

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS**  
**MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**O DIREITO À SAÚDE NOS SISTEMAS DE SAÚDE DA ARGENTINA E  
URUGUAI – O DISCURSO OFICIAL**

**JULIANA MACEDO RUAS**

Pelotas

Março / 2012

**JULIANA MACEDO RUAS**

**O DIREITO À SAÚDE NOS SISTEMAS DE SAÚDE DA ARGENTINA E  
URUGUAI – O DISCURSO OFICIAL**

Dissertação de Mestrado em Política Social, da  
Universidade Católica de Pelotas, apresentada à  
Banca como requisito parcial para obtenção do Título  
de Mestre.

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira**

Pelotas

2012

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira – Orientadora

---

Professora Dr<sup>a</sup> Andréa Heidrich

---

Professora Dr<sup>a</sup> Helenara Fagundes

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço:

- à professora Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira pela paciência e compreensão no desenvolvimento de minha dissertação;
- à banca examinadora pela contribuição em meu projeto de qualificação e pela análise do trabalho concluído;
- aos professores do curso pelo carinho, desempenho e contribuição pessoal e profissional que me proporcionaram;
- aos familiares, amigos e namorado pela compreensão, por muitas vezes não poder estar junto.

Dedico este trabalho:

- aos meus avós, Maria e Antônio (*In memoriam*) e minha madrinha, pelo apoio e companheirismo;
- aos meus pais, que sempre me incentivaram a lutar e nunca desistir;
- aos meus irmãos e sobrinhas;
- ao namorado, Cleber, pela paciência, compreensão e companheirismo.

*Temos o direito de sermos iguais quando a diferença nos inferioriza. Temos o direito a sermos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza. As pessoas querem ser iguais, mas querem respeitadas suas diferenças. Ou seja, querem participar, mas querem também que suas diferenças sejam reconhecidas e respeitadas.*

**BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS**

## RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo identificar como se configura o direito à saúde na legislação sanitária da Argentina e do Uruguai. Parte-se do pressuposto que se verifica uma tendência de retorno aos padrões universalistas de atenção à saúde, após o esgotamento das medidas levadas à efeito durante o período das reformas dos serviços nacionais de saúde, obedecendo aos princípios derivados das ideologias neoliberais. Para a coleta dos dados utilizou-se a pesquisa documental em leis, propostas, relatórios e outros documentos oficiais relacionados à temática abordada. Os achados indicam uma forte tendência ao retorno a padrões mais universalistas, embora ainda vinculados ao trabalho. Um ponto comum observado, nos dois países foi a democratização das decisões sobre a política nacional de saúde, com a inclusão de setores distintos da sociedade civil. Por último, apresento algumas considerações finais da pesquisa com objetivo de contribuir para ampliar o conhecimento sobre as alterações sobre o direito à saúde, o qual apresenta uma tendência de reversão do direito unicamente na perspectiva liberal.

**Palavras - chave:** Pós Reforma do Estado, Sistemas de saúde, Reformas no sistema de saúde.

## ABSTRACT

This dissertation aims to identify the configuration of the right to health in the health legislation of Argentina and Uruguay. It starts with the assumption that there is a tendency to return to universal standards of health care, after the exhaustion of the measures put into effect during the period of reform of national health services, according to the principles derived from the neo-liberal ideologies. To collect the data used to document research on laws, proposals, reports and other official documents related to the theme. The findings indicate a strong tendency to return to more universal standards, while still bound to work. A common point observed in the two countries was the democratization of decision making on the national health policy, with the inclusion of different sectors of civil society. Finally, I present some final considerations of the research in order to contribute to the knowledge about the changes on the right to health, which has a tendency to reverse the law only in the liberal perspective.

**Key - words:** Post-Reform of the State, health systems, reforms in the health system.

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária em Saúde

ASSE – Administração dos Serviços de Saúde do Estado

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM – Banco Mundial

BPC – Bases de Prestações e Contribuições

CAPS - Centros de Atenção Primária de Saúde COFELESA – Conselho Federal Legislativo de Saúde

COFESA – Conselho Federal de Saúde

FESP – Funções Essenciais de Saúde Pública

FNR – Fundo Nacional de Redistribuição

FONASA – Fundo Nacional de Saúde

FSR – Fundo Solidário de Redistribuição

IAMC – Instituição de Assistência Médica Coletiva

IMAE – Instituto de Medicina Altamente Especializada

JUNASA – Junta Nacional de Saúde

LEGISALUD – Legislação em Saúde

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MSAL – Ministério de Saúde da Argentina

MSP – Ministério de Saúde Pública

NAFTA – Tratado Norte Americano de Livre Comércio

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSAM – Organização Solidária de Atenção Médica

PAMI – Programa de Atenção Médica

PIAS – Programa Integral de Atenção em Saúde

PNMC – Programa Nacional de Médicos de Cabecera

PROAPS - Programa de Reforma da Atenção Primária de Saúde

SISA – Sistema Integrado de Informação Sanitária

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1: DIREITOS HUMANOS, SOCIAIS, CIDADANIA E SAÚDE .....</b>	<b>17</b>
1.1 Contextualização dos Direitos Humanos, sociais e Cidadania .....	17
1.2 Direito à Saúde .....	24
<b>CAPÍTULO 2: REFORMA DO ESTADO .....</b>	<b>28</b>
2.1 Reforma do Estado Argentina .....	32
2.2 Reforma do Estado no Uruguai .....	39
<b>CAPÍTULO 3: DIRETRIZES POLÍTICAS DAS LEGISLAÇÕES NO URUGUAI E NA ARGENTINA PERÍODO PÓS REFORMA .....</b>	<b>43</b>
3.1 Diretrizes na Política de Saúde na Legislação no Uruguai .....	43
3.2 Diretrizes na Política de Saúde na Legislação na Argentina .....	52
<b>CAPÍTULO 4: ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS NA SAÚDE PÓS REFORMA DO ESTADO .....</b>	<b>60</b>
4.1 Análise das Alterações Legislativas no Sistema de Saúde do Uruguai .....	60
4.2 Análise das Alterações Legislativas no Sistema de Saúde da Argentina .....	65
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>75</b>

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo identificar como se configura atualmente o direito à saúde na legislação sanitária de dois países que integram o MERCOSUL (Mercado Comum do Sul) a Argentina e o Uruguai. Parte-se do pressuposto que se verifica uma tendência de retorno aos padrões mais universalistas de atenção à saúde, após o esgotamento das medidas levadas à efeito durante o período das reformas dos serviços nacionais de saúde, obedecendo aos princípios derivados das ideologias neoliberais.

Ao longo dos anos e a partir de estudos e pesquisas realizadas observou-se que um dos maiores impulsionadores da Reforma na área da saúde na década de 1990 foi o Banco Mundial. (SIMIONATO, 2001, pg. 36). Em busca de maior controle sobre os persistentes déficits financeiros dos orçamentos públicos, o Banco reduz o papel do Estado no provimento da atenção à saúde, limitando-o a função de prover um pacote básico de serviços clínicos e cuidados na linha da saúde pública. Estas orientações decorrem da exigência de controle orçamentário, incluindo uma alternativa ao cuidado hospitalar, desestímulo à demanda por serviços médicos, por consumo de medicamentos, exames complementares e restrição da oferta de serviços. (COSTA, 1998).

O Banco Mundial utilizou como indicadores para reavaliar a agenda da política setorial de saúde a má alocação de recursos, a ineficiência, a explosão dos custos, a iniquidade, a baixa qualidade dos serviços (COSTA, 1998); sugerindo como função estatal exclusivamente a atenção primária, e a oferta dos serviços de alto custo ficaria sob a responsabilidade do mercado, àqueles que podem comprá-los. (SIMIONATTO, 2001).

Há três eixos das políticas de saúde que são destacadas pelo Banco Mundial:

1 – melhoria da saúde das famílias, com políticas de ajustamento em relação às despesas, custeio, expansão da instrução formal e fortalecimento do papel político e econômico da mulher.

2 – reorientação dos gastos com redução da atenção primária de alto custo e sua ampliação através de programas preventivos voltados ao combate de doenças infecciosas e de risco; e, ainda, a melhoria na gestão dos serviços públicos;

3 – estímulo à participação da iniciativa privada na oferta de serviços clínicos excluídos das funções básicas do Estado. (SIMIONATTO, 2001, p. 36).

As diretrizes internacionais recomendam que a Reforma do Estado seja orientada para o Mercado e que não haja formas de controle político e restrição na alocação de recursos públicos, principalmente no setor social. (SIMIONATTO, SOUTO, 2002).

É importante destacarmos que o Banco Mundial articulou uma “aliança tecnocrática transnacional”, a fim de racionalizar os investimentos na esfera pública, reduzindo o papel e o poder Estatal e fortalecendo as ações de natureza privada. (SIMIONATTO, 2004). Esta proposta levá-nos a questionar se: será que houve realmente esta reforma e ao mesmo tempo será que conseguiu atingir o objetivo proposto?; uma vez que a orientação do Banco Mundial prioriza os setores mais vulneráveis deixando de lado o caráter universal e salientando a focalização. Isso se dá pelo fato que as Políticas Públicas devem garantir que o crescimento seja compartilhado por todos e contribua para reduzir a pobreza e a desigualdade (Banco Mundial, 1997).

A crise dos anos de 1980 na Argentina desencadeou alterações significativas no que tange as políticas sociais; uma vez que o retrocesso em termos de financiamento e de regulação do Estado, provocou um desmonte da Seguridade Social e dos avanços ocorridos na década anterior. A partir de 1990, quando começam as reformas no sistema de saúde da Argentina, o Banco Mundial também faz algumas orientações, principalmente no que tange à quebra do princípio da universalidade e a focalização nos grupos pobres e vulneráveis, conforme decreto de Lei 1269 / 92 (ARGENTINA, 1992, p. 5) ao afirmar que cabe ao Estado a “promoção e proteção de saúde com o menor custo econômico e social dirigido à populações marginalizadas e de pobreza estrutural e de risco”.

O Estado formulou uma política de saúde onde se observa o:

retrocesso del Estado como prestador directo de atención, avance del sector privado, ênfasis en las responsabilidades y prerrogativas individuales en el

tratamiento de cuestiones que acostunbráramos asociar con derechos inalienables, que debían ser garantizados por la sociedad a cada uno de sus miembros sin distinciones ni exclusiones de ningún tipo. (BELARMINO, 1995, p. 115).

A incorporação de novas tecnologias, o crescimento da medicalização e de novas doenças, associados à má administração, ao clientelismo, a corrupção, ao enriquecimento pessoal e ao aumento do custo de atenção médica levaram as Obras Sociais<sup>1</sup> ao declínio a partir de 1980. Esses fatores alteraram o modelo de saúde Argentino, pois reduziram a ação estatal e ampliaram a participação do setor privado. (BELARMINO, 1995).

Portanto, a partir da Reforma do Estado a política de saúde Argentina abandona os princípios universalistas e Simionato (2001) destaca a fragmentação do setor através do corporativismo das Obras Sociais ou da seletividade na rede pública entre os que têm recursos ou não para pagar. Segundo Belarmino (1995), as empresas de sistemas pré-pago têm adotado cada vez mais o seguro privado com cobertura para determinados riscos e deixando de lado a cobertura integral e incorporando técnicas atuariais e de gestão empresarial, passando do Estado para o Mercado a função de regular a política setorial de saúde.

Já em relação às transformações decorrentes da Reforma do Estado desde 1990 no Uruguai, segundo (Simionato, Souto, 2002, p. 63) o Ministério de La Salud Publica aponta como estratégia:

Asistencia médica gratuita hacia los sectores de población indigentes y carentes de recursos, promoviendo la reforma gradual de la gestión de las prestaciones de los Hospitales Públicos, fundado em la descentralización operativa que tienda a um mejor aprovechamiento de las capacidades humanas y hospitalarias". (SIMIONATTO, SOUTO, 2002).

O sistema de saúde Uruguaio é heterogêneo, formado por um sub-setor público (formado por uma rede de centros assistenciais da previdência social) e um subsistema privado (formado por um grupo de instituições reguladas pelo Estado).

---

<sup>1</sup> Obra Social é o sistema de seguro público de saúde da Argentina. (MEDICI, 2002, pg. 2). Estas foram criadas em 1944 e vinculadas aos sindicatos e reguladas pelo Estado, tinham caráter universal para a população assalariada formal, em relação à atenção à saúde e à regulação das condições empregatícias. Contudo, em 1970 as "Obras Sociais vincularam-se a diversas entidades e de formato jurídico, como estatais, conveniadas, por adesão, administração mista e empresariais". (SIMIONATO, 2001, pg. 37).

Há uma parte que está no âmbito do mercado, através de seguros médicos, voluntários e privados. Este se destaca por apresentar o melhor percentual de investimentos públicos e indicadores de saúde. (MARCHI, 2000).

Observamos nestes países que o modelo universalista foi substituído pelo modelo de focalização compensatória, porém ainda não consolidado, ou seja, é destinado àqueles segmentos que estão em risco ou maior vulnerabilidade social. (SIMIONATTO, 2001).

O esgotamento do modelo implantado ao longo dos anos 1990 levou a uma revisão dos princípios neoliberais e tendências de reversão do mesmo vem sendo observadas em decorrência de alterações no quadro político da Argentina e Uruguai, assumindo o controle governamental partidos de tendências centro-esquerda. Estes novos governos vem implementando reformas nos sistemas nacionais de saúde.

Pretendeu-se, assim, assim, identificar se houve ou não alteração em relação ao direito à saúde em decorrência das alterações que vem sendo processadas nos sistemas de saúde das Reformas do Estado nos períodos atuais. Considera-se como pós-reforma do Estado, as alterações que vêm sendo implementadas nos sistemas de saúde pelos atuais governos de tendência centro-esquerda que ocupam os postos chaves nestes países. A questão central que orientou esta dissertação foi se tais alterações incidem sobre os princípios éticos e políticos do direito à saúde, sendo as questões norteadoras as seguintes:

- Quais as alterações ocorridas na legislação em relação às Políticas de Saúde na Argentina e no Uruguai?

- Qual a concepção de direito à saúde antes e pós Reforma do Estado?

Tendo em vista essas indagações, delimito como objetivo geral da pesquisa, identificar quais mudanças ocorridas no direito à saúde expressas nas legislações que regulamentam o setor. E como objetivos específicos, delimitei conhecer a legislação nos países do MERCOSUL (Argentina e Uruguai) em relação ao sistema de saúde; e identificar as alterações que vem ocorrendo nas políticas de saúde nestes países pós processo de Reforma do Estado e incidência sobre o direito à saúde.

A perspectiva analítica que orienta esta dissertação está baseada na construção histórica, particularidade e peculiaridades de cada país, destacando a trajetória no marco legal da atenção à saúde na Argentina e Uruguai. Para tanto, utilizamos o método dialético marxista, tendo em vista que o mesmo abarca “no plano da realidade, no plano histórico, sob a forma das relações contraditórias, conflitantes de leis de construção, desenvolvimento e transformação dos fatos”. (FRIGOTTO, 2000, pg. 75). Esta perspectiva propõe o desafio de compreendermos a realidade a ser investigada através da criticidade. Para isto é necessário que se tenha um olhar totalizante transitando do singular e do particular, e não somente analisar as informações imediatas, incluindo a questão da historicidade e da contradição.

É imprescindível analisarmos o contexto sócio-histórico em que se desenvolveu e foi proposta a Reforma do Estado para posteriormente ocorrer a Reforma no Sistema de Saúde nos países Argentina e Uruguai, buscando, assim, uma explicação do geral para o particular e vice-versa.

A perspectiva totalizante “(a) ao mesmo tempo que vê a realidade objetiva como um todo coerente, (b) compreende e analisa as partes do todo formando correlações concretas de conjuntos e unidades sempre determinadas”, como uma conexão entre a estrutura social e política. (MINAYO, 1994, pg 70).

Optou-se pela pesquisa qualitativa; visto que o problema de pesquisa encontra-se num contexto social e complexo não podendo ser analisado isoladamente. Destaca-se que nesta não há neutralidade do saber científico e sim um vasto conhecimento teórico do pesquisador.

O interesse pelo estudo, e especialmente por esta temática específica, deve-se ao fato de já ter trabalhado nesta linha de pesquisa, como bolsista, quando graduanda do Curso de Serviço Social. Ao se abordar a política de saúde como tema de estudo, tem-se clareza de sua importância pelo fato de ser um direito humano relativo ao direito à vida. Nesta linha, as ações e serviços de saúde têm como objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos, buscando contribuir para sua reorientação, vinculada a uma cidadania efetiva, garantida universalmente pelo Estado enquanto uma política pública.

