúde nos países do MERCOSUL e analisa se as medidas atuais sinalizam para a universalidade de atenção à saúde. Situa-se como um estudo comparativo e utiliza uma matriz de análise indicativa das intervenções estatais nas políticas de saúde. Para se apreciar as tendências universalistas, foram adotadas as três dimensões propostas pela OMS: amplitude da cobertura populacional, abrangência dos serviços e nível de cobertura por financiamento público. Apresenta as características demográficas e sociopolíticas dos países, as formas de organização, a prestação dos serviços, o financiamento e a regulação dos sistemas nacionais de saúde.

**Palavras-chave:** Sistemas de saúde, universalidade, políticas de saúde, MERCOSUL.

**HEALTH POLICIES IN MERCOSUR COUNTRIES: a return to universality?**

**Abstract:** This paper looks at the healthcare systems in Mercosur countries and analyzes if the current measures indicate the universality of healthcare. It is a comparative study and uses a matrix of analysis indicative of the state interventions in healthcare policies. To evaluate the trends three dimensions proposed by the WHO were considered: scope of population covered, the range of services and level of coverage by public financing. It presents the demographic and socio-political characteristics of the countries; the forms of organization, provision of services, financing and regulation of the national healthcare systems.

**Key words:** Healthcare systems, universality, healthcare policies, Mercosur.

Recebido em: 01.03.2015 Aprovado em: 23.03.2015.

## 1 INTRODUÇÃO

Este texto sintetiza os resultados iniciais de uma pesquisa sobre sistemas de saúde em regiões de fronteira, financiada pelo CNPq, e tem como objetivo central analisar se as diretrizes e os desenhos das atuais políticas sanitárias levadas a cabo nos países do MERCOSUL sinalizam para a universalidade de atenção à saúde, revertendo o paradigma anterior de orientação para o mercado.

Por essa razão, uma das metas do projeto anunciado foi o resgate da situação atual dos sistemas nacionais de saúde, o qual permitiu apreciar algumas medidas que transitam para outro papel do Estado no setor da saúde, de modo a fazer eco às reivindicações populares e tomar um rumo diferenciado de anos anteriores.

Para a construção do presente texto, partiu-se do suposto que, nos últimos dez anos, ocorreram inúmeras alterações nos quadros políticos, econômicos e sociais nos países integrantes originariamente do MERCOSUL, com reverberações éticas e políticas, além de jurídico-administrativas nos sistemas de proteção social, incluindo a saúde. Os relatórios anuais da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – e da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), a partir dos anos 2000, principiam a veicular um discurso dissonante ao até então hegemônico relativo ao diagnóstico e às propostas para a reversão da situação social alarmante vivida na América Latina. Os documentos reconhecem, explicitamente, a relação entre pobreza, saúde e a questão social, trazendo o discurso da proteção social em saúde, ou seja, a concepção de que as condições de saúde estão cada vez mais próximas da questão social, expressando patamares de direito e de justiça social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE 2009; COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2008; 2010c; 2011). Retoma-se, no plano discursivo, a ênfase sobre o direito social à saúde; e a universalidade e integralidade devem ser os valores a serem perseguidos pelos governos, situando-se a

saúde como um bem não mercantil (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003; 2007; COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2008; 2010c; 2011).

Na área da saúde, a literatura vem apontando alterações positivas nos sistemas nacionais e, assim, caminha para maior equidade e universalidade da atenção, embora com perfis distintos entre os países em termos de institucionalidades, abarcando o financiamento e a gestão (DULLAK et al., 2011; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011; STOLKINER; COMES; GARBUS, 2011; JACQUIER; SANTOS, 2014; BENTURA; ORTEGA, 2014).

Na mesma linha, Mirza (2013) assinala que as transformações decorrentes da conquista do poder nacional por partidos e forças progressistas e a ampliação das regras democráticas prefiguram um modelo de atenção à questão social ancorados nos princípios de igualdade, justiça e solidariedade, afastando-se do predomínio de reformas orientadas para o mercado, conforme indica abaixo.

Evidentemente, são alterações de pequena monta, muitas vezes situando-se em plano abstrato e com reduzidos impactos na efetivação das políticas nacionais de cariz social. A literatura aponta que reformas nos sistemas de saúde são complexas e de maturação demorada, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008).

Em que pese essa consideração, torna-se importante marcar tais tendências, pois podem contribuir para ampliar as lutas políticas pela equidade em saúde, contrapondo-se e reduzindo o impacto de forças conservadoras. As alterações assinaladas não se apresentam de modo homogêneo em todos os países, pelo contrário, refletem as correlações de forças políticas, a capacidade de pressão de parcelas da sociedade civil, o alcance das reformas orientadas para o mercado e as condições históricas de desenvolvimento de cada país. Conforme aponta Adelantado (2014, p. 3),

El enfoque considera que las diversas formas que adoptan los sistemas capitalistas se distinguen

por los modos en que se articulan los agentes sociales y los sistemas institucionales en cada contexto particular. Los diferentes sistemas institucionales serían el resultado principalmente de compromisos políticos. [...] Las políticas sociales se conciben como el resultado de correlaciones de fuerzas, son la manifestación de las tensiones distributivas de posiciones, identidades y recursos materiales y simbólicos en las estructuras sociales, son la expresión del conflicto entre diversos actores que defienden intereses distintos, elaboran discursos rivales y poseen diferentes recursos de poder.

