

# Financiamento Público e privado em saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa

André Medici

Nota Técnica de Saúde No. 3/2005

**Julho de 2005**

**Banco Interamericano de Desenvolvimento**  
Departamento Desenvolvimento Sustentável  
Divisão de Desenvolvimento Social

*André Medici é especialista senior em Desenvolvimento Social do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Este trabalho se baseia em conferencia apresentada pelo autor no Seminário Internacional da Associação Latina para Análise de Sistemas de Saúde (ALASS), São Paulo, 26 a 28 de julho de 2004. O autor agradece os comentários e sugestões do Professor Antonio Carlos Coelho Campino da Faculdade de Economia e Administração (FEA) da Universidade de São Paulo (USP), a César Vieira, da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a José Félix Filho, do Departamento de Setor Privado do BID e a Alfredo Solari, Especialista Principal de Saúde do Departamento de Desenvolvimento Sustentável do BID.*

*Este informe está sendo publicado com único objetivo único de contribuir para o debate de um tópico importante para a Região, e motivar comentários e sugestões de pessoas interessadas. Este informe não foi analisado pela Equipe Gerencial do Departamento de Desenvolvimento Sustentável. Como tal, não representa a posição oficial do Banco Interamericano de Desenvolvimento.*

# Índice

Introdução  
1

Relativizando os conceitos  
2

Desempenho e equidade do setor saúde na América Latina  
e sua relação com a mescla público-privado  
16

Considerações Finais  
20

Bibliografia  
22

Apêndice Estatístico  
23

## Siglas Utilizadas

ALC – América Latina e Caribe

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Brasil)

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

PIB – Produto Interno Bruto

SUS – Sistema Único de Saúde (Brasil)

# Introdução

O objetivo deste artigo é avaliar o financiamento das formas públicas e privadas de organização do setor saúde na América Latina e Caribe (ALC) e seu comportamento nos anos noventa. Não se pretende fazer uma avaliação profunda do papel destes setores e de sua eficiência, dado que isto exigiria o estudo de relações complexas entre variáveis que não estão disponíveis para a maioria dos países da Região. Além do mais, dado que estes setores atuam muitas vezes de forma combinada ou complementar, sob a égide de mecanismos públicos de regulação, é difícil saber se o que está causando problemas é a presença maior ou menor de um destes setores ou se existem falhas no processo de regulação que não permitem que o sistema como um todo, ou suas partes, atuem adequadamente.

O artigo se estrutura em três partes que se adicionam a esta introdução. A primeira busca estabelecer alguns conceitos como ponto de partida para entender o funcionamento e dinâmica destes dois segmentos no setor saúde.

A segunda avalia a dimensão financeira destes dois segmentos nos países da ALC, buscando entender como se estruturam em alguns destes países e fazendo algumas interpretações sobre suas vantagens e problemas.

A terceira tece, sobre a base das escassas evidências disponíveis, algumas hipóteses sobre o desempenho e a equidade em saúde em alguns países da Região e sua relação com a maior ou menor presença dos setores públicos e privados e das formas pelas quais se estruturam suas conexões financeiras e sistêmicas.

Por fim, são sintetizadas as principais conclusões e feitas algumas considerações, de ordem mais geral, sobre a organização e mecanismos de regulação das relações entre os setores públicos e privados, com vistas a melhorar a eficiência e a equidade de seu financiamento.

## Relativizando os conceitos

Atividades públicas e privadas na prestação dos serviços de saúde são muito antigas e sempre se relacionaram em distintos graus de integração, com resultados positivos ou negativos no produto sanitário de uma sociedade. Dada a diversidade e, em alguns casos controversia, decorrente desta longa experiência não se pode dizer que qualquer um destes dois segmentos produz mais efeitos positivos ou negativos do que outro, mas sim que existem formas de articulação entre os dois que podem levar a melhores resultados na eficiência, eficácia e equidade de um sistema de saúde.

Portanto, é necessário evitar tomar posições ainda hoje mantidas por visões extremas, à esquerda ou à direita, sobre o comportamento dos setores público e privado em saúde, em geral contraproducentes para um debate sério sobre o funcionamento dos sistemas de saúde. As visões radicais à esquerda, dizem que o setor privado não deve atuar em saúde, dado que sua preocupação excessiva com o lucro levaria à iniquidade, à exclusão social e a alocação dos recursos da forma a maximizar os interesses do prestador ou organizador, trazendo menores benefícios ao paciente e à sociedade. Analogamente, as visões radicais à direita dizem que o Estado é ineficiente e que a produção pública de serviços de saúde introduz desperdícios no uso dos impostos arrecadados e facilita a corrupção.

Ambas as visões são simplistas, pois não reconhecem o caráter especial do setor saúde (Arrow, 1963), marcado pela existência de imperfeições de mercado associadas à natureza da demanda, ao comportamento dos médicos, à incerteza quanto ao produto, às condições da oferta e ao processo de

estabelecimento dos preços no setor. Dadas essas circunstâncias, a regulação do mercado e a integração entre as esferas públicas e privadas são imperativas ao setor saúde e mesmo em países socialistas, como Cuba, se verifica a presença de financiamento para ambos segmentos. O êxito ou fracasso dessa integração depende da estrutura política de cada sociedade e da eficiência no processo de articulação entre o estado e o mercado na prestação, organização e regulação desse setor.

Do mesmo modo, não se pode garantir que a propriedade – privada ou estatal – dos meios de produção de saúde é o único elemento que define os resultados (positivos ou negativos) do funcionamento setorial. A propriedade é apenas uma das variáveis de uma complexa teia de relações interinstitucionais, onde atuam com igual ou maior importância os direitos e garantias individuais e sociais expressos em leis, os instrumentos de regulação pública, privada ou social expressos em normas, as instâncias de defesa do consumidor ou do cidadão refletidas em instituições eficientes e capacitadas para tal e os incentivos e sanções para o adequado funcionamento destas leis, normas e regras sociais, refletidos em comportamentos e condutas sociais.

Determinadas funções em saúde, tais como a construção de ambientes saudáveis, a vigilância sanitária e epidemiológica das fronteiras, dos portos e de distintas regiões dos países, a realização de campanhas de vacinação em massa e a conservação ambiental contra riscos à saúde e outras, são claramente públicas. Nestas funções, o setor privado pode ser um importante

colaborador, mas sua organização, por questões de economia de escala e aglomeração ou por envolver a provisão de bens públicos, deveria ser fundamentalmente estatal.

No entanto, outras funções como a produção de bens e serviços de saúde, a organização dos mercados de seguros de saúde, o ensino e a pesquisa, são atividades que podem, facilmente, serem conduzidas sob a égide da coordenação ou participação do setor privado na provisão, organização e financiamento.

Enfim, o principal argumento aqui defendido é que, as formas de apropriação e distribuição do produto sanitário e sua resolutividade em prol do cidadão são mais importantes do que as formas de propriedade das atividades conduzidas pelo setor. Sem ter isso em mente, não se pode dizer que um país tem um melhor sistema de saúde por estar baseado em instituições públicas ou em privadas.

Enquanto regulador, a principal preocupação do Estado deve ser velar para que todos os indivíduos tenham acesso universal aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, devendo para isso estimular a existência de ambientes saudáveis. Parte dos recursos para realizar estas tarefas já se encontra disponível na sociedade, em posse dos grupos que tem capacidade de pagamento. O Estado deve cuidar para que estes grupos maximizem o benefício desses recursos para o bem de sua saúde. As agências reguladoras de saúde – organizadas pelo Estado ou pela sociedade civil - teriam esta função.

Outra parte dos recursos – aqueles destinados a financiar a saúde dos que não tem capacidade de pagamento - pode ser gerada através da arrecadação de impostos

progressivos. Com estes recursos, o Estado irá garantir aos destituídos de meios financeiros os mesmos direitos, benefícios e condições de saúde daqueles que tem capacidade de pagar por sua saúde. As instituições que prestam serviços, tanto aos que podem como aos que não podem pagar, devem ser as mesmas (públicas ou privadas). O que muda é somente a origem dos recursos que financiam a saúde destes dois grupos. Em ambos os casos o Estado deve se preocupar em alocar eficientemente e equitativamente os recursos da sociedade – sejam eles públicos ou privados – devendo, para tanto, estabelecer regulações apropriadas e incentivos adequados.

Musgrove (1996) afirma que a ação do governo e o gasto público em saúde poderiam se justificar por questões de equidade e de eficiência econômica. Para garantir a equidade, o setor público deveria dar atenção preferencial aos pobres e evitar riscos morais<sup>1</sup>, financiar procedimentos aonde a efetividade e os custos são iguais para todos (equidade horizontal) e dar

---

<sup>1</sup> O conceito de risco moral (*moral hazard*) em saúde está associado a situações onde, em determinadas circunstâncias de oferta, o custo marginal para um indivíduo consumir uma quantidade adicional de um bem ou serviço de saúde é menor, para ele, que o custo marginal para a sociedade, resultando em uma alocação sub-ótima dos recursos disponíveis no setor. Conseqüentemente, a permanência desta situação pode levar ao crescimento da infra-estrutura de saúde acima das necessidades socialmente ótimas. Se tal situação ocorre, por exemplo, em um seguro médico privado, a empresa gestora acaba tendo que recalcular os prêmios dos seguros e, dessa forma, aumentar o preço do seguro para todos os consumidores, criando barreiras à adesão daqueles que dispõem de menos recursos. No caso do setor público tal situação leva ao aumento de gastos, com implicações na eficiência fiscal, penalizando o contribuinte. Como a carga fiscal latino-americana, baseada em impostos indiretos, é regressiva, a conta da ineficiência do setor público em saúde acaba sendo mais alta para o bolso dos contribuintes mais pobres.

tratamento preferencial a pessoas com problemas de saúde mais graves, mas que não têm condições de pagar (equidade vertical), ou ainda aplicar à regra de resgate (*rule of rescue*) através da qual qualquer procedimento com alta probabilidade de salvar uma vida deve ser apoiado pelo Estado, independentemente de se poder ou não recuperar o custo incorrido pelo paciente.

