

Reformas do Estado, descentralização e políticas de saúde: uma análise comparada entre Argentina, Brasil, Colômbia e México*

Angela Moulin S. Penalva Santos**

Doutora (FAU-USP) e Professora Adjunta dos Programas de Pós-Graduação em Economia e em Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Maria Alicia Dominguez Ugá***

Doutora (IMS-UERJ) e Pesquisadora Titular da ENSP/Fiocruz

Resumo

*A crise fiscal eclodida no início da década de 80 do século XX marcou o esgotamento dos processos de desenvolvimento latino-americanos baseados na condução, pelos Estados nacionais, dos processos de industrialização substitutiva de importações. Desde então, foram inicialmente adotados planos de **estabilização** macroeconômica até meados dessa década, que focalizavam o reequilíbrio do balanço de pagamentos, e, a partir daí, ganharam força os programas de **ajuste de cunho neoliberal**, afetando as políticas sociais na sua essência. A tônica desse ajuste passou a ser a diminuição do protagonismo estatal, incluindo a descentralização das políticas entre as esferas governamentais. As reformas nos sistemas de saúde inscrevem-se nesse contexto, o que se reflete, na maioria dos casos, no fortalecimento do setor privado e das instâncias infranacionais de poder, e têm potencial para afetar a organização do território. Este estudo analisa, comparativamente, esses processos na Argentina, no Brasil, na Colômbia e no México.*

* Uma versão deste artigo foi apresentada no IX Seminario Internacional de la Red Iberoamericana de Globalización y Territorio, realizado de 17 a 20 de maio de 2006, em Bahía Blanca, na Argentina. Trata-se também do desdobramento de uma pesquisa que realiza uma análise comparativa entre os processos de descentralização nos quatro países selecionados feita por pesquisadores desses países.

Artigo recebido em jun. 2006 e aceito para publicação em maio 2007.

** E-mail: angelapenalva@terra.com.br

*** E-mail: domingue@ensp.fiocruz.com

Palavras-chave

Reforma do Estado; descentralização e sistema de Saúde.

Abstract

The come out fiscal crisis at the beginning of the decade of 1980 marked the exhaustion of the American Latin processes of development based in the conduction by the National States of the industrialization processes based on importation substitutions. Since then, the multilateral organisms have pressured so that institutional reforms are implemented that diminish this governmental protagonism, including the decentralization of the politics between the governmental spheres. The reforms in the health systems are enrolled in this context, and it reflects in the strenghtening of the infranational instances and have potential to affect also the organization of the territory. This study comparatively analyzes these processes in Argentina, Brazil, Colombia and Mexico.

Key words

State Reform, Decentralization, Health System.

Classificação JEL: H75.

1 Introdução

A crise fiscal eclodida no início da década de 80 do século XX marcou o esgotamento dos processos de desenvolvimento latino-americanos baseados na condução, pelos Estados nacionais, dos processos de industrialização substitutiva de importações. Desde então, os organismos multilaterais têm pressionado para que sejam implementadas reformas institucionais que diminuam esse protagonismo governamental, incluindo a descentralização das políticas entre as esferas de governo. Como apontado em Ugá (1997), se, nos planos de **estabilização** macroeconômica adotados a partir do final da década de 70 até meados da de 80, que focalizavam o reequilíbrio do balanço de pagamentos, os efeitos sobre as políticas sociais eram residuais, decorrentes da contração de

recursos para o seu financiamento e da pauperização da população, nos programas de **ajuste de cunho neoliberal**, implementados a partir da segunda metade dos anos 80, as transformações por que passaram as políticas sociais atingiram a sua essência e corresponderam a um **projeto global de reorganização da sociedade sob a égide neoliberal**, do qual a face econômica é apenas a mais discutida, mas não esgota a compreensão do seu alcance.

As reformas nos sistemas de saúde inscrevem-se nesse contexto, o que se reflete no fortalecimento das instâncias infranacionais de poder, e têm potencial para afetar a organização do território. Este estudo analisa comparativamente esses processos na Argentina, no Brasil, na Colômbia e no México.

O artigo está estruturado em cinco seções, a primeira das quais é esta **Introdução**, enquanto a segunda visa identificar o sentido das reformas do Estado. As seções 3 e 4 constituem o núcleo do trabalho. Na terceira, analisa-se como a descentralização se insere nas reformas do Estado, e explicitam-se algumas diferenças entre as reformas empreendidas nos quatro países com base em três indagações relativas à: (a) estrutura político-territorial; (b) redefinição no federalismo fiscal; e (c) possibilidade de que a descentralização tenha sido apenas resultado do avanço do neoliberalismo. Na quarta seção, focaliza-se a descentralização nas reformas do sistema sanitário, dividindo-a segundo os casos: (a) colombiano; (b) mexicano; (c) argentino; e (d) brasileiro. Na quinta e última seção, apresentam-se algumas reflexões sobre a relação entre descentralização e território à guisa de conclusão.

2 O sentido das reformas de Estado

Todos os Estados modernos dedicam-se à redistribuição, à gestão macroeconômica e à regulamentação dos mercados; a diferença está nas prioridades dadas, por cada país, no exercício dessas funções, que tendem a variar ao longo do tempo. Na América Latina, a prioridade, durante o período 1950-80, foi a industrialização, considerada um instrumento para o crescimento econômico, a qual promoveria políticas redistributivas. Houve significativo crescimento no período, mas as desigualdades interpessoais e inter-regionais intensificaram-se, assim como ocorreu queda na eficiência da gestão pública.

O esgotamento do modelo desenvolvimentista e a construção do modelo de ajuste fiscal suscitaram a reforma do Estado, envolvendo quatro elementos distintos, mas interdependentes: (a) diminuição do tamanho do Estado; (b) desregulamentação; (c) elevação da capacidade financeira e administrativa do Estado de formular e implementar políticas públicas; e (d) realização de esforços visando à legitimidade política para implementar reformas.

Em busca desse ajuste e da correspondente contração do papel do Estado, os World Development Reports do Banco Mundial¹ vêm apontando que a reforma do Estado tem sido um processo permanentemente incompleto, defendendo a realização de novas etapas, sob pena de não se alcançar o objetivo do ajuste estrutural do Estado. Apesar disso, podem ser distinguidas duas etapas de reformas: (a) durante os anos 80, quando houve a tentativa de disseminar o chamado “Estado mínimo”, visando atingir os dois primeiros elementos mencionados anteriormente; e (b) a partir dos anos 90, quando houve uma mudança na concepção das reformas, no sentido de fortalecer o Estado em número menor de objetivos, visando alcançar os outros dois elementos.

Neste segundo momento, as reformas passaram a dar maior destaque para a equidade e para a *accountability* (transparência e responsabilização da administração pública). A descentralização passou a ser entendida como instrumento que conduzia à *accountability* e como um bom meio não apenas para aproximar Governo e “clientela”, mas também de poder tornar os cidadãos capazes de participar mais ativamente das decisões que afetam toda a sociedade (Abrucio; Loureiro, 2004).