Assim, a questão de fundo é – até que ponto essas alterações foram incorporadas pelos gestores e profissionais de saúde no plano da fruição dos direitos, e não apenas no plano legal e formal. Os investimentos financeiro, político, em recursos humanos e gestão, realizados pelos governos nacionais e pelo Fundo de Convergência Estrutural do MERCOSUL – Focem – contribuíram para reverter o quadro sobre o direito à saúde, sinalizando um retorno à universalidade da atenção e, conseqüentemente, atribuindo um papel distinto ao Estado?

## 2 METODOLOGIA

Ao se pretender analisar sistemas sanitários, torna-se relevante a afirmação de Conill e Fernandes (2011), os quais enfatizam que, no mundo da saúde, acontece um diálogo entre as ideias, as matrizes discursivas e o mundo real. Procurou-se, portanto, utilizar estratégias metodológicas que dessem conta de fazer a articulação entre as propostas e as conseqüências objetivas, passíveis de serem apreciadas ao se analisar os sistemas sanitários dos países que integram o MERCOSUL. Atualmente, fazem parte do bloco regional: Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Venezuela e Bolívia. No entanto, observa-se que as análises não contemplam a Venezuela e a Bolívia, pois não faziam parte do bloco à época das pesquisas anteriores sobre o

tema, o que inviabilizaria uma análise comparada.

A comparação e o delineamento dos sistemas de saúde foram realizados a partir da composição de matriz indicativa das intervenções estatais nas políticas de saúde, tais como o financiamento, a regulação do sistema e prestação de serviços de saúde. Para se apreciar as tendências universalistas, foram resgatadas as três dimensões da universalidade propostas pela OMS (2008): a magnitude da cobertura, ou seja, a proporção da população que goza de proteção social da saúde, seja através de seguros ou do setor público; a profundidade da cobertura, relacionada à ampliação de serviços essenciais necessários para oferecer resposta às necessidades de saúde da população; a cobertura financeira relativa aos custos de cuidados de saúde financiados por fundos comuns e orçamentários.

Além de uma apreciação sobre os itens acima, foram escolhidos três indicadores que incidem sobre a saúde da população – esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil, mortalidade materna. As fontes de informação foram os *sites* oficiais dos governos e do MERCOSUL, complementados por artigos em periódicos e literatura gris.

## 3 CARACTERÍSTICAS DO MERCOSUL E DOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

Os quatro países do MERCOSUL possuem uma população estimada, atualmente, em 239.299.302 habitantes. Houve um ligeiro aumento populacional na Argentina e no Brasil e um declínio no Paraguai e Uruguai (MERCADO COMÚN DEL SUR, 2014). De acordo com a mesma fonte os quatro países ocupam uma superfície total de 12.842.429 km<sup>2</sup> do continente americano, de modo que, em termos percentuais, o Brasil ocupa 66,30% da área total; a Argentina, 29,16%; o Paraguai, 3,17%; e o Uruguai, 1,37%.

Em relação ao índice de desenvolvimento humano, situa-se, em primeiro lugar, a Argentina, com o IDH de 0,81; em segundo, o Uruguai, com a

marca do IDH em 0,79; em terceiro lugar, o Brasil, com um IDH de 0,73; e, em quarto, o Paraguai, com o IDH na marca de 0,66 (MERCADO COMÚN DEL SUR, 2014).

A assimetria que caracteriza os países do bloco, igualmente, sobressai-se quanto se atenta para as cifras relativas ao produto interno bruto (PIB) em 2012: no Brasil, o PIB é de 1,6 trilhão de dólares e o PIB *per capita* é de 6.060 dólares; na Argentina, os valores são, respectivamente, 328 bilhões de dólares e 6.040 dólares; já no Uruguai, o PIB alcança 32,2 bilhões de dólares e o PIB *per capita*, 6.620 dólares; no Paraguai, tem-se os valores respectivos de 16 bilhões de dólares e 1.710 dólares (MERCADO COMÚN DEL SUR, 2014). Com exceção do Paraguai, os demais países mantêm uma taxa razoável de crescimento do PIB, o que não significa absolutamente uma elevação da qualidade de vida da população, dependente de uma distribuição de renda mais progressiva e da revisão da carga tributária e fiscal.

