

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



**Tendências dos sistemas nacionais de saúde - Argentina, Paraguai e
Uruguai nos anos 2000**

Lauren Sallaberry Ferreira

Pelotas, 2011

LAUREN SALLABERRY FERREIRA

**Tendências dos sistemas nacionais de saúde - Argentina, Paraguai e
Uruguai nos anos 2000**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação – Mestrado em Políticas Sociais da Universidade Católica de Pelotas para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora – Dr^a Prof^a Vera Maria Ribeiro Nogueira

Pelotas, 2011

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

Dissertação de Mestrado intitulado **Tendências dos sistemas nacionais de saúde - Argentina, Paraguai e Uruguai nos anos 2000** de autoria da mestranda Lauren Sallaberry Ferreira aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª Dr Vera Maria Nogueira MPS/UCPEL - Orientadora

Profª Dr Keli Regina Dal Prá - UFSC

Prof. Dr. Sandro Schreiber Oliveira - MPS/UCPEL

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus;

Logo, à minha orientadora, Vera Maria Ribeiro Nogueira que, com muita paciência, esteve ao meu lado, mesmo estando tão distante fisicamente, obrigada pela dedicação e força;

Aos meus pais, irmão, familiares e ao Marcelo pela compreensão, por às vezes ausente, partilhando angústias e alguns desafios, mas como tudo na vida, sempre vem a recompensa. Em especial ao meu pai, pois um amor eterno nos uni. É para ti também a minha vitória e mais este passo dado;

Aos professores, coordenação e funcionários do Programa de Mestrado em Política Social, pela caminhada e aprendizagem em conjunto;

Aos colegas de aula e amigos que se formaram nesta trajetória, foi maravilhoso estar ao lado de vocês;

Aos colegas do Hospital Escola, por me agüentarem, pois muitas foram as noites mal dormidas, os estresses anteriores as entregas dos trabalhos que vocês estiveram ao meu lado entendendo meus anseios.

“Você é do tamanho dos seus sonhos”

(Autor Desconhecido)

Aos meus sonhos que sempre serão tão grandes,
reais e verdadeiros quanto eu, meu tamanho e
minha felicidade.

Resumo

Este estudo tem como objetivo identificar as mudanças nos sistemas de saúde, na Argentina, Paraguai e Uruguai, especialmente no que se refere à organização da atenção básica. Parte da hipótese que as mudanças referidas estão relacionadas às alterações no quadro político ocorrido em cada um destes, a partir dos anos 2000. Esta abordagem decorre do entendimento que, nestes países, após as eleições deste período, foram vitoriosos os partidos de tendência social-democrata, o que possivelmente levaria a alterações em seus modelos ideológicos de governar. Tal, possivelmente, se refletiria nas diretrizes nacionais de políticas de saúde, revertendo a situação anterior, ou seja, a implantação de sistemas de saúde de cunho mais focalista com a redução do direito universal à saúde. Resgata-se assim que vêm ocorrendo alterações nos fundamentos do sistema de saúde, através de reformas incrementais, derivadas do processo de reformas ocorridas na década de 1990. Com este estudo pretende-se produzir conhecimentos que favoreçam a análise sobre alterações no acesso às ações e aos serviços de saúde e a formulação de programas e políticas públicas específicas, universais, integrais e regionalizadas, favorecendo a articulação e harmonização das políticas de saúde nos países vizinhos. Os estudos que tem como objeto as políticas de saúde nos países citados decorrem, em grande parte, do interesse em fortalecer as políticas regionais devido a instituição do MERCOSUL e os aspectos sociais contidos no pacto de sua formulação inicial. Com isso pretende contribuir para o debate atual acerca dos fundamentos éticos das políticas públicas fortalecendo as políticas regionais. Para a coleta de dados utilizamos fontes diversificadas: os programas de governo, os relatórios oficiais a partir de 1990, as diretrizes governamentais buscando cercar a problemática em estudo e trabalhos científicos desenvolvidos sobre o tema, publicados em periódicos indexados. Os documentos que subsidiaram a análise foram unicamente os de domínio público visto que favorecem e expressam a construção de consensos relacionados às políticas nacionais de saúde. Os dados sistematizados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, permitindo desvelar as mudanças ocorridas nas políticas de saúde após as eleições de governos presidenciais de idéias partidárias diferentes das que estavam na presidência anteriormente. Foram retirados do material coletado, os ideais partidários sobre a sistematização da saúde, apontando como acontecia antes e como está sendo realizada neste momento. Levaram-se em conta os processos históricos de cada país, pois estes foram moldados e influenciados pela sua história. Observa-se que este objeto de estudo é um recorte do Projeto “A implementação do Programa *SIS FRONTEIRAS* e do *Pacto pela Saúde* – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul”, financiado pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico e apoiado pelo CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e coordenado pela Professora Vera Maria Ribeiro Nogueira e iniciado em 2009.

Palavras chaves: Saúde, Atenção Primária, Políticas Públicas

Abstract

The aim of this study is to identify changing tendencies in health systems in Argentina, Paraguay and Uruguay, especially related to basic care organization. Such changes arise from the hypothesis that these ones are related to the altering in the situational policy occurred in each one of these countries since 2000. This topic comes from the understanding that, in these countries, after elections during this period were victorious the parties with social and democratic tendencies, which would likely provoke changes in their ideological models of ruling. Such ones are possibly reflected in the national guidelines of health policies, inverting the former situation, in other words, the implementation of health systems of more focalized origin with the reduction of universal health right. It is reflected upon this that it has been happening alterations in the foundations of the health system, through incremental reformulations, derived from the process of reformulation occurred in the 1990's. The aim of this study is to produce knowledge which can contribute to the analysis about alterations in the access to actions and health services and the formulations of programs and specific universal integrated and regionalized public policies in favor of articulation and harmonization of health policies in the MERCOSUR. The studies, which have as an object health policies in the mentioned countries, derived, mainly, from the interest in strengthening regional policies due to the MERCOSUR institution and the social aspects contained in the deal of its initial formulation. Thus, it is intended to contribute in the current debate about the ethic foundations of public policies for strengthening regional policies. For data collecting it has been used several resources: governmental programs, official memos since 1990, governmental guidelines in search of dealing with the problematic in studies and scientific papers about this topic, published in the indexed journals. The documents which gave subsidies to the analysis were only those of public domain since the elements favor and express the constructions of consensus related to national health policies. The systematized data were analyzed from the content analysis technique, allowing to uncover the changes occurred in health policies after national elections of different party ideas from those former presidents. It has been removed from the collected material, the party ideals about health system, pointing out as it would happen before and how it is being carried out at the moment. Historical processes of each country have been taken into account, because these were molded and influenced by their history. It is observed that this study object is a snip of the Project "The implementation of the SIS Program FRONTIERS and Health Pact - perspectives for implementing the health right to foreigner users in the southern border" sponsored by CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico and supported by CONASEMS –Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde and coordinated by Professor Vera Maria Ribeiro Nogueira and initiated in 2009.

Key Words: Primary Care, Public Policies, Health system, Health Policy

SUMÁRIO

Introdução.....	10
Capítulo 1.....	18
- SAÚDE: SISTEMAS DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA	18
Capítulo 2.....	26
- REFORMAS DA SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE.....	26
Capítulo 3.....	31
- CONTEXTOS NACIONAIS – ARGENTINA, PARAGUAI E URUGUAI E OS SISTEMAS DE SAÚDE PÓS REFORMA DE 1990.....	31
Capítulo 4.....	51
- TRANSFORMAÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	51
Considerações Finais	71
Referencias.....	78

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.”

VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo identificar as tendências de mudanças nos sistemas de saúde, na Argentina, Paraguai e Uruguai, especialmente no que se refere à organização da atenção básica. Tais tendências partem da hipótese que as mudanças referidas estão relacionadas às alterações no quadro político ocorrido em cada um destes países a partir dos anos 2000, conforme apontado por Draibe (2002). Este tema decorre do entendimento que, nestes países, após as últimas eleições presidenciais foram vitoriosos os partidos de tendência social-democrata, o que possivelmente levaria a alterações em seus modelos ideológicos de governar. Tal, possivelmente, se refletiria nas diretrizes nacionais de políticas de saúde, revertendo a situação anterior, ou seja, a implantação de sistemas de saúde de cunho mais focalista com a redução do direito universal à saúde.

Draibe et al (2002) salientam que os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde exibidos pelos países analisados sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos; sejam nas abordagens organizacionais da assistência; aliados às variedades dos perfis dos demais países, intensificam dificuldades já presentes quando se pensa em possibilidades de integração regional, pretendida pelo MERCOSUL. Estas dificuldades se apresentam tanto nos aspectos sanitários e epidemiológicos, quanto no acesso às ações e, finalmente, conlevam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde, dificultando, em última análise a uma cooperação transfronteiriça entre os países do MERCOSUL.

Além dos impactos acima mencionados por Draibe, outro fato relevante ocorrido em relação aos sistemas nacionais de saúde dos países estudados foram as reformas derivadas dos ajustes econômicos, na década de 1990.

Tais reformas, de cunho neoliberal, propunham entre outras medidas a competitividade econômica dos países para inserção no processo de globalização, fato que levou os Estados nacionais a uma crise financeira de ordem estrutural. Esta se transformou na principal causa de redução das taxas de crescimento econômico, da elevação das taxas de desemprego e do aumento da taxa de inflação que, desde então, ocorreram em todo o mundo (PEREIRA, 1997).

Segundo Pereira (1997), partidário das ideias de cunho neoliberal, houve algumas tentativas de superação à crise, porém todas inviáveis, revelando a necessidade da reconstrução do Estado, somando à sua característica da garantia de propriedade e contatos, o papel garantidor dos direitos sociais e de promotor da

competitividade de seu respectivo país. Esta crise reduziu a taxa de crescimento dos países e, em alguns, estagnou a renda por habitantes por quinze anos. Para o autor, toda esta crise resultou em modificações importantes, sendo que o resultado dessa reforma seria um Estado mais eficiente, respondendo de fato a quem deve responder: o cidadão consumidor. Logo, seria um Estado que estaria agindo em parceria com a sociedade, e de acordo com os seus anseios. Seria um Estado menos voltado para a proteção e mais para a promoção da capacidade de competição. Seria um Estado que não utilizaria burocratas estatais para executar os serviços sociais e científicos, mas contrataria competitivamente organizações públicas não-estatais. Entretanto, o que o autor não indica é a conseqüente perda de direitos sociais decorrentes desta forma de encarar o papel do Estado, fazendo coro às ideias hegemônicas vigentes à época. A afirmativa de transformar o cidadão em um cidadão consumidor altera a relação Estado-Sociedade, debilitando a possibilidade de uma cidadania integral, com acesso e garantia de direitos sociais pelo poder público.

A adoção destas medidas acarretou uma série de críticas pelo fato de terem impactado de forma negativa nos indicadores de saúde, revertendo, no plano ético-político, conquistas em termos do direito universal e integral à saúde.

Draibe, (2002) constata uma preocupação com os aspectos sociais e sanitários a partir dos anos 2000, com a vitória dos partidos social-democratas. Este aspecto é que aponta para a possibilidade de reversão do quadro anterior.

Argumenta-se que as políticas de saúde, como qualquer política pública, são frutos de um complexo processo de negociações e confrontações entre a burocracia pública, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e organizações da sociedade civil.

As políticas de saúde são importantes porque afetam, direta ou indiretamente, todos os aspectos da vida quotidiana, as ações, os comportamentos e as decisões. Podem proibir condutas consideradas de risco, incitar as que se consideram benéficas, proteger os direitos e o bem estar de algumas cidades, impulsionarem certas atividades ou proporcionar benefícios diretos aos cidadãos necessitados. As políticas moderadoras podem definir créditos profissionais, estabelecer controle de preços para os bens e serviços, determinar critérios de qualidade, segurança e eficácia para os serviços da saúde, e abordar questões de regularização social e

ocupacional, a imunização, os alimentos e os medicamentos, e a contaminação ambiental (SILVA, 2000).

A partir desta compreensão foi realizada, ao longo desse trabalho, uma reflexão acerca da concepção de saúde, e as decorrências de sua adoção em termos de organização do sistema sanitário, sinalizando para a mercantilização ou universalização da atenção à saúde. É importante esclarecer que as concepções sobre direito à saúde podem ser vistas sob dois prismas distintos – direito universal e garantido pelo Estado, sinalizando para um patamar de cidadania social plena, ou direito universal garantido pelo próprio indivíduo, marcando uma situação individual e não coletiva financiada em última análise pelo próprio usuário do sistema.

Definiu-se, como objetivo geral, identificar as mudanças referentes à organização dos sistemas nacionais de saúde, ocorridas na Argentina, Paraguai e Uruguai após alterações no quadro político recente. Os desdobramentos do objetivo geral levaram aos objetivos específicos, a saber: 1) Identificar as concepções de saúde que orientam atualmente os sistemas sanitários dos países estudados; 2) Evidenciar se ocorreram alterações na organização e nos modelos de atenção; 3) Identificar as prioridades estabelecidas pelos governantes atuais no campo da atenção a saúde.

O estudo, em razão do objeto e objetivos foi qualitativo, na medida em que se pretendeu entender os sistemas de saúde, as determinações e as transformações que o influenciam e a sua influência na sociedade na medida em que são apreendidos como políticas sociais (ADELANTADO, 2000). Nesta perspectiva foi utilizado o método crítico dialético, pois possibilita realizar uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais, etc. Privilegiou-se, igualmente o método dialético, pois este aborda os objetos estudados levando em conta a sua transformação, onde nada é definitivo, tudo é dependente do movimento, do contexto. Ou seja, buscou-se apreender a gênese dos fenômenos estudados e os determinantes de sua transformação. No caso específico se entendeu, no eixo dialético, a perspectiva da historicidade na construção dos sistemas nacionais de saúde e as contradições presentes em sua transformação expressas nos distintos interesses que permeiam esta construção.

Para a coleta de dados utilizou-se fontes diversificadas: os programas de governo, os relatórios oficiais a partir de 1990, as diretrizes governamentais buscando cercar a problemática em estudo e trabalhos científicos desenvolvidos sobre o tema, publicados em periódicos indexados. Os documentos que subsidiaram a análise foram unicamente os de domínio público visto ser os elementos que favorecem e expressam a construção de consensos relacionados às políticas nacionais de saúde.

Os dados sistematizados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, permitindo desvelar as mudanças ocorridas nas políticas de saúde após as eleições de governos presidenciais de idéias partidárias diferentes das que estavam na presidência anteriormente.

Foram retirados do material coletado, os ideais partidários sobre a sistematização da saúde, apontando como acontecia antes e como está sendo realizada neste momento. Enfatiza-se que a análise privilegiou em todos os momentos os processos históricos de cada país, pois estes foram moldados e influenciados pela sua história.

Resgataram-se aspectos do MERCOSUL abordando-se sucintamente sua gênese, e mais detalhadamente as normativas atuais em relação à saúde no sentido de resgatar possíveis influências nos sistemas de saúde.

A importância da abordagem entre os países citados decorre de estarem atualmente integrando um bloco econômico em construção, fazendo fronteira com o estado do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul. Uma das preocupações do bloco é o relativo equilíbrio entre os países, tanto nos aspectos econômicos como sociais, dentre os quais se encontra o setor saúde.

Os estudos que tem como objeto as políticas de saúde nos países citados decorrem, em grande parte, do interesse em fortalecer as políticas regionais devido a instituição do MERCOSUL e os aspectos sociais contidos no pacto de sua formulação inicial. Com isso pretende contribuir para o debate atual acerca dos fundamentos éticos das políticas públicas fortalecendo as políticas regionais.

Contextualizando, temos o Mercado Comum do Sul - MERCOSUL, criado em 1991 – e integrando, à época, a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai. Paralelamente à sua ampliação com a incorporação de outros países, questões sociais e aspectos de cooperação no campo dos sistemas de saúde progressivamente tem sido incorporadas à agenda política dos governantes da

região (GIOVANELLA ET AL, 2007). A mesma autora afirma, ainda que no contexto de formação de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam possíveis efeitos dos processos de integração. Nas fronteiras, convivem cotidianamente sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes; e a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração geram tensões e desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões.

