



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**SISTEMA DE SAÚDE COLOMBIANO: SEGURO, MERCADO E DIREITO À
SAÚDE, 1993-2013**

CLARA ALEIDA PRADA SANABRIA

Salvador

2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S194s Sanabria, Clara Aleida Prada.

Sistema de Saúde Colombiano: seguro, mercado e direito à saúde, 1993-2013 / Clara Aleida Prada Sanabria.-- Salvador: C.A.P. Sanabria, 2016. 262 f.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Estado. 2. Colômbia. 3. Seguro de Saúde. 4. Política de Saúde. 5. Mercado. I. Título.

CDU 614.2

**SISTEMA DE SAÚDE COLOMBIANO: SEGURO, MERCADO E DIREITO À
SAÚDE, 1993-2013**

CLARA ALEIDA PRADA SANABRIA

Tese de doutorado apresentada ao Programa de
Doutorado em Saúde Pública do Instituto de Saúde
Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Área de concentração: Políticas, Planejamento e
Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Sônia Cristina Lima Chaves

SALVADOR

2016

CLARA ALEIDA PRADA SANABRIA

**SISTEMA DE SAÚDE COLOMBIANO: SEGURO, MERCADO E DIREITO À
SAÚDE, 1993-2013**

Data de defesa:

Banca Examinadora:

Profa. Sônia Cristina Lima Chaves ISC/UFBA
Orientadora

Profa. Lígia Bahia- UFRJ

Prof. Clóvis Roberto Zimmermann - PPGCS/UFBA

Profa. Ligia Maria Vieira da Silva - ISC/UFBA

Prof. Jairnilson Silva Paim - ISC/UFBA

Prof^a. Yadira Borrero – Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.

SALVADOR

2016

RESUMO

A Lei 100 de 1993 estabeleceu uma reforma do Sistema de Saúde na Colômbia que regulamentou o mercado do cuidado médico na forma de seguro de saúde. Assim, foram redefinidas as funções do Estado e da empresa privada. Foram criadas empresas seguradoras de diferentes tipos e os prestadores de serviços públicos e privados se transformaram para conformar um novo espaço social. Este estudo analisou o espaço social do seguro de saúde de 1993 até 2013 e as relações entre os agentes do espaço do seguro de saúde, assim como, os conflitos e disputas que existem desde a gênese da Lei 100 e que têm se prolongado ao longo de sua implementação e reformas contínuas. O referencial teórico-metodológico baseou-se nos conceitos de Pierre Bourdieu de campo, disposição, tomada de posição e Estado como metacampo e das contribuições de Patrice Pinell na análise sociológica das políticas de saúde. Foi realizada uma análise documental e vinte seis entrevistas com agentes chave no processo de implementação e reconfiguração do espaço do seguro de saúde. O espaço social restruturado a partir da formulação da Lei 100 caracteriza-se pelo fortalecimento das seguradoras privadas, em detrimento das demais seguradoras e das prestadoras públicas e privadas. Nesse processo o Estado, enquanto regulador, mostrou-se ineficaz na sua função de garantir o direito à saúde forçando a intervenção do campo jurídico. Duas décadas após sua implementação, a saúde continua na agenda e em disputa. A crise permanente do setor é gerada, em parte, pela contradição entre a garantia do direito à saúde e o fortalecimento do mercado, com lógica focada no lucro dificultando a concretização de princípios de universalização e equidade.

Palavras-chave: Estado, Colômbia, seguro de saúde, política de saúde, mercado.

ABSTRACT

Law 100 (1993) established a health reform in Colombia that regulates the health care market in the form of health insurance. Thus, there were redefined the functions of the State and private enterprise. It created insurance companies of different types and the public and private service providers had to shape a new social space. This study analyzed the social space of health insurance from 1993 to 2013 and the relationship between health space agents, as well as the conflicts and disputes that exist since the genesis of the Law 100 and that were prolonged over its implementation and continuous reforms. The theoretical framework was based on the concepts of Pierre Bourdieu as field, disposition, making position and State as metafield and Patrice Pinell's contributions in sociological analysis of health policies. Documentary analysis and twenty six interviews with key agents in the process of implementation and reconfiguration of the health space were performed. The social space structured from the formulation of Law 100 is characterized by the strengthening of private insurers at the expense of other insurers and public and private providers. In this process the State as regulator, proved to be ineffective in its task of ensuring the right to health forcing the intervention of the juridical field. Two decades after its implementation, health remains on the agenda and in dispute. The ongoing crisis in the sector is generated in part by the contradiction between ensuring the right to health and the strengthening of the market, logically focused on profit hindering the achievement of universalization and equity principles.

Key words: State, Colombia, Health Insurance, Health Policy, market.

APRESENTAÇÃO

Neste exercício de pesquisa vários fatores influenciaram minhas escolhas. Assim, o fato de ter cursado Medicina na Universidade Nacional da Colômbia, uma Faculdade Pública que rapidamente sofreu as consequências da implementação da Lei 100 ao ser fechado o hospital público onde nós, estudantes, fazíamos a prática clínica, já era indício de como, paulatinamente o novo sistema se implementaria, imprimindo as características da saúde mercantilizada na prestação dos serviços de saúde.

Posteriormente, durante os sete anos que exerci a medicina no meu país, me deparei com uma realidade na qual minha função estava limitada muitas vezes a dar tratamento paliativo aos pacientes. Nessa realidade, minhas possibilidades de ofertar um bom serviço sempre estavam determinadas pelo tipo de vinculação do paciente com o sistema de saúde. Se ele estava em dia com as contribuições ao sistema, se o procedimento que ele precisava estava incluído no seu plano de benefícios (POS), se o hospital tinha contrato com a Empresa Promotora de Saúde (EPS), a qual ele estava vinculado, se o medicamento que o paciente precisava estava no POS, entre outras condicionalidades.

Esse cenário, repetido inúmeras vezes, provocou em mim uma grande angústia por praticar uma medicina para seres humanos angustiados que esperavam respostas muitas vezes não satisfeitas. Dessa maneira, nasceu a pergunta para entender como e porque a sociedade colombiana organizou desta forma seus serviços de saúde.

Frente a essa situação, decidi vir para o Brasil fazer pós-graduação em saúde coletiva. Com essas bases teóricas encontrei os elementos para o aprofundamento no tema, primeiro durante o mestrado a partir do referencial marxista, revisitado em Antônio Gramsci e também nas contribuições de Kingdon analisando o período de formulação da Lei 100. E posteriormente a partir da sociologia reflexiva de Bourdieu para analisar o espaço social do seguro de saúde na construção do sistema de saúde atual, que é o tema desta tese.

Boa leitura para todos!

Agradecimentos

Este projeto iniciou-se faz vários anos. Por tal motivo, são muitas as pessoas que contribuíram para sua realização. Não se trata somente de uma pesquisa, construímos uma nova vida simultaneamente. Por isso, o meu primeiro agradecimento é para Valeria, companheira de caminho, guardiã do meu sorriso, *rayito de luna* que com sua alegria me deu força a cada instante. A Violeta que chegou durante o doutorado e sofreu pelas angustias e ausências.

A Pardal, meu amor, amigo e companheiro por sua paciência e ajuda a cada momento.

A minha família, mami, papi, Miguel, tia Leonor, tia Mercedes, tias, tios e primos Prada por seu afeto e apoio nesta viagem e sempre.

A Jorge Iriart e Darci, que me deram as boas-vindas ao ISC e ao Brasil.

A Sônia Chaves, minha orientadora, quem me apoiou e ensinou tanto nestes anos.

A Anunciação por seu apoio e voz amiga desde antes de vir para o Brasil.

Aos professores e pesquisadores colombianos que tem contribuído com a análise do sistema de saúde.

Aos entrevistados nesta pesquisa pela disposição e contribuições.

A todos os colegas do ISC que, num momento ou em outro, deram-me ânimo e muitas ajudas concretas.

A meus colegas da UEFS por compreender as ausências.

À Bahia, terra abençoada, por nos ter acolhido em seu seio.

À CAPES e ao governo do Brasil por apoiar aos estrangeiros na busca do conhecimento.

LISTA DE SIGLAS

ACESI	Associação Colombiana de Empresas Sociais de Estado e Hospitais Públicos
ACEMI	Associação Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACHC	Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas
AFIDRO	Associação de Laboratórios Farmacêuticos de Pesquisa e Desenvolvimento
ANIF	Associação Nacional de Instituições Financeiras
ANTHOC	Sindicato dos trabalhadores dos Hospitais Públicos
ARP	Asseguradora de Riscos Profissionais
ARS	Seguradora do Subsistema Subsidiado
ASMEDAS	Associação Médica Sindical Colombiana
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAPRECOM	Caixa de Previsão de Comunicações
CAJANAL	Caixa Nacional de Previdência
CCF	Caixa de Compensação Familiar
CONPES	Conselho Nacional de Política Econômica e Social
COPACOS	Comitês de Participação Comunitária
COSESAM	Corporação Colombiana de Secretários Municipais e Distritais de Saúde
CRES	Comissão de Regulação em Saúde
CTC	Comitês Técnicos Científicos
DPN	Departamento Nacional de Planejamento
ESSE	Empresa Social do Estado
ESS	Empresa Solidária de Saúde
FASECOLDA	Federação de Seguradores Colombianos
FOSYGA	Fundo de Solidariedade e Garantia
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNH	Fundo Nacional Hospitalar
GESTARSALUD	Associação de Empresas Gestoras de Seguro em Saúde
INVIMA	Instituto Nacional de Medicamentos e Alimentos

IPS	Instituição Prestadora de Serviços de Saúde
ISS	Instituto de Seguro Social
OISS	Organização Ibero-americana de Seguridade Social
PAB	Plano de Atenção Básica
PARS	Programa de Apoio à Reforma de Saúde
PIC	Plano de Intervenções Coletivas
POS	Plano Obrigatório de Saúde
SGP	Sistema Geral de Participações
SISBEN	Sistema de Identificação de Beneficiários
SISPRO	Sistema Integrado de Informação
SOAT	Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Relação dos agentes entrevistados, sexo, cursos de graduação e pós-graduação e ano de entrada no espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia, 1993-2013.	34
Quadro 2-	Critérios de análise de capital científico, burocrático, econômico e político no espaço do seguro de saúde, na Colômbia, 1993-2013.	36
Quadro 3-	Categorias e unidades para análise sociológica na estruturação do espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia em 1993-2013.	37
Quadro 4-	Períodos de análise, segundo Presidentes e Ministros da Saúde do espaço de produção do seguro de saúde na Colômbia entre 1993 e 2013.	40
Quadro 5-	Legislação produzida a respeito do espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia entre 1990 e 2001.	41
Quadro 6-	Legislação produzida a respeito do espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia entre 2002 e 2013.	42
Quadro 7 -	Conjuntura política internacional e na Colômbia, conforme presidente eleito, plano de desenvolvimento e orientações da política econômica e social no período 1990-2014.	59
Quadro 8 -	Trajetória social, curso de graduação e partido político dos agentes chave no espaço do seguro de saúde, na Colômbia entre 1993 e 2013.	64
Quadro 9 -	Volume de capital científico, burocrático, econômico, político e total dos agentes do espaço do seguro de saúde na Colômbia e posição ocupada em 1993.	66
Quadro 10 -	Volume de capital científico, burocrático, econômico e político e total dos agentes do espaço do seguro de saúde, na Colômbia e posição ocupada em 2001.	67
Quadro 11	Trajetória dos agentes no espaço do seguro de saúde, na Colômbia no período 1993 e 2001 e posições ocupadas em 1993-2001.	69
Quadro 12 -	Volume de capital científico, burocrático, econômico, político e total dos agentes do espaço do sistema de saúde, na Colômbia e posição ocupada em 2013.	72
Quadro 13 -	Trajetória dos agentes no espaço do seguro de saúde, na Colômbia no período 2002 e 2013 e posições ocupadas em 2002 e 2013.	73
Quadro 14 -	Funções dos Governos Nacional, estadual e municipal no	149

espaço do sistema de saúde, na Colômbia, 1993-2013.

- | | | |
|-------------|---|-----|
| Quadro 15 - | Principais mudanças em relação a financiamento, seguro, prestação de serviço, saúde pública e vigilância e controles no espaço do sistema de saúde, na Colômbia a partir da Lei 1122 de 2007. | 168 |
| Quadro 16 - | Constituição inicial do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde no espaço do sistema de saúde, na Colômbia. | 172 |
| Quadro 17 - | Decretos de emergência social formulados pelo Presidente Álvaro Uribe Vélez em resposta à crise do sistema de saúde na Colômbia. | 201 |
| Quadro 18 - | Principais mudanças no espaço do sistema de saúde na Colômbia a partir da Lei 1438/2011. | 207 |

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estrutura do Espaço do seguro de saúde, na Colômbia 1993-2013	39
Figura 2 -	Organização dos subsistemas subsidiado e contributivo no sistema de saúde na Colômbia, 1993-2013.	96
Figura 3 -	Fluxo de recursos entre seguradoras, prestadoras, Fosyga e Governo Central no espaço do seguro de saúde, na Colômbia, 1993-2013.	98
Figura 4 -	Tomada de posição sobre as seguradoras conforme posição e volume total de capital dos agentes do espaço do seguro de saúde, na Colômbia em 1993.	124
Figura 5 -	Tomada de posição sobre as seguradoras conforme posição e volume total de capital dos agentes entrevistados do espaço do seguro de saúde, na Colômbia em 2013.	125
Figura 6 -	Tomada de posição sobre o Conselho Nacional de Seguridade Social conforme posição e volume total de capital dos agentes do espaço do sistema de saúde, na Colômbia em 2013.	177
Figura 7 -	Estrutura do Espaço do seguro de saúde, na Colômbia 1993-2013	230
Figura 8 -	Linha do tempo de 1993 até 2013 do Espaço do seguro de saúde na Colômbia.	236
Figura 9 -	Cobertura por província dos subsistemas contributivo e subsidiado na Colômbia, em 2013.	238

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Porcentagem de filiados segundo o tipo de empresa ao Subsistema Contributivo, na Colômbia em 1997.	232
Gráfico 2 -	Porcentagem de filiados segundo o tipo de empresa ao Subsistema Contributivo, na Colômbia em 2013.	233
Gráfico 3 -	Porcentagem de filiados segundo tipo de empresa ao Subsistema Subsidiado, na Colômbia em 1997.	233
Gráfico 4 -	Porcentagem de filiados segundo o tipo de empresa ao Subsistema Subsidiado, na Colômbia em 2013.	234

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Indicadores demográficos e de necessidades básicas na análise do espaço do seguro de saúde, na Colômbia entre 1990 e 2015.	56
Tabela 2 -	Indicadores de política sanitária na análise do espaço do sistema de saúde, na Colômbia entre 1990 e 2015.	58
Tabela 3 -	Filiação ao seguro do sistema de saúde em 1997 na análise do espaço do sistema de saúde, na Colômbia entre 1993 e 2013.	118
Tabela 4 -	Histórico de coberturas dos subsistemas contributivo e subsidiado na Colômbia entre 1993 e 2009.	164
Tabela 5 -	Histórico de tutelas relativas à saúde interpostas na Colômbia entre 1999 e 2014	190
Tabela 6 -	Histórico de coberturas dos subsistemas contributivo e subsidiado na Colômbia entre 1993 e 2013.	226

LSTA DE FOTOS

Foto 1 -	Capa da Revista Semana sobre as irregularidades na seguradora Saludcoop na Colômbia, em 2011. À frente Carlos Gustavo Palacino, diretor executivo da Saludcoop.	214
----------	---	-----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. HIPÓTESE.....	30
3. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO.....	30
4. OBJETIVOS.....	31
4.1 GERAL.....	31
4.2 ESPECÍFICOS.....	31
5. METODOLOGIA.....	31
5.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
5.1.1 Estado e Política.....	43
5.1.2 Estado e mercado.....	50
6. RESULTADOS.....	55
6.1 COLÔMBIA NO PERÍODO 1990-2013: CONDIÇÕES HISTÓRICAS DE POSSIBILIDADE.....	55
6.2 OS AGENTES DO ESTUDO.....	63
7. CONFORMAÇÃO DO ESPAÇO DO SEGURO DE SAÚDE, 1993-2001	82
7.1 GÊNESE DE UMA NOVA POLÍTICA, A LEI 100.....	82
7.2 ESTRUTURAÇÃO DO MERCADO DAS SEGURADORAS.....	95
7.2.1 Subsistema Subsidiado.....	107
7.2.2 Subsistema Contributivo.....	114
7.3 AJUSTES ÀS PRESTADORAS E PRIMEIROS IMPASSES DA LEI 100.....	125
7.3.1 Os prestadores de serviços.....	129
7.3.2 Estado e Descentralização: condições de produção do seguro subsidiado.....	147
8. COBERTURA UNIVERSAL E CRISE DO ESPAÇO DO SEGURO DE SAÚDE, 2002-2013.....	162
8.1 ATINGINDO A COBERTURA UNIVERSAL.....	162
8.2 REGULAÇÃO E CONTROLE DO SEGURO DE SAÚDE NA COLÔMBIA.....	169
8.2.1 Regulação do seguro de saúde na Colômbia.....	169
8.2.1 Vigilância e controle do seguro de saúde.....	179
8.3 DIREITO À SAÚDE E MERCADO DE SEGUROS DE SAÚDE	183
8.4 O FIM DAS SEGURADORAS PÚBLICAS	192
CONTRIBUTIVAS...	
8.5 DECRETOS DE EMERGÊNCIA SOCIAL.....	200
9. CRISE ACUMULATIVA DO SISTEMA.....	202
9.1 CRISE ESTRUTURAL DO ESPAÇO DO SEGURO DA SAÚDE.....	209
9.2 MAIS MUDANÇAS NORMATIVAS PARA CONTINUIDADE DO SEGURO DE SAÚDE.....	218
10. SÍNTESE DE 20 ANOS DO ESPAÇO DO SEGURO DE SAÚDE NA COLÔMBIA.....	226
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	239
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	247
Anexo 1.....	259
Anexo 2.....	260
Anexo 3.....	261

1. INTRODUÇÃO

Nos Estados capitalistas contemporâneos os sistemas de saúde consolidaram-se no século XX na inter-relação de pelo menos três dimensões. Na primeira, o Estado regula as condições sob as quais os serviços de saúde são proporcionados à população, como parte integrante (ou não) dos programas sociais do Estado de Bem-Estar social. A segunda é a dimensão econômica, já que, pela preponderância tecnológica da assistência médica moderna, o Estado participa como regulador ou produtor de insumos e serviços. Na terceira dimensão, os sistemas de saúde constituem arenas econômicas e políticas em que são negociados recursos, empregos e poder (ALMEIDA, 2012, p. 763). O sistema de saúde também é definido como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população (LOBATO, 2012, p. 100).

No nível internacional, a partir dos anos oitenta os processos de reforma seguiram o enfoque neoliberal hegemônico para supostamente aumentar o equilíbrio fiscal. A crise dos sistemas de serviços de saúde foi evidenciada na escassez de recursos, na falta de eficiência e no desempenho insatisfatório dos serviços tanto nos países centrais como nos periféricos, os quais foram apoiados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial (BM) na formulação de receitas, reestruturação econômica e reforma do Estado. As propostas de reforma se centraram na crítica aos serviços vinculados à proteção social questionando o Estado provedor keynesiano pelos seus efeitos danosos sobre as economias nacionais. Intervenção estatal nos negócios privados e altos impostos para financiar a política social eram empecilhos à economia. Segundo esta visão as agências estatais como qualquer monopólio são inerentemente ineficientes, tendem a crescer indefinidamente e o resultado é um mal desempenho (ALMEIDA, 1999).

Posteriormente, nos anos 2000 esta tendência foi aprofundada seguindo a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no sentido de promover a “cobertura universal de saúde”, termo entendido como a extensão do seguro privado e dos sistemas de previdência e segurança social para alcançar os não segurados nas nações em desenvolvimento (CUETO, 2015). Nesta orientação de política por

uma parte é reconhecido o direito a saúde na Constituição dos diferentes países, e por outra considera-se que a influência negativa dos determinantes sociais do desenvolvimento no processo saúde doença pode ser contrarrestada suficientemente com programas de transferência de renda (FRENK, 2014, p.2).

O conceito de “cobertura universal” é indelévelmente associado à “proteção do risco financeiro”, à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial e está em oposição a Sistemas Universais de Saúde. Faz referência a possibilidade de usufruir um benefício, mas não implica no real acesso e uso dos serviços de saúde (NORONHA, 2013). O tema central deste enfoque é o financiamento setorial que permita às pessoas aceder a serviços sem grandes sacrifícios financeiros para pagá-los passando por alto os problemas de segmentação da oferta e o tipo de proteção garantido pelos diferentes seguros públicos ou privados (NORONHA, 2013).

Na América Latina não se implementaram amplamente políticas do Estado de Bem-Estar Social, pois os Institutos de Seguro Social, criados na primeira metade do século XX, não conseguiram coberturas importantes. Os sistemas da região se caracterizam por ser segmentados e estar conformados por subsistemas direcionados a grupos populacionais específicos. A maioria têm regras de financiamento, afiliação, acesso à rede de atenção e benefícios diferenciados pelo nível de renda e posição social dos indivíduos (LOBATO, 2012, p. 100). Países como México, Peru e Colômbia entraram na onda de reformas neoliberais nos anos 1990, adotando sistemas com seguros públicos de saúde.

A implementação do modelo gerencial em países como Brasil, Argentina, Chile, Equador e Colômbia foi condicionada pelas agências financeiras multilaterais para a concessão de empréstimos direcionados à superação da crise econômica na década dos anos 1990. Neste sentido, os governos deveriam reduzir a participação do Estado no financiamento, na administração e na prestação dos serviços de saúde, assim como, propiciar o autofinanciamento dos hospitais públicos e a desregulamentação dos fundos de seguro social. Além disso, as corporações multinacionais de capital financeiro, proprietárias das HMO (*Health Managed Organization*), foram motivadas a expandir seus mercados, já saturados nos Estados Unidos e na União Europeia, e a comprar companhias de venda de seguros e planos de saúde previamente estabelecidas nesses países (IRIART, 2001; ALMEIDA, 2012).

A Colômbia, no começo dos anos 1990, passou pelo processo Constituinte e por processos de reestruturação neoliberal profundos¹ que reconfiguraram o espaço social de produção do seguro de saúde e criaram novas instituições no setor. Nesse período de reforma institucional do Estado, incorporou-se o *pluralismo estruturado*, recomendado pelo BM², o qual favoreceu a entrada de corporações de capital financeiro no setor privado de seguros e de serviços de saúde. Este processo também se deu em outros países latino-americanos como Argentina, Brasil, Equador e Chile, porém, cada um com suas peculiaridades (IRIART *et al*, 2001). Colômbia é um dos países com maior gasto público (74,8%) comparado com Peru (56,1%), México (49,4%) e Brasil (45,7%) e com valores similares a Venezuela (73,6%) e Bolívia (70,8%) que têm sistemas universais de saúde (ATUN *et al.*, 2015).

Os sistemas de serviços de saúde podem ser estruturados por sistemas públicos universais, sistemas de seguridade social, seguros privados, ou misturas criativas particulares. Dentre estes, a escolha que faz uma formação social determinada depende da própria estrutura ideológica e econômica que a sustenta. Já que estes conceitos têm sido usados de forma sobre posicionada, particularmente, na experiência colombiana, faz-se necessário revisitar estas possibilidades.

¹ Lei 10 (Descentralização e transformação do setor saúde), Lei 100 (Sistema Geral de Seguridade Social) e Lei 50 (Reforma trabalhista de flexibilização laboral).

² Até os anos 1960 a Organização Mundial da Saúde liderou o setor saúde a nível internacional com uma orientação dominada pela visão médica e orientada à doença. Nos anos 1970 entrou a reflexão sobre as causas econômicas e sociais da doença, focou-se nos cuidados da Atenção Primária e promulgou-se “Saúde para todos no ano 2000”. Nesse mesmo período a discussão no setor focou na crise nos altos custos dos serviços de saúde e baixas coberturas. Nos anos 1980 mudou a estrutura da OMS, passando o poder de decisão do diretor geral aos doadores. Nos anos 1990 os maiores contribuintes da OMS são o Banco Mundial, o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, Estados Unidos e a União Europeia. Nessa mesma década o Banco Mundial emprestou recursos aos sistemas de saúde de diferentes países e publicou a agenda para a reforma (ALMEIDA, 2006 p 134-138).

No extremo capitalista mais liberal o produto “seguro de saúde³”, na lógica da indústria de seguros, cobre os serviços médicos que fazem parte do pacote de benefícios incluídos na apólice de seguro contratada. Neste sentido, o seguro é um produto, assim como o seguro contra incêndios ou o seguro de carro, a ser garantido unicamente pelo período contratado pelo comprador. Este seguro é diferente do **Seguro Social** implantado por Bismarck na Alemanha – ainda vigente em países europeus e latino-americanos –, que implica na cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. O seguro social *bismarckiano* faz parte de uma ideologia corporativista fundamentada no princípio de solidariedade, estando os direitos sociais condicionados pela inserção dos indivíduos ao mercado de trabalho. É conhecido como de cidadania regulada por referência à regulação exercida pela inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva (FLEURY, 2008).

A **Seguridade Social** designa um conjunto de políticas públicas inspiradas no princípio de justiça social, que garante a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital socialmente estabelecido. Tal princípio foi adotado, pela primeira vez, no Plano Beveridge na Inglaterra e baseia-se na condição de cidadania, estando os direitos sociais assegurados pelo Estado. O acesso depende unicamente da necessidade dos indivíduos. A Seguridade Social estabelece mecanismos redistributivos para corrigir as desigualdades geradas no mercado, faz parte da ideologia Socialdemocrata e se fundamenta no princípio de justiça. É descrita como cidadania universal, tendo em vista que os benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada, a todos aqueles que deles necessitem (FLEURY, 2008).