Quanto a estrutura desta dissertação a mesma está organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo está estruturado em 2 partes. Na primeira apresenta-se o referencial teórico acerca dos Direitos Humanos, Sociais e Cidadania. Já a segunda parte trata do Direito à Saúde. Abordaremos a trajetória histórica bem como a evolução destes direitos, relacionando o direito à saúde com a cidadania.

Neste sentido se reflete sobre o direito à saúde, enfatizando-o enquanto uma cidadania social<sup>2</sup> efetiva, contrapondo-se as propostas do Banco Mundial em relação ao setor saúde. Pode-se dizer que o direito à saúde vem sendo atrelado à relação capital e trabalho e a uma questão política, isto é, os direitos perpassam pelas contradições e movimentos da sociedade civil, determinando mudanças nas relações entre esta e a sociedade. (GOMEZ, NOGUEIRA, SIMIONATTO, 2004). No segundo capítulo, apresento a proposta da Reforma do Estado na Argentina no primeiro sub-item, e no segundo, no Uruguai; mostrando os eixos de incidência da Reforma no setor saúde. No terceiro capítulo, abordo as diretrizes políticas das legislações no Uruguai e na Argentina no período pós Reforma, ou seja, trata a forma como a saúde é vista na legislação. Primeiramente, esta abordagem é feita no Uruguai, e posteriormente, na Argentina. Já o quarto capítulo trata da análise das alterações legislativas na saúde pós Reforma do Estado. Evidencia as alterações ocorridas nesta transição referentes ao sistema de saúde no Uruguai e na Argentina.

Por último, apresento algumas considerações finais da pesquisa com objetivo de contribuir para ampliar o conhecimento sobre as alterações sobre o direito à saúde, o qual apresenta uma tendência de reversão do direito unicamente na perspectiva liberal.

---

<sup>2</sup> É quando todos os cidadãos têm um mínimo de bens materiais que não são obtidos no jogo do mercado. Esta cidadania é condição para construção de uma cidadania cosmopolita, a qual tem como premissa ser justa, por fazer sentir e saber que todos os homens são cidadãos do mundo. (MOURA, 2009, pg. 40).

## CAPÍTULO 1 - DIREITOS HUMANOS, SOCIAIS, CIDADANIA E SAÚDE.

### 1.1 Contextualização dos Direitos Humanos, Sociais e a Cidadania

Este capítulo contém uma abordagem das categorias essenciais para a discussão da temática, dentre elas os direitos humanos, sociais, cidadania. As categorias históricas apontadas vinculam-se às transformações que se deram no âmbito político, social e econômico nas últimas décadas do século XX. Estas transformações têm relação direta com a expansão da política econômica neoliberal<sup>3</sup> e com a expansão da globalização<sup>4</sup>, trazendo novas reordenações e ajustes em âmbito nacional e internacional. O fato decorre do avanço do capitalismo, pelo eixo da política econômica neoliberal, que trouxe consigo a rivalidade entre as grandes corporações. Desta forma, passou a igualar e ditar padrões do modo de produzir e consumir produtos e serviços. Esse novo quadro de transformações econômicas aprofunda e torna visíveis as sérias desigualdades sociais.

Na evolução dos direitos, a Revolução Francesa foi o marco determinante dos mesmos. Este movimento pregava a liberdade, a igualdade e a fraternidade, trazendo novas concepções de Estado, o qual era regulamentado pelas leis, e a vontade dos homens seria organizada conforme os interesses comuns, e não como outrora, o qual era amparado pela vontade do rei. Os direitos dos homens foram reconhecidos somente na França pós-revolucionária, inerente a primeira idéia de universalização. Contudo, referia-se aos direitos civis, principalmente àqueles ligados à propriedade privada e a forma de produção capitalista, instituindo-se o Estado Moderno<sup>5</sup>. A única forma encontrada pela burguesia enquanto classe

---

<sup>3</sup> Entende-se como a doutrina desenvolvida a partir da década de 1970, que defende a liberdade econômica e política e a não intervenção estatal na economia e na vida individual das pessoas.

<sup>4</sup> O conceito de Globalização está muitas vezes atrelado ao aspecto econômico como Conseqüência da intensificação dramática, da transnacionalização da produção de bens e serviços e dos mercados financeiros – um processo através do qual as empresas multinacionais ascenderam a uma preeminência sem precedentes, como atores internacionais. (SANTOS, 1997, pg. 107)

De acordo com Vieira (1997 *apud* MARCHI, 2000, p.24), a globalização constitui-se num rearranjo da economia mundial, como resultado de antigos e novos elementos de internacionalização e integração, além da disseminação de padrões de organização econômica e social, consumo, cultura, que resultam das relações estabelecidas no mercado, das experiências políticas e administrativas, da amplitude das comunicações e problemas impostos pelas novas condições internacionais de produção e intercâmbio.

<sup>5</sup> Para Bobbio (1992, p. 401), Estado Moderno contemporâneo é aquele que “envolve numerosos problemas, derivados principalmente da dificuldade de analisar exaustivamente às múltiplas relações

emergente e em ascensão para garantia da propriedade privada foi a garantia civil. Tinha, também, como premissa garantir ao trabalhador a compra e venda da força de trabalho através de um estatuto de liberdade, segundo Wolkmer: “O processo de reconhecimento e afirmação de direitos do homem chamados de fundamentais constituiu uma verdadeira conquista da sociedade moderna ocidental”. (WOLKMER, 2003, p. 4)

Segundo Sader (2004), os direitos estão sendo retraídos, na “era dos mercados” devido a imposição, ao consenso comum, de que o mercado é o regulador das relações sociais e econômicas, ou seja; a cidadania não mais é garantida através do poder público, e sim pelo que o autor chama de “poder do dinheiro”, que comanda os mercados. Estes mercados vêm desempenhando um papel central na regulação das relações sociais, em busca da hegemonia financeira. Reconhecem apenas o poder dos capitais, que são expandidos à medida que se retrai a regulação estatal e a esfera dos direitos.

Para Soares (2000), o novo modelo de acumulação capitalista implica na perda de identidade dos direitos sociais e a restrição do conceito de cidadania. Isso decorre da redução dos gastos estatais, com as políticas de mercantilização da força de trabalho e a transferência das ações, relacionadas à garantia das necessidades básicas de sobrevivência, ao mercado.

Neste espaço de conflitos, a diminuição dos recursos públicos para as políticas sociais e de crescente expansão da demanda por serviços privados como educação, saúde, segurança, transporte, entre outros, passaram a restringir os direitos. Os cidadãos, que dependem da garantia pública dos serviços acima mencionados, ficam excluídos de alguns destes, mesmo que as garantias estejam consagradas na forma de direitos, nas Cartas Constitucionais (na Lei).

A política, a economia e o mercado passam a comandar o cenário contemporâneo ao ditar e reger as regras de comportamento dos Estados Nacionais, dentro da lógica econômica neoliberal, enquanto ocorre redução da intervenção governamental. O fenômeno da globalização torna presente o debate sobre os direitos, que emergem com as velhas características do liberalismo. Concomitantemente, apontam um agravante: a própria definição, do que é ou não é

---

que se criaram entre o Estado e o complexo social e de captar, depois, os seus efeitos sobre a nacionalidade interna do sistema político”.

direito não mais restrita aos Estados nacionais, mas imposta aos mesmos pelas agências e grupos econômicos transnacionais. Ao mesmo tempo, os Estados passam a perder sua soberania, na definição do patamar de direitos que cabe aos seus cidadãos. Mediante a este fato, necessitam de uma reestruturação para impor a restrição aos direitos em alguns casos e, ampliar direitos de outros, o que implica em reformas nos planos jurídico, administrativo e institucional (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 1998).

Os direitos sociais e os Direitos Humanos passam, não mais pelo desafio de serem positivados, mas sim, pelo desafio presente de proteção e efetivação, como garantia legal, devido à diminuição das políticas públicas.

Carvalho (2001) menciona que o cenário internacional traz complicações na construção da cidadania, visto que, os países periféricos têm como modelo os países desenvolvidos, que diferentemente dos primeiros, contam com patamares bastante inclusivos quanto aos direitos sociais e políticos. Ele indica dentre alguns fatores, mas principalmente a globalização da economia em ritmo acelerado, que provocaram e continuam a provocar mudanças importantes nas relações entre Estado, sociedade e a nação, estes apontados como o centro da noção e da prática da cidadania ocidental. Cita também que, o foco das mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade, localiza-se em dois pontos: a redução do papel central do Estado, como fonte de direitos e como arena de participação, e o deslocamento da nação como principal fonte de identidade coletiva.

Neste cenário os direitos sociais são afetados. Exige-se a redução do déficit fiscal que leva os governos dos países reformas no sistema de seguridade social, assim como, são resultantes os cortes de benefícios sociais. Desta forma, a renovada lógica liberal insiste na importância do mercado como auto-regulador da vida econômica e social. As conseqüências desta questão são percebidas na redução do papel do Estado. Portanto, sob esta ótica, o cidadão é visto cada vez mais como mero consumidor, distante de preocupações com assuntos políticos ou com problemas coletivos (CARVALHO, 2001).

O pensamento marxista sobre a cidadania permite realizar algumas indagações à respeito das implicações sofridas pelas políticas sociais na sociedade capitalista, as quais são partes constituintes dos direitos sociais. Tem-se uma certa igualdade formal dos indivíduos frente à desigualdade econômica, expressa

subjetivamente na condição de cidadania, concretamente implementada por um arcabouço institucional jurídico-político, típico da democracia política representativa. Caracteriza-se por propiciar a materialização das políticas sociais como expressão dos direitos de cidadania (PORTO, 2001).

Para Silva (2001) cidadania é aquela que vê o homem como sujeito de direitos e que ao exercer esses direitos, exerce influência e passa a delimitar as funções do Estado. É o que chama de interdependência existente entre cidadania e participação. A mesma autora traz, ainda, a categoria cidadão. Ainda na visão desta mesma (2001), cidadão é aquele que, usufrui os bens e serviços socialmente produzidos e participa de forma livre, consciente e autônoma sobre as decisões políticas, econômicas, culturais, sociais, éticas entre outras e de esferas democráticas.

Na discussão dos direitos, a cidadania vem no sentido de garantir, não apenas e tão somente que os direitos - sejam eles civis, políticos ou sociais - sejam concretizados, mas, que além destes o indivíduo seja capaz de compreender-se nesse processo. Compreender-se como cidadão, que dispõe de direitos, mas, que também responde por deveres. Deveres, compreendidos como essenciais para que haja a coesão e a responsabilidade social.

Marshall (1967), diz que a cidadania é como constituída por diferentes direitos e instituições, determinadas historicamente. O conceito de cidadania, segundo este (1967), divide-se em três componentes ou elementos, que se inter-relacionam e se incorporam reciprocamente, são eles: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais. Os primeiros são aqueles caracterizados pela liberdade individual, entre eles a liberdade de imprensa, de expressão do pensamento e da fé, e o direito ao trabalho, na esfera econômica. Os segundos, os direitos políticos, caracterizam-se pelo direito de participação do exercício do poder político. Por fim, os direitos sociais, que fazem referência a tudo o que diz respeito a um mínimo de bem - estar econômico e segurança. Concentram, assim, o direito de participar e usufruir de bens e serviços socialmente produzidos, para que o cidadão viva com dignidade, de acordo com os padrões seguidos pela sociedade.

Vieira (2001), ao rever e ampliar a interpretação e a concepção de Marshall em 1967 distingue a cidadania como composta pelo conjunto dos direitos civis, dos direitos políticos e dos direitos sociais, elucidados em gerações de direitos. Os

direitos de primeira geração são os direitos civis e políticos, conquistados no século XVIII. Os direitos sociais são compreendidos como direitos de segunda geração, econômicos ou crédito, foram conquistados no século XX, a partir de lutas dos movimentos operários e sindicais. Podemos citar como exemplo: o direito ao trabalho, à saúde, à educação, aposentadoria, seguro – desemprego, ou seja, à garantia de acesso aos meios de vida e bem estar social. Aos direitos de terceira geração, como chama, cabe a garantia dos direitos à grupos humanos como o povo, a nação, as coletividades étnicas ou a própria humanidade. Compreende, assim, o direito a autodeterminação, o direito ao desenvolvimento, o direito à paz, o direito ao meio ambiente e outros.

A cidadania e direitos sociais, nesse sentido, são apreendidos como categorias que se conjugam e seguem paralelamente. Para Silva (2001), o reconhecimento da cidadania se dá através da construção individual e coletiva de homens livres e autônomos. Ou seja, esse reconhecimento se dá através do exercício igualitário dos direitos civis, políticos e sociais, já existentes e reconhecidos em uma determinada formação social e em um determinado momento histórico, por todos os indivíduos. Cidadão é então, aquele que usufrui os bens e serviços socialmente produzidos, e participa de forma livre, consciente e autônoma das decisões sobre a vida de seu país, em todas as dimensões e esferas de poder (SILVA, 2001).

Um elemento importante para a compreensão da cidadania é o princípio contemporâneo das nacionalidades, que remodelou e trouxe uma nova definição ao conceito de cidadania. No que se refere ao princípio do direito dos povos, a soberania se dá como atributo da Nação, do povo, e não somente do governante. O princípio das nacionalidades lembra que, a nação é anterior a cidadania, pois é no quadro da comunidade nacional que os direitos cívicos podem ser exercidos. A cidadania fica desta forma, limitada ao espaço territorial da nação (VIEIRA, 2001).

A relação entre cidadania e nacionalidade, citada por Vieira (2001), configura um campo de confronto, entre o pensamento conservador e o pensamento progressista. Para os conservadores, a cidadania restringe-se ao conceito de nação, assim, são cidadãos somente os nacionais de um determinado país. Essa visão, estritamente nacionalista, passa a excluir os imigrantes e estrangeiros que residem em um determinado país dos benefícios da cidadania. No pensamento progressista

tem-se uma visão mais ampla do conceito de cidadania. Esta, não somente referenciada como garantia aos nacionais de um país, mas também garantidos os direitos dela indicados, aos não nacionais, frente ao contexto mundial de integração.

Ainda, segundo Vieira (2001):

[...] os problemas que afetam a humanidade e o planeta atravessam fronteiras e tornam-se globais com o processo de globalização que se acelera neste final do século XX. Questões como produção, comércio, capital financeiro, migrações, pobreza, danos ambientais, desemprego, informatização, telecomunicações, enfim, as grandes questões econômicas, sociais, ecológicas e políticas deixaram de ser apenas nacionais, tornaram-se transnacionais. É nesse contexto que nasce hoje o conceito de cidadão do mundo, de cidadania planetária, que vem sendo paulatinamente construída pela sociedade civil de todos os países, em contra posição ao poder político do Estado e ao poder econômico do mercado (VIEIRA, 2001, p. 32).

Como visto anteriormente, o conceito de cidadania sofre profundas transformações em determinados momentos históricos, por distintos atores sociais. Os direitos sociais, conquistados ao longo dos séculos, têm como componentes essenciais as lutas dos movimentos sociais, que caminhavam na busca da real cidadania e do direito a ter direitos. Os novos carecimentos, segundo Bobbio (1992), nascem em função de mudanças nas condições sociais e quando o desenvolvimento técnico permite satisfazê-lo, quando tornam-se presentes novas exigências e demandas. Ou, dito de outra forma, o desenvolvimento das tecnologias, a transformação das condições econômicas e sociais, a ampliação dos conhecimentos e a intensificação dos meios de comunicação, vêm produzindo mudanças na organização da vida humana e nas relações sociais. A partir de então, criam-se condições favoráveis ao nascimento de novos carecimentos e, portanto, para novas demandas de liberdade e de poderes, deste fato decorre o surgimento de novos direitos.

Uma nova idéia de cidadania, denominada cidadania estratégica surge, em que os direitos são qualificados como meios para obter a igualdade, não unicamente jurídica e formal, mas como viabilizador da liberdade, tanto no plano econômico como também no plano político, que somente integra a pauta política dos sujeitos sociais, como aponta Nogueira (2002).