Do ponto de vista da eficiência econômica, a ação pública em saúde se justificaria para corrigir falhas de mercado na provisão e no consumo de bens e serviços de saúde. Neste particular, caberia destacar a produção de bens públicos<sup>2</sup>, a regulação e, eventualmente o financiamento de bens que criam grandes externalidades positivas ou que evitam externalidades negativas provenientes de outros setores, ou ainda situações de catástrofe, onde o esforço de mobilizar recursos através mercado seria difícil ou lento.

Baseando-se nestes conceitos, Musgrove propõe uma árvore de decisões associadas à alocação de recursos públicos em saúde (figura 1). Utilizando-se os critérios de efetividade em relação aos custos e de equidade, se chega à conclusão de que os gastos públicos de saúde se justificariam nos seguintes contextos: (a) bens públicos; (b) bens privados associados a grandes externalidades cuja demanda não esteja atendida; (c) bens privados com custos

---

<sup>2</sup> Bens públicos são aqueles que apresentam duas características básicas: (a) não tem consumo rival e (b) não excluem ninguém de seu consumo, ou seja, uma vez produzido não se pode evitar que outros venham a consumi-lo. Neste sentido os bens públicos não podem funcionar em mercados privados, dado que ninguém pode assegurar que sejam consumidos somente por aqueles que tem capacidade de pagar por eles. Bens que cumprem uma das duas condições podem ser chamados de bens mistos. Este é o caso das vacinas que não tem consumo rival, embora seu consumo possa ser feito em bases individuais.

catastróficos não assegurados para a maioria da população e; (d) bens privados que beneficiem os mais pobres.

Bens públicos (ou mistos), geralmente são aqueles onde não existe eficiência na provisão privada direta para o mercado e, dadas as circunstâncias, há pouco interesse ou capacidade organizacional para que o setor privado venha a provê-los. Este é o caso dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, das estratégias de combate a vetores em áreas de enfermidades transmissíveis e das medidas de promoção e prevenção contra fatores de risco como o tabaco e o álcool.

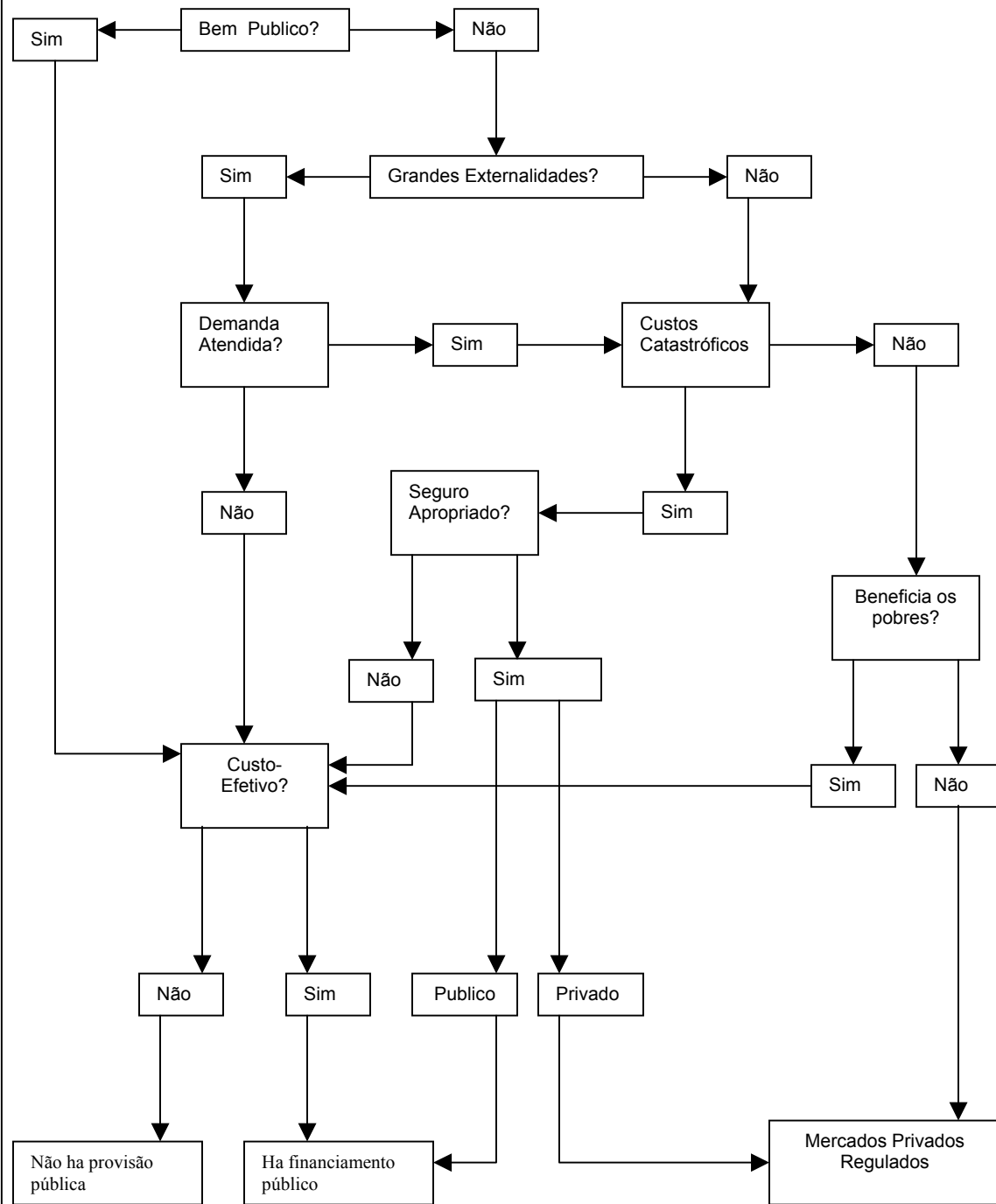
A provisão de medicamentos essenciais para grupos de baixa renda é o típico caso de bens privados associados a grandes externalidades cuja demanda não está atendida e demandaria a provisão ou financiamento público. No caso de bens privados com custos catastróficos têm-se os procedimentos de alta tecnologia como transplantes renais, diálises, etc., cujos custos são proibitivos não somente para os pobres, mas para a maioria das classes médias. Como exemplo de bens privados que beneficiem os mais pobres têm-se claramente os serviços de atenção primária de saúde, como é o caso das medidas de atenção materno-infantil.

Os governos dispõem e podem escolher mecanismos alternativos para intervir no setor saúde. São estes:

(a) *prover informação adequada evitando que esta seja apropriada assimetricamente entre usuários e produtores de serviços.* Este é o caso de divulgar tabelas de custos associados a prêmios de planos de saúde para que os consumidores escolham aqueles que, atendendo suas necessidades básicas,



**Figura 1 – Arvore de Decisão para a Alocação de Recursos Públicos em Saúde (Musgrove, 1999)**



não estejam fora de suas possibilidades financeiras. A informação sobre riscos a saúde (relacionados ao tabaco, ao álcool, a obesidade e ao sedentarismo, por exemplo) difundida através dos meios de comunicação de massa ou a grupos de risco específicos também pode ser incluída neste caso;

(b) *regular a oferta de produtos, competências técnicas e instituições relacionadas a processos, produtos e resultados esperados do setor* (estabelecimentos, profissões, planos de saúde, etc.);

(c) *determinar que empresas e trabalhadores sejam obrigados a financiar sua saúde e de suas famílias* (como propôs o presidente norte-americano Bill Clinton, sem sucesso, durante sua primeira campanha e seu primeiro mandato presidencial);

(d) *Subsidiar o consumo de serviços de saúde dos mais pobres, usando recursos públicos para comprar serviços, e;*

(e) *prover diretamente ou financiar os serviços utilizando a rede pública (própria) de saúde ou subcontratando serviços da rede privada.*

Historicamente, a organização do setor saúde, do ponto de vista das relações público-privado tem sido marcada pela sua natureza fragmentada. No setor público encontramos governos nacionais, regionais ou locais provendo, financiando ou organizando ações promocionais, preventivas ou curativas de saúde. Estas ações podem ser estruturadas diretamente (através de órgãos da administração direta) ou indiretamente (através de instituições de seguro público de saúde).

No setor privado encontramos uma estrutura um pouco mais complexa. As ações de

saúde se estruturam fundamentalmente no setor curativo (hospitais, centros de saúde, clínicas e consultórios) prestando serviços para os seguros públicos de saúde, ou para seguros privados de saúde, os quais podem receber também subsídio público para assegurar a cobertura dos grupos populacionais sem capacidade de pagamento. Os prestadores privados podem ser organizados em instituições com fins de lucro ou filantrópicas. Ambas estão presentes em grande proporção nos sistemas de saúde do mundo e da América Latina.

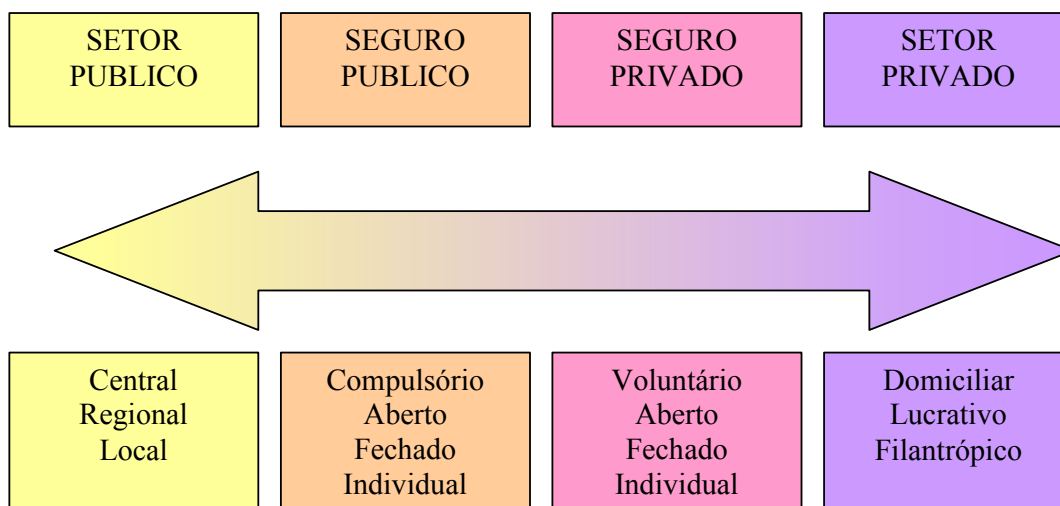
Em síntese, podemos dizer a dicotomia entre os setores públicos e privados pode ser atenuada por mecanismos intermediários que minimizam os impactos negativos das crises econômicas nos processos de ajuste dos orçamentos públicos e os riscos catastróficos do gasto direto das famílias, através de instituições de seguro social público ou de seguro privado. A figura 2 representa graficamente esta continuidade.