Um antecedente da reforma na saúde colombiana é o modelo de “*Managed competition*”, proposto pelo economista americano Alain Enthoven⁴ (1988). Este

³ Os seguros de saúde privados originaram-se nos Estados Unidos. Em 1798 o Congresso dos Estados Unidos criou o serviço médico para pescadores no Hospital da Marinha. Os serviços prestados no hospital eram cobrados do salário. Na mesma lógica, a primeira apólice contra acidentes foi assinada pela *Franklin Health Assurance* de Massachusetts, em 1850. Nas décadas de 1870 e 1880, várias indústrias como a de mineração e a de ferrovias desenvolveram planos médicos, o primeiro plano deste tipo foi o da *Western Clinic*, em Tacoma. Esta clínica recebia uma taxa fixa por mês para prestar os serviços requeridos pelos trabalhadores dessas indústrias. O crescimento dos seguros de saúde está relacionado com o processo de industrialização norte-americana, o aumento do número de trabalhadores e o interesse de empregadores e sindicalistas pela proteção dos empregados de perdas relacionadas à morte prematura e incapacidade (SCOFEEA, 1994).

⁴ Enthoven, Alain é economista e professor de administração pública e privada do centro de Políticas de Saúde da Universidade de Standford. É conhecido também como o pai da “*managedcompetition*”, suas pesquisas focam no financiamento de serviços de saúde com incentivos baseados no mercado.

modelo reconhece que o mercado livre na saúde é impossível, necessitando, desse modo, da intervenção do Estado. Tal modelo foi inspirado no *Medicare Health Managed Organizations/Competitive Medical Plan*, no qual um limitado número de organizações concorre com preços baixos num mercado de consumidores interessados nos menores custos⁵. A definição de *competition*, dada por Enthoven, faz referência a um sistema de seguro de saúde universal⁶, cuidadosamente desenhado e gerenciado, baseado na demanda do consumidor e na concorrência de preços entre planos de saúde. Já a regulação faz referência ao controle governamental dos preços de serviços prestados por médicos e hospitais, do investimento em infraestrutura e equipamentos e do uso de serviços.

Segundo Enthoven (1988), o modelo prevê estruturar o sistema quanto à equidade, à eficiência no financiamento e à prestação de cuidados de saúde. O mercado é constituído por consumidores, planos de saúde e financiadores. Este seguro pretende proteger os indivíduos de variações inesperadas nos gastos médicos e compartilhar o custo do cuidado aos doentes e aos pobres para que todos tenham acesso a um mínimo aceitável. Para isso, precisa-se de subsídios, já que o mercado, por si só, não pode garantir cuidados igualitários. Para Enthoven, a justiça não significa que todos tenham acesso ao mesmo tipo de cuidados. Segundo ele, aqueles que pretendem completo igualitarismo falham em reconhecer a existência de diferenças em “prioridades e gostos”.

O modelo gerencial, exportado dos Estados Unidos para os países da América Latina, justificou-se pelo aumento do custo do cuidado em saúde e pela necessidade de introdução da administração financeira, sob o conceito de risco (IRIART, 2001). Uma de suas características é a subordinação dos profissionais da saúde à lógica financeira e administrativa e a redução da prática profissional liberal pela venda da força de trabalho.

Na reforma colombiana, no processo político da Lei 100, destacaram-se comunidades de políticas cada vez mais especializadas – modelo de *policy-making* – (LABRA, 1999), restritas e com tendências oligárquicas, nas quais predominaram

⁵ No caso colombiano a contribuição (valor do seguro) é igual para todos e determinada pelo Estado. A concorrência por preços baixos se dá sobre a prestação de serviços, sendo as empresas seguradas os principais consumidores.

⁶ Nota-se, nesta definição, a referência a uma relação contratual sobre a aquisição de um produto, o *seguro*, com um valor de mercado e com a existência de diferentes empresas produtoras, na qual, o Estado define as regras mínimas. Neste sentido, este *seguro* não é pensado na sua origem como uma medida de seguridade social.

representantes da burocracia estatal qualificados legal e politicamente. As noções de direito e de serviço público plasmadas na Constituição e na Lei 100 favoreceram a privatização e a defesa dos interesses particulares na prestação e na administração dos recursos da saúde e da previdência.

Na correlação de forças na constituinte e no Congresso Nacional não se chegou a configurar uma contra hegemonia, ou seja, as classes subalternas não conseguiram dar direção ao novo sistema de saúde no sentido de plasmar um sistema de cidadania universal. Pelo contrário, a ACEMI⁷ (Associação Colombiana de Empresas de Medicina Integral), acabou ocupando posições no Estado e influenciando a formulação da Lei (PRADA & CHAVES, 2014, p.47). A implementação desta lei fortaleceu, no campo econômico, os grupos de interesse na indústria da saúde.

Ao longo do governo Gaviria, a saúde se manteve na agenda política, foram evidenciadas a crise do sistema e a ineficiência do Estado como administrador e prestador de serviços (PRADA, 2012). No período, foram demonstrados também problemas administrativos, financeiros e operativos nas instituições públicas de saúde e de previdência social, problemas que justificaram a administração dos recursos pelas recém-criadas Empresas Promotoras de Saúde (EPS) (PRADA, 2012).

A Lei 100 regulamentou o mercado do cuidado médico, dividindo a população em diferentes categorias de cidadãos. A população pobre é beneficiária do seguro subsidiado pelo Estado, após demonstrar sua condição de pobreza. O papel do Estado se concentrou na condução e na regulação, definidas em quatro funções: 1) modulação ou “reitoria”, junto ao Conselho Nacional de Seguro Social⁸; 2) subsídio à demanda dos pobres para vinculá-los ao mercado de seguro; 3) vigilância e controle das regras estabelecidas; 4) definição e realização descentralizadas das ações de “saúde pública” (HERNÁNDEZ, 2002, p.997).

Nessa organização do sistema, com base no modelo de Pluralismo Estruturado (LONDOÑO E FRENK, 1997), o seguro e a prestação de serviços de saúde passam a ser providos por instituições públicas e privadas em competição, cujo objetivo é alcançar a cobertura universal do atendimento individual por

⁷Agremiação de empresas seguradoras privadas.

⁸Este Conselho desapareceu em 2007 como consequência de uma das reformas do Sistema de Saúde, Lei 1122.

intermédio de seguros diferenciados entre segmentos populacionais, conforme inserção no mercado de trabalho e no poder aquisitivo. Assim, o sistema de saúde está atualmente fragmentado, onde coexistem diversos tipos de seguradoras (com ou sem objetivo de lucro, públicos e privados, locais, regionais, nacionais e estrangeiras), já no que tange à prestação de serviços de saúde, concorrem instituições públicas e privadas. Todos os cidadãos segurados têm direito ao mesmo pacote de serviços⁹.

Caracteriza-se, desta forma, um seguro social administrado pela iniciativa privada com cobertura universal. No atual sistema, os usuários contribuem com recursos econômicos em troca do acesso a um pacote de serviços de saúde estabelecidos pelo Estado. Todos os cidadãos colombianos estão obrigados, pela legislação, a fazer parte do seguro. Os trabalhadores do setor público ou privado e os terceirizados contribuem para o subsistema contributivo, já os desempregados e os pobres recebem o seguro subsidiado pelo Estado. Todos têm de cumprir os requisitos exigidos pela lei, contribuir com parte do salário ou demonstrar sua condição de pobre para estar filiado ao seguro de saúde. Porém, estar filiado não significa necessariamente ter acesso a esses serviços, pois apenas contribuindo a cada mês, torna-se garantida a filiação ao sistema.

As empresas gestoras dos recursos, as empresas seguradoras, se dividem em dois grupos segundo o tipo de filiados que elas têm, umas filiam trabalhadores no subsistema contributivo e outras filiam aos pobres no subsistema subsidiado. Estas empresas têm diferentes naturezas jurídicas, algumas são empresas com fins lucrativos e outras sem interesses econômicos. Vale chamar a atenção que a maioria é considerada sem fins lucrativos (62% e 72% do subsistema contributivo e subsidiado, respetivamente), como as Caixas de Compensação Familiar, as Empresas Solidárias de Saúde, as Empresas Promotoras de Saúde Indígena e as Cooperativas (ISAGS, 2012, p.366). Porém, as seis maiores seguradoras com fins lucrativos filiam os 73% da população do subsistema contributivo (COLÔMBIA, 2011, p. 10) e recebem os recursos das contribuições diretas dos trabalhadores assalariados e autônomos. Desta forma, essas seis empresas têm o maior fluxo de

⁹Esta é a mesma proposta que, na década de 2010, foi difundida para os países subdesenvolvidos de América Latina e a nível global (FRENK, 2014).

recursos do sistema, ou seja, há uma gestão de boa parte dos recursos públicos por um pequeno número de seguradoras com fins lucrativos.

A reforma legaliza as desigualdades relacionadas à capacidade de pagamento das pessoas e fortalece a ideia do direito à saúde como problema de acesso individual aos serviços de atenção médica, consequência de contratos individuais, feitos conforme modelo de relações de mercado (HERNANDEZ, 2002, p.999). Neste sentido, afasta-se da concepção de saúde como direito de previdência social que tinha sido implementado, de forma incipiente, nos anos 1940 com a criação do Instituto de Seguro Social e das Caixas de Aposentadorias.

De igual modo, a configuração legal do Sistema de Saúde criou uma institucionalidade política –instituições reguladoras – e permitiu a conformação de uma institucionalidade econômica – empresas seguradoras e empresas de saúde complementar – em torno dos serviços individuais de saúde (PRADA, 2012). Existem agentes dominantes que têm a possibilidade de influir nas regras do sistema – para regulação, administração e prestação de serviços – e grupos dominados –trabalhadores da saúde, acadêmicos e usuários –,que têm poucas possibilidades de alterar a relação de forças no espaço social. Apresenta-se, assim, de um lado, a contradição entre as visões e as disposições em prol da realização do lucro próprias das empresas privadas, neste caso, seguradoras, prestadoras e empresas de saúde suplementar e, por outro, as visões e as disposições dos que defendem o direito à saúde ou procuram atenção à saúde, movimentos sociais, acadêmicos, campo judiciário e os usuários dos serviços.

A implementação da reforma de 1993 deu continuidade ao modelo médico hegemônico e criou elementos jurídicos para a incorporação em grande escala do *modelo de atenção gerenciada*, modelo fundamentado na economia, nas análises custo-benefício, custo-efetividade e na medicina baseada em evidência. Neste modelo, considera-se a saúde/doença como uma mercadoria, implicando na subordinação do consumidor e incorporando a visão preventivista, já que, dessa, forma, pode baixar os custos e aumentar os lucros das empresas de saúde (PAIM, 2008).

Na discussão de novos modelos de sistemas de proteção social com a definição de benefícios e pacotes de serviços, tornam-se evidentes falsos velhos dilemas como público *versus* privado, e Estado *versus* mercado. A ampla literatura sobre as reformas de saúde traz pouca discussão sobre os aspectos conceituais e

os contextos sociais, econômicos e políticos que definem e originam reformas e influenciam sua implementação. “Tais omissões reforçam a ideia de que estas reformas são meros processos técnicos naturalizados com a globalização” (ALMEIDA, 2006, p. 125).

No período de formulação da Lei 100 (1990-1993) se concretizou o movimento orgânico, que num curto período de tempo foi exitoso na estruturação de um novo sistema de “seguridade social”, no contexto de um “novo Estado”, a partir do qual se estruturou toda uma série de instituições privadas, de relações trabalhistas e de venda de serviços que favoreceram amplamente a classe dominante, proprietários das instituições financeiras, empresas de seguros de saúde e previdência e a indústria farmacêutica. Assim, os recursos da previdência terminaram indo para os grupos financeiros e “ativando” a economia (URIBE, 2009; PRADA, 2012).

No processo de implementação do novo sistema durante o governo Gaviria e, em especial, durante o governo Samper, houve períodos de avanços e retrocessos como consequência de diferentes orientações políticas no interior do próprio governo. No período imediato pós-reforma, foi também regulamentado o sistema banca-seguros, que permitiu o uso de redes bancárias para a venda de diferentes tipos de seguros, incluindo de aposentadoria, saúde, vida, desemprego e educação (COLÔMBIA, Decreto n. 2423 de 1993).

Nos primeiros anos de implementação da reforma, as maiores Empresas Promotoras de Saúde (SALUDCOOP, SUSALUD e Salud Colmena) se fortaleceram e entraram no grupo das 25 empresas nacionais com maior rentabilidade, triplicando seus lucros entre 1997 e 1998. Além disso, todas iniciaram a construção de uma infraestrutura de prestação de serviços própria. Houve mudança na relação entre seguradoras públicas e privadas, já que, em 1996, as seguradoras públicas cobriam 62% do total de filiados e as privadas 38%, enquanto que, em 2003, 75% dos filiados estavam nas seguradoras privadas e 25% nas públicas. A classe dirigente e a tecnocracia sanitária do país compartilhavam ideais liberais, sendo simpáticos a processos globais modernizantes. Por outro lado, atores poderosos em nível local tiveram benefícios econômicos e políticos na instauração da reforma (VEGA, 2012, p. 82).

Cabe destacar que o perfil epidemiológico no país tem passado por uma transição demográfica incompleta da população. Há um aumento do número de

idosos, com incremento da mortalidade e da morbidade relacionada a doenças crônicas, porém, persistem altas taxas de mortalidade perinatal e por doenças infecciosas (ISAGS, 2012, p. 415). A taxa de mortalidade materna passou de 170, em 1990, para 92, em 2010, já a taxa de mortalidade neonatal passou de 29 em 1990 para 15,1, em 2012. As taxas de vacinação têm variado ao longo do tempo, entre 78% e 88%, na década dos anos 1990, aumentando nos anos 2000 e chegando a 95% em 2009, com decréscimo para 88% em 2011.

Por outro lado, do total de 993 hospitais públicos que têm caráter de Empresas Sociais do Estado, 881 (88,7%) informaram ter despesas maiores do que suas receitas, tendo, como resultado, um déficit real de 1,5 bilhões de pesos, conforme estudo da Superintendência Nacional de Saúde¹⁰. Além disso, estas empresas só conseguiram arrecadar 77,6% das suas receitas (COLÔMBIA, 2010, p. 07-09).

Em 2008, a Corte Constitucional¹¹ ditou a sentença T-760, a qual revisou as falhas na regulação do seguro, falhas que “representam uma violação das obrigações constitucionais de proteger e garantir o direito à saúde” (COLÔMBIA, 2008, p.08). As empresas de seguro têm negado continuamente serviços contemplados nos planos definidos por lei, com essa medida, a corte visou materializar o direito à saúde através da ação de tutela¹². A sentença gerou amplos debates, pois o Governo e a ACEMI consideravam que tomar essas medidas teria um alto custo econômico; já os acadêmicos vinculados ao Movimento pela Saúde¹³ compreendiam que seria difícil garantir o direito à saúde na lógica de racionalização da Lei 100 (BORRERO, 2013, p.240).

¹⁰ O decreto 1018 de 2007 define como função da Superintendência Nacional de Saúde “Assegurar a eficiência na geração, coleta, fluxo, administração, custódia e aplicação de recursos para a prestação de serviços de saúde”.

¹¹ A Corte Constitucional é o órgão da esfera judicial do poder público que tem como função proteger a integridade e a supremacia da Constituição. Criada pela Constituição colombiana de 1991 cumpre a função equivalente ao Supremo Tribunal Federal no Brasil.

¹² Ação jurídica conferida pela Constituição Nacional de 1991 para garantir os direitos humanos.

¹³ O processo de articulação do movimento pela Saúde iniciou-se em 1998. Num primeiro momento, trabalhadores, usuários e estudantes se articularam como resposta às mudanças em hospitais públicos, especialmente nos hospitais de ensino. Posteriormente, conformou-se a campanha nacional pelo direito à saúde, constituída por grupos de acadêmicos críticos, trabalhadores da saúde sindicalizados, organizações de usuários, ONGs, indígenas, camponeses, políticos e profissionais, o que levou a realização do Primeiro Congresso Nacional Pela Saúde em 2001. Neste evento, foi construído o acordo de organização e mobilização que se tem fortalecido no tempo (BORRERO, 2013, p.187).

Além disso, após a implementação da Lei 100, apresentou-se uma variação significativa no gasto total em saúde como porcentagem do PIB, aumentando ao longo dos anos 1990, quando chegou a 9% em 1997 e decrescendo nos anos 2000, ao atingir 5,5%, em 2004. Posteriormente, estabilizou-se entre 6% e 7% no período de 2006 a 2013 (Banco Mundial). O desembolso direto dos usuários com saúde passou de 49%, em 1993, para 7,7%, em 2010 (ISAGS, 2012, p.380). Contudo, este cálculo não considera a contribuição obrigatória do salário e os co-pagamentos que devem fazer os usuários às seguradoras, tanto no subsistema contributivo como no subsidiado. Os filiados e os beneficiários devem pagar cotas com o objetivo de racionalizar o uso de serviços do sistema, no caso dos beneficiários, estes pagamentos buscam complementar o financiamento do Plano Obrigatório de Saúde (ISAGS, 2012, p.391).

A cobertura do Seguro de Saúde aumentou de forma contínua passando de 23,7% em 1993 para 95% em e 2011. Neste período, o principal aumento se deu no subsistema subsidiado, passando de 28%, em 2002, para 48%, em 2011 (COLÔMBIA, 2011, p. 06). O subsistema contributivo detém 37,8%, sendo que seus filiados estão maioritariamente nas províncias e nas cidades mais ricas e com melhor infraestrutura (ISAGS, 2012, p.420). Não estão filiados 6,6% dos quase 45 milhões de colombianos (CALDERON, 2011, p. 2819). Sobre estes dados, é necessário sinalizar que fazem referência às pessoas filiadas ao sistema, sem que isso signifique real acesso aos serviços. Barreiras geográficas, excesso de trâmites administrativos, prolongado tempo de espera e má qualidade da atenção são fatores que limitam o acesso em ambos os subsistemas. Estas causas poderiam estar relacionadas à deficiência na contratação de provedores, concentração dos prestadores em determinadas áreas geográficas, excesso de trâmites e negação do atendimento relacionado ao modelo de concorrência regulada (VARGAS, 2010, p. 709). As barreiras administrativas e normativas são consequência das estratégias de contenção de custos, implementadas pelas seguradoras e prestadoras, para garantir a viabilidade financeira dessas empresas (MOLINA; MUÑOZ, 2010, p. 106).

Um fato importante a ser destacado é a instabilidade na filiação ao sistema, já que a dinâmica do ciclo emprego-desemprego incide negativamente na possibilidade de manter a filiação ao seguro de saúde. Na cidade de Medellín, evidenciaram-se períodos de permanência contínua no emprego de 24,3 meses, em 2004, e de 18,1 meses, em 2007, com períodos de desemprego de mais de um ano,

períodos nos quais as pessoas não podem contribuir com o sistema, ficam sem seguro (CARDONA, 2012, p. 09) e conseqüentemente sem acesso aos serviços.

Por outro lado, a reforma favoreceu o aumento da cobertura dos planos complementares de saúde. Os filiados ao subsistema contributivo também têm a possibilidade de se filiar à Medicina Pré-paga, Apólices de Seguros de Saúde e Ambulância Pré-paga, serviços estes que são oferecidos pelas mesmas seguradoras agremiadas da ACEMI e por Empresas de Seguro agremiadas na FASECOLDA (Federação de Seguradores Colombianos). Além disso, foi estruturado o *Sistema General de Riesgos Profesionales*, seguro que cobre as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho para os empregados do setor formal ou para os autônomos que pagam às Administradoras de Riscos Profissionais – ARP.

Como consequência da Lei 30, de 1992, que modificou as regras da educação superior o acesso melhorou, porém, apenas 40% dos cursos de saúde estão reconhecidos pelo Ministério de Educação (ISAGS, 2012, p. 411). Ademais, a oferta é insuficiente para a formação em especialidades médicas. Estima-se que a cada ano chegam ao país mil especialistas formados principalmente nos Estados Unidos, no México, no Brasil e na Argentina (ISAGS, 2012, p. 413). Em contrapartida, somente 31,8% dos trabalhadores de saúde têm contrato de trabalho formal, já que 66% têm contratos no âmbito da flexibilização trabalhista, especialmente contratos de prestação de serviços ou por cooperativas de trabalho associado e 3% exercem de forma independente (ISAGS, 2012, p. 411, MOLINA; MUÑOZ, 2010, p. 109). Entre 2002 e 2008, os hospitais públicos de média e alta complexidade foram reestruturados, demitiram trabalhadores e passaram a contratar através de cooperativas (ISAGS, 2012, p. 412), seguindo as determinações da reforma trabalhista previstas na Lei 789, de 2002, que favoreceu a deterioração progressiva dos contratos de trabalho dos profissionais da saúde através de contratos instáveis, curtos, com intermediação de cooperativas, baixos salários e sobrecarga laboral (MOLINA; MUÑOZ, 2010, p. 109).

A maioria das instituições está sob a pressão da concorrência de preços e dos problemas de fluxo de recursos. As seguradoras têm utilizado estratégias para aumentar a produtividade e transferir as perdas e riscos econômicos aos trabalhadores e aos usuários (MOLINA; MUÑOZ, 2010, p. 107). Observa-se que a atenção é fragmentada, os serviços de emergência e cirurgia são congestionados e o recurso humano é contratado a menores custos com condições laborais

deficientes e com sobrecarga de trabalho. Finalmente, tem ocorrido uma degradação da relação entre pacientes e profissionais da saúde (MOLINA; MUÑOZ, 2010, p.108).

Nas relações interinstitucionais se destacam contratação de serviços baseada em tarifas e não na qualidade, suborno e clientelismo na negociação dos contratos, atraso no pagamento das seguradoras aos hospitais e alto poder político e econômico das seguradoras para influenciar direta e indiretamente na política de saúde nacional (MOLINA; MUÑOZ, 2010, p.109).

Os estudos revisados fundamentam-se em diferentes aspectos do Sistema de Saúde, porém, as razões acerca de sua emergência na conjuntura pós-constituente e sua conformação como espaço social não têm sido investigadas. As pesquisas científicas têm se debruçado principalmente na análise de acesso e cobertura do sistema, na utilização de serviços segundo áreas geográficas, tipos de doenças e grupos populacionais (GALLEGO, 2005; GIDEON, 2009; VARGAS, 2010). Há, por outro lado, uma minoria de estudos, de natureza qualitativa (MOLINA, 2010; ABADIA, 2010; VEGA, 2012), que têm analisado o sistema na perspectiva de profissionais, gestores e pacientes. No entanto, há falta de estudos que tratem sobre os agentes e as circunstâncias que levaram à conformação do sistema de saúde, enquanto resposta formalizada de ação do Estado, bem como sobre o acompanhamento das transformações fruto de disputas no sistema, onde cada vez mais evidencia-se na orientação política, uma tendência crescente de privatização dos recursos da saúde, administrados pelas seguradoras, pelas empresas de medicina suplementar (medicina pré-paga) e pelas empresas de seguro contra acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (Administradoras de Riscos Profissionais).

Nesta pesquisa, analisaram-se as transformações do espaço social de produção do seguro saúde na Colômbia e as mudanças de posição e relações dos diferentes agentes, administrado pelas Empresas Promotoras de Saúde¹⁴ e sua construção como “caso particular do possível”.

O surgimento desse “caso particular do possível” (uma determinada política) se deu num momento em que outras configurações eram também possíveis, mas

¹⁴ Equivalentes na Colômbia às *Managed Care Organizations*, com a diferença fundamental de que estas empresas na Colômbia também se estruturaram como prestadoras de serviços de saúde e criaram suas próprias clínicas e hospitais.

que não chegaram a ser vitoriosas e, portanto, foram paulatinamente esquecidas, daí a necessidade das análises sócio-históricas remeterem-se à gênese dos processos (BOURDIEU, 2012)

Para isso, esse estudo caracterizou a estrutura do espaço social de produção do seguro de saúde na Colômbia, após a formulação da Lei 100, identificou os agentes e os campos que o conformam. Pretende-se analisar, a partir de uma abordagem sócio-histórica, a conformação e a transformação desse espaço social, identificando os principais agentes envolvidos e suas inserções nos campos político, médico, burocrático, científico, econômico e no espaço militante, além de sua participação em diferentes subespaços do espaço social.

2. HIPOTESE

Na gênese e implementação da Lei 100 que transformou o espaço de produção do seguro de saúde na Colômbia, nos últimos 20 anos, destacam-se dois fatos importantes, por um lado o fortalecimento da garantia do direito à saúde enquanto direito cidadão historicamente construído e juridicamente reconhecido pelo Estado; e por outro, a construção de um mercado de seguro de saúde financiado maioritariamente com recursos públicos. Nas transformações desse espaço social foram favorecidos continuamente os interesses privados para construção do mercado de produção de serviços de saúde. Além disso, o Estado, principal financiador, diminuiu significativamente sua função como prestador de serviços de saúde e mostrou-se muito pouco eficaz como regulador das empresas seguradoras e prestadoras.

3. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Como está conformada a estrutura do espaço social de produção do seguro de saúde na Colômbia e quais têm sido as mudanças de posição e de relações de força dos diferentes agentes, no período de 1993 a 2013?

4. OBJETIVOS

4.1. GERAL

Analisar a gênese da Lei 100/1993 e as transformações do espaço social de produção do seguro de saúde na Colômbia, no período de 1993 a 2013.

4.2. ESPECÍFICOS

- 1) Analisar a gênese da Lei 100;
- 2) Analisar as condições de possibilidade históricas e o universo de possíveis na implementação da Lei 100;
- 3) Caracterizar a estrutura do espaço social de produção do seguro de saúde na Colômbia após a formulação da Lei 100;
- 4) Identificar e caracterizar os agentes chave, sua posição nos diferentes campos (burocrático, econômico, político, acadêmico, jurídico e médico) e suas disposições referentes ao sistema de saúde colombiano, no período 1993-2013;
- 5) Identificar transformações no espaço social de produção do seguro de saúde, ganhos e perdas de poder dos agentes e suas repercussões na estrutura deste espaço social ao final do período.

5. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo sócio-histórico sobre o espaço social de produção do seguro de saúde na Colômbia entre 1993 e 2013. O referencial teórico teve por base conceitos de Pierre Bourdieu como espaço social, os diferentes campos, disposições, tomadas de posição, Estado, *doxa*, os diferentes tipos de capital e os agentes envolvidos no espaço de luta determinado (BOURDIEU, 1996, 2000, 2001, 2012). Fundamentou-se, também, nos estudos de Patrice Pinell acerca da análise sociológica das políticas de saúde contra flagelos sociais na França (PINELL, 2011). Tais conceitos encontram-se aprofundados, em seguida, no subcapítulo intitulado como *Referencial teórico*.