Dupas (2001) indica que, no momento que a inserção na globalização passa a mostrar com nitidez seus pontos negativos, ocasionando, em algumas situações,

crise de legitimidade das representações políticas, surgem fortes tensões entre os problemas de identidade, autoridade e igualdade. Começam a aparecer sujeitos políticos, que se organizam na busca pela ampliação dos Direitos Humanos, direitos sociais, econômicos e políticos, como se não fossem todos referentes e necessários à humanidade.

A cidadania global, caracterizada tanto no plano econômico quanto em âmbito social, faz reacender lutas em torno de um repensar dos direitos. A Conferência de Viena em 1993 vem como resultado dessa nova organização societária, na busca por uma cidadania global e integral. Outro problema para a cidadania e para a democracia, na lógica neoliberal, é que, dentro do quadro jurídico-político conhecido até hoje, os Direitos Humanos somente se realizam de maneira indivisível, dentro de territórios nacionais e sob os olhares das instituições vinculadas ao Estado. Desta forma, trata-se de uma cidadania incompleta. Os Direitos Humanos, tão mencionados e difundidos mundialmente, acabam por parecer-se com um discurso que legitima iniquidades, que se agravam com os efeitos da própria globalização (ALVES, 2000).

Alves (2000) cita que:

É difícil apontar com precisão as causas que influem nesse estado de coisas. Nas discussões sociológicas fala-se da natureza da “nova cidadania”, definida pela capacidade de consumo, sob risco de exclusão; da substituição, nas sociedades pós-modernas, da ética pela “estética”, que eternamente satisfeito porque a produção se encarrega de gerar novas “necessidades”; a descrença generalizada na política como campo de luta social; a falta de comunicação interpessoal na sociedade tecnológica pós-industrial, levando o indivíduo atomizado a buscar identificações imaginárias para compensar a perda de vínculos tradicionais; da falta de utopias seculares com sentido teleológico para a realização de esforços sociais coletivos de maior envergadura (ALVES, 2000, p. 198).

A globalização é um fenômeno que compreende aspectos positivos e negativos. Paralelo às facilidades reais apresentadas, que encantam e seduzem a todos, pode ser apresentada como disseminação das idéias de liberdade e democracia – que ao mesmo tempo, dissemina idéias de ódio e fundamentalismos-, causadas mais pela rapidez das comunicações do que, pela liberdade do mercado. A tecnologia que, de certa forma é libertadora, ocasiona por outro lado, dificuldades adicionais no que se referem ao desemprego, supostamente estruturadas pela mundialização do mercado, como menciona Alves (2000).

Algumas maneiras de responder ao desafio do processo de globalização mundial estão em curso há anos, porém são pouco concretas, pois se desenvolvem no plano dos valores, outras mais objetivas, e tiveram por conseqüência, resultados concretos. Os resultados mais visíveis são percebidos através dos esforços intergovernamentais, para a constituição de mercados integrados regionais, como a União Européia, a NAFTA (Tratado Norte – Americano de Livre Comércio) e o MERCOSUL (ALVES, 2000).

## **1.2 Direito à Saúde:**

A partir das referências acima citadas podemos afirmar que os direitos sociais vem se desenvolvendo junto com a saúde no interior das políticas sociais.

A partir do século XIX, o avanço da tecnologia e o desenvolvimento de uma cultura política democrática impulsionaram o processo de implementação de Leis sobre a saúde; visto que começaram a surgir teorias juristas. As leituras apontam que os direitos foram ampliando-se à medida que crescia o capitalismo através da luta dos trabalhadores em busca de melhores condições de vida.

Para Bayer e Leys (1986) o direito à saúde é uma necessidade da reprodução da força de trabalho, já que o mesmo aconteceria em favor do lucro (capital).

Porém, podemos interpretar o direito à saúde e suas políticas sendo traçadas das mais diferentes formas em cada país, conforme as exigências políticas e econômicas.

Nogueira (2002) aponta que o direito à saúde ultrapassa barreiras, ideologias, necessidades, solidariedade, assistencialismo, dentre outras. Este precisa ser entendido em diferentes períodos, analisando os mecanismos que estão sendo utilizados pelo capitalismo em termos de mediação.

O universalismo em relação à atenção a saúde é um grande desafio dos ajustes neoliberais e dos organismos internacionais que os incrementam. Sob a ótica neoliberal os gastos com o setor da saúde levariam a falência dos Estados nacionais.

Nos países centrais, o Banco Mundial preocupa-se

[...] com a redução e restrição na expansão do próprio capital, enquanto que nos países em desenvolvimento a preocupação com seu desempenho econômico se refere à capacidade de manter o compromisso em saldar a dívida externa. (NOGUEIRA, 2002, pg. 93).

Esse processo resulta então na expansão do mercado ofertando serviços de saúde e o declínio do papel do Estado, enquanto provedor e protetor no que diz respeito ao seu povo.

A crise do Estado de Bem-Estar e os mecanismos para correção dos rumos da acumulação capitalista tornam quase obrigatório abordar o direito à saúde, em suas alterações recentes, na sua relação com o fundo público. Esse eixo analítico ratifica e aprofunda a argumentação sobre os direitos sociais enquanto intrinsecamente relacionados à dimensão econômica. (NOGUEIRA, 2002, p. 93-94).

Na década de 1970 era explícita a relação entre o direito à saúde e o fundo público, uma vez que os serviços de saúde lucravam muito, abrangendo vários setores produtivos. Esse período ficou conhecido como a capitalização da medicina e, posteriormente, por mercantilização da saúde (NOGUEIRA, 2002).

Já nos dias de hoje, a reprodução da força de trabalho não é pressuposto para implantação dos serviços de saúde como antigamente. Portanto, o direito à saúde deve ser reproduzido, ou seja, deve ser garantida sua efetivação no atendimento. (NOGUEIRA, 2002).

[...], o direito à saúde é um item complexo da agenda política e da agenda governamental e o debate, ou seja, o confronto sobre seu alcance e seu conteúdo, se subsume à concepção de saúde adotada para direcionar a sua institucionalidade e a sua constitucionalidade. (NOGUEIRA, 2002, pg.. 102).

O direito à saúde deve estar vinculado aos direitos sociais, como o direito à vida, e conseqüentemente ao exercício da cidadania, e não estar atrelado como um bem econômico; já que entende-se a saúde como um bem estar físico, mental e social e não somente estar baseada no tratamento curativo. Sabe-se que a necessidade de cada comunidade na saúde pode variar de época para época e de lugar para lugar. Contudo, é de fundamental importância que haja envolvimento entre os Estados Partes a fim de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O direito à saúde foi expressamente reconhecido no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos onde consta que “toda pessoa tem direito a um

nível de vida adequado que lhe assegure, assim como à sua família, a saúde [...]”, porém, é no Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais<sup>6</sup>, em seu artigo 12; que foi reconhecido o “direito de toda pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental”. Da mesma forma, o direito à saúde como garantia constitucional é recente. (DALLARI, 1991.)

Este (direito à saúde) está no rol dos direitos individuais e sociais bem como o direito à vida, que é um direito fundamental e inerente à pessoa humana; uma vez que exige proteção integral (física e mental) do indivíduo e da sua dignidade, e social porque impõe ao Estado e à sociedade a responsabilidade mútua pela proteção da saúde, preservação e tratamento de doenças. Portanto, o direito à saúde inter-relaciona-se com todos os direitos humanos, como o direito à vida. (SYMONIDES, 2003).

Em contrapartida, as organizações internacionais como: o Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Organização Pan – Americana de saúde (OPAS), trouxeram como elementos centrais, a partir de reformas implementadas pós os anos 2000, a garantia de nível adequado para Saúde Pública e de serviços básicos para população carente e a contenção de custos. Sendo assim, o direito à saúde, nesta linha acaba por ganhar um caráter meramente individual e perdendo o caráter social, este base da cidadania plena. (NOGUEIRA, 2002).

Todavia, o direito à saúde no âmbito de cidadania social deve assegurar a igualdade e universalidade, orientadas por princípios democráticos, em contrapartida as alterações e rupturas que vêm alterando a universalidade deste direito. Destaca-se dois modelos teórico – político opostos que delimitam e orientam o que tange a atenção à saúde, no início do século XXI. O primeiro é o da cidadania plena, onde o direito à saúde é visto como um valor universal, e o segundo é o da cidadania restrita, no qual aquele (direito à saúde) é orientado pela eficiência, equidade, qualidade e racionalidade econômica e, portanto, situada no campo da reprodução do capital. (NOGUEIRA, 2004).

Ainda conforme Nogueira (2004), cidadania ativa é mais que um conjunto de direitos e deveres que envolvem um sentido de identidade política e de

---

<sup>6</sup> Este Pacto foi aprovado em 1966, porém entrou em vigor em 1976 quando os Estados o ratificaram.

pertencimento a uma comunidade política, uma cidadania ativa que expresse o “direito a ter direitos” de forma igualitária; juntamente, com a cidadania democrática que envolve a necessidade de um critério justo de distribuição de bens e serviços que não concretize a desigualdade.

## CAPÍTULO 2 - REFORMA DO ESTADO

Para falarmos sobre a Reforma do Estado é importante lembrarmos alguns momentos históricos, dentre estes temos a crise de 1929 / 1933; também chamada de Grande Depressão<sup>7</sup>. A grande crise espalhou-se pelo mundo interferindo no comércio mundial, reduzindo-o a um terço do que era anteriormente. Logo em seguida, o Estado Liberal entra em crise, necessitando de entrada do Estado Social Burocrático, social porque assume o papel de garantias dos direitos sociais e o é através de pleno emprego, e burocrático porque é através de contratação direta de burocratas, evidenciando-se aqui o surgimento em alguns países do Estado de Bem Estar Social, isto é, um Estado que administra o econômico e o Social. A partir de então começa a desconfiança de que tudo não passaria de um equívoco, ou seja, que o modelo liberal estaria errado ou insuficiente (SANDRONI, 1992); instaurando-se paralelo à revolução socialista de 1917, uma forte crise de legitimidade do capitalismo.

Keynes (1992) passa a questionar algumas situações como desemprego generalizado que estava ocorrendo a nível mundial; pois acreditava que a Lei de Say (Lei dos Mercados) era insuficiente; uma vez que o Mercado (a oferta) cria sua própria demanda ficando inviável uma crise de superprodução; e, colocando em destaque o conceito de equilíbrio econômico, segundo o qual a economia capitalista é auto-regulável.

Portanto, a “mão invisível” - o mercado - pode gerar situações de crise, ao contrário do que era previsto; tendo em vista a insuficiência de demanda efetiva e ociosidade de homens e máquinas (desemprego). Keynes acreditava que o Estado tinha capacidade e legitimidade para intervir econômica e socialmente, visando gerar demanda efetiva; bem como, disponibilizar meios de pagamento e dar garantias ao investimento, inclusive reduzindo o déficit público, a fim de controlar a flutuação na economia. Esta visão de Keynes se dá a partir do momento em que observa que os empresários agem impulsivamente ao tomarem decisões sobre os

---

<sup>7</sup> Esta ocorreu no dia 24 de Outubro de 1929, o qual foi o primeiro dia de pânico na Bolsa de Valores de Nova York.

investimentos, repercutindo em grande impacto social e econômico. (SANDRONI, 1992)

Conforme Keynes, o Estado tem como papel restabelecer o equilíbrio econômico através de uma política fiscal, de créditos e de gastos, realizando investimentos atuantes nos períodos de depressão estimulando a economia; resultando num déficit sistemático orçamentário. Contudo, no auge e prosperidade da economia o Estado deve manter uma política tributária alta, desencadeando um superávit, o qual deve ser utilizado para pagar dívidas públicas e para formar um fundo de reserva a ser investido nos períodos de depressão. (SANDRONI, 1992).

Foram incorporadas políticas sociais nesta intervenção global, desenvolvendo o marco teórico do capitalismo pós-segunda Guerra Mundial. O pacto fordista agrega-se ao keynesianismo, aquele (fordismo) caracterizado pelo modelo de produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os operários monopolistas em função dos ganhos de produtividade do trabalho, tornando-se fortemente dinamizados pela Guerra Fria e o armamentismo (O'CONNOR, 1977; MANDEL, 1982); da possibilidade política do Welfare State, o qual visava o bem-estar social europeu.

Marshall (1967) ao falar sobre a cidadania relaciona à estratégia fordista - keynesiana, ganhando, assim, a política social uma nova dimensão teórica, resultado histórico das realidades concretas dos países, destacando-se o bem-estar social europeu.

Os “Anos Dourados” do capitalismo “regulado” começam a decair em fins dos anos de 1960 (HOBBSBAWN, 1995). A capacidade do Estado de exercer mediações cada vez mais amplas, as taxas de crescimento, a inclusão das novas gerações no mercado de trabalho, restrito já naquele momento pelas tecnologias economizantes de mão de obra, não são mais as mesmas, contrariando expectativas do pleno emprego, base fundamental daquela experiência. As dívidas tanto privadas quanto públicas crescem demasiadamente... Posteriormente, houve a primeira grande recessão impulsionada pela alta dos preços do petróleo o que sinalizou o término de um sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à proteção social no

capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital onde não se concretizou.

A partir da década de 1970 espalhou-se a nível mundial a crise do capitalismo acarretando grandes mudanças nos campos social, econômico e político tanto nos países centrais quanto nos periféricos, causando o rompimento do modelo fordista – keynesiano e a emergência de novas articulações entre a economia e a sociedade. Após esta crise foram propostas medidas para superar desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e produtivos ocorridos internacionalmente, contudo seus impactos e consequências evidenciaram-se de forma distinta, principalmente, nos países periféricos. (SIMIONATTO, 2004)

Na América Latina, as consequências desta bem como suas formas de resoluções estão diretamente atreladas ao estágio de desenvolvimento do capitalismo de cada país, a inserção de suas economias no plano internacional e as particularidades e peculiaridades sócio históricas que as caracterizam. (SIMIONATTO, SOUTO, 2002).

Todavia, os países capitalistas hegemônicos articularam uma resposta à crise por meio de um conjunto de propostas monitoradas pelo Banco Mundial, o qual enfatizava a necessidade de desregulamentação e privatização dos mercados e do Estado. (LOPES, 1994). Estas propostas passaram a ser conhecidas como Consenso de Washington, as quais têm como objetivo delegar ao mercado a definição das regras para a solução dos problemas econômicos e sociais; representando “uma ampla e profunda revisão das funções e papéis do aparelho estatal, cujas medidas podem ser sintetizadas em três grandes blocos: de cunho administrativo, econômico e ideológico.” (NOGUEIRA, SIMIONATTO, 2001).

As diretrizes internacionais recomendaram que a Reforma do Estado fosse orientada para o mercado, e que não houvesse formas de controle político e restrição na alocação de recursos públicos, principalmente no setor social. (SIMIONATTO, SOUTO, 2002).

Para o Banco Mundial, “o papel do Estado é fundamental para o processo de desenvolvimento econômico e social, porém não enquanto agente direto do

crescimento senão como sócio, elemento catalisador e impulsionador desse processo”. (BANCO MUNDIAL, 1997, pg. 1).

Este apresenta como funções do Estado: “a) estabelecimento de um ordenamento jurídico básico; b) manutenção de um conjunto de políticas macroeconômicas; c) investimentos em serviços sociais, básicos e infra – estrutura; d) defesa do meio ambiente”. (SIMIONATTO, SOUTO, 2002).

Em termos gerais, as principais características a partir da Reforma do Estado são:

“a) Focalização: os gastos e investimentos em serviços públicos devem concentrar-se nos setores de extrema pobreza, cabendo ao Estado participar apenas residualmente da esfera pública, redirecionando o gasto social e concentrando-o em programas destinados aos segmentos pobres e carentes. Eficiência, eficácia e metas quantitativas são os objetivos centrais a serem atingidos;

b) Descentralização: busca redirecionar as formas de gestão e a transferência das decisões da esfera federal para estados e municípios, buscando combater a burocratização e a influência do gasto social. No nível local inclui, também, a participação das organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e empresas privadas;

c) Privatização: pressupõe o deslocamento da produção de bens e serviços da esfera pública para o setor privado lucrativo, ou seja, para o mercado”. (SIMIONATTO, 2001, p. 3)

O modelo fordista estava amparado pelo poder estatal, o qual tinha como objetivo promover o desenvolvimento econômico e social, contudo, passou-se à prática do reformismo, dominada pela “estratégia de acumulação” (SANTOS, 1998), a qual buscou articular de forma densa e próxima as relações entre Estado e mercado, submetendo-os à lógica mercantil. (SIMIONATTO, 2004).