Este estudo não abrange o Brasil, visto que a densidade do material produzido e publicado é suficiente não só para qualquer análise que se pretenda como enfocam distintas abordagens. Já a Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru, são países associados ao MERCOSUL, onde participam das reuniões de órgãos da estrutura institucional do MERCOSUL para tratar de interesses comuns, porém, sem direito a voto nas decisões. A Venezuela não foi incluída no estudo, pois apresenta uma história muito distinta em relação aos demais países.

Haverá ao longo deste trabalho um enfoque importante na atenção primária, ou atenção básica, como é denominada no Brasil. Esta é entendida como o eixo, ou seja, é a porta de entrada para o atendimento em saúde, é onde podem se resolver inúmeros problemas e agravos a saúde num período de tempo curto e com um gasto menor, porém em muitas situações estes enfoques não são respeitados.

Mendes (2007) observa que na reafirmação dos princípios da atenção primária à saúde constitui a proposta contemporânea dos responsáveis pela saúde mundial, que deve vigir no início do século XXI. Propõe um novo enfoque sistêmico, contido num modelo de sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde. Esse novo modelo permite resolver o conflito potencial entre a atenção primária, entendida como nível diferenciado de atenção, e sua aceção como enfoque geral da prestação de serviços responsivos e eqüitativos.

Para realizar este estudo, foi necessário realizar uma análise comparando como era a perspectiva político-ideológica do governo presidencial em relação à atenção a saúde, anterior às últimas eleições e como acontece nos dias atuais.

Tais eleições aconteceram na Argentina em 28 de outubro de 2007, no Paraguai, dia 20 de abril de 2008, e no Uruguai em 25 de outubro de 2009. Cristina Fernández de Kirchner, eleita em primeiro turno, na Argentina, pelo partido Justicialista - *Frente Para a Vitória*, sendo empossada em 10 de dezembro de 2007.

Sucede Néstor Carlos Kirchner, também do partido Justicialista (MINISTÉRIO DO INTERIOR, 2008).

O Presidente eleito no Paraguai, Fernando Lugo, do partido *Aliança Patriótica para a Mudança*, foi empossado dia 15 de agosto de 2008. Sucede Nicanor Duarte, do Partido Colorado, partido este que estava no poder há mais de seis décadas (PARAGUAY, 2010).

Para presidência do Uruguai foi eleito José Alberto Mujica Cordano, do partido de centro-esquerda *Frente Ampla*, foi empossado dia 1º de março de 2010. Sucede seu correligionário Tabaré Vázquez (PRESIDÊNCIA – REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, 2011).

Com este estudo pretende-se produzir conhecimentos que favoreçam a análise sobre alterações no acesso às ações e aos serviços de saúde, e a formulação de programas e políticas públicas específicas, universais, integrais e regionalizadas, favorecendo a articulação e harmonização das políticas de saúde no MERCOSUL.

Observa-se que este objeto de estudo é um recorte do Projeto “A implementação do Programa *SIS FRONTEIRAS* e do *Pacto pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul*”, financiado pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico e apoiado pelo CONASEMS -, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e coordenado pela Professora Vera Maria Ribeiro Nogueira, iniciado em 2009.

Os achados da pesquisa foram organizados em cinco capítulos, dos quais decorre uma conclusão geral. No primeiro capítulo é realizado um apanhado de conceitos, concepção de saúde e relação com os sistemas sanitários, abrangendo como foi que se começou a pensar em saúde, fortalecendo assim a base teórica deste estudo, foi focada também neste capítulo a atenção básica, pois este é a base dos sistemas de saúde, pelo menos está erguido sobre esta lógica.

No segundo capítulo foi realizada uma compilação sobre as reformas de saúde da década de 1990, como elas aconteceram e quais as suas características nos países em estudo: Argentina, Paraguai e Uruguai.

O terceiro capítulo trata dos aspectos geopolíticos, demográficos e indicadores relacionados a saúde dos países, considerando a importância destes aspectos para apreender o alcance das mudanças.

O quarto capítulo aborda as transformações nas diretrizes éticas e políticas que ocorreram nos países pós 1990, caracterizando as mudanças nos sistemas de saúde, desvelando o modelo utilizado, como ocorre o financiamento em saúde e o que é priorizado na atenção a saúde.

O quinto capítulo compara os sistemas de saúde, evidenciando as alterações ocorridas, confirmando assim, a hipótese norteadora desta dissertação.

O último item se refere às principais conclusões derivadas do estudo em questão, apresentando também questionamentos e sugestões para novos estudos.

CAPÍTULO 1

SAÚDE: SISTEMAS DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

1 Conceção de Saúde

Tendo em vista os objetivos do estudo apresenta-se uma breve revisão de literatura sobre a concepção de saúde e no que se tem de conhecimento sobre quando se começou a pensar em saúde. Médici (1992) relata que o controle do corpo e da mente constitui uma das mais antigas aspirações da humanidade. Qualquer que fosse o motivo para tal - poder, prestígio, riqueza material, conhecimento, tranqüilidade espiritual, a busca da cura e da imortalidade, reconhecimento por parte do divino, etc. - dedicar-se à tarefa de prevenir e curar doenças físicas ou mentais tem sido o cotidiano de pessoas, seitas e instituições e, mais recentemente, de indústrias e movimentos sociais.

Apesar dos inegáveis avanços alcançados a atenção à saúde, individual ou coletiva, sempre foi obtida de forma assimétrica sob o ponto de vista social. Até mesmo na caminhada que se inicia com a modernidade e se estende até hoje, muitos êxitos tem sido obtidos na arte de prevenir e curar. Entretanto, o progresso técnico em saúde não tem propiciado a incorporação dos segmentos sociais excluídos com a mesma vitalidade que gera inovações nos meios diagnósticos e terapêuticos.

Da Antiguidade ao século XXI, superada a concepção sobrenatural de saúde e enfermidade, concebia-se saúde como a ausência de enfermidade (doença, deficiência, invalidez). Estado que se revelava equilíbrio do organismo, com referência aos seus meios interno e externo. Gozar saúde significava, tão somente, não padecer enfermidade, estar em harmonia consigo mesmo e com o meio (JÚNIOR SÁ, 2004).

Retrata o mesmo autor que, somente no século XX, a concepção de saúde foi mudada para bem-estar, além de ausência de enfermidade. É inegável que tal mudança constituiu um avanço. No plano formal, porque é uma proposição positiva; no plano essencial, porque superou as dicotomias entre corpo e mente, natural e social, saúde e enfermidade, promoção e profilaxia, profilaxia e terapêutica, terapêutica e reabilitação; mas também porque possibilitou a emergência de políticas sanitárias mais úteis e eficazes. Além de situar a saúde como um estado positivo que podia ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado.

Corroborando a isso, Araújo et al (2008) dizem que a saúde ou a sua falta, implicando na enfermidade, foi, por algum tempo, entendida como uma ação ou omissão dos deuses. Com o decorrer do tempo, a percepção da doença como fenômeno intrínseco ao panorama social sempre esteve implícita na conceituação de saúde. Czeresnia (2003) pontua que na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa (1986), se postula a idéia da saúde como *qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação.*

Em uma perspectiva rigorosamente clínica, Almeida Filho (2000) revela, portanto, que a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como “ausência de doença”. Como corolário, tem-se que os estados individuais de saúde não são excludentes *vis à vis* a ocorrência de doença. Parte-se do princípio de que a saúde pode ser tomada como um atributo individual e, como tal, vulnerável a processos de mensuração. Seria necessário, então, identificar os elementos constitutivos e daí os sinais e sintomas da “síndrome saúde”, a fim de verificar a presença, ausência, nível ou grau de pertinência dos indivíduos perante um construto empírico definido de modo sistemático e estável.

Minayo (1996 In RODRIGUES, 2000) traz como conceito que:

saúde enquanto questão humana existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam a forma diferenciada que as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela.

Soma-se aqui o que traz nos escritos de Araújo et al (2008) que deve-se compreender que, do ponto de vista hodierno, se faz necessária a incorporação de princípios que reconheçam e melhor definam a dignidade humana.

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde de 1948, que define saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” possui nuances subjetivas e contempla reduzida

parcela de indivíduos, uma vez que não esclarece fatores relativos ao indivíduo e ao meio em que vive, como, por exemplo, os fatores relacionados à qualidade de vida.

Ainda os mesmos autores indicam que se deve olhar o conceito de saúde com outras lentes, agregando-lhes particularidades que valorizam o homem e o meio em que vive. A importância desses fatores, para a determinação da qualidade de vida, implica a inserção de ações políticas para um novo conceito de saúde. Estes, associados às rápidas transformações sociais ocorridas nas últimas décadas, são inegáveis subsídios para a elaboração de novo conceito de saúde que contemple a complexidade do conhecimento e a condição humana como um todo. Isso torna cada vez mais evidente a necessidade de considerar o indivíduo não apenas como ser biológico complexo, mas também um ser essencialmente social, cujos valores são diversos, requerendo, na maioria das vezes, relações diferenciadas, sob a justa proteção do Estado e da sociedade.

1.2 Atenção Básica

“La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”

OMS, 2008

Como já mencionado neste trabalho, coloca-se a questão da atenção básica em destaque, pois, aparentemente¹ é referência para organização dos sistemas de saúde, ou seja, é a sua base, sua entrada. Por esta razão delinham-se o que se tem como conceito, como definições do termo para que o pensar em saúde fique mais simples, porém não se torne algo delimitado, o objetivo não é estreitar a visão sobre saúde e sim focá-la.

A idéia de atenção primária não é recente, pois na Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978 foi discutida esta necessidade, ficando explicitado na Declaração desta Conferência que os cuidados primários dizem respeito aos principais problemas de saúde da comunidade, por meio dos quais são proporcionados serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. Incluem educação, prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, endêmicas ou epidêmicas, alimentação adequada, saneamento, provisão de água potável, cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais (OMS, 1978).

Outro termo utilizado é Atenção Primária, ao invés de utilizar Atenção Básica, onde tem seus significados diferenciados por alguns autores, porém neste trabalho, não se fará nenhuma diferenciação visto que alguns documentos oficiais se utilizam ora de um termo ora de outrem. Atenção Primária, segundo a OPAS, se configura como o nível de um sistema de saúde “que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferece atenção focada na pessoa (não na doença) com o passar do tempo, oferece atenção para todas as condições, exceto as incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção oferecida em outros locais ou por outros profissionais.”

¹ Embora atualmente as maiorias dos sistemas de saúde dos países analisados indiquem optar pela atenção básica, quando se comparam os gastos com média e alta complexidade com os da atenção básica verifica-se a real opção.

O posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde é que a Atenção Primária a saúde deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na Atenção Primária a Saúde - APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e eqüitativas na saúde das populações das Américas.

O tão conhecido e comentado conceito de atenção básica diz que a mesma é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Ministério da Saúde (2006) ainda salienta que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Corroborando com a afirmativa, outro autor relata que a Atenção Básica como um nível no âmbito dos sistemas de saúde envolve não só a oferta, mas também incorpora as necessidades da população (CIPPEC, 2010).

Diferente da assistência hospitalar salienta Simões et al (2007), na atenção primária a pessoa deve ser estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que a integra. A atenção primária tem um aspecto relevante a ser considerado: o de poder atuar coletivamente, ou seja, de conseguir atingir um grupo determinado de pessoas.

Simões et al (2007) sintetizam que se definiu sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas

de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersectorialidade. Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços aceitáveis à população que aumentam a equidade. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Desenvolve ações intersectoriais para abordar outros determinantes de saúde e equidade.

Para alinhar a questão da atenção básica Mendes (2007a, p. 35) defende que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a atenção primária à saúde, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque é a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas, e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras.

Mendes (2002) enfatiza que a atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função de resolução, a função de coordenação e a função de responsabilização. A função de resolução, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização consiste em co-responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

Com todos estes conceitos de atenção básica/primária, se reforça o quão importante é ter um sistema de saúde que tem suas diretrizes e suas bases, para que a população e os profissionais consigam realizar um atendimento capaz de satisfazer todas as necessidades, englobando o ser humano como um todo, nunca de forma subdividida e parcelada.

CAPÍTULO 2

A REFORMA DO ESTADO E OS SISTEMAS DE SAÚDE

1 Reforma da Saúde

Como salienta Erdmann (2006), as práticas de saúde na contemporaneidade vêm sendo foco de atenção diante das novas concepções de ser humano, vida, saúde, sociedade, cuidado de saúde, dentre outras, remetendo à construção de tecnologias de processos de gestão que integram o ser, o pensar, o fazer, o estar mobilizando ações de cuidado humano.

Para construir o que foram e como aconteceram as reformas na saúde, foi revisitada a literatura principal sobre o assunto. Mendes (2007b, p43) aponta que nas últimas três décadas várias reformas foram feitas nos países das Américas, mas a despeito de altos investimentos, os resultados foram limitados ou negativos em termos de melhorias sanitárias e da equidade.

Tais reformas, explica Gerschman (1999), são respostas de sucessivas crises econômicas do capitalismo mundial, no final dos anos 1970, resultantes de altas dívidas internas e externas, acompanhadas de perda de valor da moeda nos países centrais e processos inflacionários na maioria das economias comprometendo a estabilidade e a sobrevivência dos Estados de Bem Estar Social Europeus. Assim as conquistas das classes operárias e a ascensão dos partidos social democratas que sustentavam o Welfare State foram significativamente ameaçadas. Primeiro, pela tendência econômica fora das condições adversas das economias globais, e, por outro, o avanço da ideologia neoliberal é atribuída ao aumento do papel do Estado da regulação econômica das políticas de seguridade social, motivo principal dos males do capitalismo.

Reforçando este ponto, Simionatto (2000) diz que na América Latina as conseqüências dessa crise e as formas de sua resolução estão relacionadas ao estágio de desenvolvimento do capitalismo de cada país, a inserção das economias no plano internacional e as particularidades sócio-históricas que as caracterizam. A trajetória social, econômica e política de cada nação, suas diferentes estruturas produtivas, organizações sócio-institucionais (partidos políticos, sindicatos, organizações empresariais) determinam as modalidades de ajuste e das reformas estruturais implementadas.

A autora reforça, ainda, que modernizar o Estado é reconstruí-lo, reformá-lo. Estas foram as metas perseguidas pelos diferentes governos a partir das orientações dos organismos internacionais, cujas diretrizes recomendaram que a Reforma do Estado fosse orientada para o mercado, exigindo o abandono de

instrumentos de controle político e a restrição na alocação de recursos públicos, principalmente na área social. As agências de cooperação internacional, especialmente o Banco Mundial, articularam uma “aliança tecnocrática transnacional”, no sentido de racionalizar os investimentos nessa área, diminuindo o papel do Estado e fortalecendo as ações de natureza privada.

O documento “Saúde Nas Américas” (OPAS, 2007) aponta que, em geral, as reformas na área da saúde não consideraram as características próprias de cada país quanto à sua estrutura geográfica, social e demográfica, sua história e cultura política, e o grau de desenvolvimento das instituições do setor. Tendem a adotar os modelos promovidos de modo normalizado pelos organismos multilaterais de assistência financeira, centrados nas trocas financeiras e de gestão, na desregulamentação do mercado de trabalho, na privatização e na descentralização. Estas reformas também dispensaram pouca assistência ao efeito das mudanças sobre os atores e grupos de interesse do setor saúde, em particular aos trabalhadores da saúde, não promoveu a indispensável articulação e sinergia das funções dos sistemas, descuidando de suas complexas inter-relações, e não estimularam a definição dos objetivos sanitários nacionais. Deste modo, embora os propósitos dos processos de reforma estivessem direcionados para o desenvolvimento de uma agenda regional centrada no ganho de maior pluralismo, eficiência e qualidade na entrega dos serviços de saúde ocorreu, na prática, uma redução da capacidade governante do Estado, debilitou-se em seu conjunto ou funcionamento do sistema de saúde e os demais temas da esfera sanitária ficaram relegados a um segundo plano.