A primeira parte, construção do objeto de pesquisa, iniciou-se com a revisão de literatura e exploração realizada através da Internet. Posteriormente, foram

analisadas pesquisas sobre a reforma de saúde na Colômbia, sobre a implementação da Lei 100, sobre o sistema de saúde colombiano e sobre as principais políticas que modificaram aspectos relevantes do sistema de saúde no período analisado. Os critérios usados para a seleção dos entrevistados foram baseados na participação deles nos campos burocrático, político, econômico e acadêmico. Procurou-se ter representantes de todos os campos para analisar distintas visões e tomadas de posição sobre o espaço de produção do seguro de saúde. Contudo, o foco foi naqueles dominantes de todos os campos que conformariam o campo do poder. Numa primeira fase foram contatados ex-ministros e outros agentes de protagonismo e relevância na gênese e implementação da Lei 100, já que inicialmente o interesse principal da pesquisa era, conforme já mencionado, o campo do poder. Posteriormente, esses próprios agentes sugeriram outros possíveis entrevistados, técnica conhecida como bola de neve. Estes indicados foram então entrevistados. Faltaram por serem entrevistados agentes do espaço chamado nesta pesquisa como espaço comunitário devido às limitações para o contato com estes, impostas pelo fato de ser uma pesquisa feita no Brasil. Não foi possível entrar em contato com eles via telefone, nem via e-mail. Além disso, também não foram entrevistados agentes do campo jurídico, pois não foram identificados agentes deste campo na análise dos dados feitos nesta pesquisa, cuja entrada se dá no período mais recente.

O ano de “entrada” dos agentes no espaço foi compreendido como o ano em que cada um deles assumiu alguma função gestora em instituições públicas, privadas ou de destaque em organizações sociais. Foram realizadas 26 entrevistas com agentes dos campos acadêmico, burocrático, econômico, médico e dos movimentos sociais (Quadro 1). Quatro ex-ministros da saúde foram entrevistados. Dois ex-presidentes e o atual presidente executivo da ACEMI, a atual diretora da Associação Colombiana de Empresas Sociais do Estado (ACESI), a atual diretora da Associação de Empresas Sociais de Saúde (GESTARSALUD), o presidente da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas (ACHC) e um ex-assessor da Corporação Colombiana de Secretários Municipais e Distritais de Saúde (COSESAM) também foram entrevistados.

As entrevistas foram realizadas pela autora, via *Skype*, com exceção de três realizadas em Bogotá com auxílio de uma estudante de enfermagem. Tal exceção se deu em virtude da preferência dos entrevistados que não se sentiam confortáveis

fazendo a entrevista pelo *Skype*. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente codificadas no *software Atlasti*. 6.2. Durante as interlocuções, com cada um dos agentes procederam-se com indagações acerca da sua trajetória social e profissional e sua participação na gênese e implementação da Lei 100, assim como das suas disposições no que diz respeito ao Sistema de Saúde e seus principais problemas e qualidades, conforme o *Roteiro de Entrevista* (Anexo 1) previamente elaborado. As entrevistas foram codificadas identificando aspectos relevantes da trajetória profissional dos agentes, objetos em disputa no espaço social e as tomadas de posição dos agentes entrevistados relacionando sua trajetória profissional, sua inserção em determinados campos do espaço social e os diferentes períodos de governo do período analisado. Para complementar os dados da trajetória profissional foi solicitado aos agentes o curriculum vitae.

Consideraram-se, para caracterização dos agentes, o local de nascimento, a formação acadêmica, a filiação partidária e a trajetória profissional. Para cada agente foram analisados os diferentes tipos de capital por meio de indicadores de capital científico, capital burocrático, capital econômico e capital político (Quadro 2). A partir da soma destes valores foi mensurado o volume total de capital de cada agente. O capital científico indica o grau de formação especializada, inserção no campo acadêmico e reconhecimento nacional e internacional. O capital burocrático está definido pela ocupação de posições em instituições públicas nos diferentes níveis de governo, na gestão, regulação ou prestação de serviços. O capital econômico faz referência à ocupação dos agentes em cargos em empresas privadas de seguros ou de prestação de serviços. Por fim, o capital político indica a participação dos agentes na militância política e na ocupação de postos que resultam em articulações especificamente políticas ou em cargos eletivos.

Quadro 1 - Relação dos agentes entrevistados, sexo, cursos de graduação e pós-graduação e ano de entrada no espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia, 1993-2013.

Entrevistado	Sexo	Graduação	Pós-graduação	Ano de entrada no espaço
E1	F	Economía (Universidad de los Andes)	Mestrado em Economia (Universidade Javeriana)	1991
E2	M	Medicina (Universidade Javeriana)	Mestrado Medicina Preventiva (Universidad Nacional de Colombia) Salud Pública (Harvard) Administración de Servicios de Salud (Harvard)	1991
E3	F	Medicina (Universidad Javeriana)	Residência Pediatria	1994
E4	M	Direito (Universidad del Rosario) Comercio Internacional	Mestrado em direito social (Universidade Católica de Lovaina) Mestrado em Governo e Administração Pública (Universidade de Lovaina)	1975
E5	M	Medicina (Universidade de Antioquia)	Gerencia em Saúde Pública -não concluído (EAFIT)	1992
E6	M	Filosofía y Letras (Universidad Javeriana)	Mestrado em Economía	1978
E7	F	Medicina (Universidad Libre de Barranquilla)	Especialização em Seguridade Social Internacional (Universidad Externado de Colômbia) Especialização em Gerencia de Serviços de Saúde (Universidade do Norte) Mestrado em Gestão da Qualidade (Universidade de Murcia)	1993
E8	F	Filosofía (Universidad Nacional de Colombia) Licenciatura em Ciências Sociais (Universidade Pedagógica de Colômbia)	Especialização em Gerencia Social (Escola Superior de Administração Pública) Mestrado em Desenvolvimento educativo e social (Universidade Pedagógica de Colômbia) Doutorado em Saúde Coletiva e do ambiente (Universidade de Quito)	2004
E9	F	Medicina (Universidade Tecnológica de Pereira)	Especialização em Gerencia e sistemas de Saúde (Universidade Tecnológica de Pereira) Especialização em finanças (Universidade EAFIT) Mestrado em Gerencia de Sistemas de Saúde (Universidade Tecnológica de Pereira)	1995
E10	F	2 semestres de Línguas Modernas e Literatura (Universidad del Magdalena) Enfermagem (Universidad Nacional de Colômbia)	Especialização em Gerencia de serviços de saúde. Mestrado em Proteção Social (Universidad Santo Tomás)	1993
E11	M	Medicina (Universidade CES)	Especialização em Gerencia Hospitalar (Universidade EAFIT) Master of Science (Harvard University) Doctor of Philosophy (London School of Hygiene and Tropical Medicine)	1990
Entrevistado	Sexo	Graduação	Pós-graduação	Ano de entrada no espaço
E12	M	Medicina (Escuela de Medicina Juan N. Corpas)	Residência em Cardiologia Especialização em Administração Pública (ESAP) Master in Public Administration (Harvard John F. Kennedy School of Government)	1991
E13	M	Medicina (Universidade de Antioquia)	Mestrado em saúde Pública (Universidade de Antioquia) Doutorado em Ciências Socio-sanitárias e humanidades médicas (Universidade Complutense de Madrid)	1995

E14	M	Medicina (Universidade Pontifícia Bolivariana)	Mestrado em Economia da saúde Especialização em Seguridade Social Especialização em Auditoria e qualidade em serviços de saúde (Universidade Cooperativa)	1992
E15	M	Medicina (Universidade Javeriana)	Residência em pediatria (Universidade Javeriana) Mestrado em Saúde Pública	1993
E16	M	Medicina (Universidade Bolivariana)	Maestria em saúde Pública (CES) Maestria em Estudos Políticos (Universidade de los Andes) Doutorado em Saúde Pública (Universidade Nacional de Colômbia)	1994
E17	M	Medicina (Universidad Nacional de Colombia)	Residência em Neurocirurgia (Universidade Nacional de Colômbia)	1992
E18	M	Medicina (Universidade Del Rosário)	Especialização em administração e gerencia de recursos humanos (Universidade de los Andes) Mestrado em economia (Universidade Javeriana)	1992
E19	M	Medicina (Universidade CES)	Residência em Patologia (Universidade de Boston) Master Business Administration (Universidade de Califórnia)	2006
E20	M	Medicina (Universidade de Antioquia)	Especialização em Gerencia Hospitalar (EAFIT-Escola de negócios)	2000
E21	F	Odontologia (Colégio Odontológico Colombiano)	Especialização em Seguridade Social e em Administração Pública. Mestrado em Saúde Pública (Universidade de Antioquia) Mestrado em Ciência e Tecnologia	1992
E22	M	Administração de Empresas (Universidade Jorge Tadeo Lozano)	Doutorado em Economia (Escola Superior de Economia de Berlin) Pós doutorado em Universitat Rostock	1990
E23	M	Medicina (Universidade de Antioquia)		1992
E24	F	Medicina Universidad Nacional de Colombia	Mestrado em Sociologia (Universidade del Valle) Doutorado em Saúde Pública (Universidade de Antioquia)	1993
E25	M	Medicina (Universidad Nacional de Colombia)	Mestrado em Saúde Pública	1995
E26	M	Medicina (Universidad Industrial de Santander)	Especialização em Gerencia da Seguridade Social e Projetos de Saúde (Universidade Cooperativa de Colômbia)	1990

Quadro 2 -Critérios de análise de capital científico, burocrático, econômico e político no espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia, 1993-2013.

Tipo de Capital	Volume de Capital			
	Muito Alto	Alto	Médio	Baixo
Científico (CC)	Reconhecimento Internacional Prêmios internacionais Produção científica Coordenador projetos de pesquisa ou estruturantes financiados por organismos internacionais	Reconhecimento Nacional Professor Titular Produção científica Coordenador projetos financiados por organismos nacionais Coordenador de curso de pós graduação na área	Reconhecimento Local Doutorado Produção científica Participar de projetos de pesquisa sobre o Sistema de Saúde ou ser professor de pós-graduação da área	Mestrado Especialização Residência Médica
Burocrático (CB)	Cargo de direção no Ministério Cargos de direção em organismos. Internacionais (OPS/OMS)	Cargo de Direção de nível intermediário nos Ministérios envolvidos Assessor, consultor de Ministério ou DNP. Assessor ou consultor de outra instituição ou agência do Estado	Diretor de Hospital Público Estadual Cargos de direção no nível Estadual	Diretor Hospital Municipal Cargos de direção no nível municipal Outros cargos técnicos
Econômico	Presidente ou líder de seguradores prestadores	Gerente de EPS Vice-presidência técnica de associação de seguradores ou prestadores	Gerente de Hospital ou Clínica particular. Assessor/ Consultor Diretor de serviços de Saúde de empresas seguradoras	Coordenador/Diretor médico
Político (CP)	Ministro da Saúde Presidente de agências Dirigente Membro da Instância Assessora em Saúde Nacional de Partido político Senador Deputado Federal	Secretário estadual de saúde Dirigente Estadual de partido político Deputado Estadual Diretor de Federação de Províncias ou Municípios Assessor da Comissão do Senado	Secretário Municipal de Saúde Dirigente Municipal de partido político Prefeito Vereador Municipal ou Estadual	Outros cargos técnicos de indicação política Filiado a Partido político

Fonte: Adaptado de Vieira-da-Silva & Pinell (2013) e Barros (2013)

Os capitais científico, burocrático, econômico e político dos agentes foram classificados a partir da trajetória narrada pelos entrevistados e a partir dos dados disponíveis no sistema CVLAC de *Colciencias* para os agentes do campo acadêmico. Segundo a classificação obtida do Quadro 2 foram definidos valores de

1 para capital baixo; 2 para capital médio; 3 para capital alto e 4 para capital muito alto. O volume total de capital foi obtido a partir da soma dos valores dos capitais científico, burocrático, econômico e político. Considerou-se um volume total de capital baixo para valores de 0 a 4; médio para valores de 5 a 8; alto para valores de 9 a 12 e muito alto para valores de 13 a 16.

A partir da análise sociológica de políticas de saúde em Pinell, também foram identificadas as condições de possibilidade enquanto condições históricas para a sua emergência e objetos em disputa no jogo no espaço do seguro de saúde. Observou-se também interesses, esquemas de percepção e avaliação socialmente constituídos e alimentados, efeitos concretos da implementação da política como criação de instituições, desenvolvimento de grupos de profissionais, tipo de vinculação e salários dos profissionais do espaço, emergência de novas estruturas associativas, obstáculos encontrados, desestruturação de instituições preexistentes, orientação do executivo para manutenção ou mudança, mudanças na política de saúde com leis, decretos e resoluções novas, mudanças independentes da política de saúde que afetam instituições dos campos implicados ou o conjunto da sociedade como políticas de outros setores (Quadro 3).

Quadro 3 - Categorias e unidades para análise sociológica na estruturação do espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia em 1993-2013.

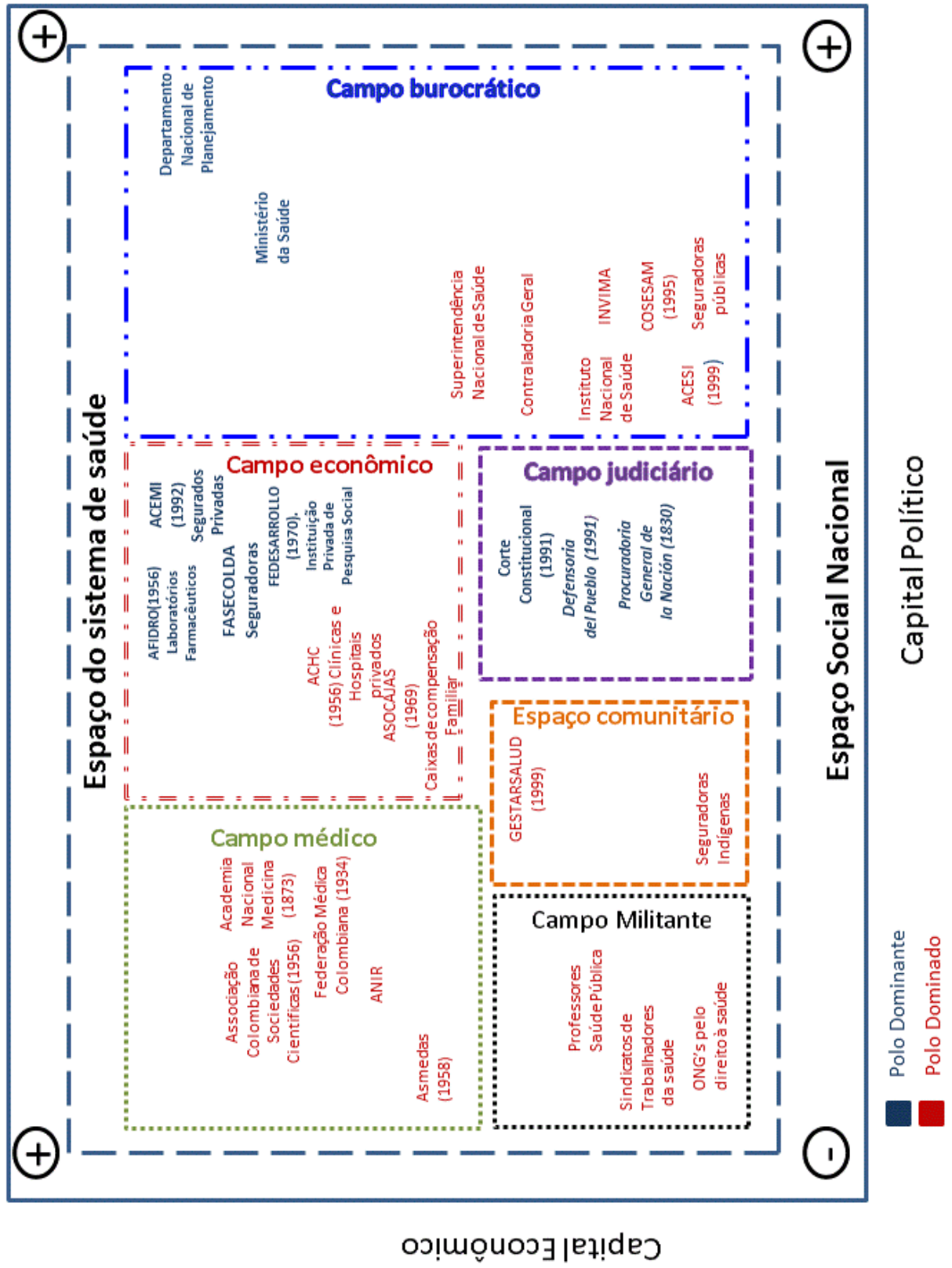
Categorias de análise	Unidades de análise
Condições de possibilidade	Condições históricas para a sua emergência
Disputas e conflitos evidenciados no campo	Objetos de disputa
	Interesses
Modificações de ordem técnica e sociais	Esquemas de percepção e avaliação socialmente constituídos e alimentados
Efeitos concretos da implementação da política	Criação de instituições
	Desenvolvimento de grupos profissionais
	Tipo de vinculação, salários de médicos, profissionais e trabalhadores da saúde.
	Emergência de novas estruturas associativas
	Obstáculos encontrados
	Extinção de instituições preexistentes.
Orientação do executivo	Novas lógicas administrativas
	Manutenção
Mudanças na política de saúde	Mudança
	Novas Leis, decretos, resoluções.
Mudanças independentes da política em questão, que afetem instituições dos campos implicados ou o conjunto da sociedade.	Políticas de outros setores

Estas informações foram analisadas a partir das entrevistas realizadas e de documentos oficiais, informes executivos, relatórios, diagnósticos, decretos, resoluções e pesquisas de diferentes fontes. A coleta dos dados secundários foi feita a partir da análises de cada período de governo, começando pelo programa de governo de cada presidente, as normas formuladas nesses períodos e os relatórios e pesquisas encontrados na internet sobre os objetos em disputa e políticas específicas para esses períodos. Além disso, foram pesquisadas as matérias de jornais disponíveis na internet sobre os objetos em disputa no espaço, interesses e as outras unidades de análise especificadas no quadro 3.

Por fim, analisou-se a estrutura do espaço de produção do seguro de saúde pelas empresas dos subsistemas subsidiado e contributivo na Colômbia, as posições e as disposições dos agentes, assim como os princípios de visão, divisão e pontos de vista neste sistema de relações. O período investigado foi subdividido em dois períodos, de 1993 a 2001 e de 2002-2013 (Quadro 4), conforme os diferentes governos, identificando-se, também, a legislação emitida que alterou a estrutura ou funcionamento do espaço de produção do seguro de saúde nesses dois períodos (Quadro 5 e 6). Esta divisão se fundamentou nas diferentes orientações de política de cada governo e nos diferentes momentos de estruturação do espaço de produção do seguro de saúde que foram observados durante a realização desta pesquisa.

No primeiro período (1993-2001) foram analisados a gênese da Lei 100, a adaptação dos agentes às novas regras e a estruturação do espaço do seguro de saúde. Neste período apareceram novas instituições no setor e se definiram as regras de funcionamento do espaço. No segundo período (2002-2013) foram analisadas a universalização do seguro de saúde e as manifestações da crise do sistema relacionadas à extinção de instituições públicas, à entrada no espaço do campo judiciário e à crise econômica do sistema. Este período se caracterizou pela reiterada formulação de normas e leis para consolidar e corrigir os problemas evidenciados no espaço. A partir desta análise foi representada a estrutura do espaço de produção do seguro de saúde na Colômbia (Figura 1) a qual será explicada no último capítulo.

Figura 1 - Estrutura do Espaço do seguro de saúde, na Colômbia 1993-2013 2013



Quadro 4 - Períodos de análise, segundo Presidentes e Ministros da Saúde do espaço de produção do seguro de saúde na Colômbia entre 1993 e 2013.

Período	Presidente	Ministros da Saúde	Curso de Graduação do Ministro	Curso de Pós-graduação do Ministro
1993-2002 Gêneses e estruturação do Sistema de Saúde	Cesar Gaviria Trujillo (1990-1994)	Antonio Navarro Wolff (1990-1992)	Engenharia Sanitária	Mestrado em engenharia do médio ambiente
		Camilo González Posso (enero-noviembre 1992)	Engenharia química	Mestrado em economia
		Juan Luis Londoño (1992-1994)	Administração de Negócios e economia	Mestrado e Doutorado em Política Económica
	Ernesto Samper Pizano (1994-1998)	Alfonso Gómez Duque (1994-1995)	Médico	Anestesista
		Augusto Galán Sarmiento (1995-1996)	Médico	Cardiologista
		María Teresa Forero de Saade (1996-1998)	Médica	Pediatra
	Andrés Pastrana Arango (1998-2002)	Virgilio Gálvis Ramírez (1998-2000)	Médico	Oftalmologista
		Sara Ordoñez Noriega (2000-2001)	Advogada	Especialista em Ciências Socioeconômicas
		Gabriel Ernesto Riveros Dueñas (2001-2002)	Médico	Cirurgião Cardiovascular
2002-2013 Judicialização da saúde, crise hospitalar, Corrupção e crise financeira do sistema	Álvaro Uribe Vélez (2002-2010)	Juan Luis Londoño (2002-2003)	Administração de Negócios e economia	Mestrado e Doutorado em Política Económica
		Diego Palacio Betancourt	Médico	Mestrado em Economia
	Juan Manuel Santos (2010-2018)	Mauricio Santamaría Salamanca (2010-2012)	Economista	Mestrado e doutorado em Economia
		Beatriz Londoño Soto (2012)	Médica	Anestesista Mestrado em Saúde Pública
		Alejandro Gaviria Uribe (2012-atual)	Engenheiro Civil	Mestrado e Doutorado em Economia

Quadro 5 - Legislação produzida a respeito do espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia entre 1990 e 2001.

Documento	Objetivo
Lei 10 de 1990	Reorganiza o Sistema Nacional de Saúde, inicia a descentralização da saúde.
CONPES Social 01 de 1993	Cria as Empresas Solidárias de Saúde
Lei 60 de 1993	Regulamenta a descentralização nas áreas de educação, saúde, saneamento básico, moradia e programas pequenos agricultores
Lei 100 de 1993	Cria o Sistema de Seguridade Social Integral
Lei 152 de 1994	Lei Orgânica do Plano de Desenvolvimento aplicável aos governos central, departamentais, municipais e órgãos públicos
Decreto 1259 de 1994	Reestrutura a Superintendência Nacional de Saúde e substitui o Decreto 2165 de 1992
Decreto Lei 1298 de 1994	Regulamenta Empresas Sociais do Estado
Decreto 1757 de 1994	Define a participação cidadã e comunitária nos serviços de saúde.
Decreto 1894 de 1994	Regulamenta o subsistema subsidiado
Resolução 5261 de 1994	Estabelece o manual de atividades, intervenções e procedimentos do plano obrigatório de saúde.
Decreto 337 de 1995	Modifica parcialmente a estrutura do Instituto de Seguro Social.
Decreto 2357 de 1995	Regulamenta o subsistema subsidiado
Decreto 1283 de 1996	Regulamenta o funcionamento do Fundo de Solidariedade e Garantia
Resolução 4288 de 1996	Define o Plano de atenção Básica (PAB) do Sistema de Saúde
Lei 344 de 1996	Normas do gasto público, descentralização e implementação do subsistema subsidiado.
Decreto 416 de 1997	Modifica normas trabalhistas dos funcionários do Instituto de Seguro Social
Decreto 806 de 1998	Regulamente filiação ao subsistema subsidiado e prestação de serviços do plano de benefícios.
Decreto 983 de 1998	Modifica a estrutura do Instituto de seguro Social e o fragmenta em várias Empresas Sociais do Estado.
Decreto 1804 de 1999	Promove a fusão das Empresas Solidárias de Saúde
Lei 715 de 2001	Cria o Sistema Geral de Participações
Decreto 452 de 2000	Modifica a estrutura da Superintendência Nacional de Saúde.

Quadro 6 - Legislação produzida a respeito do espaço de produção do seguro de saúde, na Colômbia entre 2002 e 2013.

Documento	Objetivo
Decreto 2599 de 2002	Modifica a estrutura do Instituto de Seguro Social nos níveis regional e local.
Lei 790 de 2002	Cria o Ministério da Proteção Social a partir da união dos Ministérios do Trabalho e da Saúde
Decreto 1750 de 2003	Divide o Instituto de Seguro Social
Decreto 205 de 2003	Determina os objetivos e a estrutura orgânica do Ministério da Proteção Social
Acordo n. 260 de 2004	Define cotas moderadoras e co-pagamentos dentro do Sistema Geral de Seguridade Social
Decreto 2130 de 2006	Modifica a estrutura da Superintendencia Nacional de Saúde.
Decreto 2323 de 2006	Acreditação de Laboratórios e cria a rede nacional de laboratórios
Resolução 2933 de 2006	Regulamenta os Comitês Técnicos Científicos e estabelece o procedimento de <i>recobros</i> ao FOSYGA.
Decreto 1018 de 2007	Modifica estrutura e funções da Superintendência Nacional de Saúde
Lei 1122 de 2007	Cria a Comissão de Regulação em Saúde, introduz a função de acreditação das prestadoras pelo Ministério da Saúde, Liquidada o Instituto de Seguro Social, cria o Sistema de inspeção, vigilância e controle liderado pela Superintendência Nacional de Saúde e cria o defensor do usuário em saúde, cria a avaliação por resultados com indicadores de gestão e de resultados, cria a seguradora de capital misto Nova EPS
Lei 1164 de 2007	Cria o Observatório de Recursos Humanos em Saúde e define a figura de Hospital Universitário, a responsabilidade de regular as tarifas de prestação de serviços do Conselho Nacional de Talento Humano
Decreto 2699 de 2007	Cria Conta de Alto Custo
Resolução 425 de 2008	Define Metodologia de elaboração do Plano de Saúde Territorial e define as ações que integram o Plano de Saúde Pública de Intervenções Coletivas
Decreto 2221 de 2008	Modifica el Decreto 1018 de 2007 que altera a estrutura da Superintendencia Nacional de Saúde.
Decreto 1293 de 2009	Modifica a estrutura do Ministério da Proteção Social.
Decreto 126 de 2010	Define medidas de Inspeção, Vigilância e Controle de luta contra a corrupção no Sistema de Saúde, se adota medidas disciplinares, penais. Adiciona funções à Superintendência Nacional de Saúde
Decreto 130 de 2010	Autoriza à Superintendência Nacional de Saúde a exercer controle sobre o monopólio de lotéricas.
Lei 1393 de 2010	Destina recursos adicionais para o sistema de saúde
Lei 1438 de 2011	Cria o Fundo de Salvamento e Garantias para o setor saúde, cria equipes básicas das direções territoriais de saúde e as redes integradas de serviços de saúde, cria o Observatório Nacional de Saúde dependência do Instituto Nacional de Saúde, cria sistema de avaliação e qualificação das direções territoriais de saúde, seguradoras e prestadoras a cargo do Ministério da Saúde, Transforma a Comissão Nacional de Preços de medicamentos em Comissão Nacional de Preços de Medicamentos e Insumos Médicos, cria a função de codificação de dispositivos médicos a cargo do INVIMA, e a articulação do sistema de inspeção, vigilância e controle na <i>Personeria, Defensoria del Pueblo</i> e Controladoria Geral. Cria o Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde
Lei 1607 de 2012	Reforma tributária que altera a porcentagem de contribuições à saúde.
Lei 1608 de 2012	Adota medidas para melhorar a liquidez e uso de recursos do setor saúde.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e manifestaram estar de acordo com a divulgação do seu nome (Anexo 2).