O tema *accountability*, portanto, emerge de uma segunda geração de reformas de Estado, que visavam tornar os governos não apenas mais eficientes no provimento de seus serviços públicos, mas também mais responsivos às demandas dos eleitores.

Dentre os muitos instrumentos para a garantia da responsabilização democrática, aqueles que mais prosperaram foram os que conduzem à *accountability* nas finanças públicas. Os quatro países analisados neste artigo experimentaram mudanças nos seus marcos legais, no que tange ao controle do endividamento público, ao processo de elaboração e execução orçamentária e à estrutura de seu federalismo fiscal. Nesse sentido, houve um avanço considerável nas propostas de reforma, no entanto, falta avançar na direção do outro dos seus elementos constitutivos, a busca da equidade.

Na próxima seção, serão abordados elementos do processo de descentralização nos quatro países estudados, para situar o processo de descentralização no âmbito dos seus sistemas de saúde.

¹ Destacam-se, em particular, os relatórios do Banco Mundial (1993; 1997; 1999/2000; 2002; 2004).

3 A descentralização nas reformas de Estado

A descentralização está presente no receituário das reformas de Estado de primeira e de segunda geração. Nas de primeira, destaca-se a capacidade de a descentralização dos serviços públicos proporcionar maior eficiência à administração pública; nas de segunda geração, o destaque é dado ao estímulo à responsabilização democrática, dada a tendência de a descentralização estar associada à participação popular.

A participação popular, entretanto, é parte de um processo cívico e dependente da disseminação dos valores democráticos na cultura popular, o que, na América Latina, ainda está associado apenas ao processo eleitoral. O baixo nível de renda *per capita*, associado à grande desigualdade que caracteriza os nossos países, não contribui para o avanço dos movimentos cívicos. Nessas condições, o estímulo à participação popular tem sido muito mais uma concessão dos governos centrais para legitimar suas políticas de ajuste macroeconômico do que uma conquista dos cidadãos. Entretanto a transferência de responsabilidade de políticas para as instâncias locais de poder é um instrumento que pode estimular uma maior participação popular e o avanço “de baixo para cima” da responsabilização democrática.

O processo de reformas institucionais apresenta nuances e ritmos distintos em cada país, em função de suas experiências específicas. As subseções a seguir realçam as diferenças entre os países, no que tange à introdução da descentralização como parte das reformas de Estado na Argentina, no Brasil, na Colômbia e no México. Visando identificar tais diferenças, são comparados, a seguir, os quatro países, com base em três aspectos: suas estruturas político-territoriais, as possíveis alterações ocorridas no federalismo fiscal e a indagação sobre se a descentralização teria sido um mero resultado do avanço do neoliberalismo.

3.1 Qual a estrutura político-territorial desses países?

Três dentre os países considerados são federações — Argentina, Brasil e México —, enquanto a Colômbia é um Estado unitário. Diferentemente do caso clássico de federalismo — o norte-americano —, nos países latino-americanos, não houve uma organização territorial local que tenha decidido abrir mão de alguma autonomia para se unir a outras regiões e formar uma unidade nacional politicamente mais forte. Ao contrário, a estrutura federativa foi mantida para

aumentar o poder central, posteriormente fortalecido com a modernização dos países, através do modelo de industrialização substitutiva de importações.

Dentre os quatro países considerados, a **Argentina** foi aquele que estabeleceu uma estrutura de Estado mais próxima do paradigma norte-americano. Assim, por exemplo, suas 24 províncias têm autonomia para criar seus municípios segundo seus próprios critérios, o que significa dizer que não há uma diretriz geral nacional para a criação de novas unidades territoriais de esfera municipal que possam assumir responsabilidades na execução de políticas descentralizadas, como há no caso brasileiro da política de assistência básica à saúde. Assim, a descentralização é um processo referido apenas aos governos provinciais, que viram fortalecidas suas responsabilidades com a transferência das políticas sociais para sua esfera de poder, numa descentralização que se iniciou ainda na década de 70, mas que foi intensificada com a Constituição de 1994 (Manzanal, 2005).

O **caso mexicano** é aquele onde o federalismo mais se distancia do paradigma norte-americano. A revolução mexicana e o modelo desenvolvimentista contribuíram para o fortalecimento da polarização demográfica e econômica na Capital Federal (como também se deu nos outros países considerados). Entretanto, no México, a manutenção de um mesmo partido político (o PRI) por 70 anos tornou o federalismo apenas uma estrutura legal, longe de retratar a organização real do País. Foi somente na década de 90 que outros partidos e representantes políticos surgidos em outras regiões puderam alcançar o poder central (Rogel, 2005).

Mas, antes disso, durante a década anterior, foi iniciado um processo de fortalecimento do poder municipal, a partir de uma importante mudança no artigo 115 da Constituição (que se refere à vida institucional do município mexicano), a partir do qual o município passaria a ter responsabilidades na execução (e não na formulação) das políticas sociais. No “novo federalismo” mexicano, a descentralização foi, na verdade, uma iniciativa do poder central, como parte do projeto de reforma que visava não apenas dotar os governos infranacionais de condições financeiras e administrativas, mas ainda legitimar o Estado.

O **Brasil** também é uma federação desde sua primeira Constituição, mas isso foi uma reação ao temor de que a Proclamação da República (em 1889) pudesse suscitar a fragmentação do seu território, como ocorrera com a América espanhola. Como no caso argentino, no Brasil havia territórios que disputavam a hegemonia política e econômica, que, após o desenvolvimentismo, favoreceu a polarização espacial em torno de São Paulo. Apesar disso, a força política de outros estados sempre foi grande e apenas sufocada durante os períodos de regime autoritário. Essa característica pode ser ilustrada pelo *trade off* entre poder econômico e político em que se baseia a Federação brasileira: apro-

ximadamente 75% do PIB estão localizados nos sete estados das Regiões Sudeste e Sul, mas a representação política desses estados no Senado é de apenas 21 dentre 81 senadores. Porém a principal manifestação da força dos governos locais foi a transformação dos municípios em entes federativos (pela Constituição de 1988), desfrutando autonomia política, legislativa, administrativa e financeira; em decorrência dessa mudança institucional de grande significado, o processo de descentralização no País praticamente se confundiu com a municipalização das políticas sociais.