Nos países centrais, o modelo reformista ocorreu a partir das conquistas do Welfare State, enquanto que nos países periféricos ocorreu baseado no Estado burocrático desenvolvimentista. Vale destacar que para o reformismo a sociedade é a entidade problemática e o objeto da reforma; enquanto que, o Estado é a solução do problema, o sujeito da reforma. (SANTOS, 1998).

Com o término desse modelo estatal e a união dos países Latino-Americanos ao Consenso de Washington impulsionaram as reformas de ajuste estrutural, na qual “descentralizaram-se as ações estatais como argumento para buscar a eficiência e a eficácia do gasto, muito mais afeitas ao aspecto quantitativo do que qualitativo”. Portanto, compreende-se a descentralização como socialização do poder e da participação “de baixo para cima” é despolitizada e esvaziada de sentido

na medida em que o domínio do mercado sobre o Estado é a base das novas relações sociais. (COSTA, 2001, pg. 165).

As agências internacionais, principalmente o Banco Mundial fizeram uma “aliança tecnocrática transnacional”, visando racionalizar os investimentos na esfera pública, reduzindo o poder e o papel estatal, bem como fortalecendo as ações privadas. No entanto, o reordenamento do Estado tornou-se prioridade na agenda dos Estados Nacionais, essencial para a obtenção de empréstimos internacionais, os quais detêm recursos econômicos, sociais e políticos. (SIMIONATTO, 2004).

## **2.1 Reforma do Estado na Argentina:**

Entre os anos de 1853 – 1860 foi formulada a primeira Constituição Argentina, e suas primeiras modificações foram nos anos de 1866, 1898 e 1957. No período em que Perón estava na presidência foi reformada a Constituição, resultando na promulgação de uma nova Constituição, a qual foi suprimida pelo golpe de 1955, restabelecendo-se a de 1853. Consta de um preâmbulo e 110 artigos, e em 1957 soma-se o 14º (bis), o qual continua vigente até os dias de hoje. Posteriormente a criação do MERCOSUL reformulou-se, em 1992, a Constituição a qual introduz uma seção de “Novos direitos e garantias” e a unificação dos artigos 14º e 14º (bis). (GOMEZ, NOGUEIRA, SIMIONATO, 2004, pg. 82).

Em fins dos anos 1960, e princípios dos anos 1970, são incorporados os seguros privados de saúde no sistema de saúde argentino, baseados em contribuições voluntárias dos associados e das empresas; formando, assim, um sistema garantidor, financeiro e prestador de saúde.

No período de 1983 a 1989, tentou-se aplicar a proposta de “um sistema único de seguridade social”, que, contudo, não prosperou; uma vez que os diferentes atores sociais preferiam um sistema não regulado, livre de pactos corporativos e com mínima regulação ou intervenção estatal. Porém, estas propostas não superaram as pressões sindicais, as quais defendiam a autonomia do subsistema da seguridade social dentro do sistema geral. A escassa participação das províncias no processo de decisões favoreceu a medicina privada.

Em 1990, devido a uma grave crise financeira a Argentina recorre ao financiamento externo pelo BM e BID, destacando-se o setor social; como as políticas de saúde, sendo geralmente pontuais e durante determinado período. Ocorrendo, assim, uma ampla reforma sanitária através do Ministério da Saúde, em face da ausência da intervenção estatal e da fragmentação do sistema. Através do processo de descentralização as responsabilidades do setor público foram repassadas aos estados provinciais. A partir de então, houve uma concentração na “formulação de políticas de saúde, na definição de normativas para programas de prevenção e promoção dos serviços de recuperação de saúde; e na regulação geral do funcionamento do setor”. (DAL PRÁ, 2004, p. 96)

Os principais eixos da Reforma do Estado argentino foram o incremento na eficiência produtiva e nos serviços públicos; estímulo à privatização e ao déficit fiscal. Em relação as políticas sociais, houve mudanças em relação ao financiamento, funcionamento e administração, tanto no regime de acesso quanto na forma de benefícios, modificando o perfil do Estado de Bem – Estar que já vinha se constituindo. (LO VUOLO; BARBEITO, 1998 apud SIMIONATO, 2004)

Os gastos totais com o setor saúde em primeiro lugar ficam sob a responsabilidade maior das famílias, que tem que arcar com medicamentos e pagamento de quotas dos seguros e pré-pagos; bem como as obras sociais. O governo nacional, municipal e provincial se responsabiliza em torno de 25% do financiamento, as obras sociais nacionais e provinciais em torno de 35% e as famílias são responsáveis pelo restante.

Observa-se que há uma inversão de papéis, onde a responsabilidade maior de arcar com os gastos são das famílias, enquanto que deveria ser do governo suprir estas necessidades, resultado da diminuição da intervenção estatal com o gasto financeiro dos programas e políticas de saúde e a sua mercantilização difundida e consolidada com o crescimento dos seguros e planos privados.

Já no setor de seguridade social, os beneficiários passaram a usufruir o direito de escolher para sua segurada uma empresa participante do sistema. Já no setor privado o Estado intervém no tipo de cobertura e na qualidade dos serviços oferecidos pelas seguradoras privadas.

Vários segmentos da sociedade e o Banco Mundial convergiam para o mesmo foco em relação a reestruturação do sistema de saúde:

- “- 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 de 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 de constituição de um novo modelo regulatório que atuasse sobre as “Obras Sociales””. (SANTOS, UGÁ, 2007, pg. 541)

Entre o período de 1989 a 1990 ocorreu a primeira etapa da Reforma do Estado argentino que se estendeu até 1996, priorizando o ajuste das contas públicas e a desregulação do sistema econômico, a política de privatizações de bens e empresas públicas e a descentralização administrativa através da transferência de serviços sociais às províncias. A segunda etapa da Reforma do Estado, foi em 1996, visava manter o ajuste fiscal e a redefinição do aparato estatal com a reorganização de seus poderes, competências e políticas. Almejava, também, a reforma das estruturas estatais, a melhoria da eficiência e eficácia dos programas políticos além da arrecadação e obtenção de recursos financeiros para cobrir o déficit público com o pagamento da dívida externa. (ARRUDA, 1999).

Foi em 1992, que a reforma institucionalizou-se através de Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM), a qual introduziu à demanda no âmbito das Obras Sociales ligado à instituição da livre-escolha, que se exercia mediante uma Cuota Parte de Atención Médica uniforme para todos os beneficiários (CETRÁNGOLO; DEVOTO, 2002).

Como neste sistema o beneficiário contribui segundo seu salário previu-se que, caso o valor ultrapassasse a cota dos beneficiários, seriam compensados pelo Estado; captando os indivíduos de mais alta renda.

Esta livre-escolha possibilita que os indivíduos de mais alta renda migrem para os planos que oferecem melhores serviços.

O sistema sanitário argentino está estruturado em três setores: setor público com financiamento e provisões públicas, o qual presta serviço a toda população sem

distinção de cobertura e garantindo atendimento aos trabalhadores não segurados. Seu financiamento está sob responsabilidade de cada um dos estados provinciais, pois o Estado Nacional financia somente seus organismos descentralizados, ou seja, aqueles que funcionam com provisão direta de serviços de saúde. O setor da seguridade social atendia via Obras Sociales Nacionais do Programa de Atenção Médica (PAMI). O financiamento é feito através da contribuição dos trabalhadores, cobrindo mais da metade da população total. As Obras Sociais compram e vendem serviços, ou seja, contratam grupos de provedores médicos privados e instituições corporativas profissionais. No entanto, a crise de muitas Obras Sociais está gerando dificuldades e problemas em relação ao cumprimento com a cobertura de seus afiliados, resultado da ineficiência administrativa, excesso de intermediação e uso indevido de recursos. O grande desemprego atingiu diretamente o setor, pois houve uma queda na contribuição salarial, resultando aumento da demanda dos hospitais públicos. Já no setor privado, os principais prestadores de serviços eram as clínicas, consultórios e hospitais privados; se concentrava mais nas grandes cidades. Seu financiamento é proveniente de contratos. O mesmo vem crescendo concomitantemente à informalidade do mercado e à decadência nos níveis de cobertura e qualidade dos serviços de saúde previstos pelo sistema de seguridade social. (DAL PRÁ, 2004).

Este sistema de saúde é marcado por características particulares. A primeira delas é a forte fragmentação entre os setores público, privado e da seguridade social, com fontes alternativas de financiamento e modalidades particulares na alocação de recursos. Esta consiste num melhor desempenho e na resolutividade do sistema de saúde, ampliando a integração dos setores, orientando a troca do modelo de atenção da saúde com o objetivo de ampliar o acesso e os resultados sanitários, mediante a utilização equitativa e eficiente dos recursos. Tem como prioridade a atenção primária, ou seja, visa atenção integral na saúde com objetivo de promover uma vida saudável e o auto cuidado no espaço familiar. Os Ministérios de Saúde localizados nas províncias garantem uma parcela dos serviços de saúde para a população descoberta, enquanto que o Ministério de Saúde da nação mantém algumas unidades descentralizadas. A segunda refere-se ao modelo de atenção médica, baseado na especialização e no uso de alta tecnologia, em detrimento dos programas de promoção, prevenção e atenção primária. Os serviços

das províncias estão centrados no cuidado das enfermidades em grandes unidades hospitalares. (DAL PRÁ, 2004). Enquanto que a proposta da reforma visava o desenvolvimento local dos serviços através da descentralização e da ampliação do primeiro nível de atenção. Esta proposta de mudança ocorreu através do Programa Nacional de Médicos de Cabecera – PNMC. Aproveitou-se para fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica e a gestão de programas e atividades de prevenção e controle de riscos nas províncias e municípios, mantendo o ministério a função reitora, centrada no fortalecimento da regulação e fiscalização visando a qualidade dos serviços oferecidos. (DAL PRÁ, 2004).

Esta regulação é imprescindível para qualificar as empresas prestadoras de serviços médicos e para garantir aos seus usuários o cumprimento das obrigações contratuais.

A articulação entre os três setores do sistema de saúde argentino possibilitou uma eficiência maior no uso e na distribuição dos recursos; e foi muito importante, também, para o desenvolvimento de redes de saúde integrais com o objetivo de resolver os problemas de saúde através da definição do espaço geográfico populacional. A articulação entre as redes comunitárias e sociais possibilitou o desenvolvimento das redes e a implantação de hospitais públicos de gestão descentralizada a fim de “fomentar uma gestão eficiente e racional de saúde, melhorando a acessibilidade da população sem cobertura e respeitando as particularidades regionais e locais dos estabelecimentos”. (DAL PRÁ, 2004, p. 97).

Houve, também, a formação de equipes interdisciplinares voltadas ao primeiro nível de atenção, visando o fortalecimento da articulação entre as legislações nacionais e universidade para a formação de capacitação nos níveis de graduação, pós-graduação e educação continuada em atenção primária à saúde. (DAL PRÁ, 2004).

A reforma do sistema de saúde estava baseado no modelo bismarckiano<sup>8</sup>, constituído das “Obras Sociales”; as quais estavam vinculadas ao mercado formal

---

<sup>8</sup> Este modelo foi originado na Alemanha no final do século XIX, o qual visa garantir renda aos trabalhadores em momentos de riscos sociais decorrentes da ausência de trabalho. É um sistema de seguro social em função se sua semelhança com seguros privados, já que os direitos aos benefícios são garantidos mediante contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada. (BOSCHETTI, 2003).

de trabalho e conforme o setor de atividade e ao seu respectivo candidato; mediante pagamento de seguro obrigatório enquanto que os aposentados eram atendidos pelo “Programa Del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Pensionados y Jubilados”, criado em 1970.

Esta modalidade de atendimento, baseada em uma atenção fragmentada; gera conseqüentemente grandes desigualdades na oferta de serviços, determinadas por diferenças econômicas.

A partir da Reforma do Estado a relação entre o Estado e a sociedade foi redefinida, favorecendo as relações com o mercado para a prestação de serviços; bem como a participação da sociedade civil no contexto neoliberal em relação as decisões e mudanças propostas pelo Estado e em relação ao processo de privatização dos serviços de saúde, onde empresas privadas e ONG’s executam e gerenciam tarefas antes executadas pelo Estado. (SIMIONATTO, 2004).

A participação na Argentina está restrita ao Conselho Federal de Saúde (COFESA), que conforme o Ministerio de Salud ao ser referenciado por Dal Prá (2004) afirma ser “el espacio natural para recrear un foro de construcción de consenso, concertación e acuerdo federal, entre los distintos sectores y las jurisdicciones, para el tratamiento de las diferentes temáticas substantiva que requieren decisiones compartidas, com el objetivo de construir una política nacional de salud e para la articulación de planes y programas para el país en su totalidad”. Por sua vez, existem os Conselhos Provinciais de Saúde. Contudo, este espaço de participação não privilegia a representação da sociedade civil na discussão e construção das políticas de saúde; como alternativa de mudança; uma vez que somente através da participação crítica é que haverá perspectiva de mudança efetiva no que tange a ampliação das reais necessidades da população coberta pelo sistema.

Na Constituição Argentina não aparece explicitamente garantido o direito à saúde, porém não quer dizer que não estando este incluso como um direito levaria a desproteção da saúde da população.

“Na Constituição Argentina, capítulo II, das Declarações, Direitos e Garantias Individuais, trata dos direitos garantidos ao cidadão. O direito à saúde não se encontra explícito, sendo considerado um direito implícito,

conforme indica o Art. 14º. [...] Porém, não estar o direito à saúde consagrado na Lei suprema nem existir nenhuma norma que expresse tal direito não significa que o estado não a contemple nas políticas de saúde. ” (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DA ARGENTINA, 1992).

Contudo, é preciso conhecer e compreender a legislação a fim de chegar a uma melhor análise sobre a questão da ausência do direito.

No entanto, podemos observar que os direitos não incluídos estão resguardados e protegidos de acordo com a Constituição.

“Art. 33º: las declaraciones, derechos y garantías que enumeran la constitución no serán entendidos como negación de otros derechos e garantías no enumerados, pero que nacen del pueblo de la forma republicana de gobierno. (ARGENTINA, 1992)”

Mesmo não havendo explicitamente a garantia do direito à saúde, os direitos individuais sendo garantidos levariam a uma concepção ampla e abrangente, incluindo trabalho, lazer, salário justo, moradia, etc., o que facilita a implantação de políticas sociais que, possibilitariam um padrão mínimo de saúde. (GOMEZ, NOGUEIRA, SIMIONATO, 2004).

“Art. 14º: El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales y provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna. (ARGENTINA, 1992).”

Entende-se, portanto, que a saúde é um direito de todos. O país possui 23 províncias, mais a Cidade Autônoma de Buenos Aires (capital), a qual é responsável pela proteção e promoção da saúde, realizando um trabalho descentralizado. A política nacional de saúde da Argentina é baseada nos princípios equitativos e solidários, conforme menciona OPAS (1998, p. 38): “No obstante, tanto la política nacional como la de las provincias y los municipios mantienen la definición de la atención primaria de salud como estrategia básica”.

É de fundamental importância destacarmos a relação que a saúde tem com o meio ambiente.

Art. 41.: Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley. (Constitución de la República Argentina, 1992)

## 2.2 Reforma do Estado no Uruguai:

Em 1830 foi aprovada a primeira Constituição Uruguia e reformulada em 1912. Em 1918, promulgação de uma nova Constituição, a qual foi reformada em 1932. Após, em 1934 ocorreu um golpe do Estado dando origem a outra Constituição, depois reformada em 1936 e 1938. Em 1942 há outro golpe do Estado, ocorrendo uma reformulação Constitucional, e em 1952 foi aprovada uma nova Constituição. (MUÑOZ, 1989). Em 1º de fevereiro de 1967 foi aprovada outra Constituição, a qual está vigente, porém sofreu modificações em 1989, 1994, 1996 e em 2004. (URUGUAI, 1967).

Os debates sobre a Reforma do Estado já estavam presentes desde 1980. “La Reforma del Estado en el Uruguay” indica o novo perfil de Estado que se almejada para o século XXI, sendo que “el gran debate es cuánto debe abarcar el Estado, si debe realmente intervenir en actividades que son propias de los particulares y si no debe dejar mayor ingerência, mayor libertad a la iniciativa privada, a la iniciativa individual”. (FREITAS, 1988, 32).