Mesmo sendo uma crise global, os impactos e conseqüências causadas pelo ajuste, assim como as soluções de combate, diferenciam-se entre os países atingidos, pois cada um possui uma história de desenvolvimento e economia particulares, que exigem políticas sociais específicas, comenta Neves (2003). Como aponta a seguir:

- Na Argentina, o processo de Reforma do Estado, fundamentada na *Ley de Reforma del Estado* e a de *Emergencia Econômica*, deu-se em duas etapas. A primeira objetivou a reestruturação global do aparato estatal, priorizando a configuração do Estado. A segunda incidiu sobre a Administração Pública, tendo como fim a melhoria da arrecadação e obtenção de recursos, para cobrir o déficit fiscal e a reforma das estruturas estatais. Soma-se neste ponto Dal Prá et al (2004)

que há a redefinição do papel do Estado a partir da Reforma. A desresponsabilização e diminuição interventiva transformou sua relação com a sociedade civil favorecendo as relações com o mercado para a prestação de serviços, sendo que, conforme complementa Dal Prá (2004), a reforma do subsetor público de saúde teve como principal proposta o corte administrativo/financeiro. Entre eles se encontra a transformação da modalidade de gestão financeira dos hospitais, o aprofundamento da descentralização hospitalar e a privatização dos serviços periféricos e de certos serviços de saúde, assim como um novo programa nutricional materno infantil financiado externamente e focalizado em grupos com necessidades básicas insatisfeitas.

- A Reforma do Estado no Paraguai visou a manutenção da estabilidade econômica, o fortalecimento do aparato produtivo e a promoção de uma permanente melhora nas condições de vida da população paraguaia. Mas, o que se apresenta é um Estado ineficiente, pois o mercado mobiliza os recursos financeiros para os setores produtivos, propiciando maior controle dos riscos econômicos, com redução dos gastos públicos. A reforma na estrutura do sistema previdenciário paraguaio foi consolidada no Programa de Gobierno, 1999-2003, que chegava a beneficiar apenas 17% dos trabalhadores. Dentre as principais mudanças ocorridas, estão os benefícios das pensões, a aposentadoria por idade, e o tempo de contribuição para o sistema previdenciário. Porém podemos destacar neste ponto usando uma colocação de Dal Prá et al (2004) que o processo de reforma em contexto macroeconômico desfavorável, como o do Paraguai, com políticas de contenção de despesas públicas em processo de transição demográfica e epidemiológica completa, é agravado pelo aumento da expectativa de vida de uma população já envelhecida.

No Uruguai o novo perfil do Estado foi indicado no documento *La Reforma Del Estado en el Uruguay* (REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, 1988), onde este tem suas funções alteradas, abrindo espaço para a atuação do setor privado. A Reforma volta-se para a Administração Pública, envolvendo questões da governabilidade, governança e dos novos papéis atribuídos a sociedade civil, ao mercado e as políticas públicas. A reforma do sistema da previdência ou da Seguridade Social, como é denominada naquele país, foi aprovada pela Lei 16.713, de 1996. O sistema aprovado é classificado como misto. Segundo Dal Prá et al (2004) o Banco Mundial propõe uma diminuição da despesa pública e o aumento da

eficiência no uso dos recursos. Esta indicação fundamenta-se num diagnóstico sobre o deficiente uso dos recursos públicos no Uruguai, reservando ao Estado um papel controlador e normalizador da assistência. Propõe, ainda, algumas saídas para resolução destes problemas. Uma das soluções apresentadas é a diminuição dos subsídios governamentais para alguns setores e a concentração dos recursos sobre os setores menos favorecidos. Para Neves (2003), ocorreu, assim, um novo ordenamento no que se refere à saúde, conferindo-lhe um desenho distinto no plano institucional e político. Este ordenamento expressa as vinculações estatais com as políticas sociais e um novo posicionamento da sociedade civil face às mesmas. Porém diante da realidade apresentada, vê-se a necessidade de encontrar novas alternativas no tratamento da questão das políticas públicas. A autora sugere que as políticas estatais precisam readquirir seu caráter universal, através de projetos que busquem a transformação das ações estatais em ações efetivamente públicas e que essas reformas não causem a redução dos direitos sociais, e sim a sua efetivação.

Nesse contexto, para Teixeira (1997) os processos de Reforma desencadeados nos vários países tiveram como determinantes gerais a busca de respostas aos problemas estruturais dos sistemas (tendências à elevação crescente dos custos e baixa eficácia na solução aos problemas de saúde). Estes optaram, na maioria das vezes por políticas de racionalização, que incluem, entre suas estratégias, a "focalização", a "descentralização" e a "reprivatização" da produção de ações e serviços.

Corroborando com o autor acima, Bianquin (2008) ressalta que o que ocorre, são que reformas estruturais do Estado implementadas na América Latina a partir da década de 1980, além de modificarem os critérios e prioridades da política econômica em geral, no âmbito social, foram dirigidas principalmente a substituir a concepção paternalista por um Estado subsidiário. Nesta conformação, a ação Estatal tenderia a se concentrar nas funções de financiamento, regulação e desenvolvimento da política social, deixando para o setor privado um maior espaço para a provisão de bens e serviços. Ao mesmo tempo, observou-se uma tendência de modificação dos critérios de destinação de recursos, de forma que, progressivamente se destacaram os critérios de focalização e eficiência na utilização destes.

CAPÍTULO 3

**CONTEXTOS NACIONAIS – ARGENTINA, PARAGUAI E URUGUAI E OS
SISTEMAS DE SAÚDE PÓS-REFORMAS DA DÉCADA DE 1990**

2.1 Argentina

“El desafío, en una palabra, es que logremos el justo medio que combina la razón con la voluntad”

Ministerio de Economía y Producción - República Argentina

A República Argentina se encontra no hemisfério sul ocidental. A capital é a Cidade Autônoma de Buenos Aires, localizado a leste da costa do Rio da Prata. O território está dividido em 23 províncias e por seu tamanho, ocupa a segunda posição entre os países da América do Sul (PRESIDENCIA DE LA NACION ARGENTINA, 2011). Tem uma área total de 3.761.274 km², dos quais 2.791.810 km² correspondem ao continente americano, 969 464 km² na Antártida. A língua oficial é o espanhol. Os limites da Argentina são: ao norte as Repúblicas da Bolívia e do Paraguai, ao sul pela República do Chile e pelo Oceano Atlântico, a leste com a República Federativa do Brasil e República Oriental do Uruguai e a oeste pela República do Chile. (PRESIDENCIA DE LA NACION ARGENTINA, 2011).

O governo argentino (2008) revela que a população estimada é de aproximadamente de 40 milhões de argentinos. A grande maioria da população é de origem européia, principalmente espanhola e italiana. Além disso, há uma minoria indígena. E a moeda oficial é o peso.

A esperança de vida ao nascer é de 74,28 anos (78,10 para as mulheres e 70,60 para os homens). O crescimento demográfico anual na Argentina, segundo dados da OPAS (2006, a), é de 1,1%.

O sistema governamental adota a forma representativa, republicana e federal. O povo elege diretamente os seus representantes, que está composto por três poderes: o executivo, legislativo e judiciário. O poder executivo está desempenhado pelo Presidente da nação, o poder legislativo pelo Congresso, composto por Câmaras: uma de deputados nacionais e outra por senadores das províncias e da cidade de Buenos Aires e o poder Judicial é exercido pela Corte Suprema de Justiça, também pelos juízes e pelos tribunais de diferentes níveis e jurisdições.

Tabela 1- População argentina total por sexo e densidade populacional:

Segundo Piola e Cavalcante, de modo geral, o sistema de saúde argentino possui uma cobertura abrangente, mas se caracteriza por uma segmentação no que se refere ao

Población total por sexo, índice de masculinidad y densidad de población, según provincia. Total del país. Año 2001						
Provincia	Total	Sexo		Índice de masculinidad (1)	Superficie km2	Densidad hab/km2
		Varones	Mujeres			
Total	36.260.130	17.659.072	18.601.058	94,9	2.780.400	13,0
Ciudad de Buenos Aires	2.776.138	1.258.458	1.517.680	82,9	200	13.880,7
Buenos Aires	13.827.203	6.725.879	7.101.324	94,7	307.571	45,0
Partidos del Gran Buenos Aires	8.684.437	4.213.697	4.470.740	94,3	3.680	2.359,9
Resto de Buenos Aires	5.142.766	2.512.182	2.630.584	95,5	303.891	16,9
Catamarca	334.568	166.544	168.024	99,1	102.602	3,3
Chaco	984.446	491.148	493.298	99,6	99.633	9,9
Chubut	413.237	207.053	206.184	100,4	224.686	1,8
Córdoba	3.066.801	1.489.403	1.577.398	94,4	165.321	18,6
Corrientes	930.991	459.458	471.533	97,4	88.199	10,6
Entre Ríos	1.158.147	568.275	589.872	96,3	78.781	14,7
Formosa	486.559	244.160	242.399	100,7	72.066	6,8
Jujuy	611.888	301.508	310.380	97,1	53.219	11,5
La Pampa	299.294	149.169	150.125	99,4	143.440	2,1
La Rioja	289.983	144.894	145.089	99,9	89.680	3,2
Mendoza	1.579.651	769.265	810.386	94,9	148.827	10,6
Misiones	965.522	484.323	481.199	100,6	29.801	32,4
Neuquén	474.155	236.266	237.889	99,3	94.078	5,0
Río Negro	552.822	274.671	278.151	98,7	203.013	2,7
Salta	1.079.051	534.140	544.911	98,0	155.488	6,9
San Juan	620.023	302.532	317.491	95,3	89.651	6,9
San Luis	367.933	183.411	184.522	99,4	76.748	4,8
Santa Cruz	196.958	100.479	96.479	104,1	243.943	0,8
Santa Fe	3.000.701	1.455.837	1.544.864	94,2	133.007	22,6
Santiago del Estero	804.457	402.961	401.496	100,4	136.351	5,9
Tierra del Fuego , Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur	101.079	51.696	49.383	104,7	21.571	4,7
Tucumán	1.338.523	657.542	680.981	96,6	22.524	59,4

(1) Índice de masculinidad: cantidad de hombres por cada 100 mujeres.
(2) No incluye el Sector Antártico e Islas del Atlántico Sur.
Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Instituto Geográfico Nacional (IGN).

financiamento e as relações interinstitucionais. Esta segmentação é em termos de cobertura pública, cobertura privada e obras sociais, que seria a vinculada à seguridade social. (PIOLA E CAVALCANTE, 2006, p. 221).

Segundo Abuelafia, et al. (2002, p. 5), o sistema de saúde argentino se encontra altamente concentrado na atenção especializada e hospitalocêntrica, com insuficiente atenção a promoção da saúde e controle de enfermidades. “El sistema

de servicios de salud en su conjunto está orientado a la atención médica reparadora de la enfermedad y centrada en la institución hospitalaria”

El primer problema se liga a la heterogeneidad reinante en su interior, puesto que la fragmentación de las instituciones que la componen se constituye en su rasgo distintivo. A su vez, su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un ‘sistema formal’ de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura (ABUELAFIA, et al., 2002, p. 5).

A estrutura do sistema de saúde inclui uma grande variedade de instituições privadas (empresas de medicina pré-paga), públicas (sanatórios, clínicas e hospitais públicos) e semi-públicas (obras sociais), tanto para o financiamento como para a provisão de serviços. Segundo Acuña (2007, p. 5), existe uma clara separação “entre los roles de aseguramiento/compra y provisión de servicios al interior del sistema.

2.2 Paraguai

“El esfuerzo entre todos es el camino del desarrollo”

Fernando Lugo, 2011

O território da República do Paraguai se encontra no centro da América do Sul, banhado pelo rio Paraguai e Paraná, onde o primeiro divide o país em duas regiões diferentes, a ocidental, que apresenta uma planície árida e a oriental mais populosa e rica (OPAS, 1998). Tem como capital a cidade de Assunção.

O país tem uma área de 406.752 km² e sua população em 1997 era estimada em 5.100.000 habitantes, dos quais 40,3% eram menores de 15 anos de idade, 56,2% entre 15 e 65 e 3,5% 65 anos e mais. A elevada taxa de crescimento populacional é uma das características das condições sociais no Paraguai (OPAS, 1998). A esperança de vida ao nascer é de 71,7 anos (OPAS, 2004).

A República do Paraguai é um Estado unitário descentralizado. Democracia representativa, o Paraguai tem sua organização política representada pelo Poder Executivo - eleições diretas a cada cinco anos, um Poder Legislativo composto por duas Câmaras – o Senado e a Câmara dos Deputados – e um Poder Judiciário. A divisão geopolítica do país abrange 17 departamentos e 221 municípios, com todas as autoridades departamentais e municipais diretamente eleitas pela população (OPAS, 2001).

O país faz limites com a Bolívia, Brasil e Argentina. Os idiomas oficiais são o espanhol e o guarani. O Paraguai é o único país bilíngüe da América. Na última década, a economia paraguaia não conseguiu encontrar uma alternativa à produção primária em crise, especialmente a economia algodoeira, nem uma alternativa que favorecesse a inserção de maneira competitiva na integração do MERCOSUL. (DAL PRÁ e CASTAMANN, 2004)

Dados divulgados pelo PNUD no *Informe de Desarrollo Humano 2006*, informam que o IDH do Paraguai (0.757) situa o país na posição número 91 (entre os países com desenvolvimento humano médio), no ranking dos 177 países e áreas (PNUD, 2006).

Quanto à situação de saúde da população paraguaia, esta apresenta um perfil epidemiológico típico dos países em vias de desenvolvimento, onde as enfermidades transmissíveis, e dentre estas as imunopreveníveis, as enfermidades infectocontagiosas, parasitárias, diarréicas e respiratórias agudas afetam o grupo de

desprotegidos e desfavorecidos. Atualmente há grande importância as enfermidades crônicas e degenerativas assim como as emergentes como SIDA, as reemergentes como a tuberculose e aquelas de causas externas relacionadas a acidentes e violência (GALVÁN, 2007, p. 1)

O quadro a seguir mostra as causas de morte mais comuns no Paraguai:

Tabela 3 - Causas de morte no Paraguai (2007)

Causas de Muerte	Total
Total de muertes en el país	22.764
Enfermedades del sistema circulatorio	6.094
Tumores (neoplasias)	3.260
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificadas en otra parte	3.205
Causas externas de movilidad y de mortalidad	2.578
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1.744
Enfermedades del sistema respiratorio	1.283
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.019
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	998
Enfermedades del sistema digestivo	894
Enfermedades del sistema genitourinario	516

Fonte: DGEEC (2007c p. 153)

2.3 Uruguai

A República Oriental do Uruguai é um Estado unitário com um governo nacional e 19 departamentos. Constitui uma democracia representativa com eleições a cada cinco anos. O governo nacional é formado pelo Poder Executivo, exercido pelo presidente e por 13 ministros, pelo Poder Legislativo, formado pelo Senado e pela Câmara dos Deputados, e pelo Poder Judiciário, representado pela Suprema Corte de Justiça e demais cortes. Os 19 departamentos são governados por Conselhos Departamentais - 31 membros e intendente (OPAS, 2006).

A população total do Uruguai, segundo dados do Instituto Nacional de Estadística (INE), com base no censo de 2004, é de 3.241.003 habitantes. Cerca de 93,1% da população total vive na área urbana do país. A capital Montevideu concentra uma população de 1.325.968 habitantes. A esperança de vida ao nascer é de 75,38 anos (INE, 2004).

No que se refere à distribuição da população conforme faixa etária tem-se a seguinte distribuição: pessoas com idade de 0-14 anos (22%) e pessoas com idade superior ou igual a 65 anos (13,4%). A esperança de vida ao nascer é de 75,38 anos (INE, 2004).