A **Colômbia** é um Estado unitário que resultou da fragmentação de uma antiga unidade territorial, a Gran Colômbia. Como no caso brasileiro, a unidade territorial foi iniciativa do Governo Central, que, a partir de 1886, iniciou um século de forte centralização política e econômica do País, para a qual muito contribuiu o desenvolvimentismo industrial. Essa centralização foi marcada pelo bipartidarismo que se revezava no poder, mas foi posta em xeque na década de 80, quando foi dada autonomia política aos governos locais, que passaram a ter seus governantes eleitos diretamente pela população. A reconfiguração territorial daí resultante foi intensificada com a lei de descentralização que entrou em vigor em 1986, seguida de uma nova Constituição (em 1991), prevendo uma forte descentralização das políticas sociais. Apesar de a arquitetura institucional da descentralização, nessa Constituição, prever a formação de seis níveis de governo, apenas três existem de fato — os Governos Central, estaduais e municipais (Restrepo; Cuellar, 2005).

3.2 Houve redefinição do federalismo fiscal?

Na **Argentina**, o país de estrutura federativa mais consolidada, existem mecanismos de redistribuição da arrecadação fiscal entre os entes federativos, desde 1935, ainda que, apenas na reforma constitucional de 1994, a distribuição de fundos entre a Nação e as províncias tenha sido constitucionalmente garantida. Segundo Manzanal (2005), o sistema fiscal argentino é altamente descentralizado, com o nível de gasto realizado pelas províncias atingindo percentuais superiores a 40% do total nacional desde muitos anos. Trata-se de uma estrutura federativa cuja evolução a longo prazo pode ser ilustrada com base em três características principais (Cetrángolo; Gimenez apud Manzanal, 2005): (a) aumento no número de entes federativos, inclusive com a elevação da Capital Federal a essa condição; (b) aumento dos tributos partilhados com as esferas infranacionais de poder; e (c) aumento dos percentuais de transferências dos tributos partilhados.

A partir de 1992, no entanto, os valores transferidos foram estabilizados, deixando de variar de acordo com a arrecadação fiscal. Ademais, o Governo Federal transferiu responsabilidades da política de educação para as províncias, sem lhes destinar mais recursos, apenas confiando que a elevada participação desses entes infranacionais já era elevada, o que lhes permitiria financiar esse novo encargo. De acordo com a mesma autora, o subsequente arrocho na situação fiscal das províncias somente melhorou após a eclosão da crise de dezembro de 2001.

O **México**, país onde prevalecia um forte centralismo político e financeiro, passou a desconcentrar a execução de políticas a partir da década de 80, quando foi criado o Sistema Nacional de Coordenação Fiscal (SNCF), instituindo a co-participação dos entes infranacionais na arrecadação tributária. Os governos estaduais deveriam transferir aos municípios, no entanto, parcela das transferências recebidas do Governo Federal, tendo tais transferências a condição de “convênios”, isto é, recursos com alocação já predefinida antes de chegar aos cofres dos municípios. A partir de 1990, foram modificados os critérios de repartição, para melhorar a condição financeira dos entes infranacionais economicamente mais fracos, impondo um critério redistributivo em função da população. Novas mudanças ocorreram a partir de 1995, quando houve elevação dos percentuais de co-participação, o que teve forte impacto positivo nas receitas de departamentos e municípios, dado que essas transferências intergovernamentais constituem a principal fonte de financiamento dos entes infranacionais. Cabe ressaltar, ainda, que esses são recursos cuja alocação é definida livremente pelos governos locais, o que lhes aumenta o grau de autonomia financeira.

O chamado “novo federalismo” mexicano tem os seguintes marcos legais: (a) Lei Orgânica da Administração Pública Federal; (b) Lei de Planejamento e Programa de Descentralização da Administração Pública Federal; e (c) convênios únicos de desenvolvimento, a partir de 1983, para financiar a execução de responsabilidades compartilhadas entre as distintas esferas de governo. A partir de 1998, esse “novo federalismo” sofreu uma tendência à recentralização financeira, quando passaram a vigorar maiores controles das receitas de transferências por parte do Governo Federal, muito comprometido com políticas de ajuste fiscal estrutural do Estado mexicano.

O **Brasil** introduziu um sistema de co-participação entre os níveis de governo na sua Constituição de 1946, sendo que o federalismo fiscal foi alterado na Constituição de 1967. A centralização política e financeira imposta pelo regime militar (1964-85) aumentou muito as transferências intergovernamentais, mas, sobretudo, aquelas cuja alocação já vinha previamente definida na esfera federal de governo. Essa situação somente foi alterada ao longo da década de 80,

quando foram sendo elevados sistematicamente os percentuais de receitas de transferências de arrecadação compartilhada, atingindo o auge com a entrada em vigor da atual Constituição (em 1988), que conduziu o município à condição de ente federativo, assegurando-lhe competência para gerir sua receita tributária própria (que aumentou), além de elevar ainda mais os percentuais das receitas partilhadas.

O esgotamento do aumento da autonomia financeira municipal foi deflagrado a partir de 1995, quando se elevou a carga tributária nacional mediante o aumento de tributos não partilháveis com os entes infranacionais de governo. Apesar disso, o Governo Federal passou a transferir mais recursos para estados e municípios, porém sob a condição de que sua alocação fosse definida naquela esfera de governo. Vale dizer, houve sustentação das receitas de transferências, mas menor liberdade na alocação dos recursos, ainda que estados e municípios continuassem a assumir crescentes responsabilidades de políticas. Ademais, uma nova legislação federal (a Lei de Responsabilidade Fiscal²) passou a impor controles mais estritos para o endividamento governamental, o que se aplica, de fato, muito mais sobre estados e municípios do que ao próprio Governo Federal (Santos, 2004).

No caso **colombiano**, pode-se identificar o início do fortalecimento dos governos infranacionais em 1968, quando foram estabelecidas transferências intergovernamentais para financiar as políticas de educação e saúde nas esferas estaduais e municipais de governo. Outra etapa desse fortalecimento ocorreu em 1983, ano em que entrou em vigor a Lei nº 14, uma lei fiscal visando à melhoria na arrecadação dos governos estaduais e municipais (Restrepo; Cuellar, 2005).

A descentralização colombiana tem seus marcos legais no ano de 1986, por meio de: (a) conquista de eleições diretas para prefeitos (e, em 1991, também para governadores); (b) realização de uma grande reforma administrativa para definir as competências dos governos infranacionais; e (c) aumento do valor percentual dos tributos federais a serem transferidos a estados e municípios. Apesar desses avanços, a partir do início da década de 90, passou a ser experimentado um processo de recentralização das políticas públicas em face do ajuste fiscal com o qual o Governo Federal se comprometeu. O País passou a controlar o endividamento dos municípios e a monitorar o uso dos recursos de

² A Lei de Responsabilidade na Gestão Fiscal, Lei Complementar nº 101, de maio de 2000, fixa princípios e regras para uma gestão fiscal responsável nas três esferas de governo, no País. Ela estabelece limites para o gasto público com pessoal, torna obrigatória a emissão de relatórios fiscais detalhados de despesas e suas fontes de receita e fortalece o papel da Lei de Diretrizes Orçamentárias como verdadeiro instrumento de planejamento e norteador da elaboração da Lei Orçamentária Anual.

co-participação, condicionando o acesso a esses recursos; em 2001, foi congelado o valor das transferências por oito anos, independentemente da variação da arrecadação, o que, certamente, compromete o financiamento das responsabilidades dos governos locais, em particular, na área da saúde.