Do ponto de vista do financiamento, existe uma grande diferença entre estes setores. O setor público se financia em geral através de impostos gerais e em algum caso pela cobertura de custos de alguns serviços. O setor privado se financia através da receita da venda de serviços. Os seguros públicos se financiam através de contribuições compulsórias cobradas pelos Estado a empresas ou indivíduos, enquanto que os seguros privados se financiam de forma voluntária<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Uma exceção é o Seguro Popular lançado pela Secretaria de Saúde do Governo do México, o qual, mesmo sendo administrado pelo setor público (especialmente ao nível estadual e municipal), é de adesão voluntária, ainda que seu financiamento seja integralmente subsidiado pelo setor público para os grupos de baixa renda, sendo o subsídio progressivamente declinante para os grupos de renda mais alta. Sobre este ponto ver Nigenda (2005)

**Figura 2 – Continuidade das Formas Público e Privada**



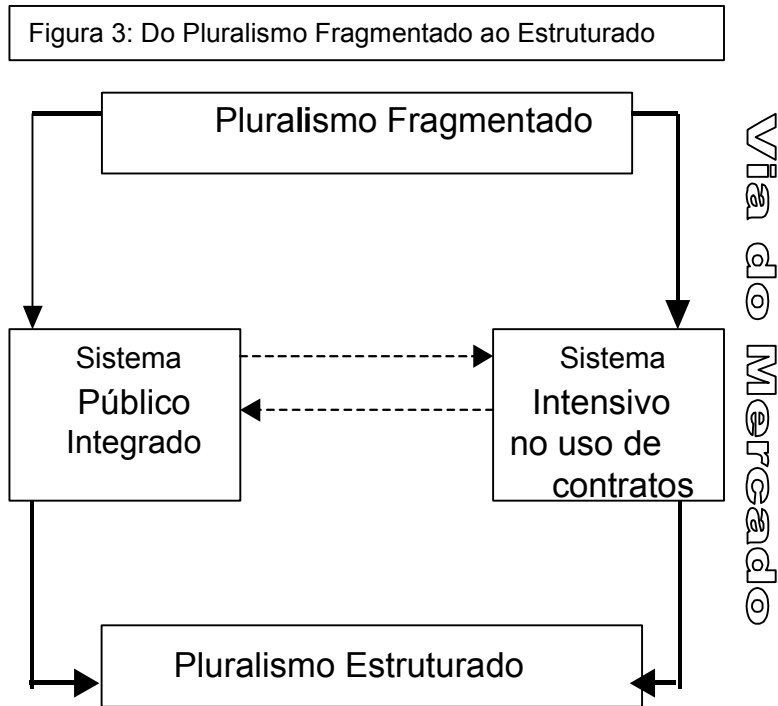
O que é importante é garantir que o funcionamento da pluralidade de segmentos de saúde se estruture de forma contínua e regulada e que não permita um funcionamento fragmentado, como ocorre no caso de muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A fragmentação institucional das formas de organização do setor saúde traz uma série de consequências, tais como a duplicação de coberturas para alguns ao lado de ausência de coberturas para outros, *a seleção adversa de pacientes por parte dos provedores e a seleção adversa de procedimentos por parte dos assegurados*<sup>4</sup>, a falta de coordenação entre

as funções de saúde pública e sua continuidade nos serviços de saúde, a baixa integração entre os mecanismos de promoção, prevenção, atenção médica e reabilitação, custos elevados e iniquidades nos padrões de saúde entre distintos segmentos da população.

Dados os efeitos negativos da fragmentação, muitos países, inclusive os latino-americanos, optaram por integrar progressivamente seus sistemas públicos e privados de saúde. Este processo de integração tem como meta passar de um pluralismo fragmentado a um pluralismo estruturado (Londoño e Frenk, 1996), o que teria todas as vantagens de um sistema único (planejamento e coordenação) sem as desvantagens que esse apresenta (tais como monopólio, falta de transparência, falta de incentivos, etc.). Neste sentido, os países podem ser classificados de acordo com o nível de fragmentação de seus sistemas de saúde (Medici, 2000).

<sup>4</sup> Um dos exemplos clássicos de seleção adversa de procedimentos por parte dos assegurados ocorre quando estes utilizam os serviços públicos de alta tecnologia (em sistemas universais como o brasileiro) para manter baratos os preços dos planos privados de saúde onde não estão assegurados alguns procedimentos de alta tecnologia. Neste sentido, o setor público acaba atuando como um seguro de riscos catastróficos para ricos e como um seguro básico de saúde para pobres, estando nesta última função, limitado, pela fraco poder negociação dos mais pobres e pela forte influência dos mais ricos na

demanda pelos serviços financiados pelo gasto público.



Regiões com sistemas de saúde totalmente fragmentados são aquelas onde as instituições de saúde se mantêm sem nenhuma forma de articulação ou integração. Os prestadores e os seguros de saúde públicos ou privados atuam de forma independente e autônoma, sem derivar suas clientelas para os demais segmentos e mantendo redes próprias em geral com altos custos, dada a inflexibilidade administrativa que leva a baixas taxas de utilização. Frente à ausência de marcos regulatórios comuns, este modelo gera grandes riscos de duplicação de coberturas, ineficiências, iniquidades, pouca transparência e, eventualmente, subsídios cruzados regressivos entre os prestadores. Beneficiam-se destes sistemas os grupos com mais informação na sociedade e dada a escassez de recursos, os mais necessitados são os mais prejudicados. No contexto latino-americano, países como Paraguai,

Bolívia, Venezuela e Suriname ainda se encontram nesta etapa.

Analogamente, países com sistemas de saúde totalmente integrados são aqueles onde não há duplicação de clientelas, todos estão cobertos e existem mecanismos e regras explícitas de transição de uma modalidade assistencial para outra. Sistemas integrados ainda não existem na Região, embora haja indícios de que muitos países se encontram em processo de integração, destacando-se casos avançados como os de Chile e Colômbia.

Existem dois processos pelos quais se pode passar de sistemas fragmentados para sistemas integrados. O primeiro se dá pela via do Estado, através de fusões institucionais entre o segmento público e as instituições de seguridade social pública, baseadas em contribuição compulsória,

criando modelos de seguro público (como é o caso da Costa Rica) ou modelos de prestação pública (como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro). O segundo processo é o que se dá pela via do mercado, onde através de processos de negociação entre instituições públicas e privadas se estabelecem sistemas intensivos no uso de contratos, que caracterizam formas avançadas do conceito de pluralismo estruturado. Como ambas partes (Estado e Mercado) são elementos de estruturação do pluralismo, tem-se, portanto, duas vias alternativas para alcançar o pluralismo estruturado em saúde (ver figura 3). Estas duas vias, além do mais, podem se desenvolver concomitantemente e de forma coordenada, fazendo com que o próprio setor público se torne um grande contratador de serviços privados, ou ainda que o setor privado possa contratar o setor público para determinadas áreas onde este tem melhor desempenho, como ocorre freqüentemente com os hospitais universitários públicos.

### **Gastos Públicos e Privados em Saúde na América Latina**

Esta seção se destina a responder duas perguntas que normalmente pairam nas discussões relacionadas ao tema financiamento, sobretudo no que se refere à relação entre os setores público e privado em saúde no contexto da América Latina e do Caribe.

#### *As reformas de saúde levam à privatização do gasto em saúde?*

Um dos principais argumentos levantados contra as reformas de saúde é que estas levaram a privatização do setor. Os dados disponíveis indicam que este é um argumento falso. Reformas de saúde não estão necessariamente associadas a privatização do setor. Quem conhece, por

exemplo, a Reforma Sanitária Brasileira, sabe muito bem que reformas podem estar totalmente revestidas de um processo de aumento do controle do Estado sobre os meios de produção em saúde. No entanto, os argumentos contra as reformas normalmente se associam aos modelos chileno e colombiano, onde as críticas contra a privatização e seus efeitos deletérios tem sido sempre levantadas. Boas partes destas críticas têm sido alimentadas pelos próprios profissionais de saúde destes países, onde mecanismos de maior controle social sobre o trabalho e produtividade, levaram, por exemplo, os médicos a ter que cumprir adequadamente a jornada de trabalho e reduzir seus múltiplos empregos, a fim de receber os mesmos níveis de remuneração.

Partindo do paradigma levantado por Londoño e Frenk (1996), pode-se dizer que as reformas de saúde na América Latina buscaram, entre seus objetivos, uma maior integração dos seus sistemas de saúde através do aumento dos processos regulatórios, visando minimizar os efeitos deletérios do pluralismo fragmentado. Assim, a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde em 1990 durante o processo de criação do SUS no Brasil mostra um modelo de integração pela via do Estado. As reformas que ocorreram em países como Chile, Colômbia e Peru (e a que de certo modo se tentou fazer na Argentina) buscaram introduzir elementos de livre escolha entre instituições asseguradoras de saúde, num quadro de contribuição compulsória, onde sistemas de uso intensivo de contratos passaram a quebrar as relações fragmentadas dos sistemas anteriores compostos por entidades associadas a categorias profissionais ou ao setor público.