A provisão dos serviços de saúde está a cargo dos subsetores público e privado. O primeiro se dedica à atenção universal da saúde em todo país. Além do Ministério de Salud Publica y Bienestar Social - MSPBS, realizam serviços neste subsetor a Universidad Nacional de Asunción, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Sanidad de los Municipios, e o Instituto de Previsión Social - IPS, que constitui um ente autárquico. O subsetor privado é composto por instituições com ou sem fins lucrativos. No primeiro caso, fazem parte Hospitais, clínicas, consultórios privados, laboratórios e outros. São financiadas através de pagamentos diretos e cotas. As instituições privadas sem fins lucrativos, por sua vez, são compostas por Universidades Privadas que contam com hospitais e Organizações Não Governamentais. Existem também instituições mistas como a Cruz Vermelha Paraguai, financiada por uma fundação privada sem fins lucrativos, as despesas salariais são despendidas pelo MSP y BS (OPAS, 2008, p. 31).

A Tabela 4 apresenta as principais causas de morte no Uruguai, segundo dados de 2004 divulgados pelo MSP.

Tabela 4 -- Principais causas de morte no Uruguai (2004)

Ordem	Causa de morte	Taxa por 100.000 habitantes
1	Enf. do aparato circulatorio	322,2
2	Tumores (neoplasias)	229,8
3	Enfermedades crónicas de las vias respiratórias inferiores	36,3
4	Infecciones respiratorias agudas y neumonia	33,8
5	Accidentes y efectos adversos	33,4
6	Diabetes Mellitus	22,1
7	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	20,4
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidio)	16,1
9	Trastornos mentales y del comportamiento	15,1
10	Insuficiencia renal crónica y no especific.	10,9

2.4 SISTEMAS DE SAÚDE PÓS-REFORMAS DA DÉCADA DE 1990

2.4.1 Sistemas de saúde

Segundo o documento Saúde nas Américas - OPAS (2007) o setor da saúde se define como o conjunto de valores, normas e instituições, bem como atores que desenvolvem atividades de produção, distribuição e consumo de bens e serviços cujos objetivos primordiais são promover a saúde de indivíduos ou grupos populacionais. Supõe-se que as atividades que estes atores e instituições realizam estão direcionadas à prevenção e controle da enfermidade; a provisão de serviços de saúde pessoais e não impessoais à população; a investigação científica em saúde; a capacitação de pessoal de saúde, e a disseminação de informação à população em geral. O sistema de saúde reflete estes valores de forma reflexiva, ou seja, ao mesmo tempo que os adota, os transforma e revê constantemente os interesses que predominam hegemonicamente na condução do sistema. Daí a importância do reconhecimento do caráter político-ideológico que preside a institucionalização dos sistemas.

Pela OMS (2000) entende-se por sistema de saúde o conjunto de entidades encarregadas das intervenções na sociedade que têm como principal propósito à saúde. Estas intervenções ou ações de saúde englobam a assistência às pessoas e ao seu redor, realizada com a finalidade de promover, proteger ou recuperar a saúde, ou de reduzir ou compensar a incapacidade irrecuperável, independentemente da natureza pública, estatal, não estatal ou privada dos agentes sanitários. Os sistemas de saúde são o reflexo de importantes valores sociais que também se expressam nos limites jurídicos e institucionais nos quais se enquadra a formulação das políticas de saúde. As características específicas de cada sistema de saúde dependem da história e das condições políticas e socioeconômicas de cada país, bem como o grau de influência que exercem os diversos grupos de interesse e o jogo das forças políticas

2.4.2 O Sistema de Saúde Argentino pós Reforma

Na Argentina, podemos identificar três modelos de sistema de saúde: o público, com financiamento e provisão pública, o sistema de seguridade social e o privado, através dos planos de saúde. O sistema de serviços de saúde está voltado para os cuidados de reparação/recuperação das doenças e focada no hospital (OPAS, 2006).

De acordo com relatório da OPAS (2002, b), o setor saúde da Argentina estruturou-se tendo como bases principais:

- um subsetor público, com financiamento e provisão pública, integrado pelas estruturas administrativas provinciais, municipais e nacional e uma rede pública de prestação de serviços;

- um subsetor de seguro social obrigatório, que se organizou em torno das denominadas Obras Sociais (nacionais e provinciais). As Obras Sociais Nacionais, em torno de 270 instituições, são organizadas por ramo de atividade produtiva, gerenciadas, em sua maior parte, por sindicatos de trabalhadores, coordenadas por uma instituição de caráter nacional. Às Obras Sociais Provinciais, em número de 23, encontram-se filiados os empregados públicos em cada província. Adicionalmente, existia o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSPJ), que ficou responsável pela execução do Programa de Assistência Médica Integral (Pami), destinado ao atendimento de aposentados e pensionistas. A maioria das Obras Sociais tem pequena capacidade de instalações próprias, como consequência atende seus beneficiários por intermédio de contratos com terceiros;

- um subsetor privado, integrado por profissionais e estabelecimentos de saúde que atendiam demandantes individuais e, principalmente, os beneficiários das Obras Sociais mediante acordos individuais e coletivos, e as entidades de seguro voluntário, chamadas Empresas de Medicina Pré-Paga.

Como mostra resumidamente a tabela a seguir:

Tabela 5 - Estrutura de sistema de saúde argentino

Subsistema	Cobertura	Financiamento
Público	Universal. Aunque atiende en su mayor parte a los sectores de baja renta.	Ingresos provenientes de impuestos o recursos fiscales. Se ejecutan a través de los gobiernos, en los tres niveles jurisdiccionales (Nación, provincias y municipios).
Subsistema del seguro social	Sectores medios, integrados al mercado formal de trabajo.	Los ingresos provenientes de aportes y contribuciones con base en salarios son transferidos a las Obras Sociales; tanto sean ellas Nacionales, Provinciales, Municipales u otras pertenecientes a Universidades o Cuerpos Legislativos, por ejemplo.
Subsector privado	Los grupos de mayores ingresos, se proveen de servicios a través de la compra directa y voluntaria de los mismos en el mercado o de la contratación de seguros privados.	Gasto privado o gasto de las familias, que está constituido en pagos directos y en cuotas de seguros voluntarios.

Fonte: Ventura; Montiel; Falbo; Tobar (2000, p. 16)

O financiamento do sistema de saúde argentino, segundo Júnior (2006) era feito com recursos originários de três fontes principais: recursos fiscais, correspondentes aos recursos do setor público, nacional, provincial e municipal, originários de impostos diretos e indiretos; contribuições sociais, que são cotizações de trabalhadores e empregadores, descontados sobre a folha de salário, e que se destinavam às Obras Sociais Nacionais e Provinciais.

Como se pode observar no quadro 2 adicionalmente, existiam cotizações específicas para trabalhadores sem vínculo empregatício e uma contribuição de 2% sobre a folha de salários, a cargo dos empregadores, para custeio do Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões; desembolso direto das famílias, seja na compra direta de bens e serviços ou no pagamento de planos e seguros de saúde

voluntários. Considerando-se em conjunto os recursos fiscais e da seguridade como alocações do setor público, verifica-se que o setor público era o principal financiador da área de saúde, correspondendo a mais da metade (56%) dos recursos disponíveis (fonte). Na tabela 6, temos como que era investido a arrecadação do setor saúde no país:

Tabela 6- Sistema de Saúde argentino: Origem e destino dos recursos:

RECURSO	ENTIDADE QUE FINANCIÁ	USO DO RECURSO
Imposto sobre salário	Obras Sociais	Compra de serviços a prestadores privados
Gasto de <i>bolsillo</i>	Empresas de Medicina Prepaga Obras Sociais	Compra de serviços a prestadores privados
Aporte Fiscal	Hospitais Públicos	Operação de hospitais

Fonte: Acuña (2007)

2.4.3 Sistema de Saúde Paraguaio

A Lei nº 1.032/96 criou o Sistema Nacional de Saúde, que tem por finalidade prestar serviços a toda à população de maneira eqüitativa, com base no conceito de atenção integral à saúde. Sua operacionalização ocorre mediante a oferta de serviços de saúde por parte dos subsetores público, privado ou misto, de seguros de saúde e das universidades, de acordo com as normas de direito público e privado vigentes no país. O Estado, por sua vez, assume a função de desenvolvimento do Sistema, atuando como ente integrador e regulador de todas as instituições e serviços, com a finalidade de estabelecer uma cobertura integral de saúde a toda a população, garantindo o acesso aos serviços. A organização do Sistema Nacional de Saúde contempla a descentralização dos serviços públicos por níveis de complexidade, mediante mecanismos de convênios, contratos e complementação de instituições e recursos, assim como a coordenação de planos e programas com os municípios e os governos departamentais (OPAS, 2006)

No mesmo documento da OPAS (2006) estabelece que a oferta de serviços de saúde à população é realizada no âmbito de três setores distintos. O subsetor público é formado pelos serviços oferecidos no âmbito das seguintes entidades: *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS); Instituto de Previsión Social (IPS); Sanidad de las Fuerzas Armadas; Sanidad Policial; Universidad Nacional de Asunción; Municipios y Gobernaciones; e empresas estatales descentralizadas*

Quanto ao sistema de saúde, segundo Portillo (1996), a atenção dada à população tem sérias deficiências em termos de cobertura, acesso, eficiência, qualidade, acentuando os problemas dos grupos mais vulneráveis: crianças, mulheres, os pobres, índios e pessoas que vivem no setor rural. De acordo com dados do Ministério da Saúde, a cobertura de saúde pública atinge 63% da população apenas.

A saúde é responsabilidade de dois setores: o público, feito pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar (MSPyBS), o Instituto de Segurança Social (IPS), Saúde da Forças Armadas e da Polícia, da Universidade Nacional de Assunção, os municípios, governos estaduais e um conjunto de empresas estatais autônomas e descentralizadas, e privados, constituídos por instituições sem fins lucrativos. Há também instituições conjuntas, como a Cruz Roja Paraguaya (OPAS, 2001).

As fontes de financiamento e destinos dos recursos do sistema de saúde paraguaio podem ser resumidos no seguinte esquema, segundo Acuña (2007) e Olesker (2007):

- Orçamento Geral da Nação – 20%;
- Contribuições ao Instituto de Previsão Social – 26%;
- Gasto direto de *bolsillo* – 54%;

Financiamento do MSPyBS

- Tesouro público – 64%;
- Pagamentos provenientes da Central Hidroelétrica de Itaipu – 14%;
- Recursos próprios – 6%;
- Outros – 10%;

Financiamento do IPS

- Aportes dos empregadores – 14% salário de seus trabalhadores;
- Aportes dos trabalhadores – 8% - 9% salário mensal;
- Aportes fiscais – 1,5% sobre o montante dos salários sobre os que impõem as empresas;
- Ingressos das rendas de reserva;
- Aportes de pensionistas e aposentados;
- Arrecadação de multas e outros;
- Aportes do regime especial.

Os serviços de saúde estão estruturados em quatro níveis como nos resume o documento da OPAS (1998):

O Primeiro Nível ou Nível Primário brinda a atenção básica às localidades rurais sitiadas e dispersas, com menos de 1.000 habitantes e conta com recursos humanos como “voluntarios de salud, auxiliares de enfermería y obstetricia rural y puestos de salud”.

ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO
Consejo Nacional de Salud
(Coordinación Sectorial)

Subsector Público	Subsector Paraestatal	Subsector Privado
<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social • Sanidad Militar • Sanidad Policial • Sanidad Municipal • Corporación de Obras Sanitarias • Hospital de Clínicas Universidad Nac. De Asunción 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto de Previsión Social • Cruz Roja Paraguaya • Hospital de la U. Católica de Nuestra Señora de la Asunción 	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de Hospitales, Sanatorios y Clínicas Privadas, formada por establecimientos asistenciales, laboratorios farmacéuticos y farmacias

Fuente: Cuadro elaborado por la autora basándose en información de OPS en “La salud de las Américas” Vol. II, 1998

O Segundo Nivel ou Nivel Básico presta atención de média complejidade a populações rurais e *periurbanas* de 2.000 a 20.000 habitantes. Possui centros de saúde com algumas camas (de 6 a 19) e uma equipe formada por médico, odontólogo, bioquímico, farmacêutico, enfermeiro obstetra, inspetor de saneamento e pessoal técnico, administrativo e auxiliar.

O Terceiro Nivel ou Nivel Básico Complementar satisfaz as demandas de atenção de maior complejidade, com serviços médicos gerais e algumas especialidades, conta com hospitais e centros de saúde regionais.

O Quarto Nivel ou Nivel Especializado desenvolve atividades integrais de atenção em áreas especializadas e atua como centro de referência da rede de serviços regionalizados de saúde. Tem como recursos principais o “Hospital Nacional, el Hospital del Cáncer y del Quemado, el Sanatorio Juan Max Boettner, el Hospital de Primeros Auxilios, el Laboratorio Central y el Instituto de Medicina Tropical”.

Os dois quadros a seguir mostram a organização da saúde paraguaia quanto a organização e quanto a organização segundo os níveis de complejidade:

Quadro 3 – Organização do Sistema de Saúde Paraguaio:

Os diagnósticos na área da saúde, no Paraguai, apontam para um perfil complexo onde convivem enfermidades próprias de países pouco desenvolvidos combinadas com doenças crônicas e degenerativas, acidentes e violência. Os déficits de saúde estão relacionados à situação de extrema pobreza, à falta de educação sanitária e a práticas higiênicas inadequadas dos grupos de maior

vulnerabilidade, bem como à baixa cobertura e eficiência dos serviços públicos. Diante dessa realidade, que exigiria uma efetiva atuação do Estado a fim de superar tais desigualdades, o Plano de Governo (1999, p.29), aponta para a "necesidad de focalizar acciones tendientes a facilitar la integración social y superar las diversas formas de discriminación hacia grupos vulnerables (mujeres, niños, jóvenes, adultos/as mayores, indígenas y personas discapacitadas)", indicando para o período 1999-2003, as seguintes metas:

- Implementar uma política de atenção integral de prevenção e reabilitação da saúde humana e ambiental, promovendo o bem estar, priorizando os setores vulneráveis e de alto risco (assentados rurais, áreas de pobreza, população indígena, adultos não capacitados, não capacitados, crianças e mulheres)
- Promover a participação dos prestadores de serviços de saúde privados , ONGs e organizações comunitárias nos programas para melhorar a saúde, em áreas específicas de ação segundo as respectivas especialidades, através de um marco regulatório e institucional adequado ao Sistema Nacional de Saúde;
- Impulsionar o processo de descentralização do setor saúde, de acordo com a reforma das políticas nacional da saúde, modernização e descentralização do estado previstos nos programas de governo. (PARAGUAI, Plano de Gobierno, 1999, p.28).

Neste sentido, há um plano de reforma para o setor de saúde que iniciou através da promulgação da lei 1.032 que cria o Sistema Nacional de Saúde, o qual contempla os princípios de equidade, qualidade, eficiência e participação social. O governo criou a Secretaria de Reforma com participação do setor de saúde para definições políticas a respeito de algumas das questões ligadas à reforma setorial (OPAS, 2004).

As inovações institucionais previstas estão no âmbito administrativo, com a modernização e a implantação de um novo modelo de gestão, na área técnica, com as inovações tecnológicas e no campo dos recursos humanos, com a re-capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais. No âmbito assistencial, as estratégias são as da atenção primária ou básica, visando a redução dos custos e o repasse de maior responsabilidade quanto aos cuidados com a saúde, para o cidadão, na perspectiva no novo paradigma sanitário.