Em relação à proteção social, os quatro países têm sistemas diferenciados, embora, em termos constitucionais, o Brasil e o Paraguai garantem a universalidade de proteção à saúde como dever do Estado. No Brasil, há maior garantia efetiva de proteção, com uma institucionalidade mais acentuada em direção à universalidade, garantida legalmente. A Constituição uruguaia define que

El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. (URUGUAY, 1997).

Entretanto, como afirmam Bentura e Ortega (2014):

A pesar de esta formulación de la salud más como un deber que como un derecho, la ley 18211, de 2007, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) retoma la conceptualización de la salud como un derecho y establece en su artículo primero: 'La presente

ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud'.

No Paraguai, a proteção social ainda é um processo incipiente, com tendência à reversão devido ao golpe que depôs o presidente Lugo e o retorno de forças políticas de cariz conservador.

#### ✓ Financiamento público da proteção à saúde

O financiamento da saúde na Argentina é misto, realizado com recursos orçamentários nacional, provincial e municipal, além da contribuição da Previdência Social.

La nación distribuye fondos a las provincias por la coparticipación federal, salvo las contribuciones a la Seguridad Social que se destinan a sus prestaciones. (STOLKINER; COMES; GARBUS, 2011, p. 2.811).

Também compõe o financiamento a contribuição dos empregados e empregadores no caso das obras sociais, e os fundos das empresas de medicina pré-paga são de responsabilidade dos particulares. Os prestadores privados garantem seu orçamento através de contratos de prestação de serviços realizados com obras sociais e seguros de saúde. O gasto em saúde do setor público não tem sido constante e se observa uma pequena variação percentual positiva em relação aos gastos totais em saúde entre 2003 e 2007, que passaram de 4,4% a 5,9% do PIB (BANCO MUNDIAL, [2014]a).

No Brasil, o financiamento da saúde é realizado com recursos do orçamento da Seguridade Social e integra o orçamento nacional, embora com rubricas distintas. Esse orçamento é constituído majoritariamente pela arrecadação previdenciária, participação de estados e municípios. O repasse é efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde,

mediante pactuações de cobertura e abrangência, além das determinações da Lei 8.142, que regula as condições de financiamento da saúde. O percentual de gastos públicos com saúde em relação ao gasto total nessa área oscilou entre 2009 e 2012, na proporção de 43,6% em 2009, 47,0% em 2010, 45,7% em 2011 e 46,4% em 2012 (BANCO MUNDIAL, [2014]a).

O financiamento da saúde, no Paraguai, é misto – a parte pública é financiada pelo Ministério de Salud y Bienestar Social e a outra parte, pela contribuição de trabalhadores do setor, via Instituto de Previsión Social (DULLAK et al., 2011). A cobertura da Previsión Social abrange unicamente 13,9% da população, outros 7,7% estão cobertos por outros tipos de seguros privados ou mesmo públicos, permanecendo grande parcela da população sem cobertura (DULLAK et al., 2011). Segundo os dados do Banco Mundial (2014a), os gastos públicos em saúde oscilam, observando-se um acréscimo substancial em 2010. As cifras referentes ao percentual de gastos públicos em relação aos gastos totais em saúde indicam que, em 2009, foram aplicados 43,6%; em 2010, 34,4%; em 2011, 38,6% e; em 2012, subiu para 42,0% (BANCO MUNDIAL, [2014]a).

No Uruguai, após a reforma do setor, o financiamento foi radicalmente alterado e passou a ser realizado através de um fundo público único e obrigatório, Fondo Nacional de Saúde – Fonasa –, com a contribuição do Estado, empresas e os beneficiários do Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (URUGUAY, 2014).

Con el SNIS se constituye un Seguro Nacional de Salud cuyos objetivos son entre otros el garantizar el acceso universal, brindar atención integral a la salud a toda la población, lograr niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y lograr justicia distributiva en el financiamiento del gasto en salud que asegure la equidad, la solidaridad y la sustentabilidad del sistema. (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011, p. 2.830).

A Junta Nacional de Salud (Funasa),

organismo desconcentrado dependente do Ministerio de Salud Pública é o responsável pela administração do Seguro Nacional de Salud. Suas tarefas são de articular com os prestadores de serviço que compõem o Sistema Nacional Integrado de Salud os contratos de gestão, aplicar os mecanismos de financiamento da atenção integral à (salud) saúde (os) dos usuários e fiscalizar ( ) a efetiva integração dos aportes ao Fondo Nacional de Salud. Como (contrapartida) contrapartida os usuários contribuem com o Fundo segundo a renda e (tem) têm a possibilidade de escolha dos serviços e das ações de saúde. O novo sistema se baseia na separação entre financiador e prestador de serviços e ações de saúde, com a contratação de livre escolha dos serviços (público ou privado) pelos usuários contribuintes (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011)

Em relação ao percentual de gastos públicos, (em relação) no que concerne aos gastos totais em saúde, as cifras correspondem ao que segue: em 2009 foi de 61,1%; em 2010 foi de 62,7%; em 2011 alcançou 65,3% e; em 2012 foi de 66,6% (BANCO MUNDIAL, [2014]a), mantendo assim um crescimento reduzido, mas constante.