5.1 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1.1 Estado e política

Para pensar uma determinada política, enquanto ação do Estado faz-se necessário analisar o próprio Estado. Num primeiro momento, definiu-se o Estado como uma comunidade humana que pretende, com êxito, o monopólio do uso legítimo da força física dentro de um determinado território (WEBER, 1982, p. 98). Posteriormente, foi entendido como o setor do campo do poder (campo administrativo ou campo da função pública), detentor do monopólio da violência física e simbólica legítima (BOURDIEU, 2012, p.14).

Segundo Bourdieu (2012), o Estado é um princípio de ortodoxia, de consenso sobre o sentido do mundo, uma “ficção coletiva”, ilusão bem fundamentada no sentido que Durkheim aplica à religião. Nesse sentido, o Estado desempenha as funções de conservação social e de conservação das condições de acumulação de capital (BOURDIEU, 2012, p. 19).

O Estado se encarna na objetividade sob a forma de estruturas e mecanismos específicos, e também, na subjetividade sob a forma de estruturas mentais, de categorias de percepção e de pensamento. Efetua-se nas estruturas sociais e nas estruturas mentais adaptadas a estas estruturas, a instituição instituída faz esquecer que ela é o resultado de uma longa série de atos de instituição e se apresenta com toda a aparência do ‘natural’ (BOURDIEU, 1993, p. 51).

A dominação física e simbólica do Estado se dá por meio de princípios invisíveis, como o calendário oficial que determina a percepção de temporalidade dos indivíduos, feriados cívicos e religiosos, calendário escolar, toda uma construção das estruturas da temporalidade social com pontos de referência e atividades coletivas. Esta sincronização é condição tácita para o bom funcionamento do mundo social. Uma das funções do Estado é definir as categorias legítimas, princípios de divisão universalmente reconhecidos nos limites de determinada sociedade, como títulos escolares, títulos profissionais, entre outros. Esta é uma realidade validada coletivamente pelo consenso, ilusão bem fundamentada que existe, essencialmente, porque acredita-se que ela existe (BOURDIEU, 2012, p. 19).

O Estado também pode ser pensado a partir dos atos de Estado, atos esses que têm a pretensão de surtirem efeitos sobre o mundo social. As políticas são atos de constituição reconhecidos como legítimos e inquestionáveis, pois dificilmente

alguém pensaria em fazê-los de diferente forma. Os atos de Estado, portanto, devem sua eficácia à legitimidade e à crença da existência de um princípio que os fundamenta (BOURDIEU, 2012, p. 26). São atos autorizados, dotados de uma autoridade, que, através de uma série de delegações em cadeia, têm como fim último o próprio Estado. Estes atos têm, em comum, o fato de serem ações realizadas por agentes dotados de autoridade simbólica com efeitos concretos no mundo social.

O Estado é o resultado de um processo de concentração de diferentes tipos de capital, capital de força física ou de instrumentos de coerção (exército, polícia), capital econômico, capital cultural, ou melhor, de informação, capital simbólico, concentração, que constitui o Estado como detentor de uma espécie de metacapital, com poder sobre os outros tipos de capital e sobre seus detentores (BOURDIEU, 1996, p.99).

A concentração de diferentes espécies de capital¹⁵ e a construção dos diversos campos correspondentes levam à emergência do capital específico (metacapital), que permite ao Estado exercer um poder sobre os diferentes tipos de capital (BOURDIEU, 1996, p.99, 2012, p.311). As diferentes formas de acumulação de capital (militar, econômico, cultural, simbólico) são interdependentes e formam um todo que faz a especificidade do Estado.

O capital simbólico de reconhecimento, de legitimidade, é necessário para manter a concentração das forças armadas e dos recursos financeiros, mediante a cobrança de impostos (fisco unificado) que garantem a concentração de capital econômico. Para isso, o Estado tem métodos de governo e de gestão, tais como: contabilidade, arquivos, procedimentos, controles etc., a cargo de agentes do próprio Estado (BOURDIEU, 1996, p.103). A concentração do capital econômico acompanha a concentração do capital cultural, o Estado unifica todos os códigos (jurídico, linguístico, métrico) e homogeneiza as formas de comunicação, especialmente a burocrática (formulários, impressos etc.). Por meio dos sistemas de classificação – do Direito, procedimentos burocráticos, estruturas escolares e ritos sociais –, moldam-se as estruturas mentais e impõem-se princípios de visão e de

¹⁵Os diferentes tipos de capital fazem referência às propriedades dos agentes no espaço social (capital econômico, capital cultural, capital social, capital político). O volume global de capital determina a distribuição dos agentes em posições sociais diferenciadas.

divisão comuns, contribuindo para a construção da identidade e caráter nacional (BOURDIEU, 1996, p.105).

A unificação cultural e linguística é acompanhada pela imposição da língua e da cultura dominantes como legítimas e pela rejeição de todas as outras como indignas. O acesso de uma língua ou de uma cultura particular à universalidade tem como efeito remeter todas as outras à particularidade; além disso, dado que a universalização das exigências assim instituídas não é acompanhada pela universalização do acesso aos meios de satisfazê-las, ela favorece tanto a monopolização do universal por alguns quanto o esbulho de todos os outros, de certa maneira mutilados em sua humanidade (BOURDIEU, 1996, p.107).

Por outro lado, a concentração do capital jurídico acompanhou o processo de diferenciação que resultou na constituição de um campo jurídico autônomo, organizado e hierarquizado e na transformação progressiva dos cargos em postos de responsabilidade. Assim, o Estado tem o monopólio da nomeação dos detentores de funções públicas importantes (BOURDIEU, 1996, p.109-112).

O presidente da república que assina um decreto de nomeação ou o médico que assina um atestado mobilizam um capital simbólico acumulado em toda a rede de relações de reconhecimento, constitutivas do universo burocrático (BOURDIEU, 1996, p.113).

A nomeação, o atestado, o veredito, o registro oficial, entre outros atos pertencem à categoria dos atos ou discursos oficiais, eficazes simbolicamente porque são realizados pela autoridade, por oficiais detentores de uma função ou cargo atribuído pelo Estado.

O Estado impõe e inculca princípios duráveis de visão e de divisão, estabelece as relações de força e as relações simbólicas, nas quais os agentes constroem o mundo social. Assim, a formação do Estado é moldada pela construção de uma espécie de histórico comum, transcendental, imanente a todos os seus agentes. Esquecendo-se, por outra parte, das outras possibilidades históricas não concretizadas.

O principal efeito da evolução histórica é o de abolir a história, remetendo ao passado, isto é, ao inconsciente, os possíveis laterais que foram descartados. A análise da gênese do Estado como fundamento dos princípios de visão e de divisão vigentes na extensão de sua instância permite compreender tanto a adesão dóxica à ordem estabelecida pelo Estado, como os fundamentos propriamente políticos dessa adesão aparentemente natural. A **doxa** é um ponto de vista particular, o ponto de vista dos dominantes, que

se apresenta e se impõe como ponto de vista universal; o ponto de vista daqueles que dominam dominando o Estado e que constituíram seu ponto de vista em ponto de vista universal ao criarem o Estado (BOURDIEU, 1996, p. 120).

A construção monopolizada do universal é realizada principalmente no campo burocrático, assim, por exemplo, uma 'comissão' é um conjunto de pessoas – personagens oficiais – investidas de uma missão de interesse geral e conclamadas a transcender seus interesses particulares para produzir respostas universais. Esses agentes do Estado trabalham para consolidar seu ponto de vista como ponto de vista legítimo, isto é, universal, recorrendo à retórica do oficial (BOURDIEU, 1996, p. 123) e do poder simbólico.

Tão importante quanto o conceito de metacapital do Estado é a noção de campo de poder, lugar no qual se enfrentam os dominantes dos outros campos para o intercâmbio de diferentes tipos de capital e para sua reprodução (BOURDIEU, 1996, p.99). O campo de poder é o

[...] espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital ou mais precisamente, entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital para poderem dominar o campo correspondente e cujas lutas se intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão; isto é, especialmente quando os equilíbrios estabelecidos no interior do campo, entre instâncias especificamente encarregadas da reprodução do campo do poder, são ameaçadas (BOURDIEU, 1996, p.52).

Assim, o funcionamento do Estado por meio da análise do campo burocrático permite constatar e compreender a sua ambiguidade intrínseca. Por um lado tende a impor, sob aparência de neutralidade burocrática, uma política conforme os interesses dos bancos e dos grandes construtores, como observado no caso da política habitacional na França, que agem por meio do seu capital social de conexões com a alta administração, impondo uma política ajustada a seus próprios interesses, ou seja, à criação de um mercado de crédito bancário e, em outra direção, contribui, dentro de determinados limites, para a proteção dos interesses dos dominados (BOURDIEU, 2001).

Por outra via, na tradição teórica da saúde coletiva, a política de saúde, enquanto processo histórico, é entendida como o resultado das interações entre as diferentes estruturas numa formação social específica e expressa as formas historicamente determinadas do Estado quando atua sobre as condições de saúde

das populações e intervém na organização social das práticas de saúde, particularmente em relação à produção e ao consumo dos serviços de saúde (LUZ, 1979). É, também, a ação ou a omissão do Estado – enquanto resposta social diante dos problemas de saúde (danos e riscos) e seus determinantes –, bem como a intervenção sobre a produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2002).

Para compreender a “política de Estado” em cada um dos âmbitos que tem ao seu cargo, teria que se saber como se apresentam as diferentes tomadas de posição sobre o tema considerado e as relações de força entre seus defensores; também teria que se conhecer o estado da opinião do segmento mobilizado e organizado dos *opinion makers* (políticos, periodistas especializados, publicitários, etc.) e dos grupos de pressão (organizações profissionais, patronais, sindicais, associações de consumidores, etc.) (BOURDIEU, 2001, p. 110).

Toda política se apresenta num determinado espaço social, o qual exige a submersão na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada. O conceito de espaço social exige construí-lo como "caso particular do possível", como uma figura em um universo de configurações possíveis. Ao analisar o espaço social, analisa-se a relação entre posições sociais (conceito relacional), disposições (*habitus*¹⁶) e as tomadas de posição (escolhas) dos agentes. O conjunto de posições sociais está vinculado a um conjunto de atividades ou de bens que estão relacionalmente definidos. Os agentes ou grupos, no espaço social, são distribuídos em função de sua posição, especialmente de acordo com dois princípios de diferenciação: o capital cultural e o capital econômico (BOURDIEU, 1996, p. 19).

Ao construir o espaço social (que organiza as práticas e as representações) também é possível reconstruir as classes teóricas. Permite pôr em prática um princípio de classificação vinculado a propriedades determinantes que, por oposição às diferenças aparentes, permite predizer outras propriedades, distinguir e agrupar os agentes que mais se parecem entre si e que sejam tão diferentes quanto possível dos integrantes de outras classes, vizinhas ou distantes (BOURDIEU, 1996, p.24).

¹⁶O conceito de *habitus* descreve os gostos produzidos pelos condicionamentos sociais, determina uma “unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes” (BOURDIEU, 1996, p. 21). Os *habitus* são princípios geradores de práticas, distintas e distintivas, são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes (BOURDIEU, 1996, p.22).

O surgimento desse caso particular do possível (uma determinada política) se deu num momento em que muitas outras configurações eram também possíveis, mas que não chegaram a ser vitoriosas e, portanto, foram paulatinamente esquecidas. Daí a necessidade das análises sócio-históricas se remeterem à gênese dos processos.

Tudo o que a ciência econômica postula como um dado, quer dizer, o conjunto de disposições do agente econômico que fundam a ilusão da universalidade a-histórica das categorias e conceitos utilizados por esta ciência, é em efeito o produto paradoxal de uma longa história coletiva reproduzida sem parar nas histórias individuais, da qual somente a análise sócio-histórica pode dar razão: por tê-las inscrito paralelamente em estruturas sociais e estruturas cognitivas, em esquemas práticos de pensamento, percepção e ação, a história deu às instituições cuja teoria a-histórica pretende fazer a economia, seu aspecto de evidência natural e universal; e o fez em especial pela amnesia da gênese que propicia, tanto em este âmbito como em outros o acordo imediato entre o “subjetivo” e o “objetivo”, entre as disposições e as posições, entre as previsões (ou as esperanças) e as possibilidades (BOURDIEU, 2001, p. 19).

A partir de uma abordagem sociológica de políticas de saúde, Pinell analisou o processo mediante o qual o Estado formulou respostas sociais através de leis específicas para enfrentar flagelos que ameaçam a sociedade, como o câncer e a Aids, na França. Assim, a implementação de uma política nova será produto do reconhecimento, pelo campo de poder ou burocrático, da necessidade de tomar medidas específicas para tratar um problema que não encontra solução satisfatória no âmbito das instituições ou das leis existentes (PINELL, 2011, p.232).

Pinell (2011) aponta a necessidade de se analisar a construção do problema e responder por que, como e quem participou do processo que levou à intervenção dos poderes públicos, assim como, de se analisar porque, como e em quais condições um problema é reassumido e qual foi o processo de redefinição pelo qual ele passou.

A construção social de um problema como problema é um processo cuja evolução é determinada pela dinâmica de alianças entre grupos sociais que têm, todos eles, interesse em que esse problema seja reconhecido sem que tenham exatamente o mesmo ponto de vista nem sobre o que ele é, nem sobre as medidas a tomar e que portanto, para se aliar devem negociar sua definição (PINELL, 2011, p. 233).

Cada um desses grupos traz uma visão determinada e preocupações relacionadas com sua posição no espaço social. Os problemas assim construídos

têm uma multiplicidade de facetas, são ambíguos em sua própria definição como problemas. A fase de construção social de um problema como problema é um momento de negociação e ajuste para a elaboração de uma visão comum do problema. Ela pode também ser uma fase de conflitos, quando a disputa entre grupos se revela irreduzível. A definição do problema se constrói na dinâmica de um jogo social como produto da interpenetração das estratégias dos diferentes grupos de agentes interessados. A definição será tanto mais precisa (e restritiva), quanto menor a luta entre os grupos de agentes; e tanto mais imprecisa, quanto maior a disputa entre os grupos interessados.

No momento em que os diferentes grupos conseguem superar seus eventuais conflitos de interesse, a lógica que rege a elaboração de um projeto comum não é tanto chegar a um acordo sobre uma definição precisa do problema e suas possíveis soluções, mas sim conseguir produzir uma definição que seja suficientemente ambígua para não deixar aparentes as eventuais contradições.

A definição do problema e das soluções criadas antes do seu reconhecimento pelo Estado passará por ajustes, a partir do momento em que os poderes públicos se dediquem a elaborar uma política pública específica. Esses remanejamentos podem ser de diversas ordens, haja vista que a criação de um novo espaço social, com suas implicações simbólicas, institucionais, profissionais e materiais próprias, tende a modificar equilíbrios preexistentes em diferentes níveis do mundo social. Além disso, impõe-se, ao Estado, a necessidade de apresentar a nova política como de interesse geral.

Segundo Pinell (2011), a implementação e a evolução de uma política são produtos da dinâmica de um jogo social complexo, cuja análise implica levar em conta pelo menos quatro fatores interdependentes: 1) as evoluções de ordem técnico-científicas e sociais; 2) os efeitos concretos da implementação da política como criação de instituições, desenvolvimento de grupos profissionais, emergência de novas estruturas associativas e os obstáculos eventualmente encontrados; 3) as mudanças de governo com duas variantes, a manutenção ou a mudança da política e 4) as mudanças independentes da política em questão que afetam instituições dos campos implicados ou o conjunto da sociedade. Existe relação entre uma política pública e a emergência de grupos de agentes que desenvolvem novas competências especializadas no âmbito de organizações e instituições também novas, levando à construção de um espaço de produção simbólica especializado

Pinell (2011, p. 244-250). Esse espaço é também o espaço onde o Estado e o mercado se encontram.

5.1.2. Estado e mercado

O mercado – de casas individuais como qualquer mercado em graus diferentes – é o produto de uma dupla construção social, a construção da demanda e a construção da oferta. A demanda é construída através da produção das disposições individuais, dos sistemas de preferências individuais e por meio da designação de recursos necessários, ajudas estatais definidas por leis e regulamentos. A construção da oferta é feita através da política de Estado e dos meios de produção utilizados, os quais definem as condições de acesso ao mercado. A demanda se especifica e se define em relação ao estado particular da oferta e também das condições sociais, em especial jurídicas, que lhe permitem ser satisfeita (BOURDIEU, 2001, p. 32).

A demanda, da qual precisam os produtores, é em si mesma um produto social, tem sua origem em esquemas de percepção e avaliação socialmente constituídos e socialmente alimentados e reativados pela ação dos publicitários, por exemplo, podendo influenciar as decisões políticas encaminhadas a orientar as preferências dos agentes. Deste modo, existem mercados que não somente estão controlados, mas são verdadeiramente construídos pelo Estado, o qual favorece mais ou menos uma determinada categoria social e cria toda uma regulamentação específica que se soma à superestrutura jurídica (direito de propriedade, comercial, trabalhista, de família, por exemplo.) e à regulamentação geral (BOURDIEU, 2001, p.32).

Para compreender a lógica deste mercado burocraticamente construído e controlado é preciso descrever a gênese das regras e regulamentos que definem seu funcionamento, quer dizer, fazer a história do campo fechado no qual se enfrentam, com armas e fins diferentes, os membros da alta função pública competentes no setor e os representantes dos interesses privados nesse âmbito. Na base de antagonismos ou alianças de interesse e afinidades de habitus, os regulamentos que regem o mundo da atividade imobiliária se definem nas relações de força e de conflito entre, por um lado, os agentes ou instituições burocráticas investidos de poderes diferentes e às vezes rivais e com interesses corporativos e às vezes antagônicos, e, por outro lado, as instituições ou agentes (grupos de pressão, lobbies, etc.) que agem com o interesse de impor seus interesses ou os de seus mandantes (BOURDIEU, 2001, p. 110).

No surgimento do mercado, aparece o comportamento econômico racional que leva ao cálculo e à capacidade de economizar ou minimizar gastos (trabalho, tempo, dinheiro) em contraposição ao dar sem contar aquilo que é dado ao próximo. Esta racionalidade aparece como princípio de todas as práticas e todos os intercâmbios e se constitui na tábua de valores que dá vida à economia como nós a conhecemos (BOURDIEU, 2000).

A análise dos mercados se fundamenta em três componentes: a) a estrutura do campo de produção; b) os mecanismos que determinam o funcionamento desse campo e c) a estrutura de distribuição de disposições econômicas e gostos, sem deixar de estabelecer, mediante a análise histórica, as condições sociais de produção do campo particular e das disposições que em ele têm a possibilidade de realizar-se mais ou menos por completo (BOURDIEU, 2001, p.33).

Cada política configura e é configurada no espaço social, é a objetivação do estado da relação de força estrutural entre os diferentes agentes ou instituições que agem para manter ou transformar o *status quo*. Assim, ao analisar a política habitacional na França, Bourdieu (2000) evidenciou como a moradia é reduzida, no mercado, a uma dimensão puramente econômica, impessoal, anônima, que requer garantias e a mobilização de fiadores e testemunhas, os quais têm o papel de mascarar a relação entre comprador e vendedor numa rede de intermediários (BOURDIEU, 2000). A lógica econômica estrita não é independente da lógica das relações sociais em que está imersa. A lógica econômica implica a lógica do investimento, do cálculo de custo e benefício, do negociante preocupado com o lucro do seu investimento. A economia como sistema de crenças incorporadas e seus princípios (cálculo, benefício etc.) se transformaram no princípio de todas as práticas e de todas as trocas no capitalismo (BOURDIEU, 2000).

O Estado tem a condição de exercer influência sobre o funcionamento do campo econômico, o qual está, mais do que qualquer outro, habitado pelo Estado que contribui para sua existência e sua permanência, assim como à estrutura das relações de força que o caracterizam. O Estado, por meio das diferentes políticas e dos efeitos estruturais que produzem, especificamente, as leis orçamentárias, os investimentos em infraestrutura, a formação de mão de obra, a imposição de regras do jogo econômico e as leis trabalhistas, “fazem do campo burocrático o estimulador macroeconômico que contribui para assegurar a estabilidade e previsibilidade do campo econômico” (BOURDIEU, 2001, p. 25-26).

A oferta se apresenta como um espaço diferenciado e estruturado de ofertantes em concorrência, cujas estratégias dependem dos outros concorrentes (e não como uma soma de ofertantes independentes). O espaço da oferta, por estar estruturado em especial pela intervenção do Estado, pode satisfazer e explorar a demanda, também diferenciada e estruturada, que contribuiu para criar.

A noção de campo foi desenvolvida por Bourdieu ao analisar o espaço social. Um campo é um subespaço (do espaço social) relativamente autônomo constituído por redes de relações entre agentes e instituições com disposições comuns. Essas relações entre os agentes podem ser de dominação ou de subordinação, de complementariedade ou de antagonismo. Cada posição é definida por sua relação objetiva com outras posições na estrutura de distribuição global das propriedades no campo. Todas as posições dependem da sua situação atual e potencial na estrutura do campo, na estrutura de distribuição de espécies de capital (ou de poder) cuja posse comanda a obtenção dos lucros específicos, postos em jogo no campo. Para cada posição correspondem tomadas de posição homólogas, assim os espaços das posições tende a comandar o espaço das tomadas de posição (BOURDIEU, 1996b, p. 261-262).

Em cada campo existem objetos de disputas e interesses específicos que são irredutíveis aos objetos de disputas e aos interesses próprios de outros campos. Dessa maneira, tais objetos não são percebidos por quem não foi formado para entrar nesse campo. Frente aos objetos de disputa há, em cada campo, pessoas prontas para disputar o jogo, pessoas que conhecem e reconhecem as leis imanentes do jogo e os objetos de disputa. Pessoas dotadas dos *habitus* que implicam o conhecimento e reconhecimento das leis imanentes do jogo. Assim, “a estrutura do campo é o estado da relação de forças entre agentes ou instituições que intervém na luta ou na distribuição de capital específico que tem sido acumulado nas lutas anteriores e que orienta as lutas posteriores” (BOURDIEU, 2002, p. 120).

Outra propriedade do campo é que todos os agentes comprometidos com o mesmo têm interesses fundamentais comuns com tudo que está vinculado com a existência do campo. Há, também, uma cumplicidade objetiva subjacente a todos os antagonismos. Aqueles que participam na luta contribuem para reproduzir o jogo, atuando, de igual modo, na produção da crença no valor do que, de fato, está em jogo (BOURDIEU, 2002, p.121).

Bourdieu (1984b) define o campo social como um espaço multidimensional de posições, no qual as posições são definidas em função de um sistema multidimensional de coordenadas. Na primeira dimensão, os agentes se distribuem segundo o volume global de capital que possuem, já na segunda, de acordo com a composição desse volume global de capital, isto é com base nos pesos relativos das diferentes espécies de capital.

Analogamente à posse de riquezas materiais ou financeiras do capital econômico, os diferentes tipos de capital incorporado ou materializado são produtos objetivados do trabalho social acumulado e definem o estado de relações de força institucionalizadas nas hierarquias sociais duráveis, socialmente reconhecidas e juridicamente garantidas. Cada capital determina os poderes atuais ou potenciais nos diferentes campos e as chances de acesso aos benefícios específicos.

O capital cultural é constituído pelo conjunto de bens simbólicos que remetem a conhecimentos adquiridos na forma de disposições duradouras, como domínio da linguagem e reconhecimento dos códigos do mundo social (estado incorporado); posse de bens culturais como livros, quadros, máquinas (estado objetivado) e reconhecimento de competências pela sociedade com a obtenção de títulos acadêmicos ou êxito em concursos da função pública (estado incorporado) (CHAUVIRÉ, 2008, p.19-24).

O capital burocrático, também simbólico, é aquele gerado pelo poder de nomeação do Estado. Já o capital político, faz referência à força de mobilização do agente como mandatário de uma organização, partido ou sindicato, é o capital pessoal de notoriedade e popularidade (BOURDIEU, 1989, p. 190-191). Cada capital específico tem seu valor relacionado a um campo determinado, isto é, valida-se nos limites desse campo. Os agentes que monopolizam um capital específico e dominam um determinado campo, se inclinam às estratégias de conservação, já os dominados, tendem a utilizar estratégias de subversão (BOURDIEU, 2002, p.121).