Para dar início às mudanças o Ministério da Saúde definiu como estratégias:

1. Estabelecer um Sistema Nacional de saúde que complemente e coordene as instituições responsáveis por prover ações de saúde, com a finalidade de aumentar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção. A promulgação, em 1996, da lei 1.032 do Sistema Nacional de Saúde é parte dessa iniciativa;
2. Apoiar a formação de Conselhos de Saúde nos níveis departamentais e distritais, como parte da política de descentralização;
3. Criar o Centro Nacional de Dados em Saúde, dependente do Ministério da Saúde, cuja missão será recopilar e analisar os dados estatísticos para facilitar a gestão do setor;
4. Fortalecer os sistemas locais de saúde que permitam a auto-gestão nos diferentes níveis de atenção;

Tabela 7– Organização dos serviços de saúde do Paraguai segundo níveis de complexidade

Funciones	Niveles de atencion	Unidades de oferta	Niveles de complejidad	Población asignada
Atención ambulatoria y hospitalización especializada y subespecializada. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite alta tecnología y mayor grado de especialización. Por personal profesional, técnico y auxiliar.	IV Especializado	Hospital Especializado	7	Demanda Nacional
		Hospital General	6	
Promoción y protección de la salud. Atención ambulatoria y hospitalización con cuatro especialidades básicas y otras prioritarias. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite mediana tecnología. Por personal profesional, técnico y auxiliar.	III Básico Complementario	Hospital Regional	5	Más de 120 mil habitantes
Promoción y protección de la salud. Atención ambulatoria y hospitalización con cuatro especialidades básicas. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite mediana-simplificada tecnología. Por personal profesional, técnico y auxiliar		Hospital Distrital	4	*Áreas metropolitanas con más de 100 mil habitantes ** Otras áreas 15 a 40 mil habitantes
Promoción y protección de la salud. Atención ambulatoria y hospitalización general. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite baja tecnología. Por personal profesional, técnico y auxiliar.	II Básico	Centro de Salud	3	6 a 20 mil habitantes
Promoción y protección de la salud. Atención elemental de la patología local mas frecuente, por personal auxiliar y comunitario	I Primario	Puestos de Salud	2	Menos de 6 mil Habitantes
		Dispensario	1	Menos de mil habitantes

Fonte: Ministério de Salud Paraguai (2006)

2.4.4 Sistema de Saúde Uruguaio

O sistema de saúde do Uruguai é misto onde se distingue o setor público para a atenção à saúde da população com baixos recursos e um setor privado voltado para a atenção aos grupos com recursos médios e altos (OPAS, 2002, p. 7). De acordo com a Lei no 15.181/81, o Estado estabeleceu uma cobertura de atenção médica a toda a população como essencial componente da seguridade social, por meio de organismos públicos e privados. O *Ministerio de la Salud Pública* é o órgão responsável pela regulação das prestações assistenciais.

Segundo a OPAS (2002, b) a composição do setor público é o Ministério da Saúde Pública (MPS); Banco de Previsión Social (BPS); Universidade da República; Ministério da Defesa Nacional e do Interior; Intendências Municipais; Banco de Seguros do Estado; serviços de saúde de outras entidades públicas. O setor privado é constituído por instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC); Instituições de Assistência Médica Particular que são empresas com fins lucrativos que brindam atenção específica (por ex. emergências, odontológica, policlínicas, etc.); Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) (empresas públicas ou privadas que realizam alguns procedimentos pagos através do Fundo Nacional de Recursos) e; os Sanatórios, Clínicas; Consultórios Privados e as Residências para Idosos.

Segundo o Ministério da Saúde do Uruguai (2006), a Atenção Primária – o primeiro nível de atenção será priorizado pelo SNIS e compreenderá um conjunto articulado de ações dirigidas às pessoas, famílias, comunidades e meio ambiente, destinado a alcançar uma adequada qualidade de vida, enfatizando a promoção da saúde e prevenção da enfermidade. Este nível de atenção estará constituído por recursos humanos, infra-estrutura, e tecnologias, programas e atividades destinadas a desenvolver ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde em regime ambulatorial, domiciliar, emergência e urgência. O segundo nível – estará constituído por recursos humanos, infra-estrutura e tecnologias para atenção médica em regime de hospitalização contínua ou parcial, de diversos níveis de complexidade. Incluirá especialidades clínicas, cirúrgicas e odontológicas. O terceiro nível será – será constituído por recursos humanos, infra-estrutura e tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento das afecções que requerem procedimentos de medicina altamente especializada.

No setor público a estrutura do financiamento se dá predominantemente mediante impostos. O financiamento por meio não tributário é escasso o que reflete

uma baixa recuperação dos custos no setor público. No setor privado predomina como fonte de financiamento as cotas de pré-pagamento por parte da população afiliada. Grande parte deste aporte se realiza através de transferência dos fondos da seguridade social (OPAS, 2002).

No quadro a seguir está resumido como se dá a organização do sistema de saúde uruguaio

Quadro 5 – Organização do Sistema de saúde uruguaio:

ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO

Subsector Público	Subsector Privado
<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública • Sanidad de la Fuerzas Armadas • Sanidad Policial • Hosp. de Clínicas U. de la República • Banco de Previsión Social • Fondo Nacional de Recursos • Gobiernos departamentales • Entes autónomos • Servicios descentralizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones de Asistencia Médica Colectiva • Sanatorios privados • Emergencias móviles • Clínicas médicas • Seguros parciales • Seguros integrales • Empresas privadas de diagnóstico y tratamiento

Fuente: cuadro elaborado por la autora basándose en información del documento “Evolución y reforma de los seguros de salud en el Mercosur y Chile, caso uruguayo”, del equipo de representación de los trabajadores en el Banco de Previsión Social, 2.000

CAPÍTULO 4

TRANSFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

4.1 Argentina

“La verdadera Democracia es aquella donde el Gobierno hace lo que el Pueblo quiere y defiende un solo interés: el del Pueblo.”

Juan Domingo Perón

As transformações no âmbito da saúde na Argentina foram enfocadas neste trabalho a partir do ano de 2003, quando foi eleito para presidência o mesmo partido, em 2007, o partido *Justicialista*, dando continuidade às alterações iniciadas e mantendo as mesmas ações e métodos de governar.

A gestão iniciada por Nestor Kirchner em 2003, como relata Espósito et al (2011) tomou a máxima da Justiça Social, realizando importantes transformações no cenário da Saúde Pública. A partir da recuperação das funções inerentes do Estado foi possível realizar a integração do Ministério da saúde e o Conselho Nacional de Políticas Sociais, que constituem uma ferramenta imprescindível e insubstituível para combater a exclusão social e a má distribuição de renda. O primeiro passo para a construção de uma política sanitária com Justiça Social foi o fortalecimento do Conselho Federal de Saúde (COFESA), instituição que reúne os ministros e secretários de saúde das províncias e da capital. Tornando o principal foco do Plano Federal de Saúde a Estratégia de Atenção primária em Saúde (EAPS), que em alguns anos, surtiu melhorias consideráveis na saúde dos argentinos.

Durante la Argentina neoliberal, de impronta individualista, financiera y privatista, la salud de los ciudadanos se consideraba un bien de mercado más y, por lo tanto, gran parte de los argentinos quedaban marginados de una cobertura médica digna y del acceso a una atención igualitaria y de calidad. Con la llegada de Néstor Kirchner a la presidencia de la Nación en el año 2003, en sintonía con un proceso general de transformación, inclusión e igualdad, la salud pública pudo recuperarse de décadas de desinversión, ajuste e ineficiencia. Hoy día, diversos programas, tanto nacionales y provinciales como municipales y comunitarios, garantizan para todos y todas el acceso a una atención médica de calidad y gratuita (ESPÓSITO et al, 2011)

O sistema de saúde argentino está calcado em torno de 23 programas de saúde nacionais, programas estes que são de caráter preventivo, educativo ou curativo. Segundo o Ministério do Interior (2008b, p), o governo atual tem como ideal o seguinte *“Un proyecto de nación democrática que para ser tal debe ser cimentándose en las premisas del trabajo, progreso, dignidad y movilidad social”*.

Programas desenvolvidos pelo atual governo na Argentina:

- Programa Materno Infantil;
- Programas Médicos Comunitários
- Programas Nacional de Chagas;
- Programa Nacional de controle de Tabaco;
- Programa Nacional de Detecção e Controle de Enfermidade Celíaca
- Programa Nacional de Garantia da Qualidade da atenção Médica
- Programa Nacional de Controle de Enfermidade Imunopreveníveis;
- Programa Nacional de Prevenção do Câncer Colo Uterino;
- Programa Nacional de Saúde Integral na Adolescência;
- Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável;
- Programa Nacional dos Municípios e Comunidades Saudáveis
- Programa Saúde Ocular;
- Programa REMEDIAR + Redes
- Programa para o Desenvolvimento do Projeto de Fortalecimento da Estratégia da Atenção Primária da Saúde;
- Programa da Argentina Saudável;
- Comissão Nacional Saúde Investiga;
- Cuidar-se em Saúde;
- Plano para a Redução da Mortalidade Materno Infantil e da Mulher e Adolescente;
- Plano Nascer;
- Plano Nacional de Sangue;
- Instituto Nacional do Câncer;
- Instituto Nacional de Medicina Tropical;
- Pesquisa Nacional de Nutrição e Saúde

O que podemos analisar quando focamos no site do Ministério da Saúde da Argentina é uma preocupação muito grande em inúmeros aspectos, além dos Programas já mencionados, vemos um reforço no que se trata sobre a vacinação

contra o Papiloma Vírus em crianças de até 11 anos de idade, prevenindo assim o câncer de colo de útero. Há um espaço desenvolvido em Tecnópolis, que se chama de SAÚDE + VIDA, um pólo sanitário que conta com atendimentos em especialidades de saúde, com atividade física, passeios ao ar livre entre outras atividades.

Criou-se um revista de saúde pública, editada pelo Ministério da Saúde Argentina chamada: SALUD ARGENTINA, com edição bimestral, que traz alguns artigos relacionado o tema saúde. Outra revista, também editada pelo Ministério de Saúde Argentino, que se destaca é a revista de saúde pública chamada de: REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA, edição trimestral. As duas revistas podem ser acessadas pelo portal na internet do Ministério da Saúde.

Outros pontos que está sendo enfocado pelo Ministério é a Doação de Órgãos, com o Congresso de Doação de Órgãos, e nas revistas há vários chamamentos sobre a importância da doação, também pode-se acrescentar ênfase na importância da doação de medula óssea; Juntos Contra a Dengue, com ações para prevenir o desenvolvimentos dos criadores de mosquito, prevenindo a dengue; Investimento contra o uso do Tabaco.

Como Ministro da Saúde, desde 2007, está o médico sanitarista doutor Juan Luis Manzur (MINISTÉRIO DE SALUD ARGENTINO, 2011).

O Ministério da Saúde Argentino (2011) tem como objetivos, missão e visão os seguintes pontos demonstrados de forma resumida a seguir conforme estipulado pelo plano de governo da presidente atual, Cristina Fernández de Kirchner:

- Executar os planos, programas e projetos da área da saúde, elaborados pelo poder Executivo Nacional, fiscalizando o funcionamento dos serviços, estabelecimentos e instituições relacionados com a saúde, formular leis e normas a regulamentar o exercício das profissões a fins com a saúde, garantir a acessibilidade, qualidade da atenção médica; participar na elaboração de normas que regulamentem a medicina do trabalho e medicina do esporte;

- Fiscalizar a imigração e a defesa sanitária das fronteiras portos aeroportos e meios de transportes internacionais; fiscalizar também dentro do país a política sanitária, referente aos produtos, equipamentos e instrumental, medicações, produtos medicinais, produtos alimentícios, inseticidas,

vinculados a saúde; garantir a qualidade da atenção médica, participando das normas e procedimentos que garantam a mesma;

- Participar da aprovação dos projetos de estabelecimentos sanitários das entidades privadas; coordenar, articular e complementar os sistemas de serviços de saúde do âmbito nacional, provincial e municipal, da seguridade social e do setor privado; fiscalizar os registros de estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos ou privados;

- Participar na atualização das estatísticas de saúde e dos estudos disponíveis, oferta, demanda e a necessidade, assim como o diagnóstico das situações necessárias para planificar as estratégias e ações em saúde; Participar dos estudos de epidemiologia, economia em saúde, gestão das ações de maneira a melhorar a eficiência e qualidade das organizações pública, assim como a participação na notificação epidemiológica; Promover a formação e capacitação dos recursos humanos destinados a área da saúde, bem como realizar a educação em saúde nas escolas de educação infantil para assim criar desde a infância uma consciência sanitária na população;

- Participar da formulação, promoção e execução dos planos inerentes a redução de desigualdade das condições de saúde da população, no marco do desenvolvimento humano integral e sustentável mediante ao estabelecimento de mecanismos participativos e na construção de consensos a nível federal, intra e intersectorial; Interferir de modo preventivo na diminuição da mortalidade por tóxicos e produtos químicos em todas as etapas do ciclo vital;

- Participar da elaboração e execução dos programas materno-infantil para assim, diminuir a mortalidade infantil; Participar dos planos de campanhas para erradicar doenças endêmicas, reabilitação dos doentes, incapazes e inválidos e a detecção e prevenção de doenças transmissíveis, programas de vacinação e imunização, extensivo as comunidades aborígenes; Participar de políticas e estratégias de promoção e desenvolvimento destinados a prevenir e corrigir efeitos adversos do ambiente sobre a saúde humana.

Segundo Dal Prá (2009) o desafio, no caso argentino, para a proteção à saúde é superar sua configuração a partir de enfoques assistencialistas e de controle, viabilizando a possibilidade de universalização de seu alcance a toda a população. Segundo o estudo de Almeida (2008, p. 101) na Argentina não há um sistema unificado de saúde que abarque a política de maneira ampliada incluindo a saúde do trabalhador. Cada Ministério tem uma responsabilidade pontual, ou seja, a Saúde é de responsabilidade do Ministério da Saúde, a saúde de quem trabalha é de responsabilidade do Ministério do Trabalho, as questões de previdência são de atribuídas ao Ministério da Previdência. Como se pode identificar há uma fragmentação nas ações destes órgãos. Entretanto, os trabalhadores, quando adoecem pelo trabalho ou sofrem acidentes de trabalho, buscam atendimento nos órgãos disponibilizados pelos três setores. O mesmo autor aponta que, nos próximos anos, o governo argentino deve se preocupar com a melhoria da saúde de toda a população e reduzir drasticamente as diferenças de cobertura entre a população. É inadmissível que os níveis aceitáveis de acesso aos cuidados dependam da posição social ou geográfica. A política deve ser voltada para o desenvolvimento dos vários componentes da atenção primária à saúde (especialmente de medicina preventiva), que deve atingir todos os cidadãos. Isso servirá para reverter as desigualdades e problemas apresentados que derivam do excesso de peso decorrente dos custos hospitalares e a falta de uma boa articulação das diversas instituições de redes de atenção.

Além disso, a reforma da saúde pública, articulada em um programa de atenção primária será o pilar sobre o qual repousará a integração do setor, que deve ser encarado, bem como outras políticas de reforma. Certamente, a efetiva consolidação dependerá das capacidades institucionais, das relações entre os setores, os recursos disponíveis e as relações dos diferentes atores.

As diretrizes atuais do governo argentino, ainda que não alterasse o núcleo duro da Constituição, evidenciam a preocupação com a ampliação da exclusão em saúde nos termos considerados pela Organização Pan-americana de Saúde (ARGENTINA, 2005). No âmbito de saúde contêm propostas de manter o espírito solidário do sistema; assegurar um conjunto de ações efetivas; priorizar políticas preventivas e não curativas; priorizar grupos de risco; assegurar medicamentos básicos e eficientes; ênfase em medicina social e comunitária; enfatizar a atenção primária em saúde como estratégia política e como ação intersectorial e rede social;

focalizar programas em grupos de risco; manter a independência dos Ministérios das 23 Províncias (PRESIDENCIA DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2011).