#### ✓ Organização dos sistemas nacionais de saúde

A Argentina é um país federal, e a saúde, constitucionalmente, é competência provincial, havendo grande autonomia dos municípios. Em face dessa situação, Stolkiner, Comes e Garbus (2011, p. 2.811) apontam a existência de

[...] un mosaico normativo y una gran diversidad de oferta de servicios que se suman a la multiplicidad de instituciones de las obras sociales y del sector privado.

Não há uma lei nacional, e o setor da saúde divide-se em três subsetores: público, privado e de obras sociais. O Ministerio de Salud se utiliza do Consejo Federal de Salud, com a participação dos Consejos Provinciales de Salud, na tentativa

de ampliar a capacidade de regulação e obter maior harmonização e homogeneidade sobre o sistema. A função do Ministério de Salud é a de orientador e regulador de iniciativas de ação e serviços de saúde (STOLKINER; COMES; GARBUS, 2011). O Ministério elaborou o Plano Federal de Saúde para 2010-2016, de modo que a implementação dos programas é dependente da adesão dos responsáveis provinciais. Consta deste plano, a criação da Direção de Promoção de Saúde e Prevenção e Controle de Enfermidades Crônicas, com vistas a abordar o problema de maneira intersectorial. Em 2010 se estableció nuevamente la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental (JACQUIER; SANTOS, 2014).

No Brasil, a saúde é definida na Constituição de 1988 como um direito de todos e um dever do Estado, e a função do Ministério da Saúde igualmente reitoria, com a competência de definir as políticas nacionais, as quais são executadas pelos municípios, dentro das diretrizes de hierarquização e descentralização. A gestão do sistema é compartilhada entre gestores dos três níveis de governo, e a formulação e o controle das ações executadas é igualmente dividido entre gestores, prestadores de serviço e população, através dos Conselhos de Saúde e do Conselho de Saúde Suplementar, ambos colegiados e deliberativos.

A regulação da vigilância sanitária e saúde suplementar é realizada por duas agências reguladoras, com vinculação indireta com o Ministério da Saúde. O gestor municipal é o único responsável pela gestão local do sistema de saúde. A iniciativa privada tem um papel suplementar e se subdivide em subsectores: seguro saúde, cooperativas médicas e planos de saúde. A forma de organização das ações de saúde, no país, vem passando por alterações que implicam em pactuações entre o governo federal, os municípios e os estados, com a lógica da regionalização em função da rede instalada e dados epidemiológicos. Os pactos recentes ampliam a fragmentação do SUS à medida que são decorrentes

de decisões municipais, com aspectos políticos e ideológicos decisivos.

Já a proteção à saúde, no Paraguai, ainda que, constitucionalmente, situe-se como responsabilidade do Estado, é segmentada e integrada por subsectores que incluem o Ministério de Salud Pública y Bienestar Social e o setor de seguro social para os trabalhadores informais, via Instituto de Previsión Social, e o setor privado, dividido em três subsectores – sem fins lucrativos, com fins lucrativos e misto. O Ministério desempenha a função de reitoria, provisão e financiamento. Consta-se a alta segmentação de cobertura entre os três subsectores, há uma desarticulação dos diferentes subsectores com fragmentação da rede assistencial (DULLAK et al., 2011, p. 2.868), ocorrendo

[...] que cada subsistema crea y opera su propia rede de provisión de servicios de salud, con limitado grado de integración y comunicación entre los servicios que las forman – sea dentro de un mismo subsistema sea entre los subsistemas y los distintos niveles de atención.

No Uruguai, até o ano de 2005, a Administração dos Serviços de Salud do Estado (ASSE) era ()um organismo descentralizado Ministério de Salud Pública e, com esse caráter garantia a atenção à saúde para a população de baixa renda e desempregada, ficando a cargo do subsector privado a parcela populacional com capacidade de financiar a proteção à saúde via as denominadas Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), sem fins de lucro com uma extensa abrangência no país. A partir de 2004, com a ascensão de um governo de esquerda, iniciou-se um processo de reforma sanitária que culminou com a criação do Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), alterando o modelo de gestão, financiamento e de atenção à saúde.

El nuevo sistema se caracteriza, entonces, por la orientación hacia una integración y complementación

de los denominados prestadores integrales de servicios de salud, tendiendo a la equidad en el acceso de los usuarios al sistema. (BENTURA; ORTEGA, 2014).

Observa-se que o processo de reforma sanitária do Uruguai vem sendo implementado gradativamente e com a participação dos setores interessados, ou seja, os (usuários), os trabalhadores, o governo, os prestadores de serviços de saúde. Os prestadores de serviços privados, sem fins lucrativos, e os prestadores públicos obrigam-se a compor uma cesta básica de serviços e submeter-se à regulação do Ministério.