No entanto, boa parte destas reformas não se completou e apresentou grandes problemas de economia política, associados a difícil

negociação entre os principais agentes e interlocutores, tais como segmentos profissionais, empresários do setor e dirigentes de organismos governamentais de saúde (Ver Giordano e Colina, 2000). As crises econômicas e fiscais do final dos anos noventa e início da presente década se somaram a estas resistências, fazendo com que muitos processos de reforma se estagnassem antes de se completar ou até mesmo sofressem reversão de rumo e mudanças de objetivos. Nesse sentido é provável que a relação entre os setores públicos e privados de saúde na Região ainda se caracterize por ineficiências e iniquidades as quais levam a altos custos transacionais, mas que ao mesmo tempo representam grandes oportunidades para a ação das reformas de saúde nos futuros governos, em que pesem os riscos associados à sua implementação.

Ao longo dos anos noventa, especialmente durante a segunda metade dessa década, muitos países da América Latina iniciaram ou deram continuidade a reformas de saúde. Existe um forte debate sobre os efeitos positivos ou negativos destas reformas, a despeito do fato de que a maioria delas teve grandes problemas de continuidade em função da oposição de fortes grupos de interesse que tiveram que enfrentar. No que se refere ao tema financiamento, seria interessante saber se elas levaram ao aumento do gasto público ou privado em saúde.

Países que empreenderam ou deram continuidade a reformas de saúde foram basicamente: Chile, Brasil, Colômbia, Peru, Argentina, Costa Rica, Guatemala, República Dominicana e El Salvador. Que ocorreu com a relação público x privado em saúde nestes países? Pode-se utilizar 3 indicadores para definir o problema sobre a base dos dados disponíveis: a) a participação

do gasto público no total do gasto em saúde e b) a participação do gasto direto das famílias sobre o total do gasto em saúde e c) a participação dos seguros (públicos e privados) nos gastos em saúde.

A tabela 1, do apêndice estatístico, mostra a participação dos gastos públicos no total dos gastos em saúde nos países que empreenderam reformas na segunda metade dos anos noventa. Ainda que boa parte dos países listados (com exceção do Brasil e Costa Rica) tenha empreendido reformas consideradas como “liberalizantes” ou “privatizantes”, houve reduções pouco expressivas ou até mesmo, em alguns casos, um crescimento da participação do gasto público como expressão do gasto total em saúde na segunda metade dos anos noventa. No caso do Chile, encarado por muitos como o “berço do neoliberalismo em saúde”, o gasto público aumentou de 36% para 43%. No caso da reforma de saúde brasileira, considerada por muitos como estatizante, o gasto público reduziu sua participação de 43% para 41%, como decorrência do crescimento da participação do gasto direto das famílias. Em 5 dos 9 países que empreenderam reformas de saúde houve aumento (ainda que pouco expressivo) do gasto público. Nos demais 4 países, a redução do gasto público foi pouco expressiva. Portanto, pelo menos nos anos mais recentes, parece não ter fundamento o argumento de que as reformas de saúde levaram à privatização do setor.

A participação do gasto de saúde das famílias sobre o total dos gastos de saúde revela o grau de precarização do setor, dado que se relaciona, por um lado, à capacidade do Estado em estender cobertura a sua população pobre, e por outro, à capacidade institucional das empresas em oferecer soluções de seguro às classes médias para evitar riscos catastróficos em saúde.

Os dados da tabela 2 do apêndice estatístico revelam que, com exceção da Argentina, Costa Rica e República Dominicana, todos os demais países que empreenderam reformas de saúde tiveram um aumento da participação dos gastos diretos das famílias. No entanto, a composição destes gastos em serviços ou insumos de saúde, como medicamentos, não é conhecida. Como existem evidências de aumento relativo dos preços dos medicamentos nos países da Região, estes dados podem estar revelando que a debilidade do Estado e dos mecanismos de seguro se associam, em grande medida, ao baixo nível de cobertura institucional das necessidades de medicamentos da população pobre ou assegurada.

Por fim, resta saber como evoluiu a participação dos processos de asseguramento (público ou privado) nos gastos de saúde. Neste sentido, o que caberia saber é se as reformas de saúde aumentaram o grau de acesso da população a sistemas de seguro, onde estão mais presentes os mecanismos modernos de gestão do setor e a proteção das famílias contra riscos catastróficos em saúde.

A tabela 3, do apêndice estatístico, mostra que os países que fizeram reforma apresentaram distintos comportamentos quanto ao grau de asseguramento de saúde. Em geral ele aumentou na Colômbia, Costa Rica, Guatemala e Peru, se manteve estável no Brasil, Chile e El Salvador e se reduziu na Argentina e República Dominicana.

Em síntese, as reformas de saúde na América Latina não têm levado à privatização do setor. Porém, a dificuldade em completá-las, devido distintos fatores como restrições orçamentárias e crises econômicas, levando a informalização do

trabalho e aumentado os percalços na negociação com os principais agentes envolvidos, especialmente os sindicatos (Ver Scavino, 2004 e Maceira & Murillo, 2001), têm criado dificuldades para que estas reformas alcancem efeitos positivos no aumento da cobertura e na qualidade dos serviços.

Como corolário, aumenta o gasto direto das famílias com saúde, trazendo efeitos no incremento da regressividade do sistema de saúde. Em alguns países, a cobertura do asseguramento tem aumentado muito pouco e em outros, ela tem se estagnado ou até mesmo se reduzido, mostrando que os resultados em termos de estruturação do pluralismo em saúde tem sido bastante tímidos.

#### *O gasto em saúde na América Latina é alto, adequado ou insuficiente?*

Saúde é uma das políticas sociais mais caras do mundo. Estimativas baseadas em dados do Banco Mundial mostram que os gastos de saúde ficaram em torno de 8% do PIB global ao longo dos anos noventa, em grande medida, puxado pelo gasto dos países ricos. No entanto, os países em desenvolvimento têm feito um grande esforço para aumentar os gastos em saúde ao longo dos anos noventa e neste sentido, o crescimento do gasto torna-se um fenômeno generalizado.

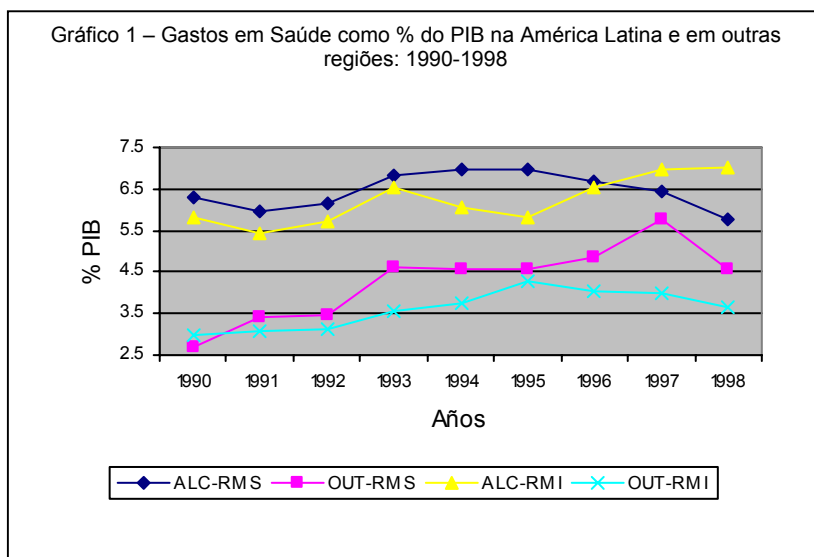
Os dados disponíveis relacionados a contas nacionais de saúde permitem demonstrar que os países de ALC gastam mais em saúde que a média dos países com mesmo nível de desenvolvimento. Esta interpretação, no entanto, tem sido contestada por muitos analistas, que dizem que a magnitude do gasto em saúde deve ser proporcional às necessidades de saúde e não comparadas ao gasto de outros países de renda equivalente. Tal afirmação pode estar carregada de forte

subjetivismo, dado que, medido sob o conceito de necessidades de saúde não atendidas, até mesmo países como os Estados Unidos podem estar gastando insuficientemente para atender as necessidades de sua população, ainda que seja o país que mais gasta em saúde no contexto mundial. Tudo depende, portanto, de como se definem ou se medem necessidades não atendidas. O que se deve buscar é o conhecimento de quais necessidades podem ser atendidas de forma eficiente com os recursos disponíveis ou que são possíveis de realizar sem por em risco outros aspectos importantes do bem estar social de uma nação<sup>5</sup>.

poderá gastar mais ou menos que o gasto médio de saúde de um conjunto de países ajustado pela renda percapita.

Como mostra o gráfico 1, os gastos de saúde dos países latino-americanos, tanto os de renda média superior como os de renda média inferior, são maiores que o dos demais países de outras regiões com níveis equivalentes de renda.

No entanto, entre 1990 e 1998 os gastos de saúde dos países da América Latina e Caribe de renda média superior como proporção do PIB caíram 8% (de 6,3% para 5,8%), enquanto que os dos países de outras



Muitos têm buscado um parâmetro relativo (e não absoluto) de qual deveria ser o gasto de saúde de uma nação. Uma forma grosseira de comparar o gasto em saúde entre países seria considerá-lo em relação à renda percapita disponível ajustada. Nesse sentido, sem fazer nenhum juízo de valor se este gasto é adequado ou não, um país

regiões, com renda média superior, aumentaram 70% (de 2.7% para 4.6% do PIB).

Nos países com renda média inferior, os gastos da América Latina aumentaram 23% (de 5.8% para 7.0% do PIB), proporção ligeiramente maior do que a dos aumentos observados nos países de renda média inferior de outras regiões, que subiram 21% (de 3,0% a 3.7% do PIB). Fatores como a crise do endividamento e as pressões de ajuste fiscal fizeram com que, ao longo dos

<sup>5</sup> Nessa perspectiva, o gasto público de saúde de uma nação será alto, quando o benefício social marginal de uma unidade monetária adicional a ser gasta em saúde for menor que o benefício social marginal do gasto público em outra política social qualquer.