3.3 A descentralização foi apenas resultado do avanço do neoliberalismo?

Como já mencionado anteriormente, a descentralização das políticas é parte da agenda de reformas do Estado que vem sendo conduzida, *urbi et orbi*, a partir da década de 80. Nesse sentido, ela integra o “pacote” de reformas que as agências multilaterais têm disseminado, em particular o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Na América Latina, região que ficou economicamente muito fragilizada com a crise fiscal, principalmente a partir da moratória mexicana, em 1982, o receituário daquelas agências obteve grande ressonância, com maior ou menor rapidez, nos diferentes países.

Estudos dos casos de descentralização na Argentina e no México creditam as modificações introduzidas naqueles países como sendo respostas ao “ajuste neoliberal” em vigor nas últimas duas décadas (Manzanal, 2005; Rogel, 2005). As autoras destacam que tais modificações não são bem caracterizadas como partes do processo de descentralização, mas apenas de uma desconcentração administrativa do poder público. Na ausência de fortalecimento dos governos infranacionais (províncias na Argentina e departamentos no México) como formuladores das políticas, não houve processo de descentralização, uma vez que esse envolve, necessariamente, transferência de poder político na formulação e na implementação de políticas.

Estudos dos casos brasileiro e colombiano sugerem, no entanto, que houve participação de representantes dos territórios infranacionais no processo de transferência de responsabilidades sobre políticas para os governos locais. Os autores desses estudos reconhecem que houve fortalecimento político, e não apenas administrativo, nas esferas locais de poder (Restrepo; Cuellar, 2005; Santos, 2005).

No Brasil, o processo foi muito significativo, uma vez que a Constituição passou a reconhecer os municípios como entes federativos, desfrutando de autonomia política, administrativa, legislativa e financeira. Esse fortalecimento do papel dos governos locais, e do município em particular, foi produto da luta política pela redemocratização das estruturas de poder após 21 anos de regime militar. Durante esse período, o País experimentou elevadíssimo grau de urbanização da população e o surgimento de muitos municípios de médio e grande

portes. Estes se tornaram atores protagonistas das políticas públicas e é improvável que aceitem a recentralização financeira que o Governo Federal tem promovido. Pelo contrário, sua resistência pode ser identificada na dificuldade de fazer aprovar uma reforma tributária que preveja o aumento do controle do Governo Central na arrecadação, ainda que esteja previsto o aumento das receitas infranacionais através de mecanismos de co-participação, mas com perda de autonomia financeira pelos governos infranacionais.

Na Colômbia, o fortalecimento dos governos municipais e estaduais ocorreu quando se instalou a crise econômica, com o esgotamento do modelo econômico centralizador da industrialização por substituição de importações (ISI), na década de 80. Desde então, surgiram demandas territoriais distintas do Governo Central, e foi conquistada a autonomia política dos municípios (em 1986) e dos governos estaduais (em 1991), que passaram a eleger seus representantes pelo voto popular. O fortalecimento dos governos infranacionais fez emergir novos partidos políticos, bem como recrudescer o poder da guerrilha associada ao tráfico de drogas. Este, por sua vez, suscitou o estreitamento de relações políticas e econômicas com o Governo norte-americano, interessado em controlar o tráfico. Em face desses fenômenos, há uma controvérsia sobre a importância da guerrilha e do tráfico de drogas para a descentralização: de um lado, teria contribuído para fortalecer a economia e o poder local; de outro, o combate promovido pelo Governo Federal teria ajudado no processo de recentralização política ora em curso no País (Restrepo; Cuellar, 2005). De qualquer modo, o fortalecimento de alguns municípios e departamentos foi conquistada de luta política que dificilmente será sufocada pelos interesses do Governo Central.

É preciso destacar, entretanto, que, nos quatro países considerados, o Governo Central vem reagindo à descentralização, especialmente mediante mecanismos de controle financeiro dos Governos locais em face das políticas nacionais de ajuste fiscal. Não é provável, contudo, que haja total retrocesso, com recentralização política, devido à elevação das expectativas de cidadania nessa era de comunicação instantânea. O que parece mais provável de ocorrer é uma tentativa de que se estabeleçam mecanismos mais adequados para a coordenação na formulação e na implementação de políticas de responsabilidade compartilhada entre as diferentes esferas de governo. Esse processo está em curso no Brasil, onde acaba de ser aprovada (em abril de 2005) uma lei federal estimulando a formação de consórcios intermunicipais;³ na Colômbia, já

³ Pela Lei nº 11.107, de abril de 2005, importante marco legal para a formação de redes federativas horizontais, os consórcios intermunicipais são transformados em figuras de direito público. Uma análise mais aprofundada sobre essa lei pode ser encontrada em Vasco (2006).

está, inclusive, prevista na Constituição de 1991 a existência de seis esferas de governo, além das três tradicionais (Governos Central, Departamental e Municipal).

4 A descentralização nas reformas dos sistemas de saúde

Desde o final dos anos 80, mas particularmente durante a década de 90, os organismos multilaterais de crédito, que até então se ocupavam em ditar as políticas econômicas dos países dependentes, voltaram sua atenção também às políticas sociais. Isto porque, como analisado em Ugá (1997), as políticas sociais passaram a ser parte integrante do próprio ajuste macroeconômico. Na medida em que se propõe uma retração do papel do Estado em termos tanto da população a ser atendida por suas políticas (que passam a ser focalizadas nos segmentos mais pobres) como da gama de serviços a ser ofertada (delimitada), é evidente que essas políticas passam a ser instrumentos do ajuste econômico.

Assim, no **Investing in Health**, o Banco Mundial (1993) propõe uma redefinição do papel do Estado focado nos grupos sociais “mais necessitados” e mediante a provisão de uma “cesta básica” de serviços definida pela relação custo/efetividade dos mesmos. Simultaneamente, propõe uma maior atenção em termos da promoção e da regulação do setor privado, através da expansão dos seguros de saúde, e, de outro lado, a introdução de mecanismos de mercado no âmbito do setor público, que passaria a competir com o privado.

Trata-se, portanto, de privatizar tanto os serviços como a lógica de atuação do setor público, expandindo o mercado de seguros privados e de serviços hospitalares. Como mostram as experiências apresentadas a seguir, essa receita foi implementada, de forma mais fiel, pelo México e, de uma forma adaptada, pela Colômbia. Na Argentina, observou-se um crescimento do setor privado com finalidades de lucros, o qual se somou às Obras Sociales. Finalmente, o Brasil foi o único país que buscou um caminho diferente, no sentido da constituição de um sistema nacional de saúde de acesso universal e integral, que convive com um segmento de planos e seguros privados de saúde previamente estabelecido no País.