A noção de agente em Bourdieu é o ponto de união das coerções objetivas do campo e das determinações subjetivas do *habitus*, é a força das disposições supra individuais do social no coração dos pensamentos e comportamentos mais íntimos e conscientes. O sujeito é um agente social, cujas trajetórias nos campos historicamente constituídos dotam de disposições a partir das quais age no mundo social. Ele ocupa uma posição que tem homologia com as tomadas de posição que faz sobre o mundo físico e social (CHAUVIRÉ, 2008, p.11-14).

Nesse sentido, o Sistema Geral de Seguro Social em Saúde, na Colômbia, pode ser compreendido como um espaço social de oferta e demanda de serviços de saúde, no qual se destaca uma espécie de contradição. Se por um lado nota-se a luta pela garantia do direito à saúde, enquanto cuidado médico historicamente construído e juridicamente reconhecido pelo Estado, por outro, percebe-se a construção de um mercado de seguro e de serviços de saúde cada vez mais complexo e dominado pela empresa privada.

6. RESULTADOS

No primeiro capítulo de resultados apresentam-se breves descrições acerca dos aspectos demográficos, econômicos, históricos e políticos da Colômbia no período em análise. Posteriormente, são caracterizados os agentes que foram entrevistados, suas participações no espaço do seguro de saúde nos períodos compreendidos entre os anos de 1993 a 2001 e de 2002 a 2013. Descrevem-se, também, o acúmulo de capitais específicos que tiveram durante esses anos, assim como suas trajetórias. Os capítulos subsequentes destinam-se a análise sócio-histórica do espaço nos referidos períodos.

6.1 COLÔMBIA NO PERÍODO 1990-2013: CONDIÇÕES HISTÓRICAS DE POSSIBILIDADE

A Colômbia é um Estado Unitário, social e democrático de direito, com um território de 1,1 milhões de quilômetros quadrados, sendo o quarto país em extensão territorial da América do Sul. Sua população era em 2013 de 47,1 milhões¹⁷, constituindo-se, assim, como o segundo país em população do continente sul americano. A nação está organizada em três níveis de governo: nível nacional, 32 províncias e o Distrito Capital de Bogotá e 1120 municípios. Conta com cinco regiões geográficas, são elas Caribe, Pacífico, Andina, Orinoquia e Amazônia. As maiores cidades, Bogotá, Medellín e Cali, estão localizados na região Andina. A Colômbia é um país com uma população majoritariamente urbana (76,1%¹⁸) e um número significativo de emigrantes morando no exterior, ou seja, aproximadamente mais de três milhões de pessoas. Entre 1990 e 2015 a percentagem da população rural diminuiu, porém o quantitativo ficou estável em 11 milhões de pessoas. Na década de 2010, 91,4% dos colombianos tiveram acesso à água potável, 85% ao saneamento básico e 96,7% a eletricidade. Verificou-se, também, que neste mesmo período a população em pobreza extrema (<\$1,9 dólares/dia) diminuiu de 6,41 para 2,89 milhões, assim como a população pobre (\$3,1 dólares/dia), passando de 11,16 para 6,52 milhões. A taxa de desemprego permaneceu estável, com valores ao redor de 12%. No que se refere à população economicamente ativa, houve um

¹⁷ Estimativa populacional segundo o último Censo realizado, em 2005, pelo Departamento Nacional de Estatística.

¹⁸ Informe de desenvolvimento Humano PNUD 2015.

aumento de 61,1% para 68,2%. Já a percentagem de empregados autônomos aumentou ostensivamente de 33,8% para 53,6%. No período analisado, o coeficiente de Gini passou de 0,587 para 0,535 (Tabela 1).

Nas últimas três décadas o país teve um crescimento lento e instável do PIB, acompanhado de mudanças importantes na composição da atividade econômica. O Produto Interno Bruto foi de 668 977 milhões em 2015. As principais atividades econômicas correspondem a atividades agropecuárias (7,2%), indústria manufatureira (14,2%) e o setor terciário 19,1% (SILVA, 2013, p. 21).

Tabela 1 - Indicadores demográficos e de necessidades básicas na análise do espaço do seguro de saúde, na Colômbia entre 1990 e 2015.

Indicador	1990	1995	2000	2005	2010	2015
População em milhões		37,4	40,4	43,28	45,91	48,2
Índice de Gini	-	-	58,7	55	55,5	53,5
PIB per capita	1.175,1	2.470,7	5.229,2	3386,0	6250,7	7.885
População rural em milhões		11,03	11,28	11,43	11,46	11,39
População urbana	23,4	26,4	29,12	31,85	34,45	35,81
Milhões						
População economicamente ativa (milhões)	11,77	14,04	17,89	20,48	22,67	24,29
População Economicamente ativa (% população >15 anos)	61,1	55,1		65,9	68,2	69,4
Taxa de desemprego		12,40	16,60	12,00	12,00	-
Trabalho informal (% total empregados)	-	33,80	47,80	50,70	53,60	-
Pobres <\$1,9 dólares por dia (milhões)	-	-	6,41	4,50	3,70	2,89
Pobres <\$3,1 dólares por dia (milhões)	-	-	11,16	9,89	8,08	6,52
Analfabetismo >15 anos	-	-	-	2,13		1,9
Milhões						
Saneamento básico	-	82,6	83,3	84	84,6	85
Água potável	-	89,3	89,9	90,5	91	91,4
Água potável rural	-	69,9	71,0	72,1	73,2	73,8
Água potável Urbana	-	97,3	97,2	97,1	96,9	96,8
Acesso à eletricidade (% da população)	92,00	-	97,00	-	96,70	-
Acesso à eletricidade região rural (% da população rural)	73,60	-	89,80	-	91,10	93
Acesso à eletricidade região urbana (% da população urbana)	100,00	-	99,79	-	98,56	98

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial das bases de dados Indicadores de Desenvolvimento Mundial e Pobreza e Equidade.

Segundo dados do Banco Mundial, o gasto total em saúde (% do PIB) oscilou entre 5,8 e 6,8, no período de 1990 até 2013. Houve uma diminuição significativa do gasto privado, que passou de 44,9% para 24% do gasto total em

saúde, com o aumento equivalente do gasto público (55,1% para 76%) entre 190 e 2013. O gasto *per capita* em saúde aumentou de \$170,9 dólares, em 1995, para \$533,1 dólares, em 2013¹⁹ (Tabela 1).

Nas duas últimas décadas do século XX e primeira década do século XXI observou-se uma diminuição da taxa de fertilidade e de natalidade, assim como o aumento da esperança de vida ao nascer. Inversamente, constatou-se a diminuição da taxa de mortalidade infantil e aumento da esperança de vida (71 anos, em 1990, para 74 anos, em 2014), configurando-se como um aumento acelerado da população adulta, sendo que unicamente 19,6% da população urbana, maior de 60 anos, e 12% no nível nacional tem aposentadoria (SILVA, 2013).

Em relação aos indicadores da qualidade de serviços de saúde e educação, observou-se a diminuição das taxas de mortalidade materna (passando de 105,0 para 73,1), de mortalidade neonatal (17,9 para 10) e de mortalidade infantil (28,9 para 14,1). No que tange à distribuição de recursos, contabilizou-se um aumento de um para 1,5 no número de médicos para cada 1000 habitantes. Não foram reportados dados sobre camas hospitalares para a maior parte do período, sendo que, para 2012, foram 1,5 por mil habitantes. Sobre o acesso aos serviços, melhorou o pré-natal com mínimo de quatro consultas (81 para 88,6%) e a atenção de parto por profissionais treinados (80,6 para 94,8%). Os dados sobre vacinação são contraditórios, a taxa de vacinação para BCG (até um ano de vida) aumentou no período, porém, as taxas de vacinação para sarampo e DPT (segundo ano de vida) diminuíram. O índice de baixo peso ao nascer também diminuiu de 7,2% para 6% (Tabela 2).

Durante o período de análise desta pesquisa a Colômbia passou por sete períodos presidenciais, de quatro anos cada um, e por cinco presidentes. A partir do governo de Álvaro Uribe Vélez foi aprovada a reeleição presidencial, sendo ele próprio reeleito, assim como seu sucessor, Juan Manuel Santos. Esse período iniciou-se com a liderança do partido liberal, de Gaviria e Samper, posteriormente passou ao Partido Conservador Colombiano, de Andrés Pastrana e, na parte final do período, surgiram dois novos partidos, o Movimento Primeiro Colômbia, de Álvaro Uribe Vélez, e o Partido Social de Unidade Nacional, pelo qual foi eleito Juan Manuel

¹⁹ Este valor corresponde à metade do gasto *per capita*, no mesmo ano, no Brasil (\$1.084,57 dólares) e significativamente menor ao dos Estados Unidos (9.145,82), porém, próximo do gasto *per capita* em saúde no Peru (\$354,27 dólares) e no México (\$664,34 dólares), em 2013 (Banco Mundial, 2016).

Santos (Quadro 7). Este período caracterizou-se pela incorporação paulatina das políticas de livre comércio, privatizações, reformas estruturais de orientação neoliberal e descentralização (Decreto nº. 77 de 1987), iniciadas no governo de Virgílio Barco (1986-1990). Mudou-se o modelo de desenvolvimento adotado no pós-guerra mundial, baseado no mercado interno e na industrialização substitutiva com regulação estatal. Como consequência, observou-se o incremento da pobreza e da exclusão social, traduzidos na impossibilidade de amplos setores sociais exercerem os direitos de cidadania social consagrados na constituição de 1991. Três milhões de pessoas migraram do campo para as grandes cidades como consequência do conflito armado no interior do país.

Tabela 2. Indicadores de política sanitária na análise do espaço do sistema de saúde, na Colômbia entre 1990 e 2015.

Indicador	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Gasto percapita em saúde (<i>current dollars</i>)	-	170,9	147,9	197,4	417,6	533,1
Gasto total em Saúde (milhões de dólares)	-	6.250	5.899	8.524	19.395	25.759
Gasto Total em Saúde (%PIB)	2,7 ^a	6,8	5,9	5,8	6,8	6,8
Gasto privado em saúde (%PIB)	-	3,0	1,2	1,5	1,8	1,6
Gasto Público em saúde (% PIB)	-	3,7	4,7	4,3	5	5,2
Gasto privado em saúde (% do gasto total em saúde)	-	44,9	20,7	25,8	26,4	24
Gasto público em saúde (% gasto total em saúde)	-	55,1	79,3	74,2	73,6	76
Taxa de natalidade	26,4	23,4	21	19,1	17,1	16,1
Esperança de vida	71	71,9	73	74	74	74
Taxa de mortalidade materna	-	-	105,0	73,1	-	-
Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos)	28,9	25	21,2	18,4	15,9	14,1
Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)	17,9	15,9	13,5	11,7	10,0	-
Prevalência de contracepção	66,1	72,2	76,9	78,2	79,1	-
Médicos (por 1.000 habitantes)	-	1	1,3	1,4	1,5	-
Vacinação com BCG (1 ano)	-	99	91	94	84	89
Vacinação com DPT (% crianças entre 12-23 meses)	-	85	79	93	88	90
Vacinação contra sarampo (% de crianças entre 12-23 meses)	82,0	95,0	88,0	96,00	88,00	-
Pré-natal > 4 consultas	-	-	81,0	83,1	88,6	-
Partos atendidos por profissionais treinados	80,6	84,6	86,4	90,70	94,80	-
Baixo peso ao nascer (% nascidos)	7,2	8,7	8,7	6,00	-	-

^aO valor mais aproximado para essa data foi do ano 1987 segundo PEREZ (1998)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial das bases de dados Indicadores de Desenvolvimento Mundial e Pobreza e Equidade.

Quadro 7 - Conjuntura política internacional e na Colômbia, conforme presidente eleito, plano de desenvolvimento e orientações da política econômica e social no período 1990-2014.

	Período 1 Gênese e estruturação do espaço do seguro de saúde			Período 2 Universalização do seguro e crise do sistema de saúde	
Conjuntura Político-econômica Internacional	Consenso de Washington (1989) Fim da União Soviética Fundação da União europeia	Criação da OMC	Guerra contra terrorismo	Inicia circulação do Euro Crise Financeira Mundial	Crise da zona do Euro Primavera Árabe
Ano	1990-1994	1994-1998	1998-2002	2002-2010	2010-2014
de Presidente /Partido Político	César Gaviria Trujillo Partido Liberal Colombiano	Ernesto Samper Pizano Partido Liberal Colombiano	Andrés Pastrana Arango Partido Conservador Colombiano	Álvaro Uribe Vélez Movimento Primero Colômbia	Juan Manuel Santos Partido Social de Unidade Nacional
Plano de desenvolvimento	“La Revolución Pacífica”	“El Salto Social”	“Cambio para construir la paz”	“Hacia um Estado Comunitario” “Estado Comunitario: desarrollo para todos”	“Prosperidad para todos” “Todos por un nuevo país”
Conjuntura Política Nacional	Constituição Nacional 1990	Processo 8.000 (Impeachment) Estado de emergência econômica (1996)	Processo de paz com as FARC Plano Colômbia.	Política de Seguridade Democrática, guerra contra as guerrilhas.	Negociações pela paz com as FARC
Política econômica	Flexibilização laboral (Lei 50/1990)	Privatização de serviços públicos (Lei 142/1994) Organização do mercado de energia elétrica (Lei 143/1994) Lei de privatizações (Lei 226/1995) Reforma código de comercio (Lei 22/1995)	Reforma tributária (Lei 633/2000) Intervenção Estatal para reativação e reestruturação empresarial (Lei 550/1999) Gestão de entidades territoriais (Lei 617/2000)	Reforma Trabalhista (Lei 789/2002) Reforma Tributária (incremento do IVA, diminuição de juros e taxas ao capital nacional e transnacional). Diminuição gasto em Educação e Saúde Assinatura do TLC com Estados Unidos	Exploração mineral (gás, ouro, petróleo) Agro exportação (açúcar, soja, palma africana). Lei 1607/2012 Reforma Tributária Inicia o TLC com Estados Unidos
Política Social	Reforma à educação Lei 30 de 1992	Rede de Solidariedade Social	Fundo de emergência social (Plano Colômbia) Plano de democratização e desenvolvimento social (Plano Colômbia)	Famílias em ação, Fusão de Ministérios, privatizações e extinção de empresas públicas. Decretos de emergência Social	Regra Fiscal

Fonte: elaboração própria.

O governo Gaviria (1990-1994) caracterizou-se pela reconfiguração normativa do Estado a partir da formulação da Constituição de 1991 e da reforma estrutural do Estado. Foram feitas a reforma trabalhista, de saúde e de previdência, educativa, tributária, cambiária e aduaneira. Os principais objetivos do seu governo eram modernizar a economia nacional, modernizar o setor público e propiciar a entrada da Colômbia no mundo globalizado. No seu governo, participaram dois dos futuros presidentes, Ernesto Samper, no Ministério de Desenvolvimento, e Juan Manuel Santos, no Ministério de Comércio Exterior. Um fator político importante desse período de governo foi a desmobilização de três grupos guerrilheiros – Exército Popular de Liberação, Partido Revolucionário dos Trabalhadores e Corrente de Renovação Socialista. Concretizou-se, também, a integração econômica G3²⁰ com a Venezuela e o México. Como consequência das reformas desse governo, o número de importações aumentou em relação às exportações, criando um déficit econômico que levou ao aumento da inflação e do desemprego que se somou à crise energética da época. Neste período, o PIB aumentou, mas não melhorou a distribuição da riqueza.

O governo de Ernesto Samper Pizano (1994-1998) caracterizou-se pela crise gerada pelo Processo 8.000, no qual ele foi acusado de ter recebido financiamento de narcotraficantes do Cartel de Cali na campanha eleitoral. O seu plano de governo pretendia priorizar a política social, reduzir a inflação e diminuir o desemprego, porém, isso não foi evidenciado ao longo da sua gestão. A crise política, chamada por alguns como a maior crise política da segunda metade do século XX na Colômbia, levou Samper a concentrar seus esforços em se defender das acusações e dos pedidos de renúncia. Nesse período, Samper sofreu dois processos de *impeachment* negados pela Câmara dos Deputados. Conseguiu-se desmantelar o Cartel de Cali, em 1995, porém, no mesmo período, organizaram-se os grupos paramilitares nas “Auto Defensas Unidas da Colômbia”²¹.

Esse governo pretendeu complementar as reformas econômicas de Gaviria com políticas sociais assistencialistas, dirigidas à população idosa, as crianças e aos

²⁰O G3 ou Grupo do Três foi o nome dado ao Tratado de Livre Comércio (TLC) conformado por México, Colômbia e Venezuela, implementado em 1995. A Venezuela abandonou este grupo, em 2006, para se integrar ao Mercosul.

²¹Organização paramilitar de autodefesa, de extrema direita, consolidada no final dos anos 1990. Tinha como objetivo combater os grupos políticos de esquerda legais, como a União Patriótica, e ilegais, como as FARC e o ELN.

deficientes. No entanto, seu alcance foi limitado pela declaração de emergência econômica e pelo elevado número de pessoas que foram obrigadas a deixar seus territórios como consequência do conflito entre as forças armadas de esquerda e direita (JARAMILLO, 1997). No referido governo foram formuladas quatro reformas tributárias, incorporou-se a proteção tributária de produtos agrícolas como arroz, milho e sorgo, estimulou-se a diminuição das importações e mantiveram-se estáveis as exportações. A inflação chegou a 18% ao ano e o desemprego alcançou 12%. Em 1995, Álvaro Gomez Hurtado, líder político opositor do governo, foi assassinado. Logo após este evento, o presidente Samper usufruiu das prerrogativas do Estado de Comoção Interior que conferia faculdades especiais para aprovação de leis sem trâmite no Congresso. Como consequência, neste período, aprofundou-se a descentralização administrativa, iniciou-se a aplicação de identificação de beneficiários (SISBEN) e, por fim, a implementação da Lei 100.

O governo de Andrés Pastrana Arango (1998-2002), filho do ex-presidente Misael Pastrana Borrero (1970-1974), foi eleito com o apoio de ex-liberais que abandonaram o partido por conta dos escândalos de Samper e que conformaram, junto ao partido conservador, a Grande Aliança pela Mudança. Este governo caracterizou-se pela aprovação do *Plano Colômbia* que aplicou recursos da Colômbia e dos Estados Unidos para combater o cultivo e o tráfico de drogas ilícitas.

Durante a vigência deste governo, houve uma expansão importante do domínio de grupos paramilitares, desvalorização do peso e fortalecimento do setor financeiro. Aumentaram, também, as exportações e a produção agrícola. Neste período houve incremento da pobreza e do desemprego. Pastrana realizou um processo de paz com liberação de território para a guerrilha das FARC. Porém, antes do final do seu governo, o processo de paz terminou sem nenhum resultado positivo. Pelo contrário, nesse período, as FARC saíram fortalecidas.

O Fundo de Emergência Social do “Plano Colômbia” destinou novecentos milhões de dólares para a geração de empregos, subsídios a famílias pobres e capacitação para jovens desempregados. Em contrapartida, houve maior definição central do gasto local, diminuição dos recursos transferidos do nível nacional e foi

aprovada a reforma constitucional que criou o Sistema Geral de Participações²² (ESTRADA 2006, p. 268).

Na gestão de Álvaro Uribe Vélez (2002-2010) continuou a segunda onda de reformas neoliberais. Na época, firmou-se um acordo com o FMI que definiu uma nova agenda de reformas, as principais foram a trabalhista e a previdenciária, estimulou-se o investimento estrangeiro e foi mantido o discurso descentralizador. A reforma de flexibilização do mercado de trabalho foi aprovada e diminuiu os custos patronais, prolongou a jornada de trabalho, reduziu o valor de horas extras, reduziu os pagamentos dominicais e feriados e ajustou os salários dos funcionários públicos em valores inferiores à inflação (NIETO, 2011).

Na reforma previdenciária, aumentaram-se o número mínimo de semanas e o valor das contribuições para a aposentadoria. Estabeleceram-se a diminuição do emprego público, a liquidação da Telecom (Empresa Estatal de Telecomunicações), o enfraquecimento da ECOPETROL (Empresa Colombiana de Petróleos) e a privatização dos Bancos Bancafé y Granahorrar. A reforma tributária aumentou o IVA²³ (Imposto ao valor agregado), diminuiu impostos e taxas ao capital nacional e transnacional, determinou cortes aos orçamentos anuais do gasto público direcionado para educação e saúde e gastou 80 bilhões de dólares do orçamento à guerra contra as guerrilhas. Além disso, nos anos 2010, as populações camponesas, indígenas e afrodescendentes perderam seis milhões de hectares para os grandes fazendeiros articulados com os grupos narco-paramilitares (NIETO, 2011). Um dos principais programas de governo de Uribe foi a Política de “Seguridade Democrática” que prometeu extinguir os grupos guerrilheiros e favorecer a desmobilização dos paramilitares, o que levou esse governo a grandes índices de popularidade. Na mesma época foi assinado o Tratado de Livre Comércio com os Estados Unidos.

Juan Manuel Santos (2010-2018) inicia uma nova fase do modelo de desenvolvimento, com uma agressiva reprimarização²⁴ da economia orientada à exploração mineira de gás, carvão, ouro e petróleo e à agro exportação de cana de

²²Recursos que o governo nacional repassa aos municípios e departamentos para saúde, educação, água potável e saneamento básico. Esta função foi garantida pelos artigos 356 e 357 da Constituição Política da Colômbia e regulamentada pela Lei 60 de 1993. Os artigos 356 e 357 foram modificados pelo ato legislativo 01 de 2001, que também criou o Sistema Geral de Participações, este sistema foi regulamentado pela Lei 715 de 2001.

²³ Equivalente ao Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS).

²⁴ Aumento da participação dos produtos primários na pauta de exportações.

açúcar, soja e palma africana. Além disso, houve grandes investimentos de multinacionais (NIETO, 2011, p.128). Foi definida uma regra fiscal reformando os artigos 334, 339 e 346 da Constituição Nacional (Ato Legislativo n. 03 de 2011) que limitou a possibilidade de garantia de direitos sociais à disponibilidade fiscal do Estado, ocasionando a diminuição do ritmo de crescimento econômico. Foram assinados os Tratados de Livre Comércio com a União Europeia e a Coreia do Sul, e aprovada a reforma tributária que favoreceu grandes empresas. Outra mudança foi o aprofundamento da privatização da educação, o que gerou o aumento dos protestos e movimentos sociais. Um das principais medidas do governo de Juan Manuel Santos foi a Lei de vítimas do conflito armado²⁵, a restituição de terras aos camponeses e as negociações de Paz com as FARC.

6.2 OS AGENTES DO ESTUDO

Este capítulo destina-se à caracterização dos agentes entrevistados e suas disposições sobre a Lei 100. As suas disposições sobre momentos ou aspectos específicos do sistema de saúde estão apresentadas nos capítulos posteriores que trazem a análise sócio-histórica do espaço do seguro de saúde na Colômbia.

Todos os agentes entrevistados são colombianos, sete são naturais de Bogotá e vinte e um nasceram em outras cidades capitais de estado, unicamente seis têm como naturalidade cidades do interior. A trajetória social foi analisada relacionando a profissão do pai e da mãe com o acúmulo de capital no espaço do seguro de saúde (Quadro 8).

A área de formação acadêmica dos agentes entrevistados é predominante saúde (73%). Dos vinte seis agentes entrevistados, dezenove são formados em medicina, uma em odontologia, uma em enfermagem, um em administração de empresas, um em direito e comércio internacional, um em economia, um em filosofia e letras e um em filosofia com licenciatura em ciências sociais. Na pós-graduação seis têm mestrado em saúde pública (23%), dois doutorado em saúde pública (7,7%), três mestrado em economia (11,5%), um doutorado em economia (3,84%) oito têm outros mestrados da área política ou social (30,8%) e oito têm

²⁵ A Lei 1448 de 2011 beneficia às pessoas que sofreram danos como consequência do conflito armado. As vítimas recebem compensação econômica por crimes como homicídio, separação forçada, tortura, violência sexual, recrutamento forçado e dano físico.

especialização em gerencia hospitalar ou de serviços de saúde (30,8%), sendo este último o curso de especialização predominante.

Quadro 8 - Trajetória social, curso de graduação e partido político dos agentes chave no espaço do sistema de saúde, na Colômbia entre 1993 e 2013.

	Entrevistado	Profissão do Pai	Profissão da mãe	Graduação do agente	Partido Político/Orientação ideológica
E1	Nelcy Paredes	Comerciante	Comerciante	Economia	Sem filiação ou preferencia
E2	Jaime Arias	Advogado	Dona de casa	Medicina	Partido Conservador
E3	Maria Teresa Forero de Saade	Comerciante	Comerciante	Medicina	Orientação Social Democrata
E4	Leonardo Cañon Ortegón	Fazendeiro	Dona de casa	Direito	Sem filiação ou preferencia
E5	Eduardo José Alvarado Santander	Professor Universitário	Dona de casa	Medicina	Partido Liberal
E6	Nestor Ricardo Rodríguez Ardila	Comerciante	Dona de casa	Filosofia e Letras	Sem filiação ou preferencia
E7	Elisa Carolina Torrenegra Cabrera	Fazendeiro	Professora 2 grau	Medicina	Partido Liberal
E8	Luz Dari Carmona	Operario	Operaria	Filosofia	Partido Pólo Democrático
E9	Olga Lucia Rodríguez Zuluaga	Historiador	Professora Universitária	Medicina	Sem filiação ou preferencia
E10	Ivont Hurtado Sepúlveda	Engenheiro eletrônico	Dona de casa	Enfermagem	Sem filiação ou preferencia
E11	Ramón Abel Castaño	Professor universitário	Dona de casa	Medicina	Sem filiação ou preferencia
E12	Augusto Galán	Político	Dona de casa	Medicina	Partido Liberal
E13	Álvaro Cardona Saldarriaga	Obreiro	Dona de casa	Medicina	Partido União Patriótica
E14	Luis Guillermo Vélez Atehortua	Comerciante	Dona de casa	Medicina	Sem filiação ou preferencia
E15	Miguel Uprimny Yépes	Advogado	Advogada	Medicina	Orientação Centro Esquerda
E16	Conrado Gómez	Artista Plástico	Comerciante	Medicina	Sem filiação ou preferencia
E17	Juan Mendoza Vega	Advogado	Dona de casa	Medicina	Partido Liberal
E18	Diego Palácio	Médico-cirurgião de tórax	Administrador a	Medicina	Orientação "Uribista"
E19	Gabriel Mesa Nicholls	Médico	Dentista	Medicina	Sem filiação ou preferencia
E20	Andrés Aguirre	Médico Cardiologista	Compositora	Medicina	Sem filiação ou preferencia
E21	Mery Barragán	Comerciante	Comerciante	Odontologia	Sem filiação ou preferencia
E22	Júlio Colmenares	Vendedor ambulante	Dona de casa	Administração	Sem filiação ou preferencia
E23	German Henrique Reyes	Professor segundo grau-comerciante	Costureira	Medicina	Partido Pólo Democrático
E24	Yadira Borrero	Operario	Costureira	Medicina	Partido Pólo Democrático
E25	Júlio Rincón	Político	Dona de casa	Medicina	Sem filiação ou preferencia
E26	Luis Fernando Guevara	Operario	Dona de casa	Medicina	Partido Liberal

Fonte: elaboração própria.