Destaca-se a “Modernización de la Administración Pública” como um dos pontos principais da Reforma do Estado, a qual refere-se a governabilidade<sup>9</sup>, a governança<sup>10</sup> e os novos papéis atribuídos à sociedade civil e ao mercado; uma vez que estes requerem

uma Reforma del Estado que situe al país aportando en el proceso de una redefinición de la división internacional del trabajo, en la dinamización del comercio internacional, en el marco de um desarrollo equilibrado y con el

---

<sup>9</sup> É a execução de políticas sociais frente a crise com objetivo de liquidar a dívida social com a sociedade, democratização da sociedade a fim de recuperar a participação da sociedade civil, revisão do perfil organizacional com uma ampla política descentralizadora, revisão do funcionalismo público; ou seja, é a capacidade política do governo de intermediar interesses, governar e garantir legitimidade.

<sup>10</sup> É a recuperação financeira e administrativa de implementar decisões políticas tomadas pelo governo através do ajuste fiscal.

desarrollo de uma equidad social. (REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, 1998, 11).

Observa-se que a Constituição Uruguaia de 1967 define o direito à saúde como responsabilidade do indivíduo, ou seja, o Estado participa somente no aspecto legal. Portanto, será garantida assistência apenas aos considerados indigentes ou carentes de recursos, na esfera pública.

“Art. 44º: El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. (REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, 1967)”

Observa-se que a saúde é dividida em sub-setores públicos, o qual está integrado no Ministério de Saúde Pública (MSP) que oferece serviços através da Administração dos Serviços de Saúde do Estado (ASSE), o Banco de Previdência Social, as intendências municipais, a Universidade da República, Entidades autônomas e públicas. (MARCHI, 2004).

Enquanto que o sub-setor privado é composto pela Assistência Médica Coletiva (IAMC) que presta atendimento integral à população através de seguro pré-pago, as instituições de assistência médica particular através de seguros parciais de saúde e os Institutos públicos ou privados de Medicina Altamente Especializados (IMAE), os quais realizam procedimentos de alta tecnologia e custo, que são pagos pelo Fundo Nacional de Recursos (OPAS, 1999).

O financiamento do sistema de saúde é através de recursos públicos destinados aos estabelecimentos públicos e com contribuições de associados às instituições de Assistência Médica Coletiva que abrangem 3 tipos: assistência médica integral, parcial e empresas de intermediação de assistência médica. O Ministério de Saúde Pública é quem estabelecerá os níveis mínimos de cobertura assistencial que devem prestar as instituições de assistência (GOMEZ, NOGUEIRA, SIMIONATO, 2004, pg. 93).

Em relação a participação e ao controle social há algumas comissões de apoio de alguns hospitais e ASSE e comissões de saúde que se relacionam a

centros de saúde nas periferias das cidades, ainda que a participação social ainda não está na agenda e é incipiente e fragmentada. (OPAS, 1999).

Logo, constata-se que é de responsabilidade do Estado proporcionar meios de assistência às pessoas carentes. Todavia há uma contradição no discurso da Lei ao promulgar a igualdade no art. 8º ao referenciar que:

“Art. 8º: Todas las personas son iguales ante la ley no reconociéndose otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes” e ao mesmo tempo afirma a desigualdade na atenção a saúde para a população.

“Art. 45º: Todo lo habitante de la República tiene derecho a gozar de vivienda decorosa. La ley propenderá a asegurar la vivienda higiénica y económica, facilitando su adquisición y estimulando la inversión de capitales privados para este fin.”

“Art. 47º: La protección del medio ambiente es de interes general. Las personas deberán abstenerse de cualquier acto que cause depredacion, destrucción o contaminación graves al medio ambiente. La ley reglamentará esta disposición y podrá prever sanciones para los transgresores.” (REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, 1967)

Alguns fatores motivaram e continuam motivando diferentes planos da reforma, como: o aumento da desigualdade na prestação de serviços, despesas crescentes em saúde, bem como a eventual desproteção generalizada dos setores com menos recursos. Contudo, esses objetivos podem ter impactos contraditórios; pois ao mesmo tempo podem-se reduzir as despesas individuais ou reduzir os rendimentos dos prestadores de serviços do sistema.

O Banco Mundial tem como proposta diminuir a despesa pública e aumentar a eficiência no uso dos recursos; passando para o Estado o papel de controlador e normalizador da assistência. Propõe como uma das alternativas a diminuição dos subsídios governamentais para alguns setores e a concentração dos recursos para setores menos favorecidos. (MARCHI, 2004).

Contudo, apesar de haver alternativas para implementação de políticas de saúde há ainda entraves que impedem a alta eficiência na operação dos mesmos. A falta de coordenação entre todos os prestadores de saúde, a mudança no perfil epidemiológico, a predominância da medicina curativa e a progressiva expansão da cobertura em saúde para setores cada vez maiores da população. (MARCHI, 2004)

## **CAPÍTULO 3 - DIRETRIZES POLÍTICAS DAS LEGISLAÇÕES NO URUGUAI E NA ARGENTINA PERÍODO PÓS REFORMA**

### **3.1 Diretrizes na Política de Saúde na Legislação no Uruguai**

O Senado e a Câmara de Representantes da República Oriental do Uruguai em Assembléia Geral decretaram a Lei 18.211 de 05 de Dezembro de 2007, a qual regulamenta o direito a proteção da saúde que têm todos os habitantes residentes no país e estabelece as modalidades para seu acesso a serviços integrais de saúde. O mesmo ampliou a cobertura dos serviços do sistema de saúde, visto que no artigo 44º da Constitución de la República Oriental del Uruguay (1967) compete ao Estado assistir apenas aqueles denominados como carentes;

Art. 44º El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los médios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Enquanto que neste sistema várias pessoas são beneficiadas como: os trabalhadores dependentes públicos e privados proporcionalmente aos períodos de ingresso, filhos menores de 18 anos ou maiores incapacitados, filhos dos 18 aos 21 anos é opcional e paga-se uma quota diferenciada (igual a quota da saúde estabelecida) mais o FNR. Também tem direito, aposentados dependentes e não dependentes cuja soma do benefício não ultrapasse 2,5 BPC mensais; e os trabalhadores integrantes do Seguro Nacional de saúde que recebem o benefício da aposentadoria, continuarão amparados pelo mesmo, com direito a cobertura de saúde própria e de sua família e realizando os aportes sobre o valor com os quais se aposenta.

Em relação as empresas, os patrões de pequenas empresas rurais que optarem pela cobertura de saúde bonificada contribuirão com 45% da quota mútua e aqueles que têm filhos menores ou maiores com deficiência física ou mental contribuirão com 60% do valor da quota . As empresas unipessoais, cujos

proprietários não tenham mais de um trabalhador subordinado e estejam em dia com as contribuições ao sistema da seguridade social, realizaram somente os aportes pessoais e patronais ao Fundo Nacional de Saúde (9,5% a 11%) sobre um fixo de 6,5 BPC para ter direito a sua cobertura e seus filhos menores de 18 anos. Estas disposições são de ordem pública e interesse social.

O sistema de saúde no Uruguai é organizado sob coordenação do Ministério de saúde Pública ao qual compete a implementação do SNIS que articulará prestadores públicos e privados de atenção integral a saúde determinados no art. 265º da Lei 17.930 de 19 de Dezembro de 2005. Ratificando esta idéia, o MSP apresenta como missão:

- establecer las políticas y las estrategias para el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, de modo de asegurar la salud colectiva como um derecho básico y bien público responsabilidad del Estado;
- orientar el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de acuerdo a um modelo de atención y gestión basado en los principios de la Atención Primaria en Salud.

Este sistema, em seu art. 3º da Lei 18.211 de 05/12/2007, tem alguns princípios como:

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores de vida da población;
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población;
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud;
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones;
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista;
- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios;
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud;
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios;
- I) La participación social de trabajadores y usuarios;
- J) La solidaridad en el financiamiento general;
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales;
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud;

os quais evidenciam uma preocupação de maneira integral com a saúde da população uruguaia; uma vez que ao visar a equidade busca-se a equiparação dos serviços ofertados para esta população bem como a igualdade dos mesmos .

Reafirmando esta ideia, o Ministério de Saúde Pública do Uruguai apresenta como visão a promoção da saúde da população,

através de una estructura transparente, eficaz e integradora y com vocación de servicio, para el correcto ejercicio de la Rectoría de la salud, logrando un modelo de atención basado em la prevención, que promueva em la población el cuidado de su salud y una atención sanitaria (com niveles de excelencia) que contribuya a una mejor calidad de vida.

Observa-se ainda a preocupação com o meio ambiente, a qual permanece inscrita na Constituição Uruguaia em seu art. 4º da Lei 18.211 ao mencionar como um dos objetivos do SNIS:

Art. 4º: A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Anterior a esta escrita já constava no art. 47º da Constituição Uruguaia (1967):

Art. 47º La protección del medio ambiente es de interés general. Las personas deberán abstenerse de cualquier acto que cause depredación, destrucción o contaminación graves al medio ambiente. La Lei reglamentará esta disposición y podrá prever sanciones para los transgresores. (Constitución de La República Oriental de Uruguay).

A partir da Lei 18.211, observamos alguns objetivos do SNIS, o que constata-se como uma evolução, pois não havia em nenhuma Constituição:

B) Implementar un modelo de atención integral baseado em una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos;

C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales;

D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales;

- E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y la capacidad sanitaria instalada y a instalarse;
- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica;
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios;
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Em relação a incorporação das entidades privadas no SNIS observa-se o livre arbítrio, visto que podem seguir prestando serviços a seus usuários mediante regime de livre contratação, sempre que tenham sido permitidas pelo Ministério da Saúde e sujeitem-se ao controle sanitário.

No entanto, estes usuários (do SNIS) que firmaram contrato com estas entidades deverão comunicar sua decisão à Administração do Fundo Nacional de Saúde; pois contribuíram para este, conforme a Lei nº 18.131 de 13 de Maio de 2007 e disposto no capítulo VII gozam dos mesmos direitos assistenciais que quem se filiou as demais entidades que integram o SNIS.

Há a “Junta Nacional de Salud” como organismo descentralizado dependente do Ministério de Saúde Pública com a atribuição de administrar o “Seguro Nacional de Salud” que cria a presente Lei, regulando as suas disposições e regulamentações, e, ainda, observando seus princípios.

Em seu capítulo IV, art. 34º da Lei 18.211 mostra que SNIS terá sua organização em redes por níveis de atenção segundo as necessidades dos usuários e a complexidade das prestações. Tem como estratégia a atenção primária em saúde e priorizará o primeiro nível de atenção, o qual é constituído pelo conjunto sistematizado de atividades setoriais direcionadas a pessoa, a família, a comunidade e ao meio ambiente, objetivando satisfazer de forma adequada as necessidades básicas de saúde e melhorar a qualidade de vida, desenvolvidas com a participação do núcleo humano envolvido e em contato direto com seu meio social. As ações de atenção integral a saúde serão praticadas por equipes interdisciplinares com infraestrutura e tecnologias adequadas para a atenção ambulatorial, domiciliar, urgência e emergência. (art. 36º da Lei 18.211).

Já o segundo nível abarca o conjunto de atividades de atenção integral com caráter clínico, cirúrgico ou obstétrico, em regime de hospitalização de dia ou de

caráter crônico. Busca satisfazer necessidades de baixa, média ou alta complexidade com recursos humanos, tecnológicos e infraestrutura de diversos níveis de complexidade; sendo mais freqüente as emergências. (Art. 37º)

Enquanto que o art. 38º trata do terceiro nível de atenção, o qual é destinado a patologias que demandam tecnologia diagnóstica e tratamento de alta especialização. Os recursos humanos, tecnológicos e infraestrutura estarão adequados a essas necessidades.

Para facilitar, agilizar e buscando melhorar a qualidade de vida da população, as redes de atenção em saúde poderão articular seu trabalho com centros educativos em cada zona assim como com as políticas sociais existentes, desenvolvendo uma perspectiva intersetorial. (Art. 40º)

Estes serviços não precisam ficar limitados na sua esfera pública ou privada, ou seja, poderão contratar outros serviços desde que integrem o SNIS:

Art. 41º: Las entidades públicas y privadas que integren el SNIS podrán contratar entre si y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Contudo, serão submetidos a autorização e avaliação da Junta Nacional de Saúde a fim de ver sua viabilidade (por exemplo: prazos de contratos, capacidade assistencial, infraestrutura,...).

Em relação a cobertura da atenção médica as entidades públicas e privadas que integram o SNIS devem fornecer aos usuários programas integrais de prestações que sejam aprovados pelo Ministério de Saúde Pública, com recursos próprios ou contratar serviços de terceiros.

Segundo o art. 45º da Lei 18.211, os programas integrais são:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas;
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados;
- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda;
- D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

A regulamentação da referida Lei definirá taxativamente as prestações incluídas, que serão descritas no final e contarão com indicadores de qualidade dos

processos e resultados, conforme aos quais a Junta Nacional de Saúde auditará a atenção oferecida aos efeitos de autorizar o pagamento da quota saúde aos prestadores.

Os serviços de emergência médica devem estar incluídos nos programas integrais aprovados pelo Ministério da Saúde Pública. Esta regulamentação definirá as modalidades e data de aplicação desta disposição.

Contudo, a afiliação as entidades prestadoras dos referidos serviços de emergência se realizará, por parte dos usuários amparados pelo Seguro Nacional de Saúde, entre aquelas que se encontram habilitadas pelo Ministério de Saúde Pública para a prestação estabelecida no inciso precedente e aceitem as condições correspondentes.

Cabe ao poder executivo com intervenção do Ministério de Saúde Pública e do Ministério de Economia e Finanças, ouvindo a Junta Nacional de Saúde, fixar o valor das entidades integrantes do SNIS que serão creditados aos prestadores dos serviços de referência, assim como os prazos e que o mesmo deverá ser consolidado.

As prestações não incluídas nos programas integrais de atendimento obrigatória, que ofereçam aos seus usuários as instituições que integram o SNIS, serão conveniadas entre prestadores e usuários, em regime de livre contratação. Em se tratando de prestações sanitárias, o Ministério de Saúde Pública as controlará em seus aspectos técnicos. (Art. 47º)

As prestações econômicas correspondentes a enfermidade, maternidade, acidentes de trabalho e outras contingências relacionadas com a saúde, continuarão sendo oferecidas pelos organismos públicos e pelas entidades privadas competentes, conforme as disposições em vigor. Os prestadores que integram o SNIS realizarão, para seus usuários, as perícias técnicas correspondentes.

O capítulo VI da Lei 18.211 refere-se aos usuários pertencentes ao SNIS. Pertencem a este sistema todas as pessoas que residem no território nacional e se registrem espontaneamente ou por solicitação da Junta Nacional de Saúde, em uma das entidades prestadoras de serviços de saúde que o integrem. A regulamentação da presente Lei estabelecerá os fins e condições do referido registro. Sendo assim,

a eleição do prestador é livre; porém deverão optar por uma das que eventualmente lhes corresponda. Não é admitida a dupla cobertura de atenção médica integral a cargo do sistema.

Observamos que conforme a legislação os usuários tem direitos e deveres em relação aos prestadores de serviço e ao SNIS. O art. 51º afirma que os usuários têm direito a receber informações completas e atualizadas sobre os serviços que podem acessar e os requisitos para acessá-los, bem como direito de igualdade, respeito a sua personalidade, dignidade humano e de conhecer os resultados assistenciais e econômico financeiros da entidade e estar informado sobre as políticas de saúde e os programas de atenção integral.

- B) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluídas en los programas integrales a que refiere el artículo de la presente ley;
- C) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad;
- D) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estância en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio del requerimiento fundado de La Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo, siempre conservándose la condición de confidencialidad respecto a terceras personas.
- E) A conocer los resultados asistenciales y econômico-financieros de la entidad.
- F) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el SNIS.

Os usuários têm o dever de responsabilizarem-se pelo uso adequado das prestações a que têm direito, bem como respeitar os estatutos das formalidades que se requerem para acessar os serviços de saúde e cumprir com as disposições de natureza sanitária gerais e específicas que determinem as entidades prestadoras quando estejam utilizando seus serviços. (Art. 52º)

Em relação ao financiamento do SNIS do Uruguai, o qual está presente no Capítulo VII da presente Lei, deve oferecer para usuários incorporados a este sistema os prestadores públicos e privados que integrem o mesmo, darão direito a estes a cobrança de quota saúde conforme o número de pessoas inscritas em seus padrões.