4.1 O caso colombiano

A reforma do sistema de saúde colombiano tem sido caracterizada, como aponta Jaramillo (s. n. t.), por dois grandes traços: descentralização e privatização.

Ambos correspondem a um processo de redução do âmbito de intervenção estatal (que passa a se limitar apenas ao financiamento e à regulação dos atores do sistema de saúde) e à descentralização de recursos e responsabilidades antes assumidas pelo Governo Central para os governos locais, que passam a regular os entes privados e públicos que participam do sistema de saúde.

A Lei 100, de 1993, instituiu, através da criação do Sistema de Seguridade Social na Saúde, uma profunda reforma do sistema sanitário colombiano. Criou um sistema de seguro privado, financiado por fundos públicos e privados e constituído por seguradoras de saúde — as Entidades Promotoras de Salud (EPS) — de natureza privada, e, de outro lado, as Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de natureza privada e pública (hospitais públicos que se têm reorganizado sob a forma jurídica de Empresas Sociales del Estado, com instrumentos de gestão privados).

Essa reforma tem como princípios essenciais: (a) a separação da provisão de serviços e o seguro; (b) a introdução da competição regulada entre seguradoras e entre prestadores públicos e privados; e, finalmente, (c) os subsídios à demanda — o financiamento dos seguros é transferido aos cidadãos de baixa renda, que têm livre escolha das EPS (seguradoras) que mais lhes convenham no regime subsidiado.

Cabe aos municípios a responsabilidade de identificar os indivíduos elegíveis para receber o subsídio para a compra de saúde subsidiada. Esse subsídio é financiado mediante a co-participação dos municípios nas receitas correntes da nação — dos 25% das transferências que devem ser alocados à saúde, 15% devem ser destinados a subsidiar a demanda da população pobre (regime subsidiado), e os demais 10% destinam-se a outros gastos em saúde. Por outro lado, foram criados os Consejos Territoriales de Seguridad Social em Salud, responsáveis pela supervisão das EPS e das IPS.

Vale mencionar que, diferentemente do caso mexicano, na Colômbia, foi instituído o Plan Obligatório de Salud Integral (POS), que se propõe a cobrir todas as intervenções e os procedimentos referentes à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação em todos os níveis de complexidade. Ao POS, somam-se os Planes Complementarios de Salud, com serviços e/ou instalações adicionais aos do plano obrigatório. Este último é regulado pelo mencionado Consejo Nacional de Seguridad Social, enquanto os planos complementares se sujeitam às regulações da Superintendência Nacional de Salud. Existem também o regime contributivo (ao qual se inscrevem os trabalhadores com capacidade de pagamento) e o subsidiado (mediante subsídios à demanda transferidos pelo Estado à população de baixa renda).

No entanto, como apontam Cardona *et al.* (2005), ainda permanecem vários temas críticos na reforma da lei de seguridade social colombiana, sendo a

cobertura um deles. Segundo esses autores, a elaboração da lei previa crescimento do PIB (e do mercado de trabalho, de onde provêm as cotizações sociais e o pagamento de impostos), que permitiria uma rápida ampliação da cobertura do seguro de saúde. No entanto, o crescimento econômico tem ficado bem abaixo do esperado (e, a partir de 2001, desvinculou-se do nível de arrecadação nacional o volume de recursos compartilhado com os governos infranacionais); ademais, o nível de desemprego e de informalidade da população trabalhadora tem mantido cifras muito altas, que apenas recentemente começaram a melhorar. Como consequência, ainda em 2004, uma proporção muito importante dos trabalhadores informais não desfrutava dos benefícios do seguro de saúde: nada menos que 40,9% da população estavam descobertos de quaisquer esquemas de seguro naquele ano.

Vale mencionar que, como apontam os referidos autores, a cobertura de 59,1% tem sido fundamentalmente obtida com base na expansão da cobertura do regime subsidiado, posto que o regime contributivo segue sendo o mesmo de 1998.

Outro ponto crítico mencionado refere-se ao enfraquecimento “[...] das estruturas e processos que fazem parte fundamental de qualquer política de saúde pública moderna” (Cardona et al., 2005, tradução nossa): a deterioração das políticas compreensivas de saúde pública, das estruturas de planejamento de saúde pública e o debilitamento de programas de promoção da saúde e de prevenção de enfermidades.

Os municípios têm desempenhado um papel central no novo sistema de saúde colombiano, que tem sido acompanhado de recursos provenientes de transferências do Governo Central: são os municípios que regulam a concorrência entre as seguradoras (as EPS) e definem a população elegível para o regime subsidiado. O Governo Central manteve seu protagonismo na política de saúde com a formulação e a regulação dos atores que operam o sistema sanitário colombiano. No entanto, cabe mencionar que as funções de governança, regulação e controle foram sendo transferidas do Ministério de Salud para a Superintendência Nacional de Salud, criada como organismo autônomo em relação ao Ministério.

Dessa forma, pode-se afirmar que a Colômbia tem realizado um verdadeiro processo de descentralização, de cunho privatizante, tanto pela criação de novos agentes privados que passam a operar no mercado sanitário (as EPS), como pela introdução de mecanismos de mercado no que tange aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados, que competem entre si pela obtenção dos recursos, através da venda de seus serviços às populações seguradas.

4.2 O caso mexicano

Desde 1983, o México vem experimentando dois processos de reforma no seu sistema de saúde. O primeiro foi orientado pela proposta denominada Reforma Estructural, que visava melhorar o acesso aos serviços de saúde e racionalizar recursos mediante a integração das instituições de seguro e de assistência à saúde, além de promover a descentralização na provisão dos serviços (Almeida; Pêgo, 2002). O segundo, iniciado nos anos 90, que prevalece ainda hoje, constituiu-se, indubitavelmente, no resultado da agenda de reforma setorial veiculada pelo Banco Mundial de retração do papel do Estado e sua limitação à provisão de bens públicos e serviços assistenciais focalizados na população carente e limitados a uma “cesta básica”.

A atual reforma resulta da presente hegemonia de um grupo de profissionais que, sob a liderança do atual Ministro da Saúde, Dr. Julio Frenk, construiu o conceito da Nueva Salud Publica. Como afirmam Almeida e Pêgo (2002, tradução nossa), ela constitui uma “[...] especialização do campo médico referida à saúde das populações, cujo objetivo era conhecer as necessidades da população e solucionar a demanda de forma a estabelecer um equilíbrio entre essas necessidades e os recursos”, definidos como escassos. Nessa proposta, ocupa um lugar central o modelo técnico assistencial e a racionalização do uso dos recursos (ou racionamento dos mesmos, coerente com as políticas de ajuste).