#### ✓ Prestação de serviços e ações de saúde

Deve-se lembrar de que um sistema de saúde reflete a concepção de igualdade e cidadania hegemônica de cada país. Mais significativo para o objetivo deste texto é a concretização efetiva das propostas expressa em alteração em indicadores de saúde, o que leva necessariamente a avaliar, negativa ou positivamente, os serviços prestados no setor da saúde.

Argentina – O Ministério da Saúde responsabiliza-se, através do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, pela atenção à saúde materno infantil, através do Plano Nacer, à população que não tem acesso às obras sociais, e pelos medicamentos essenciais, via Programa Remediar, ambos os programas de alcance nacional. O setor estatal de saúde, de acesso universal, é garantido à população que conta somente com esse tipo de cobertura, calculada atualmente em 34,9% da população. As empresas de medicina pré-pagas cobrem 10% e os demais (55%) (tm) têm cobertura através das obras sociais. Uma avaliação recente sobre a política do país afirma que as modificações pós anos 2000 não alteraram a estrutura básica e fragmentada do sistema,

[...] no obstante, las modificaciones realizadas se fundaron en un

discurso centrado en la estrategia de APS, el incremento de la regulación por parte del Estado y la recuperación de la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud Nacional. (STOLKINER; COMES; GARBUS, 2011, p. 2.808).

Brasil - O atendimento abrange os três níveis de atenção, incluindo o fornecimento de medicamentos contidos na Relação Nacional de Medicamentos (Rename), além de outras competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Financia o Programa de Saúde da Família, com abrangência nacional e com o objetivo de ampliar a atenção básica e não seletiva. Silva (2011) assinala como a construção do SUS reduziu a fragmentação da saúde ao unir os serviços da União, estados, municípios e a assistência médica previdenciária. O controle e monitoramento são realizados pelo Ministério da Saúde, que montou sistemas altamente informatizados sobre o SUS, e as informações são disponibilizadas ao público via web.

Paraguai – O Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social mantém programas diretos de prevenção e assistência à saúde, competindo com o próprio Instituto de Previsión Social, levando (a) à superposição de serviços e ações, visto não serem articulados, embora sob a égide do setor público. A proposta do atual governo, *Propuesta para el cambio 2008-2013*, considerada como documento guia das políticas de saúde, aponta a atenção primária em saúde como porta de entrada do sistema e a integra a uma rede de serviços a serem criados, propondo acesso universal de saúde, além de mecanismos de referência e ampliação da participação popular (DULLACK et al., 2011; PARAGUAI, 2012).

A inexistência de articulação entre as instâncias prestadoras de serviço de saúde, ou seja, a fragmentação do sistema, a existência de uma população majoritariamente infantil e adolescente, aliada a uma grande proporção da população (40%) que não tem acesso (à) a serviços de saúde, são as causas das baixas condições de saúde no Paraguai (DULLACK et al., 2011). Complicam o

quadro sanitário a existência de população indígena e a baixa condição de escolaridade da população, mesmo jovem, que cursaram apenas três anos de escola.

Uruguai – Desde a aprovação das leis de criação do SNIS a integração dos usuários ao FONASA foi sendo (paulativa) paulatina e pautada por segmentos. Assim, se produziu a incorporação progressiva de funcionários públicos, dos (os) trabalhadores e seus filhos menores de dezoito anos, os aposentados com baixa renda e os novos aposentados e os cônjuges e companheiros em união estável dos trabalhadores e outros. A previsão é que, em 2015, 80% da população seja atendida com recursos do Fonasa, seja através das unidades próprias do Estado ou instituições médicas sem fins lucrativos (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

ASSE constituye el prestador más importante del país por sus dimensiones, ya que tiene servicios en todo el territorio nacional, y por el número de beneficiarios que tiene (alrededor de 1.200.000). (BENTURA; ORTEGA, 2014).

Também existe, integrado ao sistema de saúde, um Fundo Nacional de Recursos que financia os Institutos de Medicina Altamente Especializada, os quais atendem a todos os usuários que demandem seus serviços, independente de serem usuários de prestadores públicos ou privados.

As entidades públicas e privadas que integram o SNIS (tem) têm obrigação de fornecer a seus usuários os serviços e ações de saúde são detalhadas e com caráter normativo no Plano Integral de Atenção à Saúde (PIAS).

Outro aspecto a destacar é a existência de Programas Nacionais a nível do Ministerio de Salud Pública, referidos (a) à saúde infantil, saúde dos adolescentes, adultos e adultos idosos, como priorização do primeiro nível de atenção e ao funcionamento em Redes Integradas de Serviços de Saúde implementados fundamentalmente pela ASSE.

#### 4 ALTERAÇÕES POLÍTICAS E IMPACTOS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Além da dificuldade de uma análise mais acurada dos países em estudo, dada sua diversidade em termos sociais, culturais e simbólicos, atualmente, outro aspecto amplia essa pretensão. Como afirma Mirza (2013, p. 1), a seguir.