Contudo, esta quota é igual para ambos prestadores e fixada pelo Poder Executivo, com intervenção do Ministério de Economia e Finanças e do Ministério de Saúde Pública, ouvindo a Junta Nacional de Saúde.

Esta quota leva em conta custo diferencial segundo grupos populacionais determinados e cumprimento de metas assistenciais.

Será atualizada conforme determinação de autoridades competentes, levando em consideração custos associados a seus componentes e incorporação de novos programas de atenção a saúde.

O ajuste da quota saúde, a incorporação de novas prestações e a redução das taxas moderadoras, se efetuará levando em conta a existência de economias derivadas de melhorias na eficiência do sistema e da incorporação de novos usuários aos padrões dos prestadores.

Conforme a Lei 18.211, as prestações do serviço de saúde deveriam estar adequadas ao SNIS até 2009, pois o período de adequação era até 31 de Dezembro de 2009.

Criou-se o Seguro Nacional de Saúde, o qual será financiado pelo Fundo Nacional de Saúde criado pelo artigo 1º da Lei 18.131, de 18 de Maio de 2007. É através deste encargo que se pagarão as quotas saúde que correspondam aos prestadores que integram o SNIS.

O Fundo Nacional de Saúde se constituirá no Banco de Previdência Social conforme o artigo 1º da Lei 18.131 de 18 de Maio de 2007. Este não terá prejuízo em relação às competências da Junta Nacional de Saúde como administradora do Seguro Nacional de Saúde e conseqüentemente titular e destinatária do Fundo que constitui seu patrimônio.

O Banco de Previdência Social recepcionará as contribuições a que se referem os artigos seguintes da presente lei e efetuará o pagamento da quota saúde aos prestadores, em conformidade com as ordens de pagamento que a Junta Nacional de Saúde emitir.

No exercício da função da administração tributária conforme o inciso segundo, o Banco de Previdência Social atuará como sujeito ativo das contribuições especiais de seguridade social que constituem os recursos do Fundo, segundo artigo 60º da presente Lei.

Estará plenamente facultado para o cumprimento integral dos processos e procedimentos fundamentais implicados na gestão tributária de tais contribuições incluindo arrecadação, fiscalização, determinação tributária, esgotamento da via administrativa, defesa contenciosa anulatória e gestão coativa.

São recursos do Fundo Nacional de Saúde, conforme artigo 60º da Lei 18.211 de 2007:

- A) Contribuições obrigatórias de trabalhadores e empresas do setor privado;
- B) Contribuições obrigatórias dos trabalhadores do setor público incorporados ao Seguro Nacional de Saúde;
- C) Contribuições do Estado e de pessoas públicas não estatais sobre a massa salarial que garante a seus dependentes incorporados ao Seguro Nacional de Saúde;
- D) Contribuições obrigatórias de inativos;
- E) Contribuições obrigatórias de pessoas físicas que não estão nos textos anteriores;
- F) A porcentagem prevista no artigo 22<sup>11</sup> da presente Lei;
- G) Outros que puderem corresponder por aplicação de disposições legais ou regulamentares;
- H) As rendas geradas por pessoas ativas de acordo com que estabelece a regulamentação.

Amparadas pelo artigo 65º da presente lei, as pessoas que deixarem de cumprir as condições para amparar-se no Seguro Nacional de Saúde poderão optar por continuar inscritos nos padrões dos mesmos prestadores, pagando diretamente pelos serviços de atenção integral de saúde que recebam, não podendo sofrer discriminação nem limitações nos programas de atendimento aprovados pelo Ministério de Saúde Pública.

Todos usuários do SNIS têm direito a receber as prestações incluídas no Plano Integral de Atenção em Saúde (PIAS), ou seja, todas as entidades públicas e privadas que integrem o Sistema Nacional Integrado de Saúde deverão fornecer para sua população os programas integrais de prestações bem como de emergência médica que o Ministério de Saúde Pública oferece, com recursos próprios ou provenientes (contratados) de outros prestadores ou parceiros públicos ou privados. (artigo 45, Lei 18.211). Os programas integrais de prestações incluem:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas;
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados;

---

<sup>11</sup> Em nenhum caso da Administração do Fundo Nacional de Saúde pagará aos seguros integrais um montante superior as contribuições dos trabalhadores e setor patronal do contribuinte. A regulamentação da presente Lei determinará a distribuição do mesmo considerando as quotas saúde e as contribuições que devam transferir ao Fundo Nacional de Recursos segundo a estrutura familiar do usuário. Os seguros integrais transferiram ao Fundo Nacional de Saúde 6 % dos ingressos recebidos do próprio Fundo por conceito de custos de administração o qual se destinará ao financiamento do Seguro Nacional de Saúde.

- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda;
- D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes. (artigo 45, Lei 18.211, 2007).

Uma grande vantagem deste sistema é a mobilidade que os usuários ganharam no ano de 2009 de trocar de instituições; porém de forma ordenada e gradual a fim dos efeitos não alterarem fortemente os efeitos do mesmo. Todos os usuários têm livre arbítrio de trocar a ASSE em qualquer momento do ano, bem como de trocar de um seguro privado a uma instituição mutual.

Esta medida garante o acesso econômico a todos os usuários, uma vez que no ASSE não se cobra taxas moderadas enquanto que nas instituições recíprocas ocorre o inverso, embora sejam mais econômicas que os Seguros.

Existem situações excepcionais que serão levadas em conta fora dos períodos de trocas fixas. A solicitação expressa e fundamentada dos usuários amparados pelo Seguro Nacional de Saúde, a Junta Nacional de saúde poderá excepcionalmente autorizar em qualquer momento trocas de prestador quando o usuário troca de endereço ou tem dificuldade de acesso geográfico em relação aos serviços do prestador, ou até mesmo pelo fato do usuário perder a confiança e o vínculo com o prestador.

### **3.2 Diretrizes na Política de Saúde na Legislação na Argentina**

Em meados dos anos de 1990 começou uma desaceleração econômica na Argentina, o que culminou com a crise de 2001, fazendo com que os setores médios e os trabalhadores perdessem a cobertura das empresas de medicina pré-paga e obras sociais, passando a depender do setor estatal que foi o único que se manteve. (STOLKINER, ET. AL, 2011).

Em 2002, ocorre a emergência sanitária nacional. O governo apresenta a proposta de converter o Programa de Reforma da Atenção Primária de Saúde (PROAPS), financiada pelo BID (OC – AR – 1193 / 3 e 1134 / 3) em PROAPS – REMEDIAR; o qual tem como objetivo garantir o acesso gratuito de medicamentos ambulatoriais àquela população com cobertura exclusivamente estatal. Para tanto, estes medicamentos eram distribuídos através dos “Centros de Atención Primária de

Salud” (CAPS) de todo país. O Programa “REMEDIAR” foi o articulador para políticas posteriores. Neste mesmo ano, promulga-se a Lei 25.673 em 21 de Novembro, a qual refere-se ao “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación”. Este de caráter universal, pois é destinado a toda população, sem distinção alguma. O programa visa detectar precocemente enfermidades relacionadas à saúde sexual, bem como seu diagnóstico, tratamento e recuperação.

Em Maio de 2004 foram elaborada as Bases del Plan Federal de Salud, contendo as indicações em relação ao modelo de atenção, o qual estava orientado a prevenção, visando políticas saudáveis para todos bem como ambientes saudáveis. E ao tratar de enfermidades, que o atendimento seja o mais universal possível, ou seja, o Plano tem como missão garantir o acesso aos níveis de prestação de saúde básicos e aos medicamentos essenciais requeridos pela população.

As Bases del Plan Federal de Salud já tinham como visão um sistema de saúde equitativo e integrado, com um “Estado Garantidor” do Bem-Estar da população; assegurando cobertura universal básica a toda população, visando, também, a prevenção e recuperação de patologias de forma eficiente e eficaz. Afirma que para o sistema dar certo é imprescindível a participação social; uma vez que é o espaço adequado para lutas e reivindicações da população e das instituições. É neste espaço que os usuários garantem o seu direito de exercer cidadania ativa.

As Bases foram estabelecidas em três focos. O primeiro diz respeito a integração dos três subsetores, momento em que houve a consolidação da incorporação das Obras Sociais à Superintendência dos Serviços de Saúde, organismo descentralizado dependente do Ministerio de Salud de la Nación.

O segundo foi em relação ao fortalecimento do sistema federal de salud com objetivo de aumentar a equidade na região. Seu principal mecanismo foi o estabelecimento de programas específicos orientados a cobrir populações. Os mesmos se estabeleceram em uma lógica de cooperação técnica e solidariedade entre as jurisdições do país.

O terceiro corresponde a integração e articulação do setor em função da atenção pública e promoção da atenção primária por meio de incentivos efetivos de acordo com a participação dos governos provinciais e municipais nas iniciativas. A

partir destes alinhamentos é que foram definidos os modelos de atenção, de gestão e de financiamento. (pg. 18, 2004)

No ano de 2004 surge o “Plan Federal de Salud” que se apresenta como proposta um modelo de saúde baseado na construção de redes de atenção e fundamentado na estratégia de atenção primária como organizadora dos sistema. O seu reordenamento está muito vinculado as Declarações de Alma Ata (1978).

La salud no constituye un fin en si mismo para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador. (Declaração de Alma Ata, 1978) .

A atenção à saúde é definida, através das Bases del Plan Federal de Salud, como

estrategia que concibe integralmente los problemas de salud – enfermedad – atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. (2004).

O Plano Federal de Saúde é baseado em três focos de mudança que é no modelo de atenção, de gestão e de financiamento, o que representa uma evolução no direito à saúde.

Em relação ao modelo de atenção está baseada na APS, a qual prioriza ações de promoção, prevenção e reabilitação de saúde da população argentina. O Ministério está desenvolvendo ações de articulação e redirecionamento aos programas vigentes e finalizando os detalhes para implementação do fortalecimento institucional intervindo ativamente a fim de adequar os sistemas de saúde provincial, municipal e local à estratégia implementada.

Concretizar a regionalização e a descentralização, estabelecer e treinar equipes de saúde, prestar assistência técnica aos níveis de decisão, promover acesso intersetorial, garantir o acesso a medicamentos e estimular a participação social são as ações escolhidas para alcançar a mudança do modelo a fim de consolidar a APS como uma estratégia. O Plan Federal de Salud menciona que a Atenção Primária em Saúde deve organizar todo o sistema, tanto a nível central quanto em outros níveis e em diferentes zonas do país. Infere-se que com esta diversidade de subsistemas é inevitável que não haja heterogeneidade entre os mesmos.

O modelo de gestão está baseado no exercício das funções dos legisladores e regulação por parte do Ministério de Saúde da Nação e dos Ministérios Provinciais. Observa-se a necessidade de reformular o papel do Governo Nacional, devendo este agir ativamente na organização geral do setor. A sua ação deve harmonizar o conjunto como um todo impulsionando a participação das diversas jurisdições na discussão e definição das reformas necessárias em todo território. Para ele, se impulsionará vários acordos de gestão entre os governos nacional e provincial desde Dezembro de 2003, ficando sob responsabilidade do COFESA o desenho do futuro sistema federal de saúde. Trata, ainda, do desenvolvimento de um sistema de informação em saúde, o qual possibilita verificar o desempenho dos subsistemas (Subsistema de Estatísticas de Prestações, Rendimentos e Morbidade Hospitalare do Subsistema de Estatísticas de Recursos e Serviços de saúde) com transparência e suporte necessário para avaliação e futuras decisões. (Plan, 2004).

Esta reformulação implica na redefinição dos conteúdos temáticos e aspectos metodológicos dos mesmos contemplando os requerimentos de informação estatística vinculados às transformações das modalidades de atenção à saúde, especialmente as emergentes a partir da década de 80.

O modelo de gestão pode ser dividido em gestão econômico-financeira de todos os serviços de saúde, a gestão organizacional ou administrativa e a gestão assistencial. Os acordos de gestão incluíram aspectos financeiros, de oferta de cobertura e serviços, metas de cumprimento, sistema de monitoramento e avaliação, sanções dentre outros. Em relação ao modelo de gestão baseia-se no forte exercício das funções do governo e na regulação por parte do Ministério de Saúde da Nação e dos Ministérios Provinciais.

Já o modelo de financiamento corresponde a um sistema de distribuição, limitado dentro de cada obra social nacional (os recursos de cada entidade são destinados a provisão de serviços de alguns casos diferenciados para todos seus beneficiários). As contribuições do Fundo Solidário de Redistribuição (FSR) estabelecem outro marco de solidariedade, entre todas as entidades do sistema, direcionado através do subsídio automático e o pagamento de prestações de alto custo. No entanto, ainda há fortes discrepâncias entre as distintas obras sociais nos recursos disponíveis per capita.

Em 17 de Agosto de 2007 representantes da saúde reuniram-se na “Conferência Internacional de Salud para el Desarrollo”: “Derechos, hechos y realidades” com o objetivo de analisar as propostas da implementação da Atenção Primária em Saúde bem como suas dificuldades, fortalecimento de consensos e gerar novas propostas, baseadas na equidade e na atenção primária.

A saúde é um bem que não pode ser visto isoladamente. Está condicionada a fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais.

Todos los habitantes gozamos del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las generaciones futuras y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley. (Constituição da Argentina, 1992).

Assim como as Bases do Plano Federal de Saúde nesta Conferência também enfatizam a equidade, a universalidade e a solidariedade que devem reger os sistemas e as políticas de saúde em desenvolvimento. É, principalmente, visando estes princípios que se aproximará de um atendimento igualitário a população.

Nesta trajetória em legislações do sistema de saúde argentino, em 16 de Julho de 2008, elabora uma nota estratégica de cooperação técnica da OPS / OMS com a Argentina 2008 – 2012; a qual contempla as principais prioridades da atenção primária; baseada em um sistema menos segmentado e fragmentado, contribuindo efetivamente à proteção social em saúde. Segue abaixo algumas prioridades:

- Implementar el abordaje intersectorial com la participación social de los determinantes de la salud (DS) en los três niveles de gobierno (nación, provincias y municipios);
- Mejorar el acceso y la atención de salud a los grupos de población com mayor grado de vulnerabilidad social;
- Políticas y Programas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y los riesgos asociados, dando prioridad a: hipertensión arterial, diabetes, cáncer de cuello uterino, la lucha antitabáquica, los trastornos mentales, la violencia todas sus formas y el abuso de las drogas. (OPS/OMS,2008)

Em 24 de Outubro de 2008 através da Acta de Constitución cria-se o Conselho Federal Legislativo de Saúde (COFELESA). Integrado por legisladores que exerçam a máxima autoridade ou este deve designar um legislador das comissões legislativas permanentes com competência em saúde do Congresso da Nação e das legislações provinciais e da Cidade de Buenos Aires.

O COFELESA tem como objetivo implementar um marco jurídico na área da saúde compatível entre as legislações da nação e as jurisdições vigentes e as que futuramente sejam criadas, enfocando a equidade no direito de acesso a saúde de todos habitantes da Nação. Sua função é impulsionar, promover e avaliar programas referentes a legislação sanitária assim como publicar resultados das conclusões posteriores das reuniões realizadas.

Na Cidade Autônoma de Buenos Aires, no dia 07 de Agosto de 2009, se firmou o “Pacto Federal Legislativo de la Salud” dos Argentinos, o qual trata nas Disposições Transitórias, capítulo III, artigo 15, da ratificação desta normativa. Este pacto deve ser ratificado expressamente por Lei do Congresso Nacional e por leis de cada uma das respectivas Legislações Provinciais e da Cidade Autônoma de Buenos Aires. Caso não seja ratificado no prazo de 1 ano contado a partir da data de aprovação desta normativa, seus legisladores poderão participar na Assembléia com voz, até seu cumprimento.

O Memorandum de Ajuste 05/10, datado em 30 de Setembro de 2009, tem como um dos objetivos o:

Fortalecimiento de las capacidades de rectoría, planificación, gestión y coordinación intersectorial, del Ministerio de Salud y continuar avanzando hacia el acceso universal a los servicios de salud y la integralidad del Sistema de Salud, fortaleciendo el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) em todos los niveles y consolidando el Programa REMEDIAR como parte de las políticas para favorecer el acceso, calidad y uso racional de los medicamentos. (OPS/OMS,2009)

A formulação e implementação de políticas, planos, programas e estratégias integrais que promovam a universalidade na continuidade da atenção durante todo ciclo vital.