Quatro dos dezenove médicos entrevistados não exerceram esta profissão e somente cinco fizeram residência médica. Onze agentes entrevistados têm participação no campo acadêmico, sendo que somente quatro têm como atividade profissional principal a Universidade (Yadira Borrero, Álvaro Cardona, Leonardo Cañon Ortegón e Júlio Colmenares), porém, este último, não trabalha na atualidade com o tema de saúde. Os outros sete são professores de disciplinas específicas em cursos de pós-graduação (Gestão, Administração em Saúde, Seguridade Social, Economia da Saúde) de universidades particulares.

Dezenove agentes do estudo tiveram trânsito pelo campo burocrático, dos restantes, três são professores titulares, um gerente de seguradora (CCF), um sindicalista e um gerente de hospital privado. No campo da militância política estão unicamente três dos vinte seis entrevistados (German Enrique Reyes, presidente de Asmedas²⁶ Antioquia, Luz Dary Carmona, líder da Fundação Grupo Guillermo Fergusson²⁷ e Yadira Borrero, do Movimento Nacional pela Saúde Pública).

Os agentes entrevistados têm uma ampla trajetória no espaço do seguro de saúde na Colômbia, a maioria teve inserção em mais de um subcampo, e, portanto, tiveram posições diferentes. Todos eles entraram no espaço de seguro de saúde por conta de sua inserção profissional a partir dos subcampos específicos ou por militância social relacionada com o direito à saúde. Vinte deles já faziam parte do espaço do seguro de saúde em 1993, inseridos nos campos burocráticos, político, científico ou econômico (Quadro 9). Os agentes que não faziam parte do espaço no momento inicial, em 1993, são Maria Teresa Forero de Saade, que posteriormente seria presidente de ACEMI e Ministra da Saúde, Luz Dary Carmona, militante pelo direito à saúde do Grupo Guillermo Fergusson, Olga Lucia Rodríguez, quem ocupou posteriormente espaços no campo da administração de seguradoras particulares, prestadoras públicas e associação de prestadoras públicas, Ivont Hurtado, gerente

²⁶ Associação Médica Sindical fundada em 1958.

²⁷ Grupo conformado nos anos oitenta do século XX por estudantes dos cursos da saúde da Universidade Nacional de Colômbia inspirado no pensamento da Medicina Social do Professor Guillermo Fergusson. Ele foi professor e decano da faculdade de medicina dessa Universidade e autor do livro "Esquema Crítico da Medicina em Colômbia" onde aborda temas como políticas de saúde na Colômbia, o papel da indústria médico-farmacêutica na sociedade capitalista, a educação médica como reprodutora dos esquemas de desigualdade e o ato médico como exercício lucrativo. Esse livro foi pioneiro para o pensamento crítico da saúde na Colômbia e texto de consulta e formação para os filiados a esta organização (TORRES, 2013).

de hospital público, Gabriel Mesa Nicholls, gerente de seguradoras privada e Yadira Borrero, professora universitária.

Quadro 9 - Volume de capital científico, burocrático, econômico, político e total dos agentes do espaço do sistema de saúde na Colômbia em 1993.

Entrevista do	CC	CB	CE	CP	Volume Total	VTC	Posição ocupada em 1993
E1	B	A	-	-	4	B	Assessora do Ministro da Saúde
E2	B	-	-	AA	5	M	Senador
E3	B	-	AA	A	8	M	Consultora
E4	B	A	M	B	7	M	Consultor
E5	B	A	-	B	5	M	Vice-ministro de Saúde
E6	B	-	M	-	3	B	Diretor Serviços de Saúde da Seguradora Compensar
E7	-	B	-	M	3	B	Técnica Secretaria de Saúde Estadual
E11	B	B	-	-	2	B	Membro do Conselho Médico na Direção Regional de Saúde de Antioquia
E12	B	-	-	B	2	B	Representante Presidência da república no Conselho Diretor do ISS
E13	B	B	-	M	4	B	Consultor de DNP para elaboração de planes de descentralização em saúde de municípios e províncias.
E14	-	B	-	B	2	B	Subdiretor Hospital Municipal
E15	-	-	M	-	2	B	Diretor de Salud Colsubsidio
E16	B	M	-	B	4	B	Diretor Hospital Municipal
E17	A	-	B	-	4	B	Professor Universitário Membro da Academia Nacional de Medicina
E18	B	A	-	B	5	M	Integrante da equipe de Juan Luis Londoño no Ministério da Saúde
E20	-	-	B	-	1	B	Coordenador Docente-assistencial Hospital Particular
E21	B	A	-	-	4	B	Assessora Vice-ministério da Saúde
E22	M	M	-	B	5	M	Presidente empresa de consultoria
E25	B	M	-	-	3	B	Diretor Regional de Saúde do Leste Antioquia
E26	-	M	-	-	2	B	Diretor de Serviços de Saúde da seguradora Caprecom na província Santander
							B=1; M=2; A=3; AA=4

B=1; M=2; A=3; AA=4

VTC: B=0-4; M=5-8; A=9-12; AA=13-16

Quadro 10 - Volume de capital científico, burocrático, econômico e político e total dos agentes do espaço do sistema de saúde na Colômbia e posição ocupada em 2001.

Entrevistado	CC	CP	CE	CP	Volume Total	VTC	Varição de VTC no período 1993-2001	Posição ocupada em 2001
E1	B	A	A	-	7	M	B-M	Vice-presidente Técnica de ACEMI
E2	A	A	-	AA	10	A	M-A	Reitor Universidade Central
E3	B	AA	AA	AA	13	AA	M-AA	Diretora Executiva Federação Nacional das Províncias.
E4	A	-	-	A	6	M	=	Consultor do Ministério da Saúde para regulamentação dos Sistemas Básicos de Saúde
E5	M	AA	-	AA	10	A	M-A	Prefeito de Pasto (2001-2003)
E6	B	-	A	-	4	B	=	Diretor Compensar (CCF)
E7	B	A	AA	-	8	M	B-M	Diretora da Associação Gestarsalud
E9	B	M	M	-	5	M	-	Gerente Hospital Público San Jorge
E10	B	B	-	-	2	B	-	Coordenadora de Promoção e Prevenção Hospital de Nazaret
E11	B	A	M	-	6	M	B-M	Pesquisador Universidade dos Andes, Diretor de Saúde prestadora Colsubsidio
E12	B	B	-	AA	6	M	B-M	Diretor Executivo da Associação Acesi
E13	A	A	-	-	6	M	B-M	Professor Universidade de Antioquia
E14	B	B	M	-	4	B	=	Diretor de Serviços de Confama (CCF)
E15	B	-	A	-	4	B	=	Gerente Colsubsidio (Seguradora)
E16	M	AA	-	-	6	M	B-M	Professor Universitário
E17	A	-	B	-	4	B	=	Membro da Academia Nacional de Medicina
E18	B	A	-	-	4	B	=	Assessor do Ministro da Saúde
E20	B	-	B	-	2	B	=	Diretor Médico Hospital Particular Pablo Tobón Uribe
E21	B	A	-	B	5	M	B-M	Assessora Vice ministério da Saúde
E22	M	A	-	B	6	M	=	Professor Universitário
E23	-	-	-	-	0	B	-	Quadro intermediário de Asmedas Medellín
E24	-	B	B	-	2	B	-	Assessora em Saúde Pública da ESS Cauca
E25	B	-	-	M	3	B	=	Assessor da Federação Colombiana de Municípios
E26	-	M	-	-	2	B	=	Secretário Municipal de Saúde

B=1; M=2; A=3; AA=4

VTC: B=0-4; M=5-8; A=9-12; AA=13-16

No segundo momento da análise dos capitais e das posições, no ano de 2001, ainda não tinham entrado no espaço Luz Dary Carmona, que participava do

Grupo Guillermo Fergusson e Gabriel Mesa Nicholls, que exercia a prática clínica (Quadro 10).

A trajetória dos agentes entrevistados que possuem maior volume de capital burocrático, político e total, entre 1993 e 2001 (E1, E2, E3, E5, E7, E14, E22), caracterizou-se pelo trânsito, após 1993, entre instituições da alta burocracia estatal (Departamento Nacional de Planejamento, Ministério da Saúde, Superintendência Nacional de Saúde, ISS), associações (ACESI, ACEMI, ASOCAJAS, GESTARSALUD) e instituições privadas de saúde (seguradoras particulares ou Caixas de Compensação Familiar) (Quadro 11).

Esta trajetória entre a burocracia do Estado e o campo econômico pode ter favorecido disposições favoráveis ao campo econômico dos agentes quando ocuparam posições no Estado. A entrada deles no espaço do sistema de saúde deu-se entre o período da gênese até o ano de 2006.

Evidenciou-se associação entre os agentes com baixo volume total de capital, em 1993 e médio, em 2001. De igual forma, houve associação entre os agentes com volume total de capital médio, em 2001, e alto ou muito alto, em 2013, sendo evidenciado um acúmulo do volume total de capital dos que se mantiveram nesse período no espaço, pois tiveram uma trajetória ascendente (Quadro 10).

Quadro 11 - Trajetória dos agentes no espaço do seguro de saúde, na Colômbia no período 1993 e 2001 e posições ocupadas em 1993-2001.

Entrevistado	Posição ocupada em 1993	Campo	Cargos Ocupados no período 1993-2001	Campo	Posição Ocupada em 2001	Campo
E1	Assessora do Ministro da Saúde (Juan Luis Londoño)	Burocrático	Consultora Particular Assessora do Ministro da Saúde (Augusto Galán) Diretora do Programa de Apoio à Reforma no Ministério da Saúde (Maria Teresa Forero de Saade) ACEMI	Burocrático	Vice-presidente Técnica de ACEMI	Econômico
E2	Senador	Político	Senador até 1998 Diretor do Programa Desenvolvimento Social (Universidade Javeriana-Fundação Kellog) Criador dos Programas Administração em Saúde e Seguridade Social (Universidade Javeriana) Consultor internacional Presidente do ISS (Governo de Pastrana)	Político Econômico Acadêmico Burocrático	Reitor. Universidade Central	Acadêmico
E3	-	-	Diretora Executiva de ACEMI Ministra da Saúde Diretora Científica Clínica Shaio	Econômico Burocrático	Diretora Executiva Federação Nacional das Províncias	Burocrático
E4	Consultor Independente	Econômico	Coordenador Programa Seguridade Social e Saúde Ocupacional Universidade Jorge Tadeo Lozano (1991-2003)	Burocrático Acadêmico	Consultor para regulamentação dos Sistemas Básicos de Saúde - SIBASIS. Outubro de 2002 Março de 2003	Burocrático
E5	Vice-ministro de Saúde	Burocrático	Vice ministro da Saúde Presidente ISS Professor Universitário	Burocrático Acadêmico	Prefeito de Pasto (2001-2003)	Político
E6	Subdiretor Operativo Seguradora Compensar	Econômico	Subdiretor de Planejamento Seguradora Compensar	Econômico	Diretor Seguradora Compensar	Econômico
Entrevistado	Posição ocupada em 1993	Campo	Cargos Ocupados no período 1993-2001	Campo	Posição Ocupada em 2001	Campo
E7	Técnica Secretária de Saúde Estadual	Burocrático	Centro Estadual de formação de SMS para descentralização. Direção de Promoção e Prevenção e Direção de Controle de vetores no Ministério da Saúde Direção de Qualidade da Superintendência Nacional de Saúde	Burocrático	Diretora da Associação Gestarsalud	Comunitário

E9	-	-	Direção Médica Seguradora Privada Bonsalud Diretora de Prestação de Serviços Seguradora privada Saludcoop	Econômico	Hospital Público San Jorge	Burocrático
E10	-	-	Coordenadora de Promoção e Prevenção Hospital Público de Nazaret	Burocrático	Coordenadora de Promoção e Prevenção Hospital Público de Nazaret	Burocrático
E11	Membro de Conselho Médico Direção Seccional de Saúde da província de Antioquia	Burocrático	Assessor do Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Planejamento Consultor particular	Burocrático	Pesquisador Universidade dos Andes Diretor de Saúde Prestadora Colsubsídio	Acadêmico Econômico
E12	Representante Presidência da República no Conselho Diretor do ISS	Burocrático	Ministro de Saúde	Burocrático	Diretor Executivo da Associação de Hospitais Públicos Acesi	Burocrático
E13	Consultor de DNP para elaboração de planes de descentralização em saúde de municípios e províncias	Burocrático	Professor Universidade de Antioquia	Acadêmico	Professor Universidade de Antioquia	Acadêmico
E14	Subdiretor Hospital Municipal	Burocrático	Gerente Clínica Privada Subdiretor Rede Hospitalar Pública de Medellín Diretor Serviços da seguradora Comfama	Econômico Burocrático	Diretor Serviços da seguradora Comfama	Econômico
E15	Coordenador médico Prestadora Colsubsídio	Econômico	Coordenador de Projeto Prestadora Colsubsídio	Econômico	Gerente Seguradora Colsubsídio	Econômico
E16	Diretor Hospital Municipal	Burocrático	Direção de Promoção e Prevenção do Ministério da Saúde Diretor Geral de Estudos Económicos e Inversões Diretor Geral de Serviços Ministério da Saúde	Burocrático	Professor Universitário	Acadêmico
Entrevistado	Posição ocupada em 1993	Campo	Cargos Ocupados no período 1993-2001	Campo	Posição Ocupada em 2001	Campo
E17	Professor Universitário Membro da Academia Nacional de Medicina	Acadêmico Médico	Professor Universitário Membro da Academia Nacional de Medicina	Médico	Membro da Academia Nacional de Medicina	Médico
E18	Assessor do Ministério da Saúde (Juan Luis Londoño)	Burocrático	Assessor de sub-direção do DNP Assessor de Comunicações da Organização Ardila Lulle	Burocrático Econômico	Assessor do Ministro da Saúde	Burocrático
E20	Coordenador Docente-assistencial Hospital Privado Pablo Tobón Uribe	Econômico	Diretor Médico Hospital Privado Pablo Tobón Uribe	Econômico	Diretor Médico Hospital Privado Pablo Tobón Uribe	Econômico
E21	Assessora Vice ministério da Saúde	Burocrático	Assessora Vice ministério da Saúde	Burocrático	Assessora Vice ministério da Saúde	Burocrático
E22	Presidente empresa de consultoria Professor Universitário	Econômico	2º Superintendente de Saúde	Burocrático	Professor Universitário	Acadêmico
E23	Quadro intermediário de Asmedas Medellín Médico ISS	Médico	Quadro intermediário de Asmedas Medellín	Médico	Quadro intermediário de Asmedas Medellín	Médico

E24	-	-	Coordenadora da Atenção Básica Hospital Municipal Coordenadora de Promoção e Prevenção EPS Associação Mutual A Suíça de América Gerente Hospital Municipal Assessora Promoção e Prevenção Hospital Local	Burocrático Comunitário	Assessora em Saúde Pública da Secretaria de Saúde de Cauca	Burocrático
E25	Diretor Regional de Saúde do Leste Antioquia	Burocrático	Prefeito Assessor em Descentralização na SMS Bogotá Assessor da Federação Colombiana de Municípios	Político Burocrático	Assessor da Federação Colombiana de Municípios	Burocrático
E26	Diretor de Serviços de Saúde Seguradora Pública Caprecom Santander	Burocrático	Diretor de Serviços de Saúde Seguradora Pública Caprecom Santander	Burocrático	Secretário Municipal de Saúde	Burocrático

No final do período de análise desta pesquisa, os agentes aposentados continuavam dentro do espaço, como consultores ou pesquisadores da área de seguridade social. Somente um agente afastou-se deste espaço e se dedica à docência universitária na área de economia (Júlio Colmenares) (Quadro 12).

Quadro 12 - Volume de capital científico, burocrático, econômico, político e total dos agentes do espaço do sistema de saúde, na Colômbia e posição ocupada em 2013.

Entrevistado	CC	CB	CE	CP	Volume Total	VTC	Varição do VTC no período 2001-2013	Posição Ocupada em 2013
E1	B	A	A	-	7	M	=	Vice-presidente Técnica ACEMI
E2	A	A	AA	-	10	A	=	Presidente de ACEMI
E3	B	M	-	A	6	M	AA-M	Assessora da Controladoria para temas da reforma em saúde
E4	A	-	M	-	5	M	=	Pesquisador e Professor Universitário
E5	M	AA	-	M	8	M	A-M	Diretor Geral de Seguridade Social Ministério da Saúde
E6	B	-	A	-	4	B	=	Diretor Seguradora Compensar
E7	B	-	AA	-	5	M	=	Diretora da Associação Gestarsalud
E8	B	B	-	B	3	B	-	Liderança Movimento Nacional pela Saúde Pública pelo Grupo Guilherme Fergusson
E9	B	-	-	A	4	B	M-B	Diretora da Associação de Hospitais Públicos ACESI
E10	B	B	-	-	2	B	=	Gerente Hospital Público de Nazaré (Bogotá)
E11	A	-	-	-	3	B	M-B	Pesquisador e Consultor
E12	B	-	AA	A	8	M	=	Consultor Independente
E13	A	-	-	-	3	B	M-B	Pesquisador Universidade de Antioquia
E14	B	A	A	-	7	M	B-M	Gerente da seguradora Salud Total
E15	B	-	AA	-	5	M	B-M	Diretor de Saúde da Associação de Caixas de Compensação Familiar (ASOCAJAS)
E16	M	-	-	AA	6	M	=	Diretor do Centro de Pesquisa e formação do recurso Humano Organização Ibero-americana de Seguridade Social OISS
E17	A	-	-	-	3	B	=	Presidente Academia Nacional de Medicina
E18	B	-	-	AA	5	M	B-M	Consultor
E19	B	-	A	-	4	B	-	Gerente Geral SURA
E20	B	-	AA	-	5	M	B-M	Presidente do Conselho Diretor Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas (ACHC)
E21	B	A	--	-	4	B	M-B	Assessora de Prestação de Serviços do Vice Ministério
E23	-	-	-	A	3	B	=	Presidente Asmedas Antioquia
E24	B	B	B	B	4	B	=	Professora Universitária
E25	B	-	-	AA	5	M	B-M	Membro Instancia Assessora em Saúde
E26	-	-	-	A	3	B	=	Secretário Estadual de Saúde até 2015

B=1; M=2; A=3; AA=4

VTC: B=0-4; M=5-8; A=9-12; AA=13-16

Quadro 13 - Trajetória dos agentes no espaço do seguro de saúde, na Colômbia no período 2002 e 2013 e posições ocupadas em 2002 e 2013.

Entrevistado	Posição Ocupada em 2002	Campo	Cargos ocupados no período 2002-2013	Campo	Posição ocupada em 2013	Campo
E1	Vice-presidente Técnica de ACEMI	Econômico	Vice-presidente Técnica de ACEMI	Econômico	Vice-presidente Técnica ACEMI	Econômico
E2	Reitor. Universidade Central	Acadêmico	Consultor Internacional Presidente de ACEMI (2011)	Econômico	Presidente de ACEMI	Econômico
E3	Diretora Executiva Federação Nacional de Províncias	Burocrático	Diretora Executiva Federação Nacional de Províncias (Até 2012)	Burocrático	Assessora da Controladoria para temas da reforma em saúde	Burocrático
E4	Consultor para regulamentação dos Sistemas Básicos de Saúde - SIBASIS. Outubro de 2002 Março de 2003	Burocrático	Consultor Particular Pesquisador e Professor Universitário	Acadêmico	Pesquisador e Professor Universitário	Acadêmico
E5	Prefeito de Pasto (2001-2003)	Político	Vice-ministro da Saúde (2004-2008) Prefeito de Pasto (2008-2011) Professor Universitário	Burocrático Político	Coordenador do Projeto de Assistência Técnica BID Diretor Geral de Seguridade Social Ministério da Saúde	Burocrático
E6	Diretor Seguradora Compensar	Econômico	Diretor Seguradora Compensar	Econômico	Diretor Seguradora Compensar	Econômico
E7	Diretora Associação Gestarsalud	Comunitário	Diretora da Associação Gestarsalud	Comunitário	Diretora da Associação de Gestarsalud	Comunitário
E8	Membro Grupo Fergusson	Militante	Co-fundadora do Movimento Nacional pela Saúde Pública Assessora de Saúde Pública na Secretaria Municipal de Saúde Diretora de Participação Social na Secretaria Municipal de Saúde	Militante Burocrático	Membro do Movimento Nacional pela Saúde Pública	Militante
E9	Hospital Público San Jorge	Burocrático	Associação Hospitais Públicos da Província Risaralda Associação Nacional de Hospitais Públicos (ACESI)	Burocrático	Diretora ACESI	Burocrático
E10	Coordenadora de Promoção e Prevenção Hospital Público de Nazaret	Burocrático	Diretora de Saúde Pública Hospital Público de Nazaret	Burocrático	Gerente Hospital Público de Nazaré (Bogotá)	Burocrático
E11	Pesquisador Universidade dos Andes Diretor de Saúde prestadora Colsubsidio	Acadêmico Econômico	Professor Universidade do Rosário Diretor de Saúde prestadora Colsubsidio	Acadêmico Econômico	Pesquisador e consultor independente	Econômico

Entrevistado	Posição Ocupada em 2002	Campo	Cargos ocupados no período 2002-2013	Campo	Posição ocupada em 2013	Campo
E12	Diretor Executivo Associação de Hospitais Públicos ACESI	Burocrático	Assessor da Comissão Acidental do Senado para Reforma do Sistema de Saúde Diretor Executivo ACEMI Consultor Banco Mundial, Consultor BID, Consultor Minsaúde	Político Burocrático Econômico	Consultor Independente	Econômico
E13	Professor Universidade de Antioquia	Acadêmico	Professor Universidade de Antioquia	Acadêmico	Pesquisador Universidade de Antioquia	Acadêmico
E14	Diretor Serviços Seguradora Comfama (CCF)	Econômico	Assessor Ministério da Saúde Assessor Internacional Governo Peru e Unimed em Brasil Gerente EPS Salud Total	Burocrático Econômico	Presidente da seguradora privada Salud Total EPS	Econômico
E15	Gerente Seguradora Colsubsidio	Econômico	Diretor de Asseguramento Secretaria Municipal de Saúde de Bogotá Assessor ASOCAJAS Consultor de Seguridade Social em Saúde	Burocrático Econômico	Diretor de Saúde de ASOCAJAS Professor Universitário	Econômico Acadêmico
E16	Professor Universitário	Acadêmico	Assessor da Comissão Acidental do Senado para Reforma do Sistema de Saúde Pesquisador e Professor Universitário Superintendente de Saúde	Político Acadêmico Burocrático	Diretor do Centro de Pesquisa e formação do recurso Humano Organização Ibero-americana de Seguridade Social OISS	Acadêmico
E17	Membro da Academia Nacional de Medicina	Médico	Membro da Academia Nacional de Medicina	Médico	Presidente Academia Nacional de Medicina	Médico
E18	Assessor do Ministro da Saúde	Burocrático	Ministro da Saúde	Burocrático	Consultor independente	Econômico
E19	-	-	Gerente de Saúde seguradora privada SURA Gerente Geral SURA seguradora	Econômico	Gerente Geral seguradora privada SURA	Econômico
E20	Diretor Médico Hospital Particular Pablo Tobón Uribe	Econômico	Diretor Médico Hospital Particular Pablo Tobón Uribe Presidente do Conselho Diretor Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas (ACHC)	Econômico	Diretor Geral Hospital Particular Mario Tobón Uribe Presidente do Conselho Diretor Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas (ACHC)	Econômico
E21	Assessora Vice-ministério da Saúde	Burocrático	Assessora Vice ministério da Saúde Consultora Banco Mundial Consultora BID	Burocrático	Assessora do Vice Ministério e Prestação de serviços Assessora de Ciência e Tecnologia Colciencias	Burocrático
E22	Professor Universitário	Acadêmico	Professor Universitário	Acadêmico	Professor Universitário área de economia	Acadêmico

Entrevistado	Posição Ocupada em 2002	Campo	Cargos ocupados no período 2002-2013	Campo	Posição ocupada em 2013	Campo
E23	Quadro intermediário de Asmedas Medellín	Médico	Deputado Estadual	Político	Presidente Asmedas Antioquia	Médico
E24	Assessora em Saúde Pública da Secretaria de Saúde da Província de Cauca	Burocrático	Assessora em Saúde Pública da Associação Hospitais Públicos da Província Valle del Cauca Seguradora Associação Indígena da Província Cauca Consultora OPS	Burocrático	Professora Universitária Militante Movimento Nacional pela Saúde	Acadêmico
E25	Assessor da Federação Colombiana de Municípios	Burocrático	Assessor da Federação Colombiana de Municípios	Burocrático	Membro Instancia Assessora em Saúde	Burocrático
E26	Secretário Municipal de Saúde	Burocrático	Diretor Hospital Municipal Secretário Estadual de Saúde	Burocrático	Secretário Estadual de Saúde até 2015	Burocrático

Em relação à trajetória dos agentes no período de 2002 a 2013, percebe-se um trânsito menor entre os subespaços, sendo que a maioria permaneceram na mesma posição. Observou-se, para além disso, que os agentes com maior capital total em 2013 (E1, E2, E3, E5, E14, E16) ocuparam posições nos campos econômico e burocrático (Quadro 13), os agentes com maior capital são aqueles que ocuparam as posições dominantes no espaço (E1, E2, E5, E12, E14).