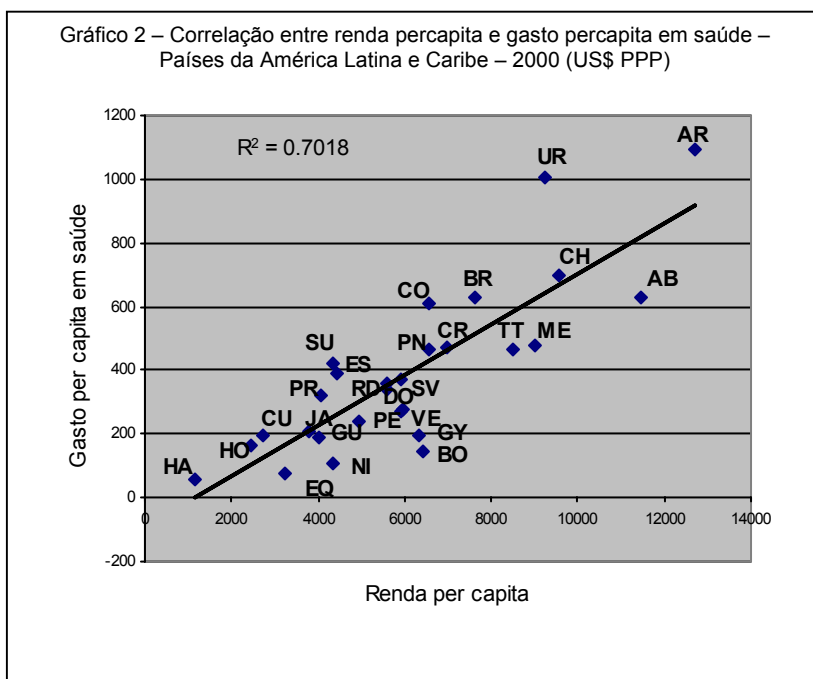


anos noventa, a brecha entre os gastos de saúde da América Latina e de outras Regiões, em relação ao PIB, tenha se reduzido. Por outro lado, dados recentes evidenciam uma queda dos gastos em saúde na Região na segunda metade da década de 90.

O gráfico 2 mostra que existe correlação positiva entre a riqueza relativa dos países (medida através da renda percapita) e a magnitude dos gastos com saúde (medida através do gasto percapita com saúde). O ajustamento linear revela que alguns países (onde se inclui o Brasil, a Argentina, o Uruguai e a Colômbia) gastam acima da média esperada para sua renda percapita, no contexto regional.

percapita por ano (Haiti e Equador) até mais de US\$ 1000 anuais (Argentina e Uruguai), existe uma grande discrepância quanto ao gasto como proporção do PIB, que pode variar de 2.4% (Equador) a quase 11% (Argentina).

Outro ponto que se destaca é a forte proporção do gasto privado como porcentagem do PIB na América Latina, quando comparada a outras regiões do mundo. Ao longo dos anos 90, quase metade dos gastos em saúde na América Latina eram privados, enquanto que nos países da OCDE, quase três quartos eram gastos públicos. Os dados, da tabela 4 e do gráfico 3 mostram que o gasto privado é maior que o gasto público em 13 dos 28 países listados, chegando a quase 60% das despesas em



A tabela 4 do apêndice estatístico mostra alguns indicadores associados ao gasto de saúde dos países latino-americanos e caribenhos no ano 2000. Além da forte diversidade da magnitude absoluta do gasto, que pode variar de menos de US\$ 100

saúde no Paraguai, República Dominicana, Brasil e Chile. Isto não significa necessariamente que estes sistemas de saúde são piores que aqueles onde predomina o gasto público. Deve-se analisar, por um lado, que tipo de gasto está sendo

considerado e por outro, qual sua fonte de financiamento. Quanto ao primeiro ponto, vimos que os gastos com seguros, tanto públicos como privados, são supostamente os meios mais eficientes de garantir cobertura e evitar riscos catastróficos aos usuários. Já no que se refere às fontes de financiamento, vários estudos demonstram que impostos diretos costumam ser progressivos, enquanto que impostos indiretos regressivos. Contribuições ou alíquotas associadas ao pagamento de seguros de saúde (públicos ou privados) podem ser progressivas ou regressivas, a depender da forma como os seguros se estruturam. No entanto, gastos diretos das famílias costumam ser altamente regressivos.

Analisando o que vem ocorrendo nos países da América Latina e Caribe, verifica-se que os gastos em saúde associados a seguros públicos e privados vem crescendo ao longo dos últimos 20 anos, em paralelo à suave redução dos gastos diretos das famílias, como pode ser visto na tabela 5 do apêndice estatístico. Em certo modo, isto representa a substituição de uma fonte claramente regressiva de financiamento privado de saúde, por uma outra que, até o presente momento, não foi objeto de estudos empíricos que permitam comprovar sua progressividade ou regressividade.

A tabela 5 mostra que entre 1980 e 2000 a participação do gasto em saúde no PIB da América Latina e Caribe, mesmo se reduzindo no último quinquênio, aumentou de 6,2% para 7,3%. Também pode ser visto que o gasto privado sempre foi maior que o gasto público na Região e que os dois componentes do gasto – público e privado – cresceram a taxas equivalentes. No entanto, a participação dos seguros privados teve um forte aumento durante es período, passando de quase zero a cerca de 1% do PIB.

Paralelamente, o gasto domiciliar direto se reduziu de 3,2% para 2,8% do PIB, denotando algum esforço em estruturar o pluralismo fragmentado existente, através da conversão de parte dos gastos diretos das famílias em sistemas de asseguamento.

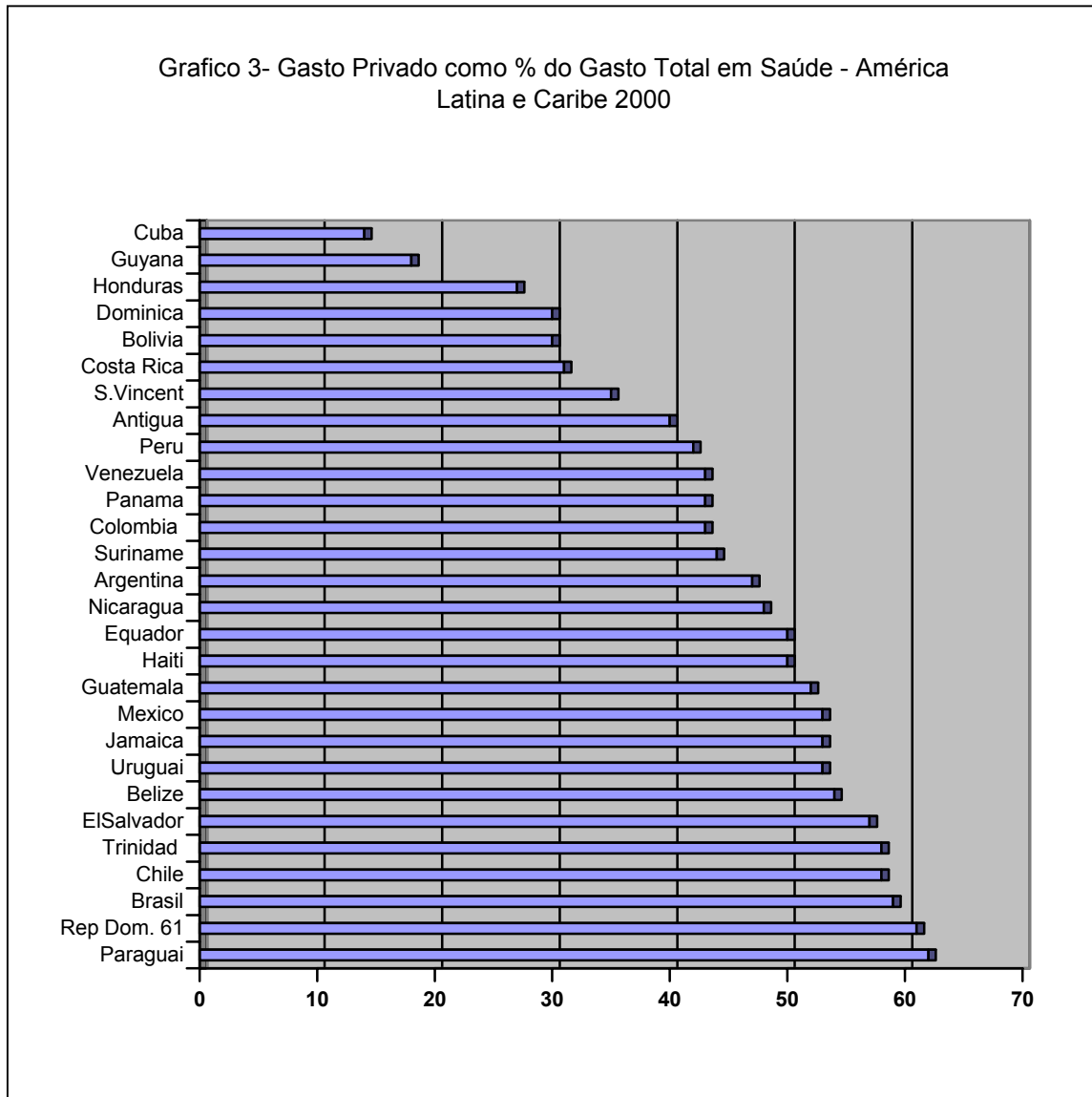
Mesmo assim, o espaço onde graça a iniquidade e a falta de estruturação dos sistemas de saúde, ainda é bastante elevado no contexto latino-americano. A tabela 6 mostra a distribuição do gasto em saúde em 2000 em ALC, segundo os principais tipos de gasto. Destaca-se que, na maioria dos países, inclusive em alguns dos mais pobres e um de grande porte como México, o gasto direto das famílias constitui o principal componente do gasto em saúde, o que mostra, por um lado, a falta de cobertura dos mecanismos públicos e privados de asseguamento e que existe um grande espaço para a organização de sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Parte significativa do gasto direto em saúde tem caráter catastrófico, o que representa não somente grandes riscos para as famílias, como também grandes injustiças sociais. Assim a cobertura pública dos gastos catastróficos, associada a uma maior resolutividade dos gastos assistenciais por um mix público-privado de asseguamento, poderia levar ao aumento da cidadania em saúde nos próximos anos. Gastos diretos das famílias como proporção dos gastos de saúde são elevados, representando mais da metade dos gastos de saúde em países como República Dominicana, México, Belize e Haiti e mais de 40% em 9 dos 35 países listados na tabela 6.