Tal proposta, apoiada por grupos de interesses privados, está baseada na separação de funções de financiamento e prestação de serviços e em uma retração da ação estatal no campo da saúde. Nela, o setor privado presta serviços, o financiamento dá-se através de contribuições sociais, e o Estado regula o mercado de serviços, caracterizado pela livre escolha do consumidor. Nesse modelo, portanto, transferem-se as contribuições sociais ao mercado privado, com as quais os consumidores adquirem seguros e serviços de saúde, e amplia-se, assim, como no caso colombiano, o mercado ao setor privado de seguros e de serviços de saúde (principalmente os hospitalares).

Existem três sistemas de afiliação ao sistema, o contributivo, o subsidiado e o vinculado, aos quais correspondem diferentes “cestas básicas” de serviços. Diferentemente do caso colombiano, essas “cestas básicas” não oferecem uma gama integral de serviços, dado que estes são definidos com base em critérios de custo-efetividade e de racionamento do gasto.

Essa proposta de privatização do sistema de saúde foi aprofundada a partir de 2001, com a vitória do Presidente Vicente Fox, mediante a expansão do mercado de seguros privados de saúde, no marco do Seguro Popular de Salud. Segundo Almeida e Pêgo (2002), essa estratégia permite canalizar, para as seguradoras e para as operadoras de planos de saúde privados, os recursos

previamente alocados em pagamentos diretos no ato da utilização dos serviços por parte da população de baixa renda, que não tem acesso à seguridade social e que não consegue ser atendida nos serviços públicos.

No que tange ao processo de descentralização, também houve dois momentos da reforma de saúde. De acordo com Merino (s. d.), podem-se distinguir dois processos de descentralização no México. O primeiro, ocorreu ao longo da década de 80, quando se tratou de descentralizar a gestão da prestação dos serviços de saúde. Nele, foram transferidos a gestão de alguns hospitais e outros serviços de saúde, e estabeleceu-se a integração das instituições de seguro e de saúde em nível local. Entretanto tal processo era mais identificado como uma desconcentração de funções e não como um processo de descentralização, posto que não foi transferida para o nível local nenhuma responsabilidade em termos de formulação de políticas.

O segundo processo de descentralização iniciou em 1996, quando a descentralização se apresentou como uma das estratégias principais do Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Nele, o eixo central consistia em reverter o excessivo centralismo do sistema de saúde e, em consequência, a alegada baixa eficiência nas decisões sobre a alocação dos recursos: falta de precisão na definição das responsabilidades de cada esfera de governo, burocratismo excessivo e inércia nas decisões de destinação de gasto entre os estados (Merino, s. d.).

Essa reforma dotou a esfera local de maior autonomia no manejo das transferências recebidas do Governo Central no âmbito do sistema de saúde, que tiveram um aumento considerável. Ademais, isso se deu num contexto da reforma fiscal instituído através da reforma do artigo 115 da Constituição, no qual se formalizaram e se expandiram as funções dos municípios, incluindo a autonomia no uso dos recursos. No entanto, foi mantida uma importante centralização em matéria de arrecadação fiscal. Portanto, não foram gerados os incentivos para aumentar a contribuição local no financiamento dos serviços públicos, e foi mantido o poder do Governo Central em termos de sua capacidade de impor às demais esferas de governo (dependentes das transferências federais) as políticas formuladas desde o nível central.

Assim, esse processo de descentralização foi bastante tímido, uma vez que, como afirma o referido autor, as principais funções de políticas públicas permaneceram no nível federal de governo. A isso, acrescenta-se uma baixa capacidade técnica e gerencial observada em grande parte dos municípios, ou seja, uma falta de acumulação técnica proveniente do longo período de centralismo mexicano.

Na atual reforma, o financiamento proveniente de tributos é de nível federal, enquanto os estados arrecadam recursos provenientes da utilização de ser-

viços de saúde (prêmios de seguros e co-pagamento). Além disso, é o Ministério da Saúde, no nível central de governo, que tem competência para definir a amplitude da “cesta básica” e das tecnologias que ela incorpora, enquanto os governos locais operam essa “cesta” de serviços e a adaptam segundo o perfil epidemiológico de sua região.

A principal responsabilidade do nível local de governo é, sem dúvida, a contratação e a regulação de prestadores, como no caso colombiano. Dessa forma, pode-se afirmar que, enquanto o Governo Central define políticas de saúde — e, principalmente, a amplitude da “cesta básica” e os mecanismos de seu financiamento —, os governos locais se ocupam da operação do sistema, através de agentes privados por eles contratados.

4.3 O caso argentino

A reforma do setor de saúde argentino parte de um sistema bastante peculiar, organizado sob o modelo bismarkiano, constituído das Obras Sociales, que são definidas e organizadas por setor de atividade. Nesse sistema fragmentado em múltiplos subsistemas, portanto, o acesso a um determinado subsistema de saúde ocorre a partir da pertinência em relação ao mercado formal de trabalho, segundo o setor de atividade (e ao seu respectivo sindicato), e, no que concerne aos aposentados, através do Programa del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Pensionados y Jubilados (PAMI), criado em 1970.

Sempre existiram, evidentemente, fortes desigualdades na oferta de serviços, nas distintas Obras Sociales, determinadas por seu diferente poder econômico. Além disso, até hoje, quase a metade da população argentina não está vinculada a nenhum desses subsistemas e, portanto, está formalmente atendida pelo setor público.

Nos anos 90, surgiram várias propostas de reestruturação do sistema de saúde, apresentadas por diferentes setores da sociedade (os sindicatos de trabalhadores, o sindicato empresarial) e pelo Banco Mundial. Todas convergiam nos seguintes temas (Tafari, 1997):

- a promoção (de distintas formas) de fusões entre Obras Sociales, de forma a promover grupos maiores de segurados, nos quais fosse possível um maior compartilhamento do risco, que lhes desse, portanto, maior viabilidade econômica;
- a criação do Programa Médico Obrigatório, ou seja, a oferta de uma gama comum de serviços médico-hospitalares;
- a regulação e o fortalecimento institucional, através da constituição de um marco regulatório que atuasse sobre as Obras Sociales.

A reforma institucionalizou-se a partir de 1992, através da criação da Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM). Esta introduziu um subsídio à demanda no âmbito das Obras Sociales, acoplado à instituição da livre-escolha, que se exercia mediante uma Cuota Parte de Atención Médica uniforme para todos os beneficiários (Cetrángolo; Devoto, 2002).

Em 1993, foi concretamente instituída a livre-escolha por parte de beneficiários de Obras Sociales, e adotou-se o Programa Médico Obrigatório (ou seja, um conjunto de prestações básicas a ser oferecido por todas as Obras Sociales). Como, nesse sistema, o beneficiário aporta segundo seu salário, previu-se que, no caso de os custos das Obras Sociales ultrapassarem o valor arrecadado das cotas dos beneficiários, eles seriam compensados pelo Estado. Dessa forma, de acordo com Cetrángolo e Devoto (2002), o critério redistributivo presente no Fondo Solidario de Redistribución foi substituído por mecanismos de mercado, no qual as Obras Sociales mais poderosas (e com melhores planos de saúde) tendem a captar os indivíduos de mais alta renda.