No que se refere à tomada de posição dos agentes sobre a Lei 100, a maioria concorda que esta segue a orientação da Constituição Política de 1991, que tem como premissa reconhecer a responsabilidade estatal de garantir o direito à saúde, porém, introduzindo a lógica de mercado de seguro universal e de prestação de serviços de saúde. Neste sentido, o ponto de vista dominante no Estado ou *doxa*, que considera o seguro universal em saúde como equivalente de garantia do direito à saúde, foi constituído em ponto de vista universal, portanto, legítimo. Deste modo, o Estado conformou um espaço de seguro obrigatório em saúde com participação majoritária de agentes da empresa privada que se fortaleceram ao longo do período, como será demonstrado posteriormente. Por outro viés, a maioria dos agentes entrevistados considera que a Lei 100 é uma das reformas mais importantes realizadas pelo Estado colombiano nas últimas décadas, pois consideram que, enquanto política de seguridade social, representa um avanço significativo para a saúde da população.

Bueno, yo le voy a contestar, pero yo tengo una carga emocional, entonces tómelo con beneficio de inventario, para mí ha sido la ley social más importante y más exitosa que ha hecho Colombia en su historia sin la menor duda, mucho más que cualquier cosa que se haya hecho, por ejemplo, en el campo de la educación, yo también fui ministro de educación y profesor universitario, y rector y si pongo en una balanza las dos cosas, no me cabe la menor duda que la ley 100, la ley general de seguridad social, porque abarca pensiones y riesgos laborales fue una pieza legislativa clave para transformar la salud de Colombia. Pero no solo para eso sino para buscar equidad en un país que es tan inequitativo y lo logró de lejos, los logros que ha tenido la ley 100 en 20 años son enormes. Entonces para mí la ley 100 es muy importante, fue bien redactada, bien estudiada, tanto así que a pesar de todos los enemigos ahí se mantiene. E2 (Médico, Senador, Presidente do ISS, consultor internacional e Presidente de ACEMI)

Dos agentes entrevistados apenas Yadira Borrero, Luz Dary Carmona e German Enrique Reyes com volume total de capital baixo que participam da militância da saúde pública e Juan Mendoza Vega da Academia Nacional de

Medicina se manifestaram contra do modelo de seguro definido na Lei 100. Eles consideram que o sistema prioriza o negócio da saúde sobre o direito cidadão estabelecido na Constituição de 1991 e ratificado, posteriormente, pelo poder judiciário.

Por supuesto que les demoramos el proceso, es decir esa puja, ese tira y encoje que lleva a que el proceso de privatización como ellos lo concebían no fuera un proceso puro y se les demoró por eso. En cinco años calculaban que se les resolvían esos problemas, ellos lo decían, tranquilos muchachos que en cinco años el mercado va a definir las reglas del juego y vamos a tener un sistema privado puro como se concibe con calidad, con calidez, con oportunidad y sin tanta burocracia como lo que hay ahora y sin embargo la historia es otra, no? Aquí no hay un problema de buenos y malos sino un problema político porque entendían que los sistemas de salud no podían funcionar por temas de corrupción, por temas de burocratización, por temas de que el Estado no podía prestar un servicio de salud bueno y por lo tanto había que pasar a entregar todo al sector privado, no solamente entregar los recursos, sino entregar la dirección a ese agente privado que eran las EPS y ya sabemos el desastre que dejaron las EPS, tanto a unos prestadores como a la población en general. E23 (Médico, Deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia)

Para os agentes a favor da Lei 100, um dos aspectos que evidenciam o quanto o sistema de saúde tem melhorado a autonomia de comunidades é que populações indígenas e comunidades organizadas em Mutuais e Empresas Solidárias de Saúde (ESS) passaram a administrar os recursos da saúde. Além disso, segundo eles, as populações pobres e desempregadas têm acesso à seguridade social na forma de seguro de saúde. Chama a atenção que os agentes que têm disposições a favor da lei 100 aceitam como legítima a divisão da população nos subsistemas subsidiado e contributivo que, no final das contas, funcionam com estruturas institucionais diferenciadas.

[..] Colombia extendió eso a los pobres, en todo el mundo lo que hay son sistemas de seguridad de la gente que trabaja, la demás gente está por caridad tirada en un hospital. Colombia hizo eso, o sea, la seguridad social, pero le puso un apéndice que se llamó régimen subsidiado, que si la persona no tiene capacidad de pago el mismo sistema debe, mediante un esquema solidario, garantizar, eso, eso no hay en el mundo, con muchos errores y con todas las dificultades que hubiese, la ley 100 fue el sistema que permitió en Colombia la garantía de acceso equitativo para los pobres, con todas las dificultades. Me invitó Jaques Chirac cuando presidia el G8 a mostrarlo en Francia para los países africanos, para implementarlo allá, [..], porque es que mira, la gente aquí no valora el tema y se ponen es a refutar porque le negaron un servicio, que lo cierran, que

lo multen, eso no puede pasar, pero la ley, el sistema es maravilloso
E7 (Médica, Técnica do Ministério da Saúde, Diretora de GESTARSALUD)

Para alguns setores da população historicamente esquecidos pelo Estado, o fato de ter uma carteira de afiliação representa uma valorização, um reconhecimento, por este motivo os agentes a favor e contra a Lei 100 consideram que o sistema melhorou a equidade e o reconhecimento da saúde como um direito por parte da população.

Los campesinos es gente que te dice que la ley 100 sí, y cuando tú hablas con ellos en términos de que la ley y el derecho tienes que hacer unos súper ejercicios pedagógicos para que los manes entiendan que eso no es, además porque cuando tú no has tenido, eso que te den un carné, ya eso te empieza a parecer significativo, ¿si? E8 (Filósofa, Grupo Fergusson, liderança do Movimento Nacional pela Saúde)

Dos agentes a favor, alguns consideram que a proposta “teórica” da Lei 100 foi muito boa, porém, a sua implementação ficou aquém do esperado. Uma das explicações dadas por eles é que o principal agente na elaboração das regras do sistema, Juan Luis Londoño²⁸, não esteve no governo de Samper, considerado por eles como o momento chave na definição normativa do Sistema de Saúde. Para além disso, posteriormente, no Governo de Uribe Velez, ele foi Ministro somente por um ano. Segundo esta tendência, as regulamentações posteriores resolveram problemas só para agentes específicos, mas tergiversaram o objetivo principal da lei e deixaram para segundo plano os resultados em saúde.

Miguel Uprinmy (diretor de saúde de ASOCAJAS) define o sistema de saúde colombiano como um seguro social público atípico, operado pelo mercado, no qual seguradoras organizam a rede de prestadores e assumem o risco financeiro.

¿Porque público? porque todos los recursos son públicos, con operadores privados, públicos y mixtos, tanto en la prestación como en el aseguramiento. Y es atípico porque el asegurador no puede ni definir la prima, ni puede definir el plan de beneficios. Entonces son dos de los elementos más importantes de un aseguramiento. Eso es

²⁸Juan Luis Londoño foi economista pela Universidade de Antioquia e realizou mestrado e doutorado em economia na *Harvard University*. Na sua trajetória profissional foi subchefe e secretário do Conselho Nacional de Política Econômica e Social do Departamento Nacional de Planejamento, economista líder do Banco Interamericano de Desenvolvimento, presidente da revista *Dinero* e Ministro da Saúde nos governos de César Gaviria Trujillo e Álvaro Uribe. Morreu em 6 de fevereiro de 2003, aos 44 anos, após sofrer um acidente de avião, na época era Ministro da Saúde (FUNDACIÓN JUAN LUIS LONDOÑO, 2016).

atípico, o sea el régimen subsidiado con las reglas que tiene hoy se parece más a una administración delegada que a un aseguramiento. E15 (Médico, Gerente de aseguradora e Diretor de Saúde de ASOCAJAS)

Para mí la ley 100 es un viraje radical en la concepción de un sistema de salud en cuanto a que introduce el mecanismo de fuerzas de mercado, en el aseguramiento y en la prestación como nunca antes se había hecho en los años anteriores. Bueno yo creo que muchos le dirán a usted cuando hace esa pregunta que es un cambio que para la cobertura universal, que para mejorar el acceso, no, porque todas las otras reformas previas también trataban de hacer lo mismo, cobertura universal, acceso, condiciones de equidad, mejorar la calidad, todas trataban de hacer lo mismo, pero realmente lo que hizo la ley 100 de distinto fue introducir fuerzas de mercado en el aseguramiento y en la prestación que eso no existía. Ese fue el cambio drástico en la ley 100, realmente lo demás si es muy parecido a las demás reformas. Entonces ahí es donde yo creo que el gran debate de todo lo que ha ocurrido en el sistema en los últimos 20 años, está es alrededor de eso, de qué tanto los mercados han sido capaces de llenar ese vacío regulatorio que sistemas dirigidos por el gobierno o estatales, no habían logrado hasta el 93. E11 (Médico, assessor do Ministério da Saúde e do DNP, pesquisador e consultor)

Na normatização do seguro de saúde configuraram-se dois sistemas: a) o contributivo e b) o subsidiado, pois as formas de filiação, planos de benefícios, relações entre os agentes, poder das seguradoras e prestadoras e participação dos diferentes níveis de governo são diferentes. De forma geral, no subsistema contributivo é estabelecida uma relação contratual entre o usuário e a seguradora, já no subsistema subsidiado, as gestões municipais e estaduais têm um papel fundamental na identificação dos usuários “pobres” e na contratação das seguradoras, assumindo o papel na relação contratual. Nota-se como se deu grande valor à filiação ao seguro como um fim, sendo entendido o fato de filiar a população como solução quase automática para os problemas do sistema de saúde anterior.

Ya digamos después que sale la ley 100 en 1994, 1995, digamos que la conformación de la ley 100 y la configuración del sistema así como cambia la agenda también empieza a generar una transformación profunda de la mentalidad. O sea, el aseguramiento iba a resolver todos los problemas, con el aseguramiento iba a haber universalidad en el año 2000. Entonces lo que necesitábamos es gente que sepa de aseguramiento, lo que necesitamos es gente que sepa gerenciar y entonces empieza a haber, digamos el sistema no solamente cambia la prestación de los servicios, el sistema cambia toda la lógica del sector y tiene efecto, o sea lo primero que hace la ley es no solo comenzar a instalarse sino a de ver bueno para que el sistema funcione necesitamos profesionales, gente que entienda el sistema, gente que lo sepa gerenciar, gente que sepa de economía de la salud, no de salud pública, necesitamos es economistas de la salud,

necesitamos gerentes, entonces empieza también, y además el debate de equidad y la universalidad eso no. El aseguramiento va a resolver todo, va a generar universalidad y además con el sistema emergen esos actores que son las EPS que antes no estaban, las EPS del régimen contributivo y las ARS que eran las administradoras del régimen subsidiado, con esos nuevos actores se necesita es un nuevo capital humano lo pongo entre comillas que tenga competencias para el nuevo sistema de salud. Y Entonces se pone el boom de las gerencias en salud, todas las economías de la salud, todo eso, administradores en salud. Toda esa lógica comienza como en el 94 y yo creo que eso se mantiene con mucha fuerza como hasta el 2005. E8 (Filósofa, Grupo Fergusson, liderança do Movimento Nacional pela Saúde).

Es un sistema garantista es un sistema que tiene la cobertura como no la tiene otro sector, tiene una protección financiera al usuario que la han desconocido aquí hace 20 años. Un usuario que sufriera de cáncer si no estaba en el seguro no tenía como atenderse se moría, o tenía que salir a vender su carro tenía que vender su casa, tenía que vender el lote, tenía que hacer un préstamo, hoy el sistema de salud le garantiza en igualdad de condiciones que tiene acceso cualquier tipo de paciente a la tecnología de punto que hoy hay en el país, hoy en el país le pongo ejemplo, como me gusta hablar con cifras hace 20 años en el país habían 1500 pacientes que tenían acceso a diálisis renal hoy son 25600 que tienen diálisis permanentemente en el país a un costo de dos millones y medio paciente mensual por diálisis. E14 (Médico, Diretor de serviços de EPS, Presidente de EPS, Consultor Ministério de Saúde)

Ou seja, a transformação das estruturas objetivas ocorre paralelamente à mudança das estruturas mentais, sendo o Estado, como metacampo, o principal fomentador dessa ilusão bem fundamentada (BOURDIEU, 2014).

Para os agentes entrevistados, um dos aspectos relevantes do sistema reside no fato de como a função do clínico geral tem se desvirtuado ao longo da implementação da Lei 100, levando a perda da capacidade resolutiva e favorecendo o crescente protagonismo das especialidades médicas. Isto levou a reflexão de vários agentes sobre a pertinência da mudança do modelo de atenção para um modelo centrado na saúde da família, pois entendem que desta forma poderiam melhorar os resultados em saúde, aplicando o próprio enfoque de risco proposto pelo Sistema de Saúde, contudo sem questionar a configuração estrutural do sistema.

Todos os agentes entrevistados reconhecem o aumento da cobertura, especialmente para a população pobre, como um dos avanços mais importantes da implementação da Lei 100. Contudo, a constituição desse espaço tem revelado

conflitos importantes, tais como a debilidade institucional do Estado nos níveis nacional, regional e local.

Cuando yo pienso en el sistema de salud colombiano solo pienso dos palabras: indolente e insolidario, es un sistema profundamente indolente, es un sistema donde el poder económico no le importa arrasar con vidas de seres humanos, generar sufrimiento, dolor, tortura. Porque cuando no atendemos a la gente la estamos torturando, cuando la gente tiene dolor, cuando alguien tiene un cáncer, cuando tiene desde una cosa más simple, un trabajo de parto que no atendemos bien atendido, o sea, creo que es absolutamente indolente, como pocas cosas en este planeta y absolutamente insolidario, un sistema basado en que se salva quien pueda y que constituye formas de insolidaridad muy brutales, yo creo que si algo debería aprender la humanidad de esta experiencia tan dolorosa es que somos capaz de hacer daño de todas las maneras posibles y una de las maneras posibles que se inventó Colombia fue quitarnos la posibilidad de controlar el sentimiento que produce la enfermedad, entonces me parece que es de las cosas más dolorosas que puede haber en la vida, el nivel de indolencia que tiene este sistema, el nivel de insolidaridad tan brutal con los ciudadanos de este país, es un sistema pensado para acumular riqueza por encima de lo que sea, solo lo puedo ver así, no soy capaz de verlo de otra manera. E24 (Médica, Professora Universitária, militante Movimento Nacional pela Saúde).

En sistema, que tiene una virtud que es el aseguramiento universal, y es un sistema que tiene buenas pretensiones, pero que se está equivocando en los cómo, el problema muchas veces no es el qué sino el cómo. Entonces es un sistema que avanzó en el aseguramiento, que tiene claro una pretensión, pero que está equivocado en los cómo. Por ejemplo otra cosa que se me olvidó decirte, no tienen políticas de formación a los recursos humanos, y es muy pobre, no tiene una política hospitalaria, por ejemplo, sin centros de alta complejidad, lo que deberían hacerse es unos sitios de primer nivel muy sólidos y unos sistemas de referencia y contrarreferencia e ir especializándose centros, y unos buenos sistemas por ejemplo de atención pre-hospitalaria. Entonces es un sistema que no piensa en eso, que montarse hospitales de alta complejidad en todas partes es imposible hay que volver a pensar en mecanismos de regionalización, de referencia y contra-referencia sólidos. Colombia no tiene nada de eso, es un sistema fragmentado, desintegrado. Pero pues la gente está asegurada, el problema no es el qué, sino el cómo. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas)

Outro aspecto destacado como positivo por todos os agentes é o reconhecimento da saúde como direito na legislação nacional e seus efeitos para a população, todavia isto também tem evidenciado conflitos entre agentes dos campos econômico, político e jurídico. A participação deste último vem sendo deslegitimada

pelos agentes do campo econômico, pois é sua entrada no espaço que tem permitido a garantia do direito para aqueles cidadãos que tiveram o acesso aos serviços negados pelas seguradoras, conforme será aprofundado no capítulo “Direito à saúde e mercado de seguros de saúde”.

7. CONFORMAÇÃO DO ESPAÇO DO SEGURO DE SAÚDE, 1993-2001

7.1 GÊNESE DE UMA NOVA POLÍTICA, A LEI 100

A década de 1990 começou na Colômbia com a promessa de uma nova sociedade. Formulou-se a Constituição política que define o “Estado Social de Direito” e aplicaram-se reformas neoliberais em resposta à crise econômica com a consequente redução do seu tamanho. A organização do sistema de saúde e a sua conformação enquanto espaço social encontra-se, por sua vez, imersa nas estruturas sociais e econômicas do Estado.

O processo de formulação da Lei 100, de 1993, e a reconfiguração do espaço social do seguro de saúde iniciaram-se no final dos anos de 1980, pela influência do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, contando com o protagonismo de agentes do campo burocrático (inseridos no Departamento Nacional de Planejamento), do campo econômico (empresas seguradoras, ANIF), campo político (constituintes e senadores de diferentes partidos políticos) e campo acadêmico (Professores de Saúde Pública das Universidades Nacional e de Antioquia). Todos eles reconheciam as debilidades do Sistema Nacional de Saúde e a necessidade de transformação, apesar disso, as propostas eram diferentes segundo a posição ocupada pelos agentes.

Na época, o sistema de saúde, enquanto objeto em disputa na Colômbia, passou do domínio do campo médico e da saúde pública para o domínio predominante da visão economicista sobre o problema. O mesmo ocorreu com a elaboração de análises e alternativas de políticas feitas por agentes da burocracia estatal de diferentes instituições, assim como, de outros campos.

No Sistema Nacional de Saúde (SNS) (1975-1993), instituições públicas²⁹ administravam e prestavam os serviços de Seguridade Social, cobrindo, conjuntamente, previdência e saúde com uma cobertura de aproximadamente 20%. A população assalariada era estimada em 54%. Ainda assim, existiam altos índices de evasão da filiação à seguridade social, sendo as coberturas diferenciadas segundo os tipos da indústria, entre 6% (trabalhadores agropecuários e de atividades extrativistas) e 99% (funcionários públicos) (BORRERO, 2008, p. 75 apud RODRIGUEZ, 1992). A dificuldade de ampliação da cobertura da seguridade social explicou-se, no momento, por fatores relacionados ao Instituto Colombiano de Seguro Social (ISS), instituição que respondia por saúde e previdência. A população que não tinha seguridade social, aproximadamente 32%, era atendida pela assistência pública na rede hospitalar do Estado e 7% tinham acesso à medicina privada (BORRERO, 2008, p. 75 apud RODRIGUEZ, 1992).

Em contrapartida, quase 50% dos gastos em saúde eram canalizados para as instituições de seguridade social e o restante destinava-se para 70% da população, de responsabilidade do Estado. Durante essa fase, dentre as instituições que conformavam o espaço do sistema de saúde, o ISS era um dos mais importantes, pois era reconhecido de forma favorável pelos trabalhadores, tinha o maior número de filiados e seus sindicatos eram fortes. Este instituto gerou muitas controversas na formulação e implementação da Lei 100 e foi finalmente extinto pelo governo, em 2008. Dadas as circunstâncias, a reforma previdenciária necessariamente precisaria modificar equilíbrios preexistentes, haja vista o ISS e Cajanal precisarem passar por transformações que, de maneira inevitável, alterariam também a prestação de serviços de saúde para os segurados e as condições de trabalho para os trabalhadores dessas instituições.

Diversos agentes evidenciaram preocupações com o sistema de saúde, as quais foram amplamente divulgadas na mídia. Desde o início do governo³⁰, em agosto de 1990, foram veiculados em *El Tiempo* problemas relativos ao Sistema de Saúde, “crise” no ISS e na CAJANAL (Caixa Nacional de Previdência), nos Hospitais Públicos e no Fundo Nacional Hospitalar (FNH). Divulgaram-se, também, no referido

²⁹Existiam na época na Colômbia o Instituto Colombiano de Seguro Social, Cajanal, Caprecom e mais outras 9 caixas de cobertura nacional, 29 de cobertura nas províncias, 994 municipais e 4 de Universidades Públicas (BORRERO, 2008, apud ARAUJO 1992, p76).

³⁰ Não foram encontradas matérias sobre o tema entre janeiro e agosto.

jornal, informes e pesquisas realizadas pela Superintendência Nacional de Saúde, pelo Ministério Público e pela Controladoria Geral da Nação (PRADA, 2012, p. 20).

Por outro ângulo, em maio de 1990, a Associação Nacional de Instituições Financeiras (ANIF) realizou o *Fórum Fondos de Pensiones como Alternativa Privada para la Seguridad Social* no qual apresentou o diagnóstico sobre o Sistema de Seguridad Social (ANIF, 1990). O sistema estava desarticulado, sem coordenação nem planificação. A única instituição previdenciária que detinha reservas para garantir as aposentadorias era o ISS, já as outras dependiam de repasses da nação. A contribuição de 6% do salário não aumentou para atingir os 18%, como havia sido planejado, além do mais, o ISS dependia exclusivamente das contribuições dos trabalhadores e dos empregadores, pois o governo nunca fez o repasse dos 1,5%, como era sua obrigação. O déficit financeiro se agravou pelo incremento anual da aposentadoria ajustada à inflação, aumento de coberturas, dificuldades para arrecadação das contribuições e falta de investimento dos recursos das reservas (PRADA, 2012, p. 23-24). Ademais, entre 1986 e 1990, as aposentadorias aumentaram 11,3% por ano, enquanto as filiações se ampliaram em 6,5% (BORRERO, 2008, p. 76), agravando, com isso, ainda mais a crise econômica.

Nos informes do Ministério Público sobre o ISS destacaram-se a falta de planejamento, superfaturamento, embargos, dívidas com os hospitais prestadores de serviços, falta de controle dos recursos arrecadados, diminuição do número de filiados, desfalque dos recursos da instituição, aumento no gasto com medicamentos e suspensão de serviços (PRADA, 2012, p. 21). Ressaltavam-se a iniquidade na distribuição dos recursos entre o sistema de seguridad social e o sistema de assistência pública e a falta de fluxo dos recursos do Ministério da Fazenda para o processo de descentralização administrativa, como também a crise administrativa e econômica que ocasionava escassez de insumos, embargos e suspensão de serviços.

Segundo a Controladoria (1992), no ISS existiam dificuldades financeiras, administrativas e de gestão, tanto quanto inadequação no cumprimento das funções dos médicos, aumento da população filiada com poucos médicos contratados, baixa cobertura e dificuldades no acesso. O ISS não realizava avaliações sobre a qualidade dos serviços prestados pelas instituições contratadas, do mesmo modo que não planejava nem coordenava a compra de medicamentos, equipamentos e materiais.

Em relação à CAJANAL, que filiava 3,6% da população empregada no setor urbano e 42% dos funcionários públicos, a Controladoria denunciou a inconformidade dos empregados públicos devido a irregularidades na prestação dos serviços de saúde. Tais problemas, apresentados durante vários anos, levaram muitas empresas públicas – universidades e corporações de desenvolvimento regional – a criar suas próprias instituições de seguridade social, consolidando, assim, um sistema desarticulado. Cajanal possuía graves dificuldades financeiras devido à dependência das verbas do nível central e a baixa capacidade de controlar os processos de arrecadação, indicando, com isso, que a crise da Cajanal era muito mais grave daquela enfrentada pelo ISS (PRADA, 2012, p. 21-22).

Posteriormente, em 1991, foram divulgadas investigações da Superintendência Nacional de Saúde sobre corrupção administrativa, contratações irregulares e superfaturamento de alguns hospitais públicos da região do atlântico e Bogotá, entre 1988 e 1991. A Cajanal e o ISS também foram alvo de denúncias por fraudes, superfaturamento, contratações irregulares e roubos (PRADA, 2012, p. 21-22).

Em se tratando do tema previdenciário, a Associação Colombiana de Atuários evidenciou a inviabilidade do sistema e recomendou duas possíveis soluções. Incrementar o aporte individual de 6,5% para 9,7%, entre 1992 e 1996, retardar a idade de aposentadoria, respectivamente, 65 anos para os homens e 60 anos para mulheres, aumentar as semanas de cotização de 500 a 1000 ou, ainda, adotar o modelo chileno de capitalização individual (PRADA, 2012, p. 21-22).

Desta forma, ficaram em evidência problemas tanto no sistema previdenciário como no sistema de saúde que se conjugavam nas instituições públicas, a saber, ISS, Cajanal e hospitais públicos. Paralelamente, outros âmbitos do Estado e do campo econômico iniciaram, nesse período, sua participação no espaço social de produção do seguro de saúde enquanto promulgadores do ponto de vista da necessidade de transformações do Estado que “coincidem” com o neoliberalismo.

À época, os diferentes agentes reconheciam a necessidade de mudanças no Sistema Nacional de Saúde.

Pues había matices en cuanto a que tipo de instituciones crear para tratar de salir de la situación crítica que se vivía con el Sistema Nacional de Salud que, como ya he resaltado, se concentraba en la

lentitud en la ampliación de cobertura [..].E13 (Médico, Consultor DNP, Professor e pesquisador universitário).

Se veía unas grandes inequidades en el sistema anterior, se veían unas grandes ineficiencias, los presupuestos históricos conforme lo establecían los hospitales, eran unos presupuestos que generaban incentivos perversos y generaban incentivos al gasto por el gasto. E12 (Médico, Ministro da Saúde do Governo Samper).

A transformação do SNS³¹ iniciou-se com a Lei 10, de 1990, que orientou a descentralização administrativa³² – como recomendado pela agenda de reforma do Banco Mundial – e a transformação dos hospitais públicos em empresas autônomas.