Em países como Panamá e Costa Rica e outros, boa parte dos gastos repousa em estruturas de seguro público de saúde, o que também ocorre em outros países como Argentina, Chile e México, ainda que em

menor proporção. No contexto das Américas, o seguro privado é relevante fundamentalmente nos Estados Unidos, mas tem peso significativo em países como Uruguai, Brasil, Chile e Suriname.

funcionários do governo de mais alto status social e do gasto direto das famílias mais pobres, fundamentalmente em medicamentos não supridos pelo Estado.



Nos países do Caribe não hispânico, como Guiana e Belize, e no Canadá, o gasto público direto é o principal componente do gasto, seguindo a tradição do sistema inglês, configurado para o contexto local. Em Cuba, o sistema de saúde é hegemonicamente estatal, em que pese a existência de seguros de saúde para algumas classes de

Também ocorre no Brasil, em menor proporção, onde a reforma do sistema de saúde em 1988 eliminou o seguro público vinculado à contribuição, convertendo-o em um sistema público, financiado com fundos federais, estaduais e municipais, sobre a base de impostos diretos, indiretos e contribuições sociais.

Portanto, a discussão sobre a magnitude do gasto em saúde não tem sentido, se não for analisada à luz de temas como eficiência do gasto, equidade na sua distribuição e fontes para o seu financiamento. Nesse sentido, um

importante tema a ser levado em conta é o que se tem alcançado com o gasto em saúde em termos de resultados. Passaremos, então a essa discussão.

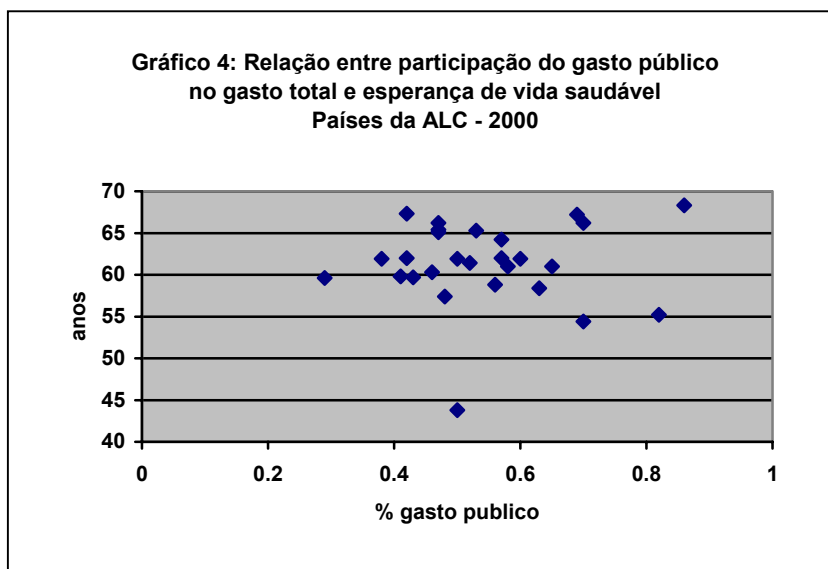
## Desempenho e equidade do setor saúde na América Latina e sua relação com a mescla público-privado

### Indicadores de desempenho e sua relação com a participação pública ou privada em saúde

Nos últimos anos tornou-se comum na América Latina o argumento de que o aumento da participação do setor privado em saúde tem gerado ineficiência e tem sido responsável pelos maus indicadores de saúde nos países da Região. Muitos defendem que, em sua busca incessante pelo lucro, sistemas baseados no gasto privado acabam por privilegiar o consumo de alta

alguma correlação visível entre a participação do gasto público no total do gasto em saúde e alguns indicadores de desempenho associados ao setor.

Os indicadores tradicionalmente mais utilizados, os quais fazem parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>6</sup>, são mortalidade infantil e mortalidade materna. Eles refletem objetivos básicos de desenvolvimento, devendo, portanto ser metas perseguidas por qualquer país, independentemente de seu grau de



tecnologia e de serviços de saúde mais caros e supérfluos, deixando de lado os serviços fundamentais que beneficiam a população mais pobre.

Se este argumento é verdadeiro, haveria uma tendência onde os indicadores de saúde nos países onde a participação do gasto privado é maior deveriam ser piores do que aqueles onde prevalece o gasto público. Para testar essa hipótese, podemos observar se existe

<sup>6</sup> Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) constituem um conjunto de 8 Objetivos e 18 metas a serem alcançados por todos os países, no ano 2015. Estes objetivos foram acordados pelas Nações Unidas e ratificado por todos os países membros na Conferencia Internacional sobre Financiamento para o Desenvolvimento, realizada em Monterrey (México) em março de 2002. Sobre os ODM de saúde, ver Banco Interamericano de Desarrollo, “Los Objetivos de Desarrollo Del Milenio en América Latina y El Caribe: Retos, Acciones y Compromisos”, Washington, Enero Del 2004.

desenvolvimento. Sistemas predominantemente públicos, supostamente cuidariam para que estes indicadores fossem prioritários, o que não aconteceria em sistemas preponderantemente privados, onde o que importa são os serviços determinados pelo poder de compra da população.

Outro indicador a ser considerado é a esperança de vida saudável ao nascer. Este indicador reflete o desempenho acumulado do setor saúde, expresso no comportamento da mortalidade e morbidade de uma dada sociedade. Dessa forma ele reflete indiretamente os fatores de risco e o desempenho dos serviços de saúde de uma nação no passado recente. Os que defendem que os sistemas deveriam ser preponderantemente públicos argumentam que sistemas privados de saúde, com sua preocupação eminentemente curativa, não se importariam com a longevidade e, portanto, com a promoção da saúde e a prevenção de fatores de risco. Portanto, sob esses sistemas, a esperança de vida saudável tenderia a ser menor.

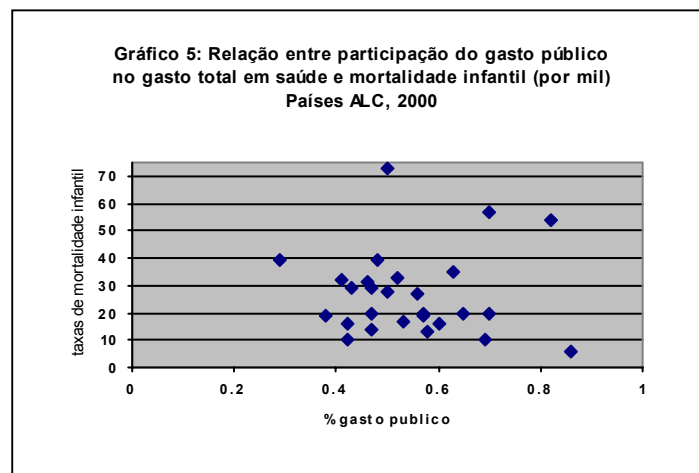
A tabela 7, do apêndice estatístico, mostra, para um conjunto de países latino-americanos e caribenhos estes indicadores relacionados ao ano 2000. Os gráficos 4, 5 e 6 mostram a relação entre a participação do

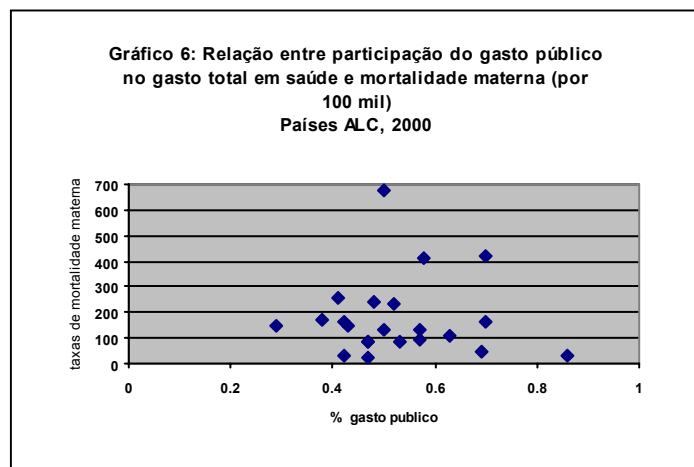
gasto público como porcentagem do gasto total em saúde e a esperança de vida saudável, as taxas de mortalidade infantil e as taxas de mortalidade materna no contexto dos países da América Latina e Caribe, no ano 2000.

A primeira vista, os dados indicam que não existe nenhuma correlação entre estas variáveis e a maior ou menor participação do gasto público nas despesas com saúde. Os três gráficos mostram nuvens de pontos que não se associam a nenhuma tendência.

Isto reafirma a dúvida inicial de que a participação do setor privado pode não ser um dos fatores que influencia, seja positivamente, seja negativamente, o desempenho ou a capacidade resolutiva dos sistemas de saúde no contexto Latino-americano.

Poderia ser contra-argumentado que a predominância da qualidade de sistemas baseados no setor público em relação ao privado só se verifica em países com igual nível de gasto percapita com saúde. Para testar esta hipótese, consideremos dois grupos de países: aqueles que têm gastado percapita com saúde entre US\$100 e US\$200 e aqueles com gastos na faixa dos US\$ 600 aos US\$700. No primeiro grupo,





temos Cuba, Bolívia, Honduras, Guatemala e Nicarágua, enquanto que no segundo temos Chile, Brasil e Colômbia.