Nos últimos anos, segundo Dal Prá et al (s.d.), com o desenvolvimento de novos programas e normas sanitárias, o Estado Nacional não tem marcado presença suficiente na coordenação dos processos normativos prejudicando a qualidade e eficiência do sistema de saúde. A ausência regulatória estatal diante da estrutura fragmentada do sistema de saúde fez surgir a necessidade de reforma do Ministério da Saúde, partindo da análise das debilidades organizacionais e institucionais, participando de forma mais ativa na promoção e regulação do sistema. Entendeu-se que o Estado, através da Superintendência de Serviços de Saúde teria que impor maior rigor a regulação do sistema de seguridade nacional e sanar a debilidade de regulação do sistema privado, definindo quais organizações deveriam fiscalizar as normas básicas de funcionamento deste mercado.

A provisão de serviços de saúde, tradicionalmente feita pelo setor público, seguridade social e setor privado, apresenta crônicos problemas de falta de integração, coordenação e articulação, o que impede a conformação de um verdadeiro “sistema” de saúde, acarretando problemas ao uso mais eficiente dos recursos, tanto financeiros como físicos, e ao alcance de níveis aceitáveis de equidade no acesso (JUNIOR et AL, 2006). Além da falta de integração, adverte o mesmo autor, no âmbito de cada setor há um elevado grau de fragmentação: os segmentos nacional, provincial e municipal do setor público não têm o necessário grau de coordenação; a seguridade social, tanto no tocante às obras sociais nacionais como provinciais, apresenta um grande número de instituições bastante heterogêneas em relação ao porte, à capacidade de prover as coberturas mínimas definidas, aos recursos disponíveis e às formas de operação; o setor privado inclui instituições e serviços de características muito distintas. Para enfrentar esses problemas, uma das soluções aventadas é reforçar, no âmbito do setor público, as funções de comando e de regulação, de forma pactuada, entre Ministério da Saúde, províncias e municipalidades.

No campo das obras sociais, a despeito das possíveis resistências, a tendência parece ser a de prosseguimento do processo de fusão/descredenciamento das obras sociais com poucas condições de funcionamento, diminuindo a fragmentação. O aperfeiçoamento do PMO – Programa Médico Obrigatório é um caminho para diminuir as desigualdades no acesso aos

serviços, assim como a instituição de mecanismo de repasse às obras sociais de valor per capita ajustado ao risco da população coberta e o reforço de instrumentos de repartição solidária entre as obras sociais do financiamento das doenças catastróficas.

Com relação à medicina pré-paga, a grande discussão política é sobre sua efetiva integração ou não ao sistema de saúde nas mesmas condições das obras sociais. De qualquer forma, diante dos riscos da não-regulamentação corroborado pelo aumento do número de ações judiciais para dirimir conflitos entre usuários e instituições de medicina pré-paga, é bem possível que as resistências do segmento a uma maior regulação da atividade, por parte das autoridades de saúde, diminuam no curto ou no médio prazos.

O quadro que se segue mostra os objetivos para

Quadro 6 - Objetivos de Desarrollo del Milenio seleccionados: indicadores y metas, Argentina, 2007, 2011 y 2015.

Indicador	Dato de referencia		Último dato disponible		Metas		
	Año	Valor	Año	Valor	2007	2011	2015
Mejorar la salud materna (ODM 5) TMM por 100.000 n.v.	1990	52,0	2004	40	3,7		1,3
% de nacidos vivos asistidos por médico o partera	1990	96,9	2004	99,0	99,0		99,0
Coefficiente de Gini para la TMM	1990	0,346	2004	0,303	0,344		0,311
Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)							
Tasa de prevalencia de VIH en embarazadas entre 15 y 24 años (%)	2000	0,64	2003	0,39	0,35		0,32
Tasa de prevalencia de uso de preservativos en jóvenes de 15 a 24 años (%)			2003	61,0	67,0		75,0
Tasa de mortalidad por VIH/Sida (por 100.000 hbts.)	1990	0,9	2003	4,2	3,8		3,5
Tasa de incidencia de VIH/Sida (por 100.000 hbts.)	1990	17,0	2003	49	42,0		37,0
Tasa de morbilidad por TB (por 100.000 hbts.)	1990	38,1	2003	32,0			23,1
Tasa de mortalidad por TB (por 100.000 hbts.)	1990	4,26	2003	2,4	2,1		1,21
% de casos de TB detectados y curados con TAES	1989	64,6	2003	77,6	82,0		90,0
Tasa de mortalidad por paludismo (por 100.000 hbts.)	1990	0,0	2004	0,0	0,0		0,0
% de pob. de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prev. y tto.	1990	100,0	2004	100,0	100,0		100,0
Índice parasitario anual (por 1.000 hbts.)	1990	0,765	2004	0,057	< 0,1		< 0,1
% de provincias endémicas que certificaron la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas	2001	21,1	2004	26,3	42,1		100,0
Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7)							
Superficie cubierta con bosque nativo (%)			2002	11,60	11,2		11,3
Superficie total del territorio protegido para mantener la biodiversidad (%)			2003	6,30	7,3	8,3	> 10
Toneladas equivalentes de petróleo para generar US\$ 1.000 del PIB			2003	0,2	0,2	0,2	—
Participación de las fuentes renovables en la OTEP (%)			2003	9,90	9,9	> 10	> 10
Población con acceso a agua potable de red pública (%)					80,8	82,4	> 84
Población con desagües cloacales (%)					47,9	51,5	> 55
Hogares en vivienda deficitaria en situación de tenencia irregular (%)			2005	6,4	5,6	4,8	3,9

O financiamento do sistema de saúde argentino provém de diversas fontes, demonstradas a seguir:

- *Estado Nacional* – (administração central e organismos descentralizados) recursos advindos fundamentalmente do orçamento nacional;
- *Estados Provinciais e Cidade de Buenos Aires* – recursos provenientes da co-participação federal de impostos, da arrecadação de tributos próprios e transferência do Estado Nacional;
- *Municípios*: possuem recursos da co-participação provincial e de tributos locais;
- *Obras Sociais Nacionais* – financiamento proveniente de *aportes* dos trabalhadores e contribuições patronais;
- *Obras Sociais Provinciais* - financiamento proveniente de *aportes* dos trabalhadores e contribuições patronais e, em alguns casos, contam com *aportes* dos governos provinciais;
- *Instituto Nacional de Seguridad Social y Jubilaciones y Pensiones (INSSyJ)* – *aportes* dos trabalhadores ativos e pasivos e contribuições patronais;
- *Los ingresos hogarenõs* – financiam o gasto do *bolsillo* familiar destinado à aquisição de seguros voluntários e ao pagamento de co-seguros, co-pagamento e compra direta de bens e serviços; “Todos los agentes del seguro de salud (financiadores) deben garantizar a sus beneficiarios un conjunto de prestaciones esenciales, el cual está reglamentado por el *Programa Médico Obligatorio (PMO)* y el *Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)*” (ARGENTINA, 2007).

O investimento do governo na prevenção das enfermidades, ou mesmo na educação em saúde, é muito intensa, a indagação que fica é se todo este investimento em saúde trará retornos positivos a médio prazo, melhorando os indicadores em saúde e a qualidade de vida dos argentinos.

Quadro 07: Principais características do sistema de saúde da Argentina

Tipo de Sistema	Competição gerenciada → Seguros Saúde → Seguro (Obras Sociais) → Plano Médico Obrigatório (PMO)
Acesso/Cobertura	Segmentado →48% Público → 47,2% OS → 4,8% Privado
Regulação/Gestão	→Ministério da Saúde →Descentralização para províncias
Organização	→Atenção Primária da Saúde (APS) em alguns municípios → Público ou privado: hospitais, apoio, diagnóstico e ações terapêuticas
Modalidade de Prestação	→ Mix Público-Privado
Financiamento - Contribuições empregado e empregador	→Impostos →Seguros privados →Pagamentos diretos
Setor Privado	→Seguros Privados não-regulados → (OS) Regulada pelo PMO e (1995)

FONTE: SACARDO, (2009).

4.2 Paraguai

O Presidente eleito no Paraguai, Fernando Lugo, em 2008. Sucede Nicanor Duarte, do Partido Colorado, partido este que estava no poder há mais de seis décadas. Segundo o *Plan Estratégico Económico y Social 2008-2013* (2008), é um grande progresso no desenvolvimento democrático, também expressando uma mudança na consciência pública. O governo foi eleito com o compromisso de impulsionar o desenvolvimento com igualdade de oportunidades para todos e para todas e fortalecer a soberania nacional. Isso implica em retificar tendências históricas seculares, promover o crescimento econômico sustentável e inclusivo, uma política tributária justa, encorajar a responsabilidade fiscal, aumentar o investimento em capital físico e humano e adaptar as instituições de Estado que podem realizar os ideais constitucionais de Estado Democrático e Social de Direito. Envolve também a remoção de barreiras que impedem o desenvolvimento das Instituições: clientelismo, regalias, corrupção, baixa eficácia, baixa eficiência e o baixo descrédito na administração pública.

No mesmo material de Plano de Estratégias diz que o país, em diagnóstico anterior a posse de Lugo, apresentava um baixo desenvolvimento humano e um crescimento econômico lento. Esta situação forma um círculo vicioso que tem como causa e o que reproduz indefinidamente o déficit das capacidades de empreendimento, desenvolvimento institucional e insuficiente e irrelevante sistema de incentivos. Falhas crônicas do mercado, falhas da administração do Estado, pouco desenvolvimento da infra estrutura e distribuição de renda, que conspiram contra o bem-estar da população, contra a estabilidade social e contra a governabilidade a longo prazo.

A curto prazo o Paraguai, traçou alguns planos direcionados a todos os assuntos que traziam problemas que já foram mencionados nos parágrafos anteriores, o que se pensou para a saúde é o seguinte:

- Fortalecimiento y consolidación del Sistema de la Salud Pública y Seguridad Social, moderno, eficiente y transparente.
Objetivos: - Universalización de la gratuidad del acceso a los servicios de salud;
-Expansión universalizante de la Seguridad Social.
Responsables: - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Instituto de Previsión Social; Ministerio de Hacienda

Recursos Necesarios: - Decisión Política de asignación Presupuestaria creciente para estos sectores

Acciones Claves:- Desplegar y descentralizar programas de salud en todo el territorio nacional; - Diseñar un plan de integración paulatina de excluidos en los programas y servicios que comprende la seguridad social

- Incremento de la cobertura de los servicios de salud en atención primaria, redes de servicio y seguridad social:

Objetivo: Instalación de los 200 equipos de atención de la familia y fortalecimiento de la red de servicios especializados en departamentos priorizados

Entidad Responsable: Ministerio de Salud Pública y articulado en el gabinete social.

Recursos Necesarios: Recursos Humanos, técnicos, financieros, de infraestructura, insumos, equipos, cooperación internacional

Acciones Clave: - En todo lo propuesto se deberán incluir acciones de seguimiento y evaluación y un programa de comunicación efectivo (GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE PARAGUAY, 2009).

Meta do *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social* é implementar um Sistema Nacional de Saúde único, universal, integral, inclusivo e solidário com equidade e participação social.

No tocante à Atenção primária enfatiza o compromisso com “*Las Unidades de Salud de la Familia forman parte de la **Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)**, que plantea un nuevo paradigma en el modelo de atención. Esta estrategia es el eje principal que articula al Sistema Nacional de Salud, compuesto por redes integradas de servicios de salud. Las Unidades de Salud de la Familia*” (INFORME DE GESTION ANUAL, 2010). O Ministério da Saúde do Paraguai, no que diz respeito às questões no portal para visualização de todos, estão as campanhas em voga, como campanhas para a prevenção a Dengue, Influenza, contra o Câncer de Mama, entre outros. Estão comprometidos também com uma revista sobre SAÚDE: La Revista Paraguaya de Epidemiología, que pretende constituir uma plataforma para difundir os avanços na área de epidemiologia, metodologias de investigação e artigos científicos de todos os níveis de gestão. Existe também um Observatório Paraguayo de Recursos Humanos em Saúde, tem por finalidade a articulação,

produção e análise de informação sobre a situação e tendências dos recursos humanos do setor da saúde. Há a atualização através de Boletins Epidemiológicos que podem ser acessados por qualquer cidadão.

Atualmente o sistema de saúde paraguaio está conformado pelos seguintes subsetores: Público – constituído pelo Ministério de Saúde Pública e Bem Estar Social, a Sanidade das Forças Armadas, a Sanidade Policial e Municipal e o Hospital de Clínicas da Universidade Nacional; Paraestatal – representado pelo Instituto de Previsión Social; e Privado – que possui maior cobertura na capital Assunção e nas principais cidades (GARCIA, 2008 apud, DAL PRÁ, 2009).

O financiamento público para a saúde tem diminuído nos últimos cinco anos, a *“asignación presupuestaria para salud constituye el 7 % del presupuesto general de gastos de la nación, la más baja dentro de las asignaciones al gasto social, en relación a educación que tiene asignado el 22 %”* (BEJARANO, 2008, p. 285, APUD Dal Prá, 2009). Além da diminuição dos recursos, a centralização do financiamento e sua inadequada redistribuição repercutem na cobertura efetivas da saúde e no acesso da população mais vulnerável comenta Dal Prá (2009).

Dal Prá e Castamann (2004) revelam que no que se refere às estratégias e fontes de financiamento, o reordenamento das ações da política de saúde estabelece um replanejamento do esquema atual. Através de um plano estratégico busca identificar as fontes financeiras do setor, assim como, os diferentes mecanismos para mobilizar recursos para a saúde de tal forma que se consiga incrementar a participação do gasto público em saúde no PIB a níveis adequados. A estratégia prevê a implementação de um sistema de custos com base na produtividade dos serviços, a fim de racionalizar os gastos nos serviços de saúde; a execução eficiente dos diferentes créditos com financiamento externo e a busca de outros projetos orientados a apoiar os delineamentos das políticas propostas; solicitar o apoio da Cooperação Internacional em Saúde para trabalhar coordenadamente no desenvolvimento dos recursos humanos e tecnológicos, em função das necessidades de cobertura, qualidade, eficiência e equidade. Serão incentivados estudos de viabilidade e factibilidade sobre o asseguramento dos serviços de saúde a população, com financiamento público, privado e da seguridade social.

As mesmas autoras revelam que o direito à saúde aparece, no discurso constitucional, através da universalidade do direito e da garantia do pleno acesso

aos serviços, sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação, mas na prática, as políticas estabelecem programas focalistas, destinados a segmentos específicos da população, a mais carente.

Mais ainda, as autoras referem que a situação atual da saúde no Paraguai reflete o caos provocado pela globalização econômica, e pela não-globalização dos direitos sociais. O melhoramento da saúde em longo prazo dependerá de um crescimento econômico equitativo, da aquisição de poder efetivo por parte dos grupos vulneráveis, da ênfase no desenvolvimento integral da mulher e do acesso aos meios de vida sustentáveis e de uma melhor educação. Nas reformas no setor de saúde, ainda que o direito à saúde permaneça garantido na expressão da lei, através da Constituição do Paraguai, podemos notar desvios e alterações quanto a sua forma de concepção e implementação. O Estado reestrutura o sistema de saúde na proposta de reorganização e descentralização dos serviços, passando aos municípios a responsabilidade da prestação e da execução desses, porém, não disponibiliza recursos financeiros, técnicos e humanos necessários para a gestão de tais serviços. Em especial, no Paraguai, o setor de recursos humanos encontra-se muito defasado, dificultando a implementação e a operacionalização dos programas. Outro documento oficial, *Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020* (2009)., salienta que:

El sistema de **salud** está segmentado y presenta una alta fragmentación. Existe un alto número de programas y acciones que apuntan principalmente a la atención misma, con varios organismos ejecutores, sin la adecuada coordinación interinstitucional (Ministerio de Salud, Instituto de Previsión Social, Fuerzas Armadas, Policía, Universidades, entre otros). Además, existen déficits importantes en términos de recursos humanos, sobre todo en los primeros niveles de atención (Puestos y Centros de Salud), lo cual distorsiona la red de servicios, que se centra en La atención hospitalaria

Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020 (2009).