(As) Las Izquierdas en el poder político, progresismo de las orientaciones sociales y economía capitalista resultan una ecuación bizarra, esencialmente contradictoria y compleja de entender; así el panorama regional de la última década nos presenta un abanico de políticas sociales más o menos similares y con idénticas intenciones éticas.

Mesmo assim, não se pode deixar de reconhecer que as mudanças no quadro político dos países do MERCOSUL, com a vitória de partidos progressistas, propiciaram alterações no desempenho dos sistemas de saúde, conforme comprovam os indicadores de mortalidade infantil, mortalidade de crianças até 5 anos de idade, redução da tuberculose e mortalidade materna (BANCO MUNDIAL, [2014]b; COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2010a; 2012a; 2013a; 2014a).

Observa-se, entretanto, que a alteração dos indicadores se deve não unicamente às reformas dos sistemas de saúde, mas igualmente às políticas de combate à pobreza, com a redução significativa dos níveis de pobreza e indigência, conforme relatórios estatísticos da CEPAL (2010b; 2012b; 2013b).

Em relação à cobertura financiada unicamente com recursos orçamentários, apenas o Brasil mantém essa direção, embora, no Uruguai, identifique-se uma tendência de ampliação para a universalidade coordenada pelo setor público, ainda que complementada através da contribuição individual. Nesse país, a reforma estabeleceu uma nova relação entre prestadores privados e públicos regulada por

contratos, instalando a complementaridade como um modelo a ser seguido. Não se observa, em nenhum país, de modo explícito, um retorno às reformas orientadas pelo mercado, conforme se verificou na década de 1990, não ocorrendo redução nos serviços prestados e instituição de mecanismos moderadores ou condicionantes para a atenção. Os gastos públicos com saúde foram ampliados em todos os países.

Sobre a organização dos sistemas, pontua-se a tendência das reformas de um retorno do papel do Estado em sua função de regulador e ampliação da governabilidade e reduzir a fragmentação e segmentação dos sistemas de saúde. Outra tendência é a convergência sobre processos de descentralização e inovações institucionais nas relações entre os níveis administrativos, com o repasse de funções executivas para instâncias subnacionais. Ampliam-se novas modalidades de articulação no interior do setor público de saúde, especialmente no Brasil e na Argentina. Como exemplo, verifica-se o instituto das pactuações, que não obrigam necessariamente a que todos os municípios ou províncias adotem as propostas nacionais. Esse é um impasse que tende a fortalecer a segmentação dos sistemas, contrariando a ideia da harmonização.

As prestações de serviços e ações sanitárias tendem a priorizar e ampliar a atenção básica em saúde, embora, na Argentina, tenha-se privilegiado a atenção básica restritiva (STOLKINER; COMES; GARBUS, 2011; DULLAK et al., 2011; JACQUIER; SANTOS, 2014; BENTURA; ORTEGA 2014). Há uma convergência, entre os países, quanto à realização de programas focalizados, mantendo-se alinhados às indicações da Organização Mundial da Saúde. As divergências estão nas formas de focalização. Enquanto, no Brasil, a focalização é expressa através da estratégia Saúde da Família, na Argentina, é através do Programa Remediar. Já no Uruguai, as determinações programáticas indicam a atenção primária como uma estratégia para solucionar as alterações mais profundas no modelo de atenção, assim como a estratégia da Saúde da Família, no Brasil.

## 5 CONCLUSÃO

A resposta à questão formulada inicialmente e que indicou o eixo argumentativo deste texto tem duas vertentes. De um lado, as análises das políticas de saúde dos países do MERCOSUL, em relação ao financiamento, à organização do sistema e à prestação de serviço, indicam uma alteração no rumo das reformas realizadas, não se pautando estritamente em direção ao mercado. Mas não se pode afirmar uma tendência radical à universalização dos sistemas na medida em que permanecem os financiamentos de base não orçamentária, e sim contributiva, no caso da Argentina, do Uruguai e do Paraguai. A organização e a gestão das políticas de saúde apresentam algumas inovações, especialmente no rumo da descentralização operacional sob a coordenação do Estado, o qual assume um papel distinto de épocas anteriores. E a prestação de serviços e ações de saúde tem, na atenção básica, o foco articulador, ainda que com menor expressão na Argentina (atenção básica seletiva) e no Paraguai, onde se mantém a dificuldade de se implementar esse tipo de atenção devido a restrições orçamentárias.

Por outro lado, persistem os arranjos do tipo público-privado, expressos nos altos gastos privados com a saúde; as propostas em nível discursivo, como é o caso do governo paraguaio e, em certa medida, do governo argentino; a intenção, que vem sendo concretizada em parte, pelo governo uruaio; e a ameaça, no Brasil, de privatização de hospitais públicos, além da frágil regulação do Ministério de Saúde sobre os municípios, em decorrência da estrutura político-administrativa do país.