No primeiro grupo, os melhores indicadores, em termos de mortalidade infantil, mortalidade materna e esperança de vida saudável, são atribuídos a Cuba, que tem a mais alta participação do gasto público sobre o gasto total em todos os países da Região. No entanto, Bolívia, com 70% de participação do gasto público, apresenta indicadores piores que Honduras, Guatemala e Nicarágua, onde a participação do gasto público é inferior (menos de 50% no caso da Guatemala).

No segundo grupo, pode-se dizer que os piores indicadores estão associados ao Brasil e os melhores ao Chile. Ambos tem uma participação do gasto público mais ou menos similar (em torno a 41% e 42% sobre o gasto total). A única diferença é que boa parte do sistema chileno de saúde repousa no seguro enquanto que no Brasil o gasto público é em sua maioria administrado diretamente pelo Estado.

*Equidade e Participação do Setor Público no financiamento da saúde*

Outro argumento que tem sido enunciado é o de que quanto maior a participação do

setor público no financiamento, maior seria a cobertura e a equidade do sistema. Os dados das tabelas 8 e 9 do apêndice estatístico permitem tecer algumas considerações a respeito.

A tabela 8 mostra as taxas de cobertura de saúde (total e por quintil de renda) em oito países da América Latina<sup>7</sup>. Esta tabela elucida algumas conclusões a respeito do tema de equidade de cobertura: (a) em todos os países listados, os mais pobres têm menor cobertura do que os mais ricos, independentemente do mescla público-privado de financiamento existente; (b) países como o Brasil tem uma cobertura mais equitativa do que outros, a despeito da participação do setor público no gasto em saúde ser menor; (c) em países como Bolívia, a participação do setor público no financiamento é superior a 70%, mas a cobertura dos 20% mais pobres não chega a 20%.

<sup>7</sup> As taxas de cobertura dos serviços de saúde se definem, a partir das pesquisas por amostras domiciliares, como a proporção de pessoas que, durante um dado período de referência, estiveram doentes mas não utilizaram serviços de saúde porque não tinham serviços próximos de sua moradia, recursos para transporte até os serviços, não tinham dinheiro para pagar pelo atendimento ou, chegando a serviços públicos, não foram atendidas.

A tabela 9 mostra, para um conjunto de países da Região, a distribuição do gasto público por quintil de ingresso. Uma vez mais, pode-se dizer que em países como o Chile, onde a participação do setor público no financiamento é menor, o gasto público é focalizado nos mais pobres buscando garantir maior equidade no financiamento. Também se verifica a busca de uma adequada focalização do gasto público em países como a Argentina e Colômbia, onde a presença do gasto público é maior.

No entanto, isto não ocorre no Equador e na Guatemala, onde a participação do setor público no financiamento da saúde é maior do que a verificada no Chile, mas o gasto público em saúde é aparentemente regressivo, beneficiando desproporcionalmente os quintis mais ricos de renda em detrimento dos mais pobres.

Assim, embora não se disponha de uma base de dados mais ampla para todos os países, a relação entre equidade e participação do setor público no financiamento da saúde parece estar influenciada pelos seguintes resultados: (a) aparentemente, a iniquidade de cobertura tende a ser maior nos países onde a presença do setor público no financiamento da saúde é mais elevada e (b) países com menor participação do gasto público em saúde no financiamento, como o Chile, teriam maiores estímulos para focalizar o gasto público nos mais pobres, não ocorrendo o mesmo em países com forte presença do gasto público no financiamento, onde se desenvolvem condições propícias para que os mais ricos consumam mais recursos públicos em saúde do que os mais pobres.



## Considerações Finais

Este artigo buscou demonstrar que não existem evidências para apoiar alguns dos argumentos presentes no debate sobre o papel dos setores públicos e privados em saúde nos países da América Latina e Caribe.

Não existe evidência para afirmar, por exemplo, de que as reformas de saúde têm levado a privatização do gasto em saúde na Região. Na maioria dos países que empreenderam reformas, como o Chile, Guatemala, Peru, El Salvador e República Dominicana, os gastos públicos com saúde aumentaram ligeiramente sua participação no total de gastos em saúde entre 1995 e 2000. Em outros países que empreenderam reformas, como Argentina, Brasil e Colômbia, a redução do gasto público não foi tão significativa, impedindo que se afirme que houve privatização da saúde.

Por outro lado, reformas tidas como neoliberais, como a chilena, resultaram numa participação do gasto público no financiamento da saúde similar a que foi encontrada em reformas tidas como estatizantes como a brasileira.

Ao longo prazo, inclusive, tanto o setor público como o setor privado tem aumentado seu gasto absoluto em saúde como porcentagem do PIB da Região (ver tabela 5). Além do mais, tem aumentado a participação do seguro de saúde (especialmente privado) no financiamento, como forma de proteção da saúde para grupos de classe média e alta. Ao mesmo tempo vem se reduzindo progressivamente a participação do gasto direto das famílias no financiamento da saúde, o que é um bom sinal, dado que ele não se subordina a

nenhum sistema – público ou privado – de asseguramento que permita aumentar sua eficiência e resolutividade.

Mesmo assim, ainda existe muito espaço para oferecer formas públicas ou privadas de asseguramento como alternativa que leve à redução do gasto direto das famílias no financiamento setorial o qual permanece elevado em muitos países da Região. As recentes experiências de seguros públicos de saúde que vem se desenvolvendo em vários países como Argentina, Peru, Equador e México podem ser alternativas para aumentar a proteção aos mais pobres com mecanismos de seguro que financiem ações de saúde compatíveis com o perfil epidemiológico desta população, ao nível de cada localidade.

No que se refere à relação entre padrões de financiamento e desempenho, procurou-se demonstrar que o melhor ou pior desempenho do setor saúde, refletido em indicadores de mortalidade e morbidade, não está associado ao fato dos sistemas de saúde serem preponderantemente públicos ou majoritariamente privados. O mesmo pode ser dito no que se refere ao tema da equidade de cobertura e ao papel do gasto público na redistribuição dos recursos para saúde. Como foi dito, estratégias de redistribuição, baseadas em focalização do gasto público entre os mais pobres, parecem ter sido bem sucedidas em países como o Chile, onde a presença do gasto público em saúde não é das maiores.

Em síntese, este trabalho procurou argumentar que, independentemente da natureza pública ou privada do financiamento, o que interessa é como se

estrutura o setor saúde do ponto de vista de sua regulação, da garantia de equidade e dos mecanismos de proteção social contra riscos coletivos de saúde pública ou riscos individuais catastróficos. Países como o Chile e Costa Rica e mesmo Cuba, tiveram mais sucesso em seus indicadores de saúde não pela natureza pública ou privada dos seus sistemas de saúde, mas sim porque foram criados e implementados mecanismos de regulação, incentivos e processos adequados de avaliação que levaram estes sistemas a funcionar melhor.

Nesse sentido, a continuidade das reformas de saúde na Região e seu sucesso

dependerão muito mais da busca dos mecanismos que levem a eficiência e a equidade, do que da discussão estéril sobre as formas de propriedade e organização pública ou privada do setor saúde. Para levar adiante esta discussão, de forma produtiva, é necessária a participação de todos os atores e agentes atuantes nos setores públicos e privados, buscando em cada um deles suas vantagens comparativas e definindo os instrumentos e incentivos para que cada um deles possa dar o melhor de si na construção de sistemas de saúde comprometidos com resultados e com a equidade.

## Bibliografía

Arrow, K.J. (1963), “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review* 53(5): 941-73, December 1963.

Banco Interamericano de Desarrollo (2004), “Los Objetivos de Desarrollo Del Milenio en América Latina y El Caribe: Retos, Acciones y Compromisos”, Washington, Enero Del 2004.

Giordano, O. y Colina, J. (2000), “Economía Política de las Reformas”, in Sanchez, H. y Zuleta, G. (organizadores), “La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud”, Ed. Banco Interamericano de Desarrollo y Centro de Estudios Salud y Futuro, Washington, DC, Noviembre del 2000.

Londoño, J.L., Frenk, J. (1996), “Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health Systems Reform in Latin America”, *Health Policy*, 41(1):1-36. 1996

Maceira, D. e Murillo, M.V. (2001), “Social Sector Reform in Latin America and the Role of Unions”, Inter American Development Bank, Research Department, Washington (DC), Working Paper 456, April 2001

Medici, A.C., (2000) “Las reformas de salud en América Latina y el Caribe” in Sanchez, H. y Zuleta, G. (organizadores), “La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud”, Ed. Banco Interamericano de Desarrollo y Centro de Estudios Salud y Futuro, Washington, DC, Noviembre del 2000.

Musgrove, P. (1996), “Public and private roles in health: Theory and financing patterns”, World Bank Discussion Paper No. 339, Washington (DC), 1996.

Nigenda, G. (2005), “El Seguro Popular de Salud en México: Desarrollo y Retos para el Futuro”, Ed. Banco Interamericano de Desarrollo, Nota Técnica de Salud No. 02-2005, Abril del 2005.

Scavino, J.J. (2004), “Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de salud en las Américas”, Ed. Organización Panamericana de la Salud, Serie RH No. 35, Washington (DC), 2004.

## Apéndice Estadístico

**Tabela 1**  
**Participação % do Gasto Público no Gasto Total em Saúde nos países que empreenderam reformas de saúde: 1995-2000**

<b>Países</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
Argentina	61	59	58	55	56	55
Brasil	43	40	44	44	43	41
Chile	36	39	38	40	41	43
Colômbia	58	59	58	55	54	56
Costa Rica	68	67	69	67	69	68
El Salvador	41	41	39	42	42	43
Guatemala	44	42	45	47	48	48
Peru	56	58	57	58	60	59
Republica Dominicana	27	27	29	28	31	28

Fonte: Projeto Contas Nacionais de Saúde na América Latina e Caribe: Agenda Compartida BID, BM, OPS.

**Tabela 2**  
**Participação % do Gastos Diretos das Famílias no Gasto Total em Saúde nos países que empreenderam reformas de saúde: 1995-2000**

<b>Países</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
Argentina	29	27	26	25	25	24
Brasil	32	31	33	33	33	35
Chile	34	34	34	34	35	40
Colômbia	24	32	39	39	39	34
Costa Rica	8	8	7	6	7	6
El Salvador	1	2	3	3	3	3
Guatemala	4	4	4	4	5	5
Peru	18	21	21	22	21	22
República Dominicana	13	14	13	14	13	13

Fonte: Projeto Contas Nacionais de Saúde na América Latina e Caribe: Agenda Compartida BID, BM, OPS.