A livre-escolha tende a levar os assalariados de maior renda a migrarem para os planos que tenham melhores ofertas de serviços, com o que a tendência passa a ser a segmentação dos subsistemas de saúde segundo o nível de renda. Para contrabalançar essa tendência, foi criado o Programa Médico Obrigatório, no qual, como já referido anteriormente, o Estado subsidia o acesso no caso de a cotização mensal de cada trabalhador ser inferior ao equivalente a US\$ 40,00. De todo modo, subsistem ainda importantes diferenças no acesso aos serviços de saúde, no campo do seguro social e no atualmente robusto setor privado (de seguro e de serviços de saúde).

No que tange à descentralização da reforma sanitária, pode-se dizer que, ainda que o Ministério da Saúde seja a autoridade máxima, as províncias têm autonomia para formular e implementar políticas de saúde pública, bem como são as responsáveis pela provisão de serviços. Nesse sistema, cabe aos municípios a execução de programas e serviços de sua competência, mas se deve recordar que a autonomia e a responsabilidade municipal são definidas por cada província. Nessas condições, a reforma dos anos 90 incidiu fundamentalmente sobre o sistema de seguridade social e saúde (as Obras Sociales) e não alterou muito o sistema federativo no que diz respeito às relações intergovernamentais.

4.4 O caso brasileiro

A reforma sanitária, no Brasil, foi inspirada nos sistemas de saúde welfaristas de caráter universalista, com atenção integral à saúde destinada a todos os cidadãos, distanciando-se, portanto, das reformas propostas pelas

agências internacionais, que, ao contrário, propunham (e continuam propondo) uma retração do papel do Estado no âmbito das políticas sociais. Na Constituição de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos seguintes princípios: acesso integral e universal, descentralização e participação popular.

Essa reforma demandou a união do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (instituição de saúde vinculada à Previdência Social) ao Ministério da Saúde — historicamente separados —, a redistribuição de recursos e de responsabilidades entre as três esferas de governo e a institucionalização de instâncias de concertação entre elas, através das Comissões Intergestoras Bipartite — Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde — e Tripartite — Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde. Foi institucionalizada, também, a participação popular, mediante a criação de conselhos de saúde em cada uma das três esferas de governo, nas quais 50% dos membros são representantes dos usuários do sistema de saúde.

No entanto, no momento da proposição de um novo sistema de saúde inspirado nos Welfare States europeus, o setor privado já estava amplamente consolidado no setor de saúde do Brasil: existia, de um lado, um importante segmento de seguros privados (que passou a ser considerado, na nova Constituição, como “segmento de saúde suplementar”), e, de outro, os prestadores hospitalares foram, desde sempre, majoritariamente privados no Brasil. Dessa forma, ainda hoje, o gasto público representa apenas 44% do gasto total com saúde, sendo seguido, em ordem de importância, pelo gasto das famílias (34% do gasto total) e pelo gasto com seguros de saúde, que representa 22% do gasto total (Ugá; Santos, 2006).

Até meados da década de 90, o gasto público com saúde guardava a marca do período anterior ao da nova Constituição, caracterizado por uma forte centralização do sistema de saúde e de seu financiamento no nível central. A descentralização de recursos tem sido marcada por reformas constitucionais, enquanto uma série de normas operacionais formuladas pelo Ministério da Saúde, em um processo que tem sido denominado, por vários autores, “descentralização tutelada”, definiram um processo de desconcentração da capacidade de gestão conduzido centralmente pelo Ministério da Saúde.

Ainda a partir do processo de descentralização tributária introduzido pela Constituição — que ampliou a competência tributária de municípios e elevou o nível das transferências de tributos federais para as esferas infranacionais de governo — e, posteriormente, a partir da Emenda Constitucional nº 29, de 2000 — que estabelece níveis mínimos de crescimento do gasto público federal com saúde e percentagens mínimas de participação dos recursos próprios de

estados e municípios no financiamento do SUS —, observa-se uma progressiva descentralização no mesmo.

Por essa emenda, os estados e os municípios passaram a ser obrigados a aportar, no mínimo, respectivamente, 12% e 15% de seus recursos próprios para a saúde. Como resultado dessas modificações, os municípios já estavam assumindo 22% do gasto público em saúde, percentual que não passava de 7% em 1980; nesse mesmo período, o percentual de gasto da esfera federal diminuiu de 75% em 1980 para 58% em 2002.

No que diz respeito à descentralização mediante transferências financeiras da União às esferas infranacionais no âmbito do SUS, ela tem sido paulatinamente construída mediante uma série de “normas operacionais”⁴ formuladas pelo Ministério da Saúde.

A primeira, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, introduziu uma significativa recentralização do sistema, uma vez que as transferências de recursos se davam, enquanto ela esteve em vigor, fundamentalmente sob a forma de pagamento por serviços de saúde prestados por unidades sanitárias pertencentes às esferas subnacionais de governo.

A NOB 01/93 tentou resgatar paulatinamente o processo de descentralização do SUS, introduzindo estímulos para que estados e municípios fossem adquirindo autonomia na gestão da rede assistencial, no seu âmbito de governo, e se habilitassem a receber repasses “fundo a fundo”. Um entendimento básico então pactuado pela NOB 01/93 foi o de que a descentralização deveria ser um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas, e que as instâncias locais de governo, paulatinamente, se habilitariam, institucional e tecnicamente, a adquirir maior grau de autonomia de gestão.

A criação, nesse período, das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite foi, sem dúvida, um grande avanço no sentido da construção de um espaço de concertação das políticas setoriais entre as três esferas de governo, constituindo-se, também, em mecanismo de democratização do processo decisório. Nesse espaço de pactuação, foi sendo construída, num demorado, mas democrático processo, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) 01/96, aprovada por portaria publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

Esse novo instrumento veio consolidar e aprofundar os avanços no sentido da descentralização do sistema iniciados pela NOB/93. Aquelas esferas que cumprissem os requisitos para obterem a gestão plena do sistema passariam a ter autonomia para gerir o sistema de saúde como um todo na sua esfera de governo, isto é, todas as ações relativas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

⁴ Maiores detalhes sobre as normas operacionais figuram em Ugá *et al.* (2003).

As principais inovações introduzidas por essa norma operacional foram a criação de um valor *per capita* nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica e a criação de incentivos financeiros para o desenvolvimento de programas específicos (como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família).

Maiores avanços no sentido da descentralização de recursos (isto é, não só do volume de recursos transferidos pela União, mas também do nível de discricionariedade do gasto das esferas estadual e municipal) estão sendo introduzidos pelo Pacto Pela Saúde 2006, cuja operacionalização ainda está em curso.