Pode-se concluir, apoiando-se em Adelantado (2014), que há imbricação entre as variedades ou formas que assume o capitalismo com os distintos modelos de bem-estar, evidenciadas nas distintas organizações dos sistemas nacionais de saúde. Assim, a questão inicial permanece em aberto, qual seja de que forma os arranjos econômicos no capitalismo periférico dominante nos países analisados incidirão sobre o sistema político e de proteção social.

Essa questão tanto é uma explicação para as assimetrias tendenciais identificadas nas reformas dos sistemas de saúde nos países estudados, como contém um repto aos atores políticos na consolidação de forças que reforcem e operacionalizem as atuais propostas discursivas. Assim, o comportamento dos atores nacionais irá confirmar, no futuro, se as tendências e os discursos universalistas se firmarão ou serão revertidos em favor do mercado como articulador das mudanças societárias, conforme se assistiu em décadas passadas.

## REFERÊNCIAS

ADELANTADO, J. **Propuesta de Investigación:** proyecto Prometeo. [S. l.: s. n.], 2014. Digitalizado.

BANCO MUNDIAL. **Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)**. Washington, DC, [2014]a. Disponível em: <<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000)**. Washington, DC, [2014] b. Disponível em: <<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT/countries>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

BENTURA, C.; ORTEGA, E. Salud en la frontera Uruguay Brasil: un estudio exploratorio de la legislación uruguaya. In: JORNADAS DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, UDELAR, 13., 2104, Montevideo. **Anales Electrónicos...** Montevideo: Universidad de La República, 2014. Não paginado. Disponível em: <<http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2014/09/Bentura-Ortega.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. **América Latina y el Caribe:** perfil regional socio-demográfico. Santiago de Chile, 2010a. Disponível em: <[http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/Perfil\\_regional\\_social.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Perfil_regional_social.asp?idioma=e)>. Acesso em: 21 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Santiago de Chile, 2012a. Disponível em: <[http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/Perfil\\_regional\\_social.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Perfil_regional_social.asp?idioma=e)>. Acesso em: 21 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Santiago de Chile, 2013a. Disponível em: <[http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/Perfil\\_regional\\_social.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Perfil_regional_social.asp?idioma=e)>. Acesso em: 21 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Santiago de Chile, 2014a. Disponível em: <[http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/Perfil\\_regional\\_social.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Perfil_regional_social.asp?idioma=e)>. Acesso em: 21 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Estadísticas e indicadores sociales.** Santiago de Chile, 2010b. Disponível em: <[http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc\\_HTML.asp](http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc_HTML.asp)>. Acesso em: 8 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Santiago de Chile, 2012b. Disponível em: <[http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc\\_HTML.asp](http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc_HTML.asp)>. Acesso em: 8 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Santiago de Chile, 2013b. Disponível em: <[http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc\\_HTML.asp](http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc_HTML.asp)>. Acesso em: 8 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **La hora de la igualdad:** brechas por cerrar, caminos por abrir. Santiago de Chile, 2010c. Disponível em: <<http://www.cepal.org/es/publicaciones/13309-la-hora-de-la-igualdad-brechas-por-cerrar-caminos-por-abrir-trigesimo-tercer>>. Acesso em: 1. abr. 2010.

\_\_\_\_\_. **Social Panorama of Latin America 2007.** Santiago de Chile, 2008. Disponível em: <[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1227/S0700764\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1227/S0700764_es.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 1 set. 2011.

\_\_\_\_\_. **Social Panorama of Latin America 2010.** Santiago de Chile, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1237/S1000875\\_en.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1237/S1000875_en.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 1 jul. 2011.

CONILL, Eleonor; FERNANDES, Sílvio (Coords.). **Documento Base para Construção do Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2012/12/Documento-Base-portugu%C3%AAs.pdf>>. Acesso em: 2 nov 2011.

DULLAK, Roberto et al. Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.865-2.875, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/24.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

JACQUIER, Nora M.; SANTOS, Luisa. **Políticas y acuerdos en materia de salud mercosureña – Argentina: una mirada desde la frontera de Misiones**. Misiones: Universidade Nacional de Misiones, 2014. Digitalizado.

MERCADO COMÚN DEL SUR. **Secretaria Administrativa**. Montevideo, 2014. Folheto. Disponível em: <[http://www.mercosur.int/innovaportal/file/4657/1/folleto\\_marzo\\_2014\\_es.pdf](http://www.mercosur.int/innovaportal/file/4657/1/folleto_marzo_2014_es.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2014.