**Tabela 3**  
**Participação % dos Gastos Públicos e Privados com Sistemas de Seguro no Gasto Total em Saúde nos países que empreenderam reformas de saúde: 1995-2000**

<b>Países</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
Argentina	49	47	46	45	44	43
Brasil	13	13	13	12	13	13
Chile	54	54	53	50	52	54
Colômbia	33	37	40	38	38	36
Costa Rica	66	65	65	65	67	67
El Salvador	19	19	18	20	19	19
Guatemala	28	26	28	28	29	30
Peru	32	35	34	35	35	35
República Dominicana	17	17	17	16	15	15

Fonte: Projeto Contas Nacionais de Saúde na América Latina e Caribe: Agenda Compartida BID, BM, OPS.

**Tabela 4**  
**Gastos públicos e privados em saúde como porcentagem do PIB**  
**Países da América Latina e Caribe (US\$ PPP 2000)**

<b>Pais</b>	<b>Gasto Per Capita com Saúde</b>	<b>Gasto Público em Saúde como % do PIB</b>	<b>Gasto Privado em Saúde como % do PIB</b>	<b>Gasto Total em Saúde % do PIB</b>	<b>PI B Percapita</b>
Argentina	1091	4.7(53%)	3.9(47%)	8.6	12686
Uruguai	1007	5.1(47%)	5.8(53%)	10.9	9238
Costa Rica	474	4.7(69%)	2.1(31%)	6.8	6971
Chile	697	3.1(42%)	4.2(58%)	7.3	9548
Cuba	193	6.1(86%)	1.0(14%)	7.1	2718
Trinidad y Tobago	468	2.3(42%)	2.2(58%)	5.5	8509
México	477	2.5(47%)	2.8(53%)	5.3	9000
Antigua y Barbuda	629	3.3(60%)	2.2(40%)	5.5	11436
Panamá	464	4.8(70%)	2.1(30%)	6.9	6580
Colômbia	612	5.3(57%)	4.0(43%)	9.3	6581
Brasil	631	3.4(41%)	4.9(59%)	8.3	7602
Belize	273	2.1(46%)	2.5(54%)	4.6	5935
Dominica	340	4.3(70%)	1.8(30%)	6.1	5574
Venezuela	280	2.7(57%)	2.0(43%)	4.7	5957
Suriname	424	5.5(56%)	4.3(44%)	9.8	4327
Jamaica	208	2.6(47%)	2.9(53%)	5.5	3782
S. Vicent and Gr.	374	4.1(65%)	2.2(35%)	6.3	5937
Peru	238	2.8(58%)	2.0(42%)	4.8	4958
Paraguai	323	3.0(38%)	4.9(62%)	7.9	4089
Guiana	198	4.2(82%)	0.9(18%)	5.1	6333
Rep. Dominicana	357	1.8(29%)	4.6(61%)	6.4	5578
Equador	78	1.2(50%)	1.2(50%)	2.4	3250
El Salvador	391	3.8(43%)	5.0(57%)	8.8	4443
Bolivia	145	4.3(70%)	1.8(30%)	6.1	6410
Honduras	165	4.3(63%)	2.5(27%)	6.8	2426
Guatemala	192	2.3(48%)	2.5(52%)	4.8	4000
Nicarágua	108	2.3(52%)	2.1(48%)	4.4	4364
Haiti	56	2.4(50%)	2.4(50%)	4.8	1167

Fonte: Informe PNUD, 2003.

**Tabela 5**  
**Gastos Públicos e Privados em Saúde nos Países da América Latina e Caribe como % do PIB por**  
**tipo de Gasto: 1980-2000**

<b>Tipo de Gasto</b>	<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>
<b>Público</b>	<b>2.89</b>	<b>2.57</b>	<b>3.02</b>	<b>3.45</b>	<b>3.37</b>
Central	1.26	1.16	1.16	1.41	1.52
Local	0.44	0.46	0.57	0.95	0.82
Seguro Público	1.19	0.95	1.29	1.09	1.03
<b>Privado</b>	<b>3.20</b>	<b>3.21</b>	<b>3.99</b>	<b>4.04</b>	<b>3.93</b>
Domiciliar	3.18	3.17	3.92	2.91	2.85
Seguro Privado	0.02	0.04	0.07	1.13	1.08
<b>Total</b>	<b>6.09</b>	<b>5.78</b>	<b>7.01</b>	<b>7.49</b>	<b>7.30</b>

Fonte: Projeto Contas Nacionais de Saúde na América Latina e Caribe: Agenda Compartida BID, BM, OPS.

**Tabela 6**  
**Distribuição dos gastos em saúde em países selecionados das Américas e Caribe por tipo de gasto: 2000**

<b>Pais</b>	<b>Gasto Público do Governo como % do Gasto em Saúde</b>	<b>Gasto com Seguro Público como % do gasto em saúde</b>	<b>Gasto em Seguro Privado como % do Gasto em Saúde</b>	<b>Gasto Direto das Famílias como % do Gasto em Saúde</b>	<b>Gasto total em Saúde como % do PIB</b>
Antigua e Barbuda	60	-	-	40	100
Argentina	33	32	1	34	100
Bahamas	56	-	-	44	100
Barbados	65	-	8	27	100
Belize	46	-	-	54	100
Bolívia	37	35	15	23	100
Brasil	41	-	20	39	100
Canadá	70	2	12	16	100
Chile	11	31	22	34	100
Colômbia	34	22	15	29	100
Costa Rica	4	64	5	27	100
Cuba	79	10	-	11	100
Dominica	71	-	5	24	100
Rep. Dominicana	23	5	16	56	100
Equador	36	14	12	38	100
El Salvador	35	18	2	45	100
Granada	70	-	-	30	100
Guatemala	21	27	7	45	100
Guyana	83	-	-	17	100
Haití	49	-	-	51	100
Honduras	57	6	-	37	100
Jamaica	47	-	16	37	100
México	13	33	-	54	100
Nicarágua	36	16	-	46	100
Panamá	22	47	6	25	100
Paraguai	20	18	17	45	100
Peru	32	27	11	30	100
Saint Kitts & Nevis	59	-	-	41	100
Saint Lucia	62	-	-	38	100
Saint Vicent	65	-	-	35	100
Surinam	42	14	29	15	100
Trinidad y Tobago	42	9	6	43	100
Estados Unidos	29	15	41	15	100
Uruguai	33	16	44	17	100
Venezuela	39	18	3	40	100

Fonte: Projeto Contas Nacionais de Saúde na América Latina e Caribe:  
 Agenda Compartida BID, BM, OPS.



**Tabela 7**  
**Alguns indicadores de desempenho em saúde relacionados a países da**  
**América Latina e Caribe - Ano 2000**

<b>Pais</b>	<b>Taxas de Mortalidade Infantil por 1000 habitantes</b>	<b>Taxas de Mortalidade Materna por 100 mil habitantes</b>	<b>Expectativa de Vida Saudável (ao nascer, em anos)</b>
Antigua e Barbuda	16	-	61,9
Argentina	17	82	65,3
Bahamas	18	60	63,5
Barbados	17	95	65,6
Belize	31	-	60,3
Bolívia	57	420	54,4
Brasil	32	260	59,8
Chile	10	31	67,3
Colômbia	20	130	62,0
Costa Rica	10	43	67,2
Cuba	6	33	68,3
Rep. Dominicana	39	150	59,6
Equador	28	130	61,9
El Salvador	29	150	59,7
Granada	13	-	59,2
Guatemala	39	240	57,4
Guiana	54	-	55,2
Haiti	73	680	43,8
Honduras	35	110	58,4
Jamaica	20	87	65,1
México	29	83	65,4
Nicarágua	33	230	61,4
Panamá	20	160	66,2
Paraguai	31	170	61,9
Peru	32	410	61,0
Saint Kitts & Nevis	19	-	61,5
Saint Lucia	13	-	62,7
Saint Vicent	20	-	61,0
Suriname	27	-	58,8
Trinidad y Tobago	16	160	62,0
Uruguai	14	27	66,2
Venezuela	19	96	64,2

Fonte: Organização Mundial da Saúde, Informe da Saúde Mundial 2003.

**Tabela 8**  
**Taxas de cobertura de saúde globais e por quintil de ingresso**  
**Países selecionados da América Latine e Caribe: 2000**

Países	Taxa de Cobertura	Quintil mais pobre	Segundo Quintil	Terceiro Quintil	Quarto Quintil	Quintil mais rico
Bolívia	56.7	19.8	44.8	67.7	87.9	97.9
Brasil	87.7	71.6	88.7	95.7	97.7	98.6
Colômbia	84.5	60.6	85.2	92.8	98.9	98.1
Guatemala	34.8	9.3	16.1	31.1	62.8	91.5
Haiti	46.3	24.0	37.3	47.4	60.7	78.2
Nicarágua	64.6	32.9	58.8	79.8	86.0	92.3
Paraguai	66.0	41.2	49.9	69.0	87.9	98.1
Peru	56.4	14.3	49.6	75.4	87.2	96.7

Fonte: BID, MECOVI, Pesquisas por amostras de domicilio na América Latina.

**Tabela 9**  
**Distribuição do Gasto Público em Saúde por quintil de ingresso**  
**Países selecionados da América Latina e Caribe: 1998**

Países	Quintil mais pobre	Segundo Quintil	Terceiro Quintil	Quarto Quintil	Quintil mais rico
Argentina	31	18	26	18	7
Colômbia	27	26	19	16	12
Chile	31	25	22	14	8
Equador	12	15	19	23	31
Guatemala	13	13	17	26	31
Jamaica	25	24	19	16	15
Peru	20	21	21	21	18

Fonte: Projeto EQUILAC, Banco Mundial