No que se refere as características de forma resumida da saúde do Paraguai, segue quadro explicativo:

Características do Sistema de Saúde do Paraguai

Características	Paraguai
Tipo de Sistema	Competição gerenciada →IPS (Instituto de Previsión Social) → MSPyBS
Acesso/Cobertura	Segmentado →44,9% Público →48,1% IPS → 7% Privado
Regulação/Gestão	→ MSP y BS → Descentralização (em processo)
Organização	→ -APS em alguns municípios (2006) Incipiente →Público ou privado: hospitais, apoio diagnóstico e ações terapêuticas
Modaliade de Prestação	→ Mix Público-Privado
Financiamento - Contribuições empregado e empregador	→Contribuições empregado e empregado →Impostos →Seguros privados
Setor Privado	→Seguros não regulados

Fonte: SACARDO (2009).

4.3 Uruguai

Para presidência do Uruguai foi eleito José Alberto Mujica Cordano, do partido de centro-esquerda *Frente Ampla*, foi empossado em março de 2010. Porém quem estava no governo era seu correligionário.

La Constitución de la República establece que el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas y que proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. El Ministerio de Salud Pública es el organismo responsable de establecer normas y regular el sector, desarrollar programas preventivos y administrar sus servicios asistenciales (OPAS, 2009).

O Ministério da Saúde Uruguia tem como missão e visão:

- Estabelecer as políticas e as estratégias para o cumprimento das funções essenciais de saúde pública, de modo a assegurar a saúde coletiva como um direito humano básico e um bem público sob responsabilidade do Estado.
- Orientar o funcionamento do Sistema Nacional Integrado de Saúde de acordo com o modelo de atenção e gestão embasados nos princípios de atenção primária em saúde

Visão:

- Promover a saúde da população através de uma estrutura institucional transparente, eficaz e inclusiva, com dedicação ao serviço, para o exercício adequado da gestão da saúde, fazendo com que um modelo de atenção baseado na prevenção, que promova na população o cuidado em saúde e uma atenção sanitária contribua para uma melhor qualidade de vida (MINISTÉRIO DE SAÚDE DO URUGUAI, 2011).

O governo anterior (2005-2009) foi marcado por grandes reformas, que teria início o Sistema Nacional Integrada de Saúde (SNIS). Estas reformas significaria uma guinada orientação das políticas de saúde, que apontavam para a ampliação da cobertura da saúde, a melhora na equidade e na equidade da alocação de recursos, das novas regulamentações destinadas a controlar a qualidade e eficiência no setor da saúde. Em resumo, se gerou um enfoque político que visa atender as demandas sanitárias que gerou um novo perfil demográfico e epidemiológico no país. Estas mudanças nas políticas de saúde implico que o Ministério de Saúde Pública (MSP) assuma o seu papel como “supremo” de todo setor de saúde, depois de décadas

negligenciando o exercício dessa importante função. Assim, o Ministério tem o desafio de realizar a segunda etapa da reforma da saúde. Ele deve consolidar as realizações no primeiro período de governo, avançando no desenvolvimento do SNIS, apontando para a sua universalização e a ampliação dos níveis de qualidade, equidade e eficiência. Para isto é essencial para fortalecer a liderança do Ministério no setor da saúde em todo o país, de modo a garantir o acesso à saúde para todos os cidadãos.

Quanto ao que se encontra no portal virtual do país, temos links que direcionam para áreas com informações sobre Promoção de Saúde, Materiais educativos em Saúde, Bom Uso de Medicamentos além disso temos uma área para os usuários, divulgando os direitos em saúde, aos cidadãos.

É feito chamadas para a importância da Vacinação, para a Prevenção sobre o Câncer de Mama, sobre a Dengue. Para completar temos uma área que chama-se Sistema de Cuidados que explica, que o cuidado é uma função social que implica na promoção, na atenção, assistência a pessoas deficientes, dependência esta, que pode ser transitória, permanente ou crônica. Ou também associada ao ciclo de vida das pessoas, estes cuidados são um componente central para o desenvolvimento do tecido social. Sem pessoas que realizem cuidados umas as outras não seria possível a reprodução social e o desenvolvimento pleno das capacidades individuais.

Depois de transcorrido um ano de governo, superado o processo de conformação das equipes e elaboração da planificação de projetos a serem desenvolvidos, o Ministério identificou dez linhas de orientação para as ações de suas equipes.

Os objetivos estratégicos MSP para 2011-2012 estão pontuados a seguir:

1. Ampliación y consolidación del Seguro Nacional de Salud. Se espera que en 2012 tengamos un empuje importante en cuanto a las incorporaciones al Seguro Nacional de Salud. Para 2011 el desafío se concentra en torno al control de la accesibilidad a las prestaciones de salud, lo cual implica: reducir el peso económico de tickets y órdenes, definir estándares de calidad en la provisión de servicios y tiempos de espera, incorporación de nuevas prestaciones, entre otras acciones.
2. Incorporación de nuevas prestaciones y desarrollo de los mecanismos de control de calidad del Plan Integral de Atención de Salud (PIAS) del SNIS. Para esto es fundamental: ampliar las exigencias de la JUNASA en torno a los Contratos de Gestión e impulsar la complementación asistencial en el SNIS. Durante 2011 se deberá avanzar en la implementación de las prestaciones de Salud Mental, tal cual fueron definidas para los grupos de población priorizados.
3. Implementación de un Nuevo Enfoque Programático, que conduzca la transformación del modelo de atención y de gestión del SNIS. Esto implica la generación de planes quinquenales de salud en áreas priorizadas de desarrollo sanitario. Durante 2011 el MSP realizará el primer Foro Nacional de Salud, en el cuál se discutirán y validarán los contenidos de los planes quinquenales de salud en las siguientes áreas: Perinatal y Primera Infancia; Escuelas Promotoras de Salud; Juventud en Uruguay; Salud Mental; Calidad de Vida, Deporte y Salud; Sexual y Reproductiva; Salud en el Medio Rural; Planes de Impacto en Salud (Sífilis congénita, prevención de suicidios, violencia).
4. Promover el fortalecimiento del primer nivel de atención en el SNIS, a través de la constitución de equipos de salud de referencia, a través de los cuales sereconstruya la relación entre los usuarios y el personal de la salud. La JUNASA ajustará la meta “Médico de Referencia”, como primer paso para la

- constitución del equipo de salud de referencia, en la cual deberá estar considerado el personal de Enfermería y los otros profesionales de salud.
5. Contribuir a conformar una política de formación de recursos humanos para todo el SNIS. Aquí es fundamental el funcionamiento de la Comisión Mixta, que funciona como enlace entre el MSP y la Universidad de la República, en donde se discuten prioridades sanitarias y orientaciones para la formación del recurso humano en salud. Esto se acompañará con la puesta en funcionamiento de un Observatorio de los RRHH en Salud, que servirá como generador de información y análisis, pero también como punto de enlace entre los diversos actores que inciden en la formación del recurso humano.
 6. Avanzar en la construcción de la Rectoría sanitaria en todo el país, a través de la descentralización de las funciones ministeriales, llegando en su rol de Policía Sanitaria y Rector Sectorial a todos los lugares del país. Para esto es fundamental el rol de la Unidad coordinadora de la Descentralización, que apoyará técnica y políticamente el accionar de las Direcciones Departamentales de Salud (DDS). Las DDS son el Ministerio de Salud en el departamento, la representación directa del Ministro en el territorio. Durante 2011 las DDS trabajarán fuertemente en los Planes Departamentales de Salud, promoviendo la articulación intersectorial e interinstitucional de las políticas en el territorio, apoyar a la JUNASA en el monitoreo del funcionamiento local del SNIS, ajustar la Vigilancia Epidemiológica al perfil local, trabajar con los planes quinquenales de salud y promover el Foro Nacional de Salud, entre otras.
 7. Democratizar el Sistema de Salud, a través del desarrollo de los mecanismos de Participación Social que prevén las leyes que estructuran el SNIS. Durante 2011 el MSP, con el apoyo de la Corte Electoral, organizará las elecciones nacionales de los representantes sociales en los Consejos Consultivos de los Prestadores Integrales de Salud. También se organizará, de manera simultánea a la anterior, las elecciones departamentales de los Consejos Honorarios y Consultivos de la JUNASA (juntas de salud locales), que será una apoyatura fundamental para la gobernanza local del SNIS. También en 2011 se promoverá la formación de las Comisiones de Bioética en todos los

prestadores de salud, integrales o parciales, que estarán integradas por técnicos y representantes de usuarios y trabajadores.

8. Promover la incorporación de las Tecnologías de la Salud, de acuerdo a estándares técnicos y criterios de política sanitaria. Para ello, durante 2011, fortaleceremos el espacio de evaluación de tecnologías, en sus aspectos sanitarios y económicos, consolidando esta importante función de la Rectoría ministerial.
9. Modernizar la estructura del Ministerio de Salud, a través de un nuevo diseño organizacional, implementación sistemática de las tecnologías de la comunicación y la información, y el desarrollo de un programa de mejora de la calidad y la eficiencia de los procesos administrativos y de relacionamiento con la ciudadanía. Detrás de este proceso de fortalecimiento del Estado, el objetivo de política sanitaria es el de consolidar la Rectoría Ministerial en sus tres ejes organizacionales: DIGESA, DIGESNIS, DIGESE-UPE.
10. Fortalecer el marco de formulación de políticas públicas intersectoriales, que operen sobre los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, en el Gabinete Social, que es un ámbito de coordinación muy relevante, que ha permitido generar grupos de trabajo como el Plan Juntos, Sistema de Cuidados, Dialogo de Seguridad Social, ENIA, etc. El MSP mantendrá su presencia, a través del Ministro y el Subsecretario de Salud, renovando el apoyo de nuestros grupos técnicos a estas iniciativas de acción intersectorial e interinstitucionales, para incidir positivamente en la calidad de vida de los uruguayos.

Fonte: Ministério de Saúde Pública do Uruguai, 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano é complexo e plural, cognoscente, sócio-político-cultural, com aptidões para produzir, construir, aprender, conhecer, evoluir em busca do exercício da sua cidadania e conquista de sua autonomia. Na sua incompletude, busca o conhecimento como forma de superação de seus limites, reconhecendo sua interdependência e se fortalecendo pelas relações, interações e associações com seus pares e recursos da natureza (ERDMANN, 2006).

Há uma grande preocupação com a saúde, de forma geral e como ela vem sendo discutida e delineada, principalmente pelos organismos internacionais, União de Nações Sul-Americanas –UNASUL, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - CEPAL, Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, entre outras entidades, que sempre estão desenvolvendo estudos, investigando as estratégias utilizadas, dando um incentivo a produção dos mesmos e para que sejam realizadas melhorias na qualidade de vida e qualidade da saúde.

Houve dificuldade em encontrar materiais, artigos, documentos, que trouxessem as mudanças nos países em estudo de forma clara, pontual. Alguns autores traçam como vem sendo feita a “saúde” nestes países, porém, ainda em número reduzido. O que proponho na conclusão é trazer o que vem sendo pensado, para realizar as mudanças que estão teoricamente traçadas e sendo implementadas. E logo, as propostas para os anos vindouros, estabelecendo metas de melhorias para uma saúde efetiva.

Nos últimos cinco anos, os países vêm alterando infraconstitucionalmente alguns aspectos dos sistemas nacionais de saúde em decorrência do agravamento da situação de saúde da população, expressos de forma inequívoca nos indicadores de saúde, conseqüência imediata dos reajustes macroeconômicos praticados na região na década de 1990. Os estudos de 2002 da Organização Pan-americana de Saúde constataram que 46% da população do continente sul-americano não contam com seguro-saúde, 27% não têm acesso sequer à atenção básica e 17% dos nascimentos não tem assistência qualificada (Escamilla, 2005 apud Nogueira & Dal Prá, 2006).

Os países em estudo têm seus sistemas nacionais de saúde organizados essencialmente em seguros privados e ações limitadas de saúde financiadas pelo setor público. O atendimento público restrito a segmentos específicos da população, como é o caso dos indigentes e carentes no Uruguai, ilustra essa realidade quanto

às diferenças nos aspectos financeiros, conforme descrevem Nogueira & Dal Prá (2006).

Simionatto (2000) revela que nestes países vêm ocorrendo, a partir das reformas, sob orientação dos organismos internacionais, mudanças significativas nas formas de intervenção do Estado, principalmente no tratamento da gestão pública e no desenho das políticas sociais. Delineia-se, assim, um modelo seletivo de proteção social nos chamados *target groups*, constituídos pelos segmentos populacionais mais pobres, conforme indica a programática das políticas setoriais.

Na Argentina, recentemente, com o desenvolvimento de novos programas e normas sanitárias, o Estado Nacional não tem marcado presença suficiente na coordenação dos processos normativos prejudicando a qualidade e eficiência do sistema de saúde (DAL PRÀ e CASTAMANN, 2004).

López (2006) refere-se a saúde argentina:

No cabe duda que, el modelo porque está transitando la salud argentina responde claramente a los lineamientos del modelo neoliberal que, aunque cuestionado, sigue transitando a nivel internacional, con ello el modelo universalista no parece tener retorno, aún cuando hoy se intenta un sistema único, lo principios del mismo siguen estando atados a la focalización, a la selectividad de un grupo cada vez mayor de población los sectores pobres y empobrecidos.

Em relação ao Paraguai, a situação de vulnerabilidade social na qual se encontra a maioria da população favorece a não percepção da saúde como um direito, levando que a população não reivindique o acesso a serviços de boa qualidade oferecidos pelo sistema público de saúde. A reforma do sistema nacional de saúde paraguaio ainda deve enfrentar alguns desafios importantes, como assinala Acuña (2007, p. 31):

- Falta de cobertura básica de saúde para a maior parte da população;
- Iniquidade e segmentação por ingresso;
- Preços de prestações, medicamentos e insumos não regulados;
- Debilidade da autoridade sanitária;

- Inexistência de um marco regulatório para o sistema em seu conjunto, tanto na provisão como no asseguramento;
- Falta de sistemas de informação adequados e elevado gasto direto em saúde.

Apesar do sistema de saúde do Uruguai contar com alternativas para implementação de políticas de saúde, tanto com auxílio de serviços públicos como privado, alguns entraves impedem que se atinja alta eficiência na operação dos mesmos. Entre os principais problemas estão a falta de coordenação entre todos os prestadores de saúde, mudança no perfil epidemiológico, predominância da medicina curativa e a progressiva expansão da cobertura em saúde para setores cada vez maiores da população (DAL PRÁ E CASTAMANN, 2004.). As mesmas autoras ainda acrescentam que os problemas das despesas crescentes em saúde, o aumento da desigualdade na prestação de serviços, assim como a eventual desproteção generalizada dos setores com menos recursos, têm motivado e continuam motivando diferentes planos de reforma. Os objetivos de reforma podem ter impactos contraditórios: por exemplo, pode-se restringir a despesa do governo em saúde, incrementando as despesas individuais do usuário, ou restringir os rendimentos dos prestadores de serviços do sistema.

Para dar um fechamento quanto ao caminho que vem seguindo os países em estudo, nesta conclusão, trago o que vem sendo pontuado pelos organismos internacionais para mudanças para os próximos anos. No documento *“Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017”*, que tem compromisso com o diálogo e a ação conjunta entre todos os atores da sociedade em âmbito local, nacional, subregional e regional para promover e progredir para alcançar os objetivos regionais de saúde através das áreas de ação da Agenda de Saúde para as Américas. Onde os governos da Região das Américas estabelecem conjuntamente um Agenda de Saúde para orientar a ação coletiva dos parceiros nacionais e internacionais interessados em contribuir para melhorar a saúde dos povos da região das Américas ao longo da próxima década. Traçam assim pontos a serem melhorados e reformulados e objetivos, para efetiva mudança, resumidamente mostrados a seguir:

- Houve uma desaceleração no crescimento da população em todos os países das Américas, ao mesmo tempo em que a proporção de pessoas maiores de 60 anos vem aumentando progressivamente (DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS, DIVISÃO DE POPULAÇÃO DAS

NAÇÕES UNIDAS, 2002). Isso impõe a necessidade de adotar medidas para responder às mudanças no perfil epidemiológico, associadas a uma população que está envelhecendo.