MIRZA, C. A. Crisis mundial e impactos de las políticas sociales en el Mercosur. In: SEMINÁRIO DE POLÍTICA SOCIAL DO MERCOSUL, 4., 2013, Pelotas. **Anais...** Pelotas: Programa de Pós-graduação em Política Social/Universidade Católica de Pelotas, 2013. Conferência.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais que nunca**. Lisboa, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/08\\_overview\\_pr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_overview_pr.pdf?ua=1)>. Acesso em: 21 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Dados Básicos**. Gerador de Tablas. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulador/newsqITabulador.asp>>. Acesso em: 3 jun. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Agenda de salud para las Americas**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)>. Acesso em: 8 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. **Apoyo para planear investigaciones sobre estrategias para extender la protección social en salud**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=116:apoyo-planear-investigaciones-sobre-estrategias-extender-proteccion-social-salud-&catid=667:notas-de-prensa&Itemid=488](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=116:apoyo-planear-investigaciones-sobre-estrategias-extender-proteccion-social-salud-&catid=667:notas-de-prensa&Itemid=488)>. Acesso em: 12 dez 2003.

\_\_\_\_\_. **Salud em las Américas**. Brasília, DF, 2007. (Publicación Científica y Técnica No. 622). v. 1. Regional. Disponível em: <<http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2009.

PARAGUAI. Ministério de Salud y Bienestar Social. **Plan Estratégico 2013-2018**. Assunção, 2012. Disponível em: <<http://www.mspbs.gov.py/v3/wp-content/uploads/2014/10/RESOLUCION-SG-Nro-52-DEL-2014-nuevo.pdf>>. Acesso em: 18 mai 2014.

SILVA, Sílvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.753-2.762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

SOLLAZZO, Ana; BERTERRETICHE, Rosario. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.829-2.840, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/21.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2014.

STOLKINER, Alicia; COMES, Yamila; GARBUS, Pamela. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.807-2.816, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/19.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

URUGUAY. **Constitucion de la Republica Oriental del Uruguay**. Montevideo, 1977.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. **Institucionales**. Montevideo, 2014. Disponível em: <<http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/institucionales>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

NOTA

<sup>1</sup> Uma versão reduzida deste texto foi apresentada ao XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS).

**Vera Maria Ribeiro Nogueira**

Assistente Social  
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e pos-doutorado na Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)  
Professora adjunta da Escola de Serviço Social/Programa de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e Professora voluntária do Programa de Pós Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)  
E-mail: veramn@gmail.com

**Helenara Silveira Fagundes**

Assistente Social  
Doutora em Pós Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)  
Professora adjunta II do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)  
E-mail: helenara.voy@terra.com.br

**Celmira Bentura Alonso**

Assistente Social  
Doutorado en Ciencias Sociales em andamento de la Universidad de la Republica Uruguay (UDELAR)  
Profesora e investigadora de la UDELAR  
E-mail: celmirab@gmail.com

**Elizabeth Ortega Cerchiaro**

Assistente Social  
Doctora en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la Republica Uruguay (UDELAR)  
Profesora adjunta en el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR  
E-mail: ortega\_ely@hotmail.com

**Jorge Hugo Centeno**

Doctor en Medicina pela Universidade Nacional de la Plata  
Docente-investigador de la Escuela de Enfermería – Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la Universidad Nacional de Misiones (UnaM)  
E-mail: centenojorge@yahoo.com

**Nora Margarita Jacquier**

Licenciada em Enfermería  
Doutorado em andamento em Antropología Social pela Universidad Nacional de Misiones (UnaM)  
Profesora Titular de la Cátedra Enfermería Comunitaria.  
Institución: Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales da UnaM  
E-mail: norajacquier@gmail.com

**Stella Mary Garcia Aguero**

Asistente Social  
Magíster en Servicio Social por la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ)  
Profesora de Fundamentos del Trabajo Social y coordina el Posgrado de Especialización en Políticas Sociales de la Universidad Nacional de Asunción (UNA)  
E-mail: garcia.stellamary@gmail.com

**Maria Del Carmen Garcia**

Graduada em Comunicação Social  
Mestre em Comunicação na contemporaneidade e Pós graduação Lato sensu em Comunicação Organizacional e Relações Públicas pela Faculdade Cásper Líbero  
Professora da Faculdade Cásper Líbero  
E-mail: carmetea72@gmail.com

**Universidade Católica de Pelotas - UCPel**

R. Gonçalves Chaves, 373 - Centro, RS  
CEP: 96015-560

**Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC**

Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n - Trindade, Florianópolis/SC  
CEP: 88040-970

**Universidad de la Republica Uruguay - UDELAR**

Constituyente 1502, Cordon, 13200 - Montevideo/Uruguay

**Universidad Nacional de Misiones - UnaM**

Campus Universitario Ruta 12 Km. 7,5 - Miguel Lanús - Posadas - Misiones/Argentina

**Universidad Nacional de Asunción - UNA**

Congreso de Colombia c/ Stma. Trinidad. Asunción – Paraguay

**Faculdade Cásper Líbero**

Avenida Paulista, 900, Bela Vista - São Paulo/SP  
CEP: 01310-940