Atualmente (até que o referido pacto seja operacionalizado), existem três níveis de autonomia de gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde, condicionados pelo cumprimento de diversas condições:

- a “condição de gestão plena do sistema de saúde”, de máxima autonomia, na qual os gestores locais têm o poder de contratar e pagar provedores privados, recebem transferências globais desde o nível federal, destinadas à saúde, e se encarregam da execução de diversas políticas de saúde;
- a “condição de gestão plena da atenção básica”, na qual os gestores têm autonomia total no que concerne a esse nível de atenção, mas a gestão da atenção secundária e a da terciária ficam nas mãos da Secretaria Estadual de Saúde (no caso em que esta tenha gestão plena do sistema de saúde) ou do Ministério da Saúde (no caso em que nem o município e nem o estado possuam gestão plena do sistema de saúde);
- e, no caso dos municípios não habilitados, estes não têm nenhuma autonomia de gestão.

Note-se que essas condições de gestão foram abolidas pelo “Pacto da Saúde”, que traz como principal diretriz a regionalização dos serviços, com o que saem ainda mais fortalecidos os governos infranacionais.

Em resumo, pode-se dizer que se vem desenvolvendo, desde meados dos anos 90, um importante processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro. Orientada tanto pela busca de um ajuste fiscal no Governo Federal como pelo incentivo a um maior protagonismo das esferas infranacionais de governo, a Emenda Constitucional nº 29 promoveu um significativo aumento da participação dessas esferas nos recursos, instaurada pela reforma tributária de 1988. Ademais, a maior participação no financiamento tem sido acompanhada por uma desconcentração do poder de gestão do sistema, ainda que a formulação de políticas esteja em mãos do Governo Federal.

5 Descentralização e território: reflexões à guisa de conclusões

Este artigo pretendeu descrever o modo como a reforma do sistema de saúde foi parte integrante das reformas de Estado nos quatro países latino-americanos considerados. Tais reformas conduziram à diminuição do tamanho do Estado, bem como à introdução de mecanismos de mercado na provisão da atenção à saúde, restringindo a cobertura populacional e abandonando, na maior parte dos casos, o sistema welfariano de tipo europeu. Como resultado, o Estado passou a ajustar suas políticas à sua capacidade de financiá-las.

Se as reformas tivessem apenas a função de contribuir para o ajuste fiscal em cada país, não haveria nenhuma redefinição na organização de seus territórios. No entanto, as reformas incluíram a descentralização das políticas como instrumentos para melhorar a eficiência na alocação dos recursos públicos e a responsabilização do gestor público (além de contrair o gasto nas esferas centrais de governo). Por isso, elas traziam subjacente a possibilidade de fortalecimento dos governos infranacionais.

Esses governos são constituídos por esferas intermediárias e municipais, mas, apenas no Brasil, estas últimas constituem “entes federativos” e desfrutam de ampla autonomia política, administrativa, legislativa e financeira. Nos demais países considerados, há uma variedade de situações institucionais, com maior ou menor grau de autonomia da instância municipal de governo, mas ela é sempre tutelada pelos governos intermediários.

Existe também uma variedade de situações relativas à autonomia financeira, condição indispensável, mas não suficiente, para que a descentralização das políticas possa ser experimentada como fortalecimento do poder local, e não meramente como estratégia de desconcentração na execução das políticas.

O fortalecimento dos governos infranacionais pode ocorrer, desde que o federalismo fiscal lhes assegure participação na arrecadação fiscal e lhes permita cobrar tributos próprios para o financiamento das políticas descentralizadas. Ademais, é necessário que haja participação infranacional nas decisões políticas e não apenas na fase de sua execução.

Com isso em mente, é possível supor que as reformas nos sistemas de saúde, nos quatro países, tenham sido instrumentos de algum fortalecimento do poder infranacional: em menor escala, na Argentina (apenas os governos provinciais, que já desfrutavam de grande autonomia) e no México; mais significativamente, na Colômbia e, principalmente, no Brasil.

Referências

- ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. Finanças públicas, democracia e accountability. In: BIDERMAN, C.; ARVATE, P. (Org.). **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- ALMEIDA, C.; PÊGO, R. A. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, jul./ago. 2002.
- BANCO MUNDIAL. **Investing in health**. New York, Washington, D. C.: Oxford University, 1993. (World Development Report 1993).
- BANCO MUNDIAL. **The state in a changing world**. New York, Washington, D. C.: Oxford University, 1997. (World Development Report 1997).
- BANCO MUNDIAL. **Entering the 21st century**. New York, Washington, D. C.: Oxford University, 2000. (World Development Report 1999/2000).
- BANCO MUNDIAL. **Building institutions for markets**. New York, Washington, D. C.: Oxford University, 2002. (World Development Report 2002).
- BANCO MUNDIAL. **Making services work for poor people**. New York, Washington, D. C.: Oxford University, 2004. (World Development Report 2004).
- CARDONA, A. et al. Temas críticos en la reforma de la ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de la salud. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 23, n. 1, ene./jun. 2005.
- CETRÁNGOLO, O.; DEVOTO, F. **Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual**. [S. l.], [s. n.], 2002. (mimeo).
- JARAMILLO, I. **La Superintendencia Nacional de Salud, la descentralización y la reforma de la seguridad social en salud en Colombia**. [S. n. t.]. (mimeo).
- MANZANAL, Mabel. Descentralización, transformación del régimen político y cambio en el modelo de desarrollo: el caso argentino. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DESCENTRALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA. **Transformación del régimen político y cambio en el modelo de desarrollo: anais**. Bogotá, 2005.
- MERINO, G. Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. **Caleidoscopio de la salud**. Disponível em:
< <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>>.

RESTREPO, Darío I.; CUELLAR, Daniel. Descentralización en Colombia. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DESCENTRALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA. **Transformación del régimen político y cambio en el modelo de desarrollo**: anais. Bogotá, 2005.

ROGEL, Rosario. Descentralización en América Latina: el caso de México. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DESCENTRALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA. **Transformación del régimen político y cambio en el modelo de desarrollo**: anais. Bogotá, 2005.

SANTOS, Angela M. S. Penalva. Impasses do federalismo brasileiro: entre a recentralización financiera e a descentralización das políticas públicas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DESCENTRALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA. **Transformación del régimen político y cambio en el modelo de desarrollo**: anais. Bogotá, 2005.

TAFANI, R. **Reforma al sector salud em Argentina**. Santiago de Chile: CEPAL, 1997.

UGÁ, M. A. D. **Propostas de reforma do setor saúde no contexto do ajuste macroeconômico**. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997. Rio de Janeiro: UERJ, 1997.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, A. M. S. P. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago. 2006.

UGÁ, M. A. D. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VASCO, José Alexandre C. Consórcios intermunicipais. **Revista de Direito da Cidade**, Rio de Janeiro, UERJ, v. 1, n. 1, maio 2006.