É de fundamental importância a participação social ativa dos cidadãos nas questões de saúde enquanto sujeitos de direitos, exercendo, assim, sua cidadania.

Um dos grandes avanços no diz respeito a legislação em saúde é a criação da LEGISALUD, pela Resolução 1673 / 2007, que rege a Legislación en Salud de la República Argentina, documento que contém alterações relacionadas ao direito à saúde.

Em 19 de Novembro de 2009 promulga-se a Lei 26.529: “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, o que engloba a assistência, prioritariamente para crianças e adolescentes sem distinção

alguma ou preconceito, tratamento digno a todos pacientes. Além de terem o direito de receber informações sobre seu prognóstico ou tratamento.

Posteriormente, surge o que podemos denominar de segunda fase da Reforma. Em 28 de Junho de 2010, criam o Plan Federal de Salud 2010-2016, a qual resulta de diferentes áreas do Ministério de Saúde da Nação, seus organismos descentralizados, as jurisdições provinciais e organizações da sociedade civil e outras que foram convidadas a participar na avaliação de metas e estratégias estabelecidas. É fruto de um “complexo processo de construção de política pública, desenvolvido de modo incremental a partir de uma abordagem integral da saúde”.

As estratégias de desenvolvimento institucional serão redefinidas a partir do modelo de atenção, de gestão e de financiamento; a partir das Bases Del Plan Federal de salud 2004-2007.

Em relação ao modelo de atenção, visa a Atenção Primária em Saúde, enfocando o ciclo vital de cada indivíduo; impulsionando o fortalecimento de redes de atenção conforme níveis de risco. O modelo é analisado através de oito componentes: hierarquização das ações de promoção e prevenção, compromisso federal sobre a cobertura e acesso; redes de serviços; população com baixa responsabilidade; qualidade no serviços de saúde; fortalecimento do hospital público; seguro de saúde e o programa de acessibilidade a medicamentos. (Baes Del Plan Federal de Salud, 2004). Os líderes do MSAL se manifestam neste processo na geração de acordos e compromissos com as províncias e municípios para o fortalecimento das redes de atenção e para a coordenação programática centrada nas pessoas.

No que diz respeito ao modelo de gestão é constituído pelas estratégias de gestão ao somente do Ministério como também de espaços federais de consenso orientadas para melhorar a eficácia das intervenções, promovendo sistemas de prestação de contas e avaliação de desempenho; a coordenação de áreas normativas e financiadoras; fortalecendo a participação federal; a articulação com os ministérios provinciais em todos os programas da base territorial; a gestão baseada na informação completa; incrementação de cobertura temática, territorial e setorial; e e o fortalecimento da regulação e o controle em todos os níveis jurisdicionais. O Ministério de Saúde da Nação tem como enfoque fortalecer as capacidades de

gestão próprias e de todos os níveis jurisdicionais para garantir um desenvolvimento baseado na equidade. (Bases del Plan Federal de Salud, 2004)

Já em relação ao modelo de financiamento é integrado pelas estratégias destinadas a facilitar a concretização de outros modelos através do fortalecimento do rol compensador do Estado visando a redução de brechas jurisdicionais existentes; e a implementação de um Seguro de Enfermedades Catastróficas, buscando garantir o sustento financeiro para alcançar as metas de saúde da população.

Observamos um progresso muito grande no diz respeito aos programas ofertados em relação a saúde pública. Estão crescendo cada vez mais, englobam maternidade e infância, doença de Chagas, controle de tabaco, dentre outros.

## **CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS NA SAÚDE PÓS REFORMA DO ESTADO**

Este capítulo apresentará as alterações ocorridas nos sistemas de saúde dos países da Argentina e do Uruguai decorrentes das alterações no quadro político destes países, assumindo o controle governamental partidos de tendência centro-esquerda. Com o esgotamento do modelo implantado ao longo dos anos 1990 esses novos governos estão implantando reformas nos sistemas nacionais de saúde, constatando-se, assim, uma tendência de retorno aos padrões mais universalistas de atenção à saúde.

### **4.1 Análise das Alterações Legislativas no Sistema de Saúde do Uruguai**

Após observarmos vários documentos constatou-se que a saúde no Uruguai passou por vários momentos desde a Constituição da República Uruguia (1967) até os dias atuais, pós Reforma do Estado.

O direito à saúde está expresso na Constituição Uruguia (1967) como sendo de responsabilidade do indivíduo, e cabendo assistência àqueles indigentes ou carentes de recursos, à esfera pública.

“Art. 44º: El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con La salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los médios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. (REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, 1967)”

Esta visão vem a ser confirmada pela proposta do Banco Mundial; uma vez que este propõe que o Estado seja apenas “elemento catalisador e impulsionador desse processo” (BANCO MUNDIAL, 1997, pg 1); deixando a responsabilidade para a sociedade civil e para o mercado.

Em contraposição a esta lógica é instituída em 05 de Dezembro de 2007 a Lei 18.211 referente ao Sistema Nacional Integrado de Saúde – SNIS -, que “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes

residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud”. Este sistema busca a universalidade, a qual está baseada na eficiência, qualidade e equidade no atendimento da população.

“O SNIS tem como princípios a promoção de saúde; intersectorialidade das políticas; acessibilidade e sustentabilidade dos serviços, políticas de melhoria da qualidade de vida; continuidade e oportunidade das prestações de serviços; orientação preventiva; integral e de conteúdo humanista; qualidade integral da atenção de acordo a normas técnicas e protocolos de atuação; respeito aos princípios da bioética e dos direitos humanos dos usuários; respeito ao direito dos usuários à decisão informada sobre sua situação de saúde; eleição informada de prestadores de serviços; participação social de trabalhadores e usuários; solidariedade no financiamento geral; eficácia e eficiência econômicas e sociais e sustentabilidade na distinção de recursos para a atenção integral da saúde”.  
(SNIS, 2007)

Anterior à Reforma do Estado, a saúde era dividida em subsetores dispersos, não havia interligação entre eles: público (ASSE), integrado no Ministério de Saúde Pública (MSP), e o privado através de seguros pré – pagos (IAMC); o que desencadeava fortes iniquidades e discrepância dos gastos com os usuários. Nesta época, somente os trabalhadores tinham direito a cobertura. Contudo, com a implementação do SNIS houve articulação dos prestadores públicos e privados de atenção integral à saúde; determinados no art. 265 da Lei 17.930 de 19 de Dezembro de 2005; estendendo o direito à saúde a família do trabalhador.

Outro eixo de mudança foi em relação ao financiamento. Neste sistema o mesmo está presente no capítulo VII da presente lei, o qual oferece aos usuários quotas de empresas, prestadores públicos, privados e pensionistas conforme a idade e sexo dos prestadores, ou seja, é baseado no princípio da solidariedade e da justiça distributiva. (ARREDONDO, BASSO, 2007) Esta quota é regulamentada pelo Poder Executivo, com intervenção do Ministério de Economia e Finanças e do Ministério de Saúde Pública, ouvindo a Junta Nacional de Saúde. Enquanto que na Constituição a única fonte regulamentadora era o Ministério de saúde Pública, o qual estabelecia os níveis mínimos de cobertura assistencial que devem prestar as atividades de assistência (GOMEZ, NOGUEIRA, SIMIONATO, pg 93).

Um dos aspectos significativos diz respeito a criação do Seguro Nacional de Saúde, em 18 de Maio de 2007 foi instituída através da Lei 18. 131, o qual inclui atendimento a toda população. Este será financiado pelo Fundo Nacional de Saúde

(FONASA), resultante deste encargo que serão pagos as quotas saúde correspondentes aos prestadores que integram o SNIS. Na alínea H da Lei 18.211 aparece como um dos objetivos: “establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud”. Observa-se, portanto, que este novo modelo não apresenta uma relação / vínculo monetário entre os usuários e os prestadores; visto que não é contributiva.

Logo após, em 29 de Junho de 2007, surge a Lei de Descentralização de ASSE (18. 161), onde separam-se as funções do MSP e da prestação de serviços de saúde; ou seja, converte a ASSE em um serviço público descentralizado do MSP, e a participação da sociedade na gestão, ao integrar-se com representantes dos usuários e trabalhadores.

Um terceiro eixo de mudança é em relação a gestão do sistema que refere-se a participação e ao controle social. Em relação a participação e ao controle social, segundo a OPAS (1999) há algumas comissões de apoio de alguns hospitais e ASSE e comissões de saúde nas periferias das cidades, mesmo não estando na agenda e sendo fragmentada. Contudo, verifica-se que aparecia só na teoria; uma vez que na prática a participação era nula e havia o escasso exercício de direito dos usuários. Já, pós reforma do estado há surgimento de um novo modelo de gestão o qual surge de forma progressiva. Em Março de 2005 surge um decreto que cria um Conselho Consultivo que convoca todos os setores envolvidos. Posteriormente, cria-se o FONASA (Lei 18.131), o qual inclui participação de trabalhadores e empresários. Ainda no ano de 2007, cria-se a Lei 18.161, já mencionada acima; e a Lei 18.211, a qual cria a Junta Nacional de Saúde (JUNASA) com a participação dos trabalhadores, usuários e das empresas na discussão sobre novos modelos de atenção, gestão e financiamento (art. 3º, Lei 18. 211, 2007).

Verificou-se, também, que antes não havia um cronograma de quais eram os programas e as prestações obrigatórias, e após a reforma houve a regulação da quantidade e da qualidade das prestações através do Plano Integral de Atenção em Saúde (PIAS), o tempo de espera pelo atendimento, mudança na gestão administrativa financeira, a introdução da gestão clínica, o uso de metas, objetivos e indicadores mensuráveis para permitir sua avaliação e monitoramento. A legislação vigente define 11 programas prioritários de saúde, bem como catálogo de

prestações obrigatórias. Esses programas são controlados pelo JUNASA e atualizados periodicamente pelo MSP. As atividades são direcionadas a promoção, proteção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das pessoas, incluindo acesso a tecnologia e medicamentos aprovados no Formulário Terapêutico de Medicamentos. (ARREDONDO, BASSO, 2007).

Conclui-se, portanto, que a reforma sanitária foi o marco de transformações políticas, econômicas e sociais, visando o pleno desenvolvimento da pessoa humana e reconhecendo a saúde como um direito e bem público; bem como o aprofundamento da democracia e a efetivação da cidadania a fim de que sejam garantidos seus direitos.

Observa-se que a reforma da saúde está pautada em três eixos de mudança: mudança referente ao modelo de atenção, de gestão e de financiamento, o que caracteriza uma alteração importante em relação ao sistema anterior.

Em relação ao modelo de atenção, visa a estratégia de Atenção Primária em Saúde com enfoque na prevenção de riscos e diagnósticos precoces com objetivo de tratar o quanto antes a pessoa a fim de dar continuidade no sistema integrado das ações específicas, na promoção da saúde, incluindo a reabilitação e os cuidados paliativos, bem como a articulação com os setores secundário e terciário. Pode-se inferir, portanto, que esta inter-relação entre os setores é o fio condutor para superação da fragmentação dos atendimentos. Programas de credibilidade de serviços associados a qualidade dos mesmos são as melhores alternativas para o controle social exigir melhor qualidade e transparência das informações. Visa, principalmente, a universalidade, garantia dos serviços a toda população; e a equidade, o que pressupõe superar as diferenças existentes em todos os níveis e classes sociais, bem como culturais a fim de ofertar serviços de qualidade e criação de políticas que foque setores mais vulneráveis da população. (ARREDONDO, BASSO, 2007)

Neste momento o país está passando pela segunda fase da Reforma da Saúde<sup>12</sup> (2010 - 2015) visando

---

<sup>12</sup> Reseña de las Políticas Estratégicas del Ministerio de Salud Pública. Acesso em: 01 de Fevereiro de 2012. Disponível em: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_5652\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_5652_1.html)

el fortalecimiento de la capacidad de conducción y regulación del Estado en materia de salud, afianzando su capacidad fiscalizadora y reorganizando, a nivel interno, el área programática de salud, con el objetivo de convertirla en un espacio eficaz de formulación de políticas sanitarias.

Esta fase da reforma é um compromisso do atual Ministério em consolidar e fazer efetivo o exercício dos direitos de todos os cidadãos em todo país, os quais na primeira fase foram garantidos através de normativas. Priorizam o fortalecimento dos espaços de participação social: “Consejo Consultivo, Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores, Consejos Honorarios Consultivos Departamentales – Locales de Salud (replicas de la Junta Nacional de Salud a nivel departamental y local)”. Tem como objetivo priorizar alguns de seus aspectos previstos na nova estrutura no Departamento de Programación Estratégica en Salud: infância, adolescência y juventud, en el marco de la Estratégica Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA). Por outro lado priorizam o que podem denominar de “nova geração de direitos” assistenciais, abordando novas áreas de implementação de políticas de saúde, como saúde mental e saúde rural, ou aspectos novos em políticas já existentes, como saúde sexual e reprodutiva (implementação dos serviços obrigatórios, acesso universal a métodos anticoncepcionais)

Este período é considerado como o período de chegada das políticas em todo território nacional, garantindo a acessibilidade e integralidade da abordagem em saúde, onde a descentralização se converte em um eixo substancial da mesma. Sendo assim, o MSP propicia o fortalecimento institucional da figura do Director Departamental de Salud y de la Dirección Departamental de Salud (DDS) como representantes locais da organização, bem como na implementação das juntas locais de saúde, a descentralização da vigilância epidemiológica, dentre outros aspectos.

#### **4.2 Análise das Alterações Legislativas no Sistema de Saúde da Argentina**

Após análise de vários documentos constata-se que houve inúmeras mudanças no que tange a saúde na Argentina desde a sua Constituição (1853 - 1860) até os dias atuais.

Observamos que outrora o direito à saúde não constava explícito na Constituição; o que não significava a sua não garantia. Verificamos que o direito à saúde está resguardado e protegido juridicamente, conforme artigo 33 da Constituição Argentina de 1992.

las declaraciones, derechos y garantías que enumeram la constitución no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados, pero que nacen del pueblo de la forma republicana de gobierno.

Em Maio de 2004 são criadas as Bases del Plan Federal de Salud visando um sistema de saúde equitativo e integrado, com um Estado garantidor do Bem-Estar da população; com objetivo de assegurar a cobertura universal básica.

Anterior a Reforma do Estado o sistema de saúde era estruturado em três subsistemas fragmentados: o público com financiamento e provisões públicas, as Obras Sociais Nacionais que fazem parte do setor de seguridade social que é financiada através da contribuição dos trabalhadores; e o setor privado que tinha seu financiamento através dos contratos. Posterior a Reforma, o Plano Federal de Saúde visa a integração dos setores com liberdade e solidariedade. E seu financiamento é repassado através do Fundo Federal Compensatório, conforme o conjunto de programas nacionais que enviam recursos às Províncias, coordena sua distribuição e utilização.

Em relação ao modelo de atenção que antes era fragmentado, passou a ser fundamentado na estratégia da atenção primária e na constituição de redes de atenção através do Plano Federal de Saúde, bem como ofertar ações de promoção, prevenção e reabilitação.

No que se refere a participação e ao controle social era restrito ao COFESA que por sua vez existiam os Conselhos Provinciais de Saúde. Com a proposta do Plano Federal de Saúde 2010-2016, instituído em 20 de Junho de 2010, foi estabelecido o Observatório Federal de Saúde. Este abre mais um espaço de participação que deve ser ocupado por “entidades acadêmicas, sociedades científicas, organismos internacionais e grupo de investigações”, permitindo tomada de decisões e construindo um vínculo entre as ações de políticas sanitárias e os avanços e inovação da academia. Este período é caracterizado pela segunda fase da Reforma. Está fase resulta de diferentes áreas do Ministério de Saúde da Nação, seus organismos descentralizados, as jurisdições provinciais e organizações da

sociedade civil e outras que foram convidadas a participar de metas e estratégias estabelecidas. Assim, resulta de um “complexo processo de construção de política pública, desenvolvido de modo incremental a partir de uma abordagem integral da saúde”. (2010)

Ratifica a saúde como um direito universal e um fator chave para o desenvolvimento humano sustentável. Sendo assim, a saúde passa a ser um componente ético nas sociedades democráticas, contudo, não se trata de assistencialismo e sim de um direito humano universal e interdependente que permite o exercício dos demais direitos, garantindo uma cidadania ativa. A universalidade está intimamente ligada ao conceito de integralidade e equidade, o que pressupõe requisito fundamental e valorativa tanto quanto a solidariedade e a justiça social

Foi desenvolvido, também, um Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA), o qual contribuirá para o fortalecimento do Ministério de Saúde da Nação e dos Ministérios de Saúde Provinciais em sua função de governante, bem como a melhora na tomada de decisões nos diversos subsetores e níveis mediante a integração e conformação de um sistema nacional integrado de informação sanitária. Além disso, o modelo de gestão planeja e regula os Recursos Humanos na saúde.