- No que se refere aos sistemas de saúde, não se conseguiu superar sua segmentação e persistem deficiências graves no desempenho das políticas de financiamento da saúde. Percebe-se uma situação de alta vulnerabilidade, refletida no fato de que alguns países apresentam um nível de gasto insuficiente em saúde, outros têm grande dependência de recursos externos e as despesas por conta própria aumentam na maioria dos países. Isso tudo atinge com maior intensidade as populações mais pobres. A alocação de recursos continua, em geral, desvinculada dos resultados e do desempenho dos serviços. Frequentemente, as decisões não são sustentadas na análise sistemática do conhecimento e das lições aprendidas, e não se leva em conta a diversidade cultural existente. A gestão clínica é ainda insuficiente e não se têm privilegiado ações de saúde pública. A prestação de serviços de saúde é caracterizada pelo predomínio do modelo curativo, centrado nos hospitais e na atenção individual, relegando a um segundo plano a atenção primária e os serviços de saúde pública. Esse modelo não dispõe de mecanismos de coordenação de serviços em rede nem incorpora adequadamente a promoção da saúde.
- Os processos de reforma do setor da saúde promovidos na década de 1990 na América Latina e no Caribe concentraram sua atenção em aspectos financeiros e organizacionais, deixando margem aspectos essenciais da saúde pública. Esses processos enfraqueceram o papel do Estado em áreas fundamentais, registrando-se um declínio sustentado da capacidade dos Ministérios da Saúde para o exercício da sua função condutora e do desenvolvimento das funções essenciais da saúde pública.
- Na América Latina e no Caribe, o investimento em ciência e tecnologia aplicada à saúde tem sido caracterizado pela ausência de agendas explícitas de pesquisa orientadas pelas necessidades determinadas na elaboração de políticas baseadas em evidência, bem como pelo pouco desenvolvimento de mecanismos de financiamento para satisfazer essas necessidades.
- O panorama da situação e das tendências da saúde e de seus determinantes na Região das Américas revela uma necessidade de elaborar estratégias

para reduzir as desigualdades existentes entre os países assim como as desigualdades internas. Essas estratégias devem permitir continuar avançando no sentido da proteção social da população, mediante sistemas de saúde baseados na estratégia de atenção primária da saúde e políticas de Estado saudáveis, construídas com a participação da comunidade e conduzidas por autoridades de saúde firmes e respeitadas. Dentro dessa perspectiva, esta Agenda identifica oito áreas de ação. Estas são, por definição, amplas, e estabelecem princípios e orientações para os países e a comunidade internacional sem tentar fixar prioridades, já que estas serão determinadas por cada país em função de sua problemática própria e disponibilidade de recursos.

As áreas de ação e pontos com maiores problemas foram citados e contemplados com as seguintes intenções de ação:

- Ao se promover um maior investimento em saúde, deve-se consolidar um sistema de prestação de contas efetivo, eficiente e transparente, que apóie a captação de recursos e observe sua correta gestão. Nesta mesma linha, identifica-se a necessidade de que a Autoridade Sanitária Nacional fortaleça sua capacidade de planejar, administrar e coordenar o uso de recursos tanto de origem nacional como provenientes da cooperação externa em saúde.
- Será crucial enfatizar a estratégia da atenção primária da saúde, a fim de avançar rumo ao acesso universal e eqüitativo à atenção de saúde nas áreas rurais e periurbanas marginalizadas, onde os serviços são praticamente inexistentes. Esses serviços devem ser culturalmente aceitáveis e incorporar adequadamente as práticas tradicionais locais comprovadamente inócuas e, na medida do possível, efetivas.
- Propõe-se favorecer o desenvolvimento de sistemas de saúde próprios dos povos indígenas, paralelamente à sua inclusão no sistema nacional de saúde. O fortalecimento dos sistemas de referência e contra-referência e a melhoria dos sistemas de informação de saúde no plano nacional e local facilitarão a prestação de serviços de forma integral e oportuna.
- A fim de melhorar a cobertura efetiva da população, será necessário aumentar a prestação de serviços eficazes e eficientes. Isso requer incorporar as evidências na definição das práticas e melhorar a capacidade de gestão dos serviços e, simultaneamente, manter o compromisso de reorientar os

serviços de saúde para modelos de atenção que favoreçam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e que tenham uma orientação familiar e comunitária. O controle de qualidade é uma demanda transversal a todo o sistema e serviços de saúde.

- É preciso fortalecer a pesquisa para melhor entender a relação entre os determinantes da saúde e suas conseqüências, selecionar intervenções e identificar os atores para formar alianças ou influir por meio da política de Estado. Diante de situações que ameaçam a segurança sanitária, os países das Américas e as organizações internacionais devem colaborar solidariamente com as autoridades nacionais para responder de forma rápida e efetiva em benefício da população.

Em resumo, pode-se concluir que depois de realizadas leituras sobre o assunto, que a saúde, nos países deste estudo, é o reflexo de várias mudanças, na história dos mesmos, dos cenários apresentados ao longo de seu desenvolvimento. E que ainda sofrerão mudanças e se realizarão com isso, mais mudanças e assim sucessivamente, dependendo da política, do social, dos fatores econômicos e etc. Claro que ainda há problemas na saúde, com isso encontra-se desafios e percebe-se que, para melhorar a qualidade do sistema de saúde, é de fundamental importância, se instituir vários fatores: o setor público deve estabelecer melhores objetivos para a saúde, um financiamento estruturado para atender este sistema, igualdade dos serviços oferecidos e preparar/qualificar os profissionais. Por fim que exista uma coordenação que integre estes pontos para melhor visão da evolução, podendo assim ser mais efetiva as manobras para uma saúde melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUELAFIA, E, et AL. "Who Decides on Public Expenditures? A Political Economy Analysis of the Budget Process: The Case of Argentina." Cippec-IADB. Mime. 2005.

ACUÑA, C. **Evolucion y reforma de los sistemas de proteccion de la salud en los países del Mercosur y en Chile.** Disponível em:
http://www.fes.org.ar/Publicaciones/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcunia.pdf.
Acessado em 06/Fev/2007.

AGENCIA CENTRAL DE INTELIGÊNCIA – CIA Disponível em:
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ar.html#top>.
Acessado em 05 de maio de 2010.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol.** 4Vol. 3, Nº 1-3, 2000

ARAÚJO, A. A et al. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética** 16 (1): 117 – 24, 2008.

ARGENTINA. 2008. Disponível em:
<http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.dhtml?pagina=41>. Acessado em 05 de abril de 2010.

ARGENTINA. 2010 Disponível em:
<http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.dhtml?pagina=356>. Acessado em 05 de abril de 2010.

ARGENTINA. Governo Argentino - Casa Rosada. Disponível em:
<http://www.casarosada.gov.ar/>. Acessado em 17 de março de 2010.

ARUTO, Pietro. Atualização sobre Políticas de Saúde – Argentina, Paraguai e Uruguai. Documento tecnico .Digi. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006, 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. POLÍTICAS DE SAÚDE - Metodologia de Formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, 15p.

BIANQUIN, H. A. As Políticas De Saúde Na América Latina A Partir Da Década De 90: A Conformação Dos Sistemas De Saúde Na Argentina E No Brasil. II Encontro de Economia Catarinense Artigos Científicos Área Temática: MERCOSUL – Políticas Sociais e Econômicas. Chapecó – SC. 2008.

CENTRO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA EQUIDAD Y EL CRECIMIENTO – CIPPEC. Disponível:
<http://www.cippec.org/Main.php?do=contentShow&id=30>. Acessado em 03 dezembro de 2009.

CEPAL. Informe 2010. Disponível em COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294 (SES.31/3)), Santiago de Chil, 2006.

CETRÁNGOLO, O.; DEVOTO, F.. Organización De La Salud En Argentina Y Equidad Una Reflexión Sobre Las Reformas De Los Años Noventa E Impacto De La Crisis Actual. Toronto. 2002.

CZERESNIA D, F. C. M. *Cadernos de Saúde Pública*). In: (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003 3.

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(4):701-709, out-dez, 1999

DAL PRÁ K. R. E CASTAMANN. Reformas do Setor Saúde no MERCOSUL. Relatório de pesquisa Direito à Saúde no MERCOSUL/DSS/UFSC. Digi, 2004

DAL PRA, K. R. Fronteiras do Brasil com os países do MERCOSUL: Um estudo a partir da área da saúde com a população trabalhadora. Tese de doutorado. Porto Alegre, 2009.

Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População das Nações Unidas. *Envelhecimento mundial da população 1950–2050*. Nova York, 2002.

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos – DGEEC. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Anuario2007/04.%20Salud%20y%20Bienestar%20Social.pdf>. Acessado em 10 de janeiro de 2011.

ERDMANN, A. L. et al . Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jan. 2011. doi: 10.1590/S0104-07072006000300014

ESPÓSITO, A. et al. **Tres Banderas, Una Gran Argentina**. El modelo social, político y económico que transforma el País. Editora Gestar, Argentina: 2011.

GALVÁN, P. **Desarrollo tecnológico en los servicios de salud del Paraguay**. Disponível em: <http://www.iics.una.py/TEMA2.pdf>. Acessado em 12/12/2010.

GERSCHMAN, S. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud: Un balance del final del milênio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):293-302, abr-jun, 1999

GILL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo. Ed. Atlas, 2008.

INDEC - Instituto Nacional de Estadística y Censos Disponível em: http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=50. Acessado em 12 de fevereiro de 2011.

INFORME DE GESTION ANUAL – 2010. **Informe Anual 2010**. Presidencia Del La República del Paraguay. 2010. Disponível em <http://www.presidencia.gov.py/v1/wp-content/uploads/2011/01/documento-informe-gestion-2010-vpdf.pdf>. Acessado em 10 de outubro de 2010.

INE. **Poblacion en el pais segun departamento**. Censos 2004 Fase 1. 2004a Disponível em: http://www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc_pobhogyviv/Censos_T4.xls. Acessado em 14 de fevereiro de 2010.

JUNIOR , S. M. S. L. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM). *Desconstruindo a definição de saúde*. Jul, Ago, Set, 2004, pag 15-16. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornal> . Acesso em 10/08/2009.

LOPEZ, S. **EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**. Disponível em: <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/RSVI/msanitaria/LopezSistemaSalud.pdf>
Acessado em: 10 de outubro de 2011.

MENDES, E.V. **Revisão Bibliográfica Sobre Redes De Atenção À Saúde**. Minas Gerais, p35. 2007a

_____. **Revisão Bibliográfica Sobre Redes De Atenção À Saúde**. Minas Gerais, p 43. 2007b

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, Maria Cecília da Costa. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8 ed. São Paulo Hucitec- Brasco, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA. Disponível em: http://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2011/mem_anual/msp/msp.pdf.
URUGUAI. 2011. Acessado em 10 de outubro de 2011.

MINISTÉRIO DEL INTERIOR. **Historia Electoral Argentina (1912-2007)**. 2008a, p 188. Disponível em: http://www.mininterior.gov.ar/asuntos_politicos_y_alectorales/dinap/publicaciones/HistoriaElectoralArgentina.pdf. Acessado em 01 de outubro de 2011.

_____. **Historia Electoral Argentina (1912-2007)**. 2008b, p 189. Disponível em: http://www.mininterior.gov.ar/asuntos_politicos_y_alectorales/dinap/publicaciones/HistoriaElectoralArgentina.pdf. Acessado em 01 de outubro de 2011.

NEVES, M. M. J. MERCOSUL e Reforma do Estado: implicações nas políticas públicas. **KATALYSIS** v. 6 n. 1 Jan./Jun. 2003 Florianópolis SC 118-125.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da Alma-Ata**. 1978 Disponível em: http://www.ops.org.bo/alma_atta/declaracion.pdf. Acessado dia 03 de dezembro de 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2000**. Melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Genebra: OMS; 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. – OPAS. **A saúde pública nas Américas: novos conceitos, análises do desempenho e bases para a ação.** Washington, DC: OPAS; 2002 (Publicação científica e técnica No. 589).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. 2005. Disponível em:
http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf.
 Acessado em 12 de março de 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. 2005. Disponível em:
http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, mas necesaria que nunca.** 2008. 154p

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. **As Políticas Públicas e os Sistemas E Serviços De Saúde** Saúde Nas Américas, 2007. Volume I– Regional. Disponível em:
<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalpor/SNA07%20Regional%20POR%20Cap%204.pdf>. Acessado em: 03 de junho de 2010.

_____. **Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017.** Panamá: OPAS/OMS; 2007.

_____. 1998a. **La salud en las Américas**, ed de 1998, Volumen II. Disponível em : <http://www.paho.org/spanish/HIA1998/SaludVol2.pdf>. Acessado em 12 de março de 2010.

_____. 2001a **Perfil del sistema de servicios de salud – Paraguay,** 2001. Disponível em:
<http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeparaguay-ES.pdf>
 Acessado 12 de março de 2010.

_____. 2001b. **Perfil del sistema de servicios de salud – Paraguay**. Disponível em: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeparaguay-ES.pdf>
Acessado 12 de março de 2010

_____. **Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay. 2002**. Disponível em: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeparaguay-ES.pdf>. Acessado em 05 de janeiro de 2010.

_____. 2006a. **Série Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. 2006. **Brasília/DF**.

_____. 2006b. **Série Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. 2006. **Brasília/DF**.

_____. 2006 c. **Série Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. 2006. **Brasília/DF**.

_____. 2006d. **Série Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. 2006. **Brasília/DF**.

_____. 2006e. **Série Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. 2006. **Brasília/DF**.

OSZALAK, Oscar e O'DONNELL, Guillermo (1976). Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires: CLACSO.

PARAGUAI. Presidencia del Paraguay. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.py/v1/>. Acessado em abril de 2010.

_____. Programas de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud/Tecnología y Prestación de los Servicios de Salud - Paraguay, Organización

Panamericana de La Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.2007
Exclusión Social en Salud: Análisis a nivel Nacional y Regional.

_____. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. *Plano Nacional de Salud 2003-2008*: gobierno Nicanor Duarte Frutos. 2005. Disponível em: <<http://www.mspbs.gov.py/planificacion/polsalud.htm>>. Acessado em 02/01/2011.

_____. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020. Propuesta para el Desarrollo Socioeconómico con Equidad, Igualdad Y Universalidad. Paraguai, 2009.

PNUD. **Human development report 2006**. 2006. Disponível em: <http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/countries/>. Acessado em 15 de janeiro de 2011.

PORTILLO, C. Informe sobre los Derechos Humanos en Paraguay: Situación de la Salud. 1996 Disponível em: <http://www.derechos.org/nizkor/paraguay/ddhh1996/salud.html#2.4.- Los Servicios y las Instituciones>. Acessado em 02 de março de 2010.

PRESIDÊNCIA – REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, 2011. Disponível em <http://www.presidencia.gub.uy/wps/wcm/connect/Presidencia/PortalPresidencia/inicio> Acesso em 21 de novembro de 2011.

SACARDO, D.P. As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul: perspectivas para a integração regional. Tese. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2009.

SILVA, I. F da. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro** . [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 100 p.

SIMIONATTO, I. Reforma do Estado ou modernização conservadora? 2000 . Disponível em : <http://www.acesa.com/gramsci/?id=56&page=visualizar>. Acesso em janeiro de 2010.

SIMOES, A. L de A et al . Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 jan. 2011. doi: 10.1590/S0104-07072007000300009

URUGUAI. Salud em el Uruguay y desafíos a la cooperación de OPS/OMS con el país. Montevideo, 2005. Disponível em:
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/ccs_ury_final_es.pdf.
Acessado em 12 março de 2010.

URUGUAI. Sistema nacional integrado de salud. 2006. Disponível em:
<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>. Acessado em abril de 2010.

VENTURA, G; MONTIEL, L; FALBO, R; TOBAR, F. **El gasto en salud en Argentina y su método**. Buenos Aires, 2000.