Conclui-se, portanto, que a reforma sanitária foi o marco de transformações políticas, econômicas e sociais da Nação, visando o pleno desenvolvimento da pessoa humana e reconhecendo a saúde como um direito e bem público; bem como o aprofundamento da democracia e a efetivação da cidadania a fim de que sejam garantidos seus direitos. Considera-se como o período de chegada das políticas em todo território nacional, garantindo a acessibilidade e integralidade da abordagem em saúde, onde a descentralização se converte em um eixo substancial da mesma. Observamos um progresso muito grande no diz respeito aos programas ofertados em relação a saúde pública. Em 19 de Novembro de 2009 promulga-se a Lei 26.529: “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, o que engloba a assistência, prioritariamente para crianças e adolescentes sem distinção alguma ou preconceito, tratamento digno a todos pacientes. Além de terem o direito de receber informações sobre seu prognóstico ou tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação é fruto de pesquisa realizada em documentos que tratam à respeito da Legislação Sanitária dos países pertencentes ao MERCOSUL (Argentina e Uruguai).

A análise das políticas de saúde nos sistemas de saúde da Argentina e do Uruguai se deu a partir da reforma do Estado da década de 1990 no âmbito das transformações políticas, econômicas e institucionais. Organizações, regras e serviços resultam provenientes destas transformações originando o atual sistema de saúde argentino e uruguaio.

Em relação as alterações que vem ocorrendo nas políticas de saúde nestes países pós processo de Reforma do Estado e incidência sobre o direito à saúde observa-se que tanto a Argentina quanto o Uruguai passaram por muitas alterações em seus sistemas de saúde. Uma característica a ser destacada é o direcionamento de políticas com caráter universal através de programas que visem a integralidade de atendimento e atenção a saúde, tornando, assim, os usuários dos sistemas de saúde como sujeitos de direitos. Sujeitos estes que tem direitos a ter direitos de forma igualitária, caracterizando o direito à saúde no âmbito de uma cidadania global.

Outro avanço em relação as alterações no que diz respeito ao direito dos usuários nos sistemas de saúde é no que tange participação social dos usuários. O sistema de saúde está ampliando cada vez mais o controle social por parte dos usuários. Este espaço de participação social é imprescindível para o crescimento e fortalecimento do sistema de saúde. É através deste que reivindica-se sobre seus direitos e auxilia na tomada de decisões, por exemplo.

No que diz respeito as mudanças ocorridas no direito à saúde expressas nas legislações que regulamentam o setor podemos destacar o avanço do direito à saúde sendo garantidos por sistemas tanto no Uruguai quanto na Argentina. No Uruguai o sistema de saúde bem como o direito a ela estão garantidos através do SNIS; enquanto que na Argentina estão amparados pelo Plano Federal de Saúde, originado das Bases do Plano Federal de Saúde.

As alterações ocorridas nos sistemas de saúde da Argentina e do Uruguai pós Reforma do Estado incidem diretamente sobre os princípios éticos e políticos do direito à saúde, porque mesmo quando a saúde não está explicitamente garantida na lei ela não pode deixar de ser garantida efetivamente.

A saúde está incluída dentro dos direitos individuais e sociais, como o direito à vida, direito fundamental e imprescindível ao desenvolvimento humano. Não pode ser vista isoladamente, pois é um componente ao progresso da sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, J. A. I. Direitos Humanos, Cidadania e Globalização. *Revista LUA NOVA*. São Paulo: CEDEC, nº 50. Faces da Democracia, p. 185 – 206, 2000.
- ARGENTINA. *Constituição da República da Argentina*, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Ministério de la Salud e Bien Estar Social*. Decreto Lei 1269 / 92. Buenos Aires, 1992.
- ARREDONDO, A.; BASSO, J. et al. “*Procedimientos para la construcción de convênios de gestión entre el organismo central de administración financiera y los prestadores integrales de atención, en el marco de la reforma de la salud del Uruguay*”. Documento Marco, Novembro de 2007, 53 ps.
- ARRUDA, M. *Dívida externa – Para o capital, tudo, para o social, migalhas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1997. O Estado em um Mundo em Transformação. Washington: Banco Mundial, 1997.
- BAYER, G. F. & LEYS, H. R.; Saúde enquanto questão politicamente intermediada. *Serviço Social e Sociedade*, nº 22, pg. 108 – 125, 1986.
- BEHRING, E. R., BOSCHETTI, I. Capitalismo, liberalismo e origens da política social. *In: política social: fundamentos e história*. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008. Biblioteca básica de serviço social; v. 2.
- BELARMINO, S. La Seguridad Social Médica en Argentina: Crisis y Reformulación de los Pactos Constitutivos. *In: Política de saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BOBBIO, N. *Liberalismo e Democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- \_\_\_\_\_. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. 2. ed. Brasília: GESST/SER/UnB, 2003.
- CAMPOS, G. W. de S. *Reforma da Reforma: repensando à saúde*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1997. CARVALHO, J. M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2001, pg. 219 – 229.
- CENTRÁNGOLO, O.; DEVOTO, F. *Organización de lá Salud em Argentina y Equidad: Una Reflexión sobre las Reformas de los Años Novienta e Impacto de la Crisis Actual*. 2002.
- COSTA, N. R. *Políticas Públicas, justiça distributiva e inovação*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- COSTA, L. F. A. Crescimento e pobreza no Nordeste que se globaliza. *In: Serviço social & Sociedade*. Nº 66. Ano XXII, Julho, 2001. Ed Cortez.

DAL PRÁ, K. R. Reformas no Setor Saúde nos Países do MERCOSUL. In: SIMIONATTO, I; NOGUEIRA, V. M. R. (orgs). *Dilemas do MERCOSUL: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas na Agenda Social*. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p. 95 – 104.

DALLARI, S. G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 25, nº 5, out. 1991.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Acesso em: 23 de Fevereiro de 2012. Disponível em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm).

DUPAS, G. Identidade, governabilidade e integração sob a lógica global. In: *Revista Novos Estudos CEBRAP*. Nº 60, pg. 97 – 107. Julho. 2001.

FREITAS, R. C. *La Reforma del Estado en el Uruguay*. Presidencia de la República, Montevideo, 1988.

FRIGOTO, G. O Enfoque da Dialética Materialista Histórica na Pesquisa Educacional. In: FAZENDA, I. (org). *Metodologia da Pesquisa Educacional*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. de V. C. Sistemas de Saúde: Origens, Componentes e Dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008, p. 107 – 140.

GOMEZ, M. B.; NOGUEIRA, V. M. R.; SIMIONATTO, I. Aspectos Legais do Direito à Saúde. In: SIMIONATTO, I; NOGUEIRA, V. M. R. (orgs). *Dilemas do MERCOSUL: Reforma do Estado, Direito À Saúde e Perspectivas na Agenda Social*. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p. 81 – 94.

HOBBSAWM, E. *A Era dos Extremos: O Breve Século XX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KEYNES, J. M. *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda*. São Paulo: Editora Atlas, 1992

LOPES J. R. B. *Novos parâmetros para a reorganização da política social brasileira*. Textos para discussão, nº 358. Brasília, IPEA, 1994.

MANDEL, E. *O Capitalismo Tardio*. 2 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1982.

MARCHI, J. C. *O Processo de Integração dos Serviços de saúde no MERCOSUL*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MARCHI, D. Reformas no Setor Saúde nos Países do MERCOSUL. In: SIMIONATTO, I; NOGUEIRA, V. M. R. (orgs). *Dilemas do MERCOSUL: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas na Agenda Social*. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p. 120 – 125.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MEDICI, A. C. *A Desregulação das Obras Sociais mais um episódio da Reforma da saúde na Argentina... O que virá depois?* Artigo de revisão (Trabalho realizado no

Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, EUA). Revista Associação Médica Brasileira. Vol. 48, nº 3. São Paulo. Julho / Setembro. 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: marchi. Hucitec – Abrasco, 1994.

MOURA, A. B. de. *Avaliação da Eficácia do Programa de Transferência de Renda – Bolsa Família na Cidade de Pelotas – RS*. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Pelotas. Pelotas. Março, 2009.

MUÑOZ, H. C. *El derecho a la salud en las Américas: estudio comparado*. WashingtonDC: OPS, 1989.

NOGUEIRA, V. M. R., SIMIONATTO, I. MERCOSUL e Reforma do Estado: impactos sobre o direito à saúde. *Revista do Programa de Pós – Graduação em Serviço Social Katálysis*. Florianópolis: Editora da UFSC, nº 3, p. 11 -18, novembro, 1998.

----- Pobreza e participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. Nº 66. Ano XXII, Julho, 2001. Ed. Cortez.

NOGUEIRA, V. M. R. Direito à Saúde na Sociedade Contemporânea. *In: Ser Social – Revista do Programa de Pós – Graduação e Política Social*. Brasília: Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. Brasília, UnB: nº 10, p. 09 – 32, jan. / jun. 2002.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. Direito à Saúde: Um Convite à Reflexão. *Cadernos de saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, nº 3, maio / jun. 2004.

O'CONNOR, F. de. *USA: A Crise do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OPAS – *Organizacion Panamericana de la Salud*. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina. Buenos Aires. 1998.

----- *Uruguay: Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. Uruguay, 1999.

Pacto Federal Legislativo de la Salud de los Argentinos del 07/08/09. Consejo Federal Legislativo de Salud. [documento na internet]. Acesso em 20 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14524>

Poder Executivo Nacional. *Bases del Plan Federal de Salud*. Ministerio de salud; 2004. (Documento Institucional, nº 1)

PORTO, M. C. da S. Cidadania e (des) proteção social: uma inversão do Estado Brasileiro? *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 65. Assistência e Proteção Social, p. 17 – 32, novembro, 2001.

PRATES, J. C. *Gestão estratégica de instituições sociais: o método marxiano como mediação do projeto político*. 1995. 252 f. tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 1995.

- REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. *Presidência de la República*. Oficina Nacional del servicio cível. Portugal, 1998.
- SADER, E. Direitos e Esfera Pública. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, v. 77, p. 5 – 10, março, 2004.
- SANDRONI, P. *Dicionário de Economia*. 3 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1992.
- SANTOS, B. *Reinventar a Democracia*. Lisboa: Gradiva Publicações, 1998.
- SANTOS, B. S. Uma concepção multicultural dos Direitos Humanos. São Paulo. *Revista Lua Nova (CEDES)*, nº 39, 1997, pg. 105 – 124.
- \_\_\_\_\_. *A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado*. Anais do seminário sociedade e a Reforma do Estado. São Paulo: MARE, 26 – 28 de Março de 1998.
- SANTOS, A. M. S. P.; UGÁ, M. A. D. *Reformas do Estado, Descentralização e Políticas de Saúde: Uma Análise comparada entre Argentina, Brasil, Colômbia e México*. *Revista Ensaios FEE*, Porto Alegre, v. 28, nº 2, p. 525 – 548, out. 2007.
- SILVA, M. L.L. Cidadania, Globalização e Previdência Social. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 65. Assistência e Proteção Social, p. 05 – 16, novembro, 2001.
- SIMIONATTO, I. *MERCOSUL e Reforma do Estado: o retrocesso da seguridade social*. *Revista Katálysis*. Nº 5. Julho / Dezembro, 2001.
- SIMIONATTO, I.; SOUTO, M. Del C. M. Reforma do Estado. In: SIMIONATTO, I (coord.). *Discurso à saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do MERCOSUL*. Relatório parcial de pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Departamento de Serviço Social. Projeto Plano Sul de Pesquisa e Pós-Graduação. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: CNPq / FUNCITEC, Junho: 2002, p. 30 – 76.
- \_\_\_\_\_. Singularidades do Estado e da Sociedade Civil no Contexto do MERCOSUL. In: SIMIONATTO, I; NOGUEIRA, V. M. R. (orgs). *Dilemas do MERCOSUL: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas na Agenda Social*. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p. 27 – 47.
- SYMONIDES, J. *Direitos Humanos: Novas Dimensões e desafios*. Brasília: UNESCO Brasil, 2003.
- SMITH, A. *A Riqueza das Nações*. Hemus, 3a ed. 2008, 440 ps.
- SOARES, L. T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000.
- STOLKINER, A et al. Alcances y Potencialidades de la Atención Primaria de la Salud. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6): 2807 – 2816. 2011.
- URUGUAI. *Constituição da República do Uruguai*, 1967.
- VIEIRA, L. *Cidadania e Globalização*. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 142 p.

WOLKMER, A.C. Introdução aos fundamentos de uma teoria geral dos “novos” direitos. In: LEITE, J. R. M.; WOLKMER, A. C. *Os “novos” direitos no Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 01 – 29.

**ANEXO**

## DOCUMENTOS CONSULTADOS:

ACTA DE CONSTITUCION. *Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA)*. Acceso em 12 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14191>. .

ARGENTINA. *Constitucion de la nacion Argentina*. Acceso em 14 de Setembro de 2011. Disponível em: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=877>.

BUENOS AIRES 30-15. *De Alma Ata a la Declaración del Milenio*. Acceso em 13 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6587>

BUENOS AIRES. Decreto nº 486/02. Declara la Emergencia Sanitaria Nacional. Poder Ejecutivo Nacional. *Boletín Oficial*. 2002.

BUENOS AIRES. Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Poder ejecutivo Nacional. *Boletín Oficial* 2002.

BUENOS AIRES. Resolución Ministerial 1343/07. Observatorio Nacional Permanente de Recursos Humanos en Salud – Implementación – Finalidad – Funciones. Ministerio de Salud. *Boletín Oficial* 2007; 26 oct.

BUENOS AIRES. Resolución 883/2007. Salud pública – Sistema Nacional Único de Información Sanitaria – Creación con el objeto de fortalecer y hacer disponible la información sanitaria de los diferentes sistemas existentes en el sector salud – Comité Técnico – Coordinación de cciones. Ministerio de Salud. *Boletín Oficial* 2007; 2 ago.

BUENOS AIRES. Ley 26.529 – Salud Publica. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Poder Ejecutivo Nacional. *Boletín Oficial* 2009; 20 nov.

BUENOS AIRES. Lei 26.529. salud Publica. Derechos Del Paciente en su Relación con los profesionales e Instituciones de la Salud. Poder Ejecutivo Nacional. *Boletín Oficial*. 2009. 20 de Novembro.

Legisalud. Acceso em 20 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://leg.msal.gov.ar>.

Lei de Decentralización de ASSE nº 18.161 de 2007. Lei de Descentralización de Administración de Servicios de Salud Del Estado. Uruguay. Poder Legislativo. Acceso em 25 de Outubro de 2011. Disponível em [http:// www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

Lei de SNIS nº 18.211 de 05 de Dezembro de 2007. Lei de Sistema Nacional Integrado de Saúde. Poder Legislativo. Uruguay. Acceso em 25 de Outubro de 2011. Disponível em [http:// www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

Missão e Visão. *Ministerio de Salud*. Acesso em 20 de Outubro de 2011. Disponível em: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_5651\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_5651_1.html)

Missão, visão e objetivos. *Ministerio de Salud*. Acesso em 20 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/mision-vision-y-objetivos>.

OPAS. *Organizacion Panamericana de la Salud*. Nota Estratégica: Cooperación Técnica de la OPS/OMS con la Argentina 2008-2012. Acesso em 22 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=12800>.

OPAS. *Organizacion Panamericana de la Salud*. Nota Estrategica: Cooperacion Técnica de la OPS/OMS con la Argentina 2008-2012. Memorandum de Ajuste: 5/10. Acesso em 22 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14245>

Plan Federal de Salud 2011-2016 – texto-presentación (en powerpoint). Acesso em: 15 de Novembro de 2011. Disponível em: <http://www.mdoctos.com/wordpress/?p=1562>.

*Reseña de las Políticas Estrategicas del Ministerio de Salud Publica*. Acesso em 01 de Fevereiro de 2012. Disponível em [http:// www.msp.gub.uy/uc\\_5652\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_5652_1.html)