Salió la Ley 10 del año 90 de reorganización del Sistema de salud, donde uno de los puntos era la descentralización, porque es que cualquier cosa que pasaba en salud llamaban al ministro, - consíganos mandando plata y entonces acababa apagando incendios en todo el país. Pero los departamentos que tenían rentas del Estado para la salud de mucho tiempo atrás, entonces se hacían los locos y no respondían por la salud. [...].Entonces esa Ley 10 del año 90 trae una serie de componentes que todavía están vigentes sobre descentralización. E4 (Advogado, Professor universitário)

O *Estudio Sectorial de Salud* realizado por Francisco Yepes Lujan, com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento, foi um dos insumos para a formulação da Lei 10 (URIBE, 2009) que, além de ordenar a descentralização administrativa e financeira – os municípios passaram a ser responsáveis pela administração de recursos e prestação de serviços de saúde –, deu autonomia jurídica e administrativa aos hospitais públicos, transformando-os em empresas e formalizou as Empresas de Planos de Saúde. As empresas de Planos de Saúde tiveram um papel fundamental na configuração final dada ao sistema. Com a Lei 10 o governo buscou fortalecer o Sistema Nacional de Saúde e promover a liderança estatal no setor. Todavia, sua implementação atingiu unicamente a rede pública de serviços. Esta norma foi definitiva na reestruturação do espaço social de produção do seguro de saúde, alterando a figura jurídica e o funcionamento econômico dos

³¹O Sistema Nacional de Saúde foi implementado na Colômbia em 1975. Este sistema estava conformado por três subsetores independentes: serviços públicos de saúde, seguro social e serviços privados. Os serviços públicos estavam conformados por hospitais e centros de saúde públicos financiados por impostos. O seguro social estava direcionado aos empregados de empresas privadas, filiados ao Instituto Colombiano de Seguro Social, e aos funcionários públicos filiados a diferentes Caixas de Previdência Social (HERNANDEZ, 2002, p. 992-994).

³²O processo de descentralização administrativa começou no governo de Belizário Betancourt (1982-1986) com as eleições populares para prefeito realizadas em 1986. Posteriormente, no governo de Virgílio Barco, a descentralização da saúde e de outros setores foi prioridade como estratégia para buscar legitimidade e equilíbrio fiscal e financeiro.

hospitais públicos. Estes últimos passaram, assim, a concorrer na venda de serviços de saúde. Tal transformação, para responder a nova lógica do sistema, levou muitos deles à falência. No espaço social de produção do seguro de saúde um dos objetos em disputa é o contrato entre administradores e prestadores para garantir o recurso econômico e continuar subsistindo, o produto a ser vendido são os serviços de saúde.

[..]En el fondo de la ley 10 de 1990 estaba una política del desmonte del Sistema Nacional de Salud, la autofinanciación de la red pública hospitalaria a través del mecanismo de la compraventa de servicios. E23 (Médico, Deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

A ineficiência do Estado para administrar os recursos do setor apareceu na agenda, evidenciando a falta de qualidade e a baixa cobertura na prestação de serviços de saúde. Posteriormente, apresentou-se um clima político³³ favorável para a reestruturação do Estado, em geral, e para a reestruturação da política de Seguridade Social, em particular (PRADA & CHAVES, 2014).

Em sentido oposto, a década de 1990 começou na Colômbia com a participação de forças políticas de esquerda. Como consequência do processo de paz, retornaram à vida civil ex-guerrilheiros que entraram na carreira política conformando os partidos Aliança Democrática M-19 e União Patriótica. Estes partidos participaram da Assembleia Constituinte, ocuparam espaços no Congresso, no Ministério da Saúde³⁴ e em outros espaços de discussão, como a Comissão de Reforma do Sistema de Saúde, a Comissão Constitucional de Seguridade Social e, posteriormente, no trâmite do projeto de Lei 155, que levou a formulação da Lei 100. (PRADA & CHAVES, 2014).

Uma vez colocado o problema na agenda política, a correlação de forças na Constituinte e no Congresso Nacional não favoreceu a configuração de uma contra hegemonia, no sentido defendido por Gramsci (1978), ou seja, as classes

³³O processo da formulação da Lei 100 foi analisado com o modelo do ciclo da política de Kingdom. O clima político é constituído pelo sentimento popular e por tendências ideológicas e partidárias nos diferentes grupos da sociedade civil e da sociedade política.

³⁴No Governo de César Gaviria Trujillo (1990-1994) três dos quatro ministros de saúde foram do partido M-19, Antonio Navarro Wolff, Camilo Gonzalez Posso e Gustavo de Roux. O último ministro deste governo foi Juan Luis Londoño.

subalternas não conseguiram dar direção ao novo sistema de saúde. Pelo contrário, a ACEMI, Grêmio das Empresas Seguradoras de Saúde, acabou ocupando posições no Estado e influenciando a formulação da Lei (PRADA & CHAVES, 2014, p. 47).

Na constituinte, que teve representatividade de partidos políticos de diferentes tendências, não se garantiu a saúde como direito e esta ficou limitada a um serviço público. Em relação à constituição anterior, superou-se a visão da saúde como assistência pública do Estado para os pobres. A Seguridade social foi, sim, definida como direito, gerando inconsistência jurídica.

Algunas ideas se debatieron al interior de la Asamblea Nacional Constituyente y el tema de la salud como derecho fundamental estuvo al orden del día pero no hubo consenso, no hubo aprobación y quedó el artículo 48 y 49 que referencian la salud como un servicio público y que solamente habla del derecho a la salud en el caso de los niños...[...] pero no los ubicó jurídicamente como estaba planteado desde el movimiento social y específicamente desde sectores de Antioquia a través la Facultad Nacional de Salud Pública, que definía sistemas de salud como parte constituyente de los derechos del hombre, de los derechos humanos. E23 (Médico, Deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

A implementação da Lei 100 fortaleceu, no campo econômico, os grupos de interesse na indústria da saúde, mas também permitiu, como tem sido mencionado, a entrada da comunidade organizada na administração de recursos do sistema, iniciando-se, assim, uma luta ao redor do recurso econômico da saúde. Por outra linha, para chegar ao reconhecimento da saúde como direito a ser garantido pelo Estado foi necessário o posicionamento do campo jurídico, especificamente da Corte Constitucional, na primeira década do século XXI.

La ley 10 de 1990 define la prestación de los servicios de salud como un servicio público, y la constitución del 91 no logra incorporar la prestación de los servicios de salud como un derecho humano sino como un servicio público también. Hay toda una discusión aparentemente teórica semántica pero tiene todo un sentido desde el punto de vista jurídico, político, ideológico, que en parte se resuelve en la nueva ley estatutaria de salud y el actual fallo de la Corte Constitucional en su sentencia 313 ya precisa con toda claridad la salud como un derecho humano fundamental, irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, autónomo como tal, eso no se logra en la discusión de la constitución de 1991 y mucho menos en la discusión de la ley 100 de 1993 en desarrollo de la Constitución. E23 (Médico, Deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

Após a promulgação da Constituição de 1991, ao serem conformadas a Comissão de Reforma do Sistema de Saúde e a Comissão Constitucional de Seguridade Social, diversos agentes elaboraram propostas de reforma para o sistema de saúde, tendo a maioria delas o objetivo da cobertura universal por meio do seguro de saúde e mantendo a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde. Todas as alternativas de política contemplavam a participação privada na prestação de serviços de saúde, porém divergiam no grau de participação deste setor (PRADA & CHAVES, 2014).

[..]Allí confluyeron los medios económicos también y los gremios económicos de las instituciones aseguradoras del país que siempre tuvieron el punto de vista que era necesario avanzar en la privatización de los servicios y hacer un sistema de salud fundamentado en el aseguramiento privado, esta postura era muy nítida, muy clara. De otro lado había posturas como la mía por ejemplo que coincidía con sectores sindicales y sectores sociales importantes que reconocíamos, valorábamos, entendíamos que era necesario hacer reformas porque había muchas dificultades con el Sistema Nacional de Salud pero que debería preservarse la responsabilidad del Estado en la garantía del derecho a la salud, en la responsabilidad estatal en la organización de los servicios [..].E13 (Médico, Consultor DNP, Professor e pesquisador universitário)

El punto de vista que yo mantuve, insisto, fue como preservar la responsabilidad del estado en la financiación de un aseguramiento nacional universal, que no hubiera discriminación entre los ciudadanos, que fuera un sistema igual para los colombianos independientemente de su condición económica, social, política y que se abriera espacios a la competencia entre el sector público y el sector privado en la prestación de los servicios. E13 (Médico, Consultor DNP, Professor e pesquisador universitário)

O setor privado da saúde constituiu a Associação Colombiana de Empresas de Medicina Pré-paga (ACEMI), no primeiro semestre de 1992. As empresas fundadoras desta associação foram a Colmena, a Colpatria, a Colsanitas, a Fesalud, a Medisalud, a Servital, a Previsalud, a Coomeva e a Salud de Antioquia. A ACEMI afirmava ter, nesse momento, quinhentos mil afiliados aos seguros de saúde. Segundo matéria do jornal El Tiempo (1992), “como grêmio, ACEMI espera aportar ao Governo nacional soluções que permitam resolver os problemas de saúde dos colombianos” (PRADA & CHAVES, 2014). Já segundo Perez (1998), as 24 empresas de Medicina Pré-paga que existiam antes da lei 100 tinham quase um milhão de filiados.

Pues muchas compañías de seguros, el sindicato antioqueño con sus compañías de seguro grandes, el otro grupo, el grupo Santo Domingo que también tenía su compañía de medicina prepagada, Seguros Médicos Voluntarios, compañía vieja que también tenía sistemas de seguros, todos ellos seguros privados que vendían seguros no solamente de vida, accidentes, terremoto, etcétera sino que también vendían seguros de salud. Pasados esos seis meses para la elaboración del proyecto no hubo acuerdo porque habían intereses privados muy marcados como los de las compañías de seguros privados que no iban a permitir un consenso para presentar un proyecto de ley al Congreso que reformara el sistema sanitario del país, entonces como esa comisión no funcionó el gobierno de Cesar Gaviria a través de su ministro que era Juan Luis Londoño de la Cuesta, economista, decide presentar el proyecto de ley al Congreso de la Republica que fue el 155. E23 (Médico, Deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

Os agentes, que participaram na análise dos problemas de saúde e da previdência e elaboraram as alternativas de política que levaram à formulação da Lei 100, tinham uma visão economicista e ideologia claramente neoliberal, apresentando o mercado regulado pelo Estado e administrado pela iniciativa privada como a melhor solução possível. Na Colômbia, a ideologia é relativamente hegemônica no mesmo sentido, pois apenas duas, das nove alternativas de estruturação do Sistema de Saúde, fundamentaram-se no sentido de formular um sistema público estatal de saúde (PRADA, 2012).

[...] Sería que las entidades administradoras de los recursos hicieran una contratación con captación por asignación de pacientes a las empresas públicas y privadas, que ellas pudieran ser una especie de competencia en esto, pero siempre dejaba claro que había que encontrar maneras de fortalecer las instituciones públicas para que pudieran efectivamente en medio de esa competencia mejorar su calidad, pero también hacia [...] que todos los municipios fueran comprometiéndose en la prestación descentralizada de los servicios de salud, había el compromiso que todos los municipios tenían obligación de tener prestación de servicios, establecer instituciones prestadoras de servicios de salud para que no hubiera desprotección de la población en ninguna región del país, previendo que el sector privado podía no tener interés en llegar a ciertas áreas del país donde el control de la competencia de la oferta y la demanda no fuera estimulante para ellos, el Estado tenía que tener responsabilidad. E13 (Médico, Consultor DNP, Professor e pesquisador universitário).

Depois da reforma laboral (Lei 50 de 1990), o executivo elaborou a proposta de Lei 155 que reestruturava o sistema previdenciário para criar os fundos privados de aposentadoria. Este projeto, apresentado em outubro de 1992, na Comissão Sétima do Senado – com mensagem de urgência e solicitando faculdades

extraordinárias –, inicialmente não incluía a reforma do sistema de saúde (PRADA, 2012, p. 29; VEGA, 2012, p. 64). Nesse período legislativo o projeto não avançou e foi retirado pelo governo. Já no ano seguinte, o governo conformou uma comissão composta pelos Ministérios de Saúde e Trabalho, Diretoria do ISS, representante das Caixas de Compensação Familiar, ACEMI, Serviço Local de Saúde de Medellín (Metrosalud) e os coordenadores, Senador Álvaro Uribe Velez e Deputada na Câmara, María del Socorro Bustamante para reestruturar o projeto que seria posteriormente levado e aprovado pelo Senado. No período, o Ministério da Saúde negociou créditos com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, Banco Mundial, França e Espanha por 274 milhões de dólares para desenvolver iniciativas para a prestação de serviços de saúde, tais como as Empresas Solidarias de Saúde. (BORRERO, 2008, p. 91-93, PRADA, 2012, p. 15).

Nas diferentes normas que estruturam o Sistema de Saúde se estabeleceram os princípios de visão e de divisão do mundo social, considerados legítimos e que seriam adotados pelo conjunto da sociedade sobre o seguro de saúde. Um deles, que determina sua estrutura, é a divisão da população entre trabalhadores e pobres, definindo o subsistema contributivo e o subsistema subsidiado, respectivamente. Cada um destes subsistemas, além de contar com pacotes de benefícios diferenciados, tem instituições seguradoras e prestadoras diferentes e regras diferenciadas³⁵. No trâmite legislativo do projeto de Lei 155, a participação de movimentos sociais foi limitada.

Si claro, Asmedas tuvo una participación, Anthoc, los sindicatos tuvimos una participación lo que sucede es que el movimiento social, el movimiento sindical en general de las centrales obreras en ese momento, no tenía una gran fuerza, una gran participación. Digamos que era marginal. Nosotros en esa época estábamos dando un debate interno al interior del movimiento de trabajadores de la salud. [...] Pero en general el movimiento sindical no le paró bolas al debate de la ley 100 del 93. Nosotros tuvimos muchas reuniones con los parlamentarios de la época, con Jaime Arias Ramírez, con el ministro Juan Londoño donde discutíamos el tema conceptual y el tema operacional de la ley 100 del 93. Eran sindicatos que nos movíamos con alguna fuerza en el Seguro Social, con alguna fuerza en la red pública hospitalaria. En el Seguro Social pues Asmedas tenía cierto poder, y en la red pública hospitalaria Anthoc, entonces teníamos una relación con los parlamentarios, y con el gobierno de la época.

³⁵Os planos de benefícios subsidiado e contributivo foram igualados num processo por etapas entre 2009 e 2012, primeiro para os menores de 12 anos, depois para adolescentes entre 12 e 18, posteriormente para adultos maiores de 60 anos e, finalmente, em 2012, para toda a população.

E23 (Médico, Deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia)

Os agentes do campo médico, reunidos na Federação Médica Colombiana, aprovaram e respaldaram o projeto de Lei 155, diferentemente da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina (ASCOFAME) que não concordou com a criação de dois subsistemas separados e com pacotes de serviço diferenciados. Estes dois agentes concordaram que o projeto mantinha as inequidades no sistema (URIBE, 2009, p. 140).

Ao se aprofundar na gênese desta política, na perspectiva da sociologia reflexiva, é possível perceber que, mesmo tendo sido aprimorado o mercado da saúde na lógica neoliberal, criando seguradoras e favorecendo a indústria da saúde, das empresas farmacêuticas e de insumos, também foram fortalecidos ou entraram no espaço social do seguro de saúde outros agentes que têm construído suas próprias disposições sobre a saúde, a prestação de serviços de saúde e o próprio direito à saúde como os as seguradoras sem interesse de lucro, CCF, ESS, seguradoras indígenas, campo jurídico e movimentos sociais.

Assim, no governo de César Gaviria Trujillo (1990-1994) abriram-se possibilidades para que novos agentes na função de seguradoras fizessem parte do sistema de saúde. Nos primeiros anos de implementação da Lei 100 as seguradoras estavam divididas em quatro grupos. O ISS, o CAJANAL e o CAPRECOM – que a partir de 1994 passariam a participar, na lógica do mercado, como seguradoras públicas. As Caixas de Compensação Familiar – que prestavam alguns serviços de saúde desde a década de 1950 para os filhos de trabalhadores do setor privado e as Empresas Promotoras de Saúde e as Empresas Solidárias de Saúde.

Todas estas instituições desempenham a mesma função neste sistema de relações, qual seja a administração dos recursos da seguridade social em saúde. Eles administram os recursos do seguro repassados pelo Estado, prestam serviços na rede própria ou contratam terceiros para prestação dos serviços. Assim, participam no sistema administrando os recursos públicos da saúde e atendendo à população diretamente ou via contratação com prestadoras. No entanto, cada um destes grupos possui diferentes capitais que revelam posições diferentes nesse espaço social, o que tem facilitado ou dificultado a permanência de cada um deles no sistema. Evidência disto foi a criação acelerada de seguradoras na primeira fase

de implementação da lei e a posterior falência de algumas delas, especialmente das mútuas e cooperativas, além do próprio ISS e CAJANAL, que foram extintos.

Cada um destes grupos tem características particulares que se refletem nas relações e na estruturação do espaço social de produção do seguro de saúde, agentes que, desde as mais diversas posições e diferentes pontos de vista, se relacionam ao redor do objeto seguro de saúde. Supera-se assim, a classificação simplista que diferencia, basicamente, as empresas seguradoras do subsistema subsidiado e do subsistema contributivo³⁶.

No Plano Nacional de Desenvolvimento do Governo Gaviria – Revolução Pacífica, de 1990 a 1994 – ressalta-se que a melhoria da saúde “dependeria da possibilidade de reorganizar as instituições para atender de forma mais eficiente e equitativa à população mais necessitada” (COLOMBIA, 1991). Esse governo se propôs a desenhar o sistema de medicina prepagada, mudar o modelo de subsídio à oferta por subsídio à demanda e reformar a prestação de serviços das entidades de seguridade social.

La idea era empoderar a las comunidades pobres a administrar su servicio de salud, ¿sí? Que la participación de la comunidad fuera real y que se le diera a las comunidades pobres toda la capacidad de decisión sobre cómo organizar el servicio, etc., etc. [...] él (Juan Luis Londoño) hizo una reforma para incluir el componente social del CONPES³⁷. El CONPES hasta ese momento era Consejo Nacional de Política Económica y Social. Pero realmente los temas sociales eran mínimos, entonces dijo, no, vamos a hacer un CONPES que sea exclusivo social y ahí arrancó el CONPES social, el primer CONPES fue la aprobación de un plan piloto para organizar las Empresas Solidarias de Salud. E1 (Economista, Assessora do Ministro da Saúde e posteriormente Vice-presidente Técnica ACEMI)

Desta forma, as Empresas Solidárias de Saúde foram criadas desde o Departamento Nacional de Planejamento, em fevereiro de 1993 (COLÔMBIA, 1993). Estas instituições, constituídas por comunidade organizada, seriam empresas seguradoras das populações pobres que garantiriam um pacote básico de serviços de saúde, desde a educação e a promoção em saúde até o atendimento curativo.

³⁶Existem empresas com diferentes origens jurídicas que administram o subsistema subsidiado, empresas privadas com ânimo de lucro, caixas de compensação familiar e cooperativas ou mútuas. O subsistema contributivo é administrado por empresas privadas e caixas de compensação familiar.

³⁷ Nessa proposta inicial está descrito o pacote básico de serviços com atividades de promoção da saúde, prevenção e proteção, atenção resolutiva e provisão de medicamentos e serviços de apoio diagnóstico. (COLOMBIA, 1993).

Tais empreendimentos, no contexto da Lei 100, constituíram algumas das Empresas Promotoras de Saúde do subsistema subsidiado que permanecem até o momento.

Neste aspecto, o campo burocrático teve grande incidência na configuração do ponto de vista de fornecer “real participação” às comunidades organizadas para administrar recursos da saúde. No atual sistema de saúde, há Empresas Promotoras de Saúde do subsistema subsidiado que são cooperativas ou mutuais, outras são Caixas de Compensação Familiar e outras são empresas privadas com interesse de lucro. Já as seguradoras do subsistema contributivo são todas instituições privadas ou Caixas de Compensação Familiar. A seguradoras públicas, o ISS e a CAJANAL, foram extintas em 2008.

A Lei 100 criou o Conselho Geral de Seguridade Social em Saúde, sendo a instância consultiva das decisões em saúde, regulando o seguro e a prestação dos serviços de saúde. Este Conselho funcionou até 2008, suas funções voltavam-se ao funcionamento do seguro de saúde como critérios de seleção ao subsistema subsidiado, definição dos medicamentos do plano de benefícios, definição da Unidade de Pagamento por Capitação (UPC), valor das cotas moderadoras, medidas para evitar seleção adversa e elaboração de informes anuais sobre a implementação do sistema de saúde ao Senado. A UPC é o valor que cada uma das seguradoras recebe por filiado. O Conselho também era o responsável por administrar o Fundo de Solidariedade e Garantia FOSYGA (COLÔMBIA, 1993, Art. 171). A trajetória do Conselho Geral de Seguridade Social será analisada em detalhe posteriormente.

O Conselho Nacional de Política Social, criado pelo Decreto n. 2132 de 1992, teve como uma de suas funções determinar a metodologia de focalização de beneficiários para programas sociais. Este publicou, em 1994, os critérios, os instrumentos e as ações de seguimento e controle para a determinação do gasto social de municípios e distritos através de programas sociais (COLOMBIA, 1994), instrumento conhecido como Sistema de Seleção de Beneficiários de Programas Sociais (SISBEN). Desta forma, o Estado estabeleceu a metodologia que seria usada, ao longo da implementação da Lei 100, para identificar a população beneficiária do subsistema subsidiado.

Bueno la cualidad central de la ley 100 es que creó un modelo macro de organización institucional y financiera y dotó de unas finanzas fuertes al sector, hubo una falla, no habló de salud pública porque yo

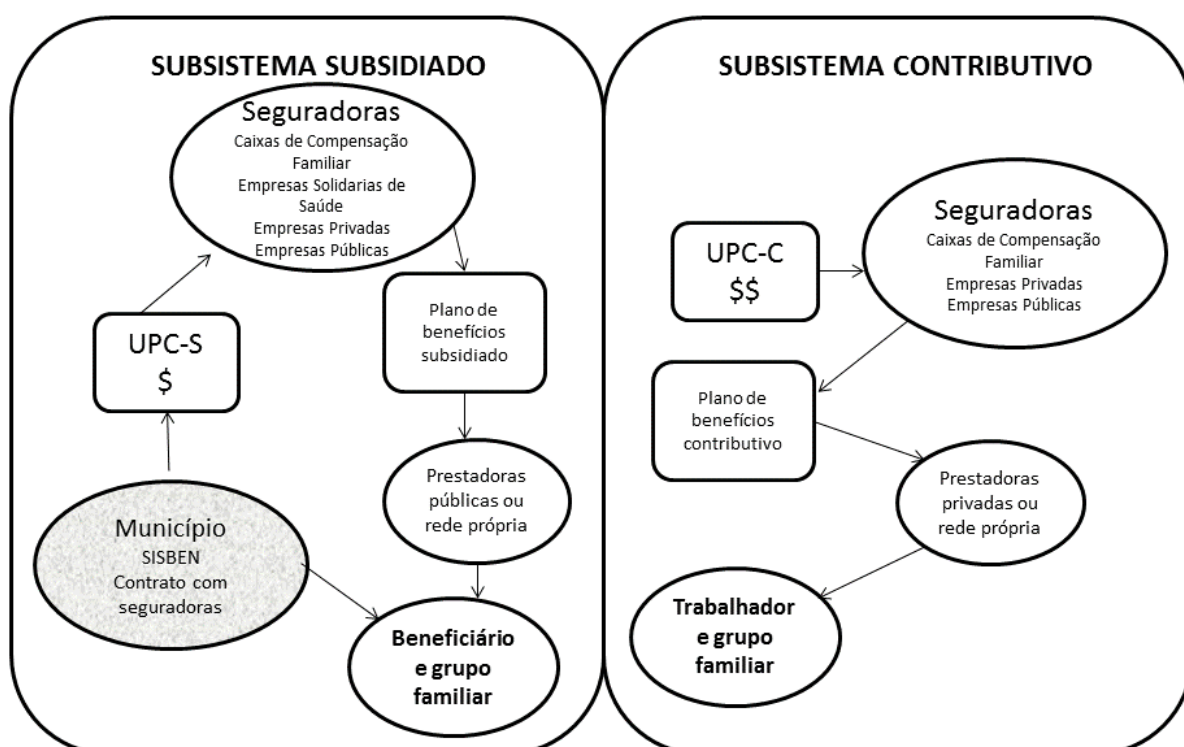
recuerdo que ese debate si lo tuvimos en la ley 100 y fuimos claros finalmente en que esta ley no tenía nada que ver con la salud pública, tanto que hay un artículo en la ley 100, no recuerdo cual, que dice mire, lo de salud pública está en la ley 9 del año 80 creo y se hará en otras leyes, esta es una ley de servicios de salud, de aseguramiento, no de salud pública otra cosa es que la salud pública haya comenzado a declinar porque el ministerio y los gobiernos se dedicaron fue al tema de los servicios de salud y abandonaron un poco el asunto de la salud pública. E2 (Médico, Senador, Presidente do ISS, consultor internacional e Presidente de ACEMI)

Nesse momento, o Estado colombiano conseguiu estabelecer uma política, conforme os interesses das empresas de seguros de saúde, para a criação do mercado de seguro de saúde com aparência de Seguridade Social. O mesmo Estado contribuiu também, porém com limites precisos, para que esse seguro fosse promovido, chegando aos pobres e desempregados com pretensa cobertura universal no ano 2008. Além disso, este mesmo Estado resolveu abster-se da função de prover serviços de saúde e os entregou às comunidades organizadas em empresas solidárias. Isso tudo numa retórica ilusória que aparentou ser consequente com a garantia de direitos sociais e do direito à saúde, embora o principal direito garantido fosse destinado àqueles que se beneficiaram da construção do mercado de seguros privados de saúde no país.

7.2 ESTRUTURAÇÃO DO MERCADO DAS SEGURADORAS

Para universalizar o seguro de saúde, o Estado Colombiano criou um mercado composto por dois subsistemas com condições diferentes de oferta e demanda. O subsistema contributivo implica numa relação direta entre o contribuinte e a seguradora, já, no subsistema subsidiado, jogam um papel importante os governos locais ao identificar os potenciais beneficiários pela sua pobreza ou desemprego e assinar contratos com as seguradoras (Figura 2). As seguradoras controlam os gastos para obter maiores lucros dos contratos de seguro por meio da otimização da administração dos recursos para os serviços de saúde. Além disso, esses lucros não se reverterem para a melhoria do sistema ou retornam ao Estado, mas asseguram acúmulos privados aos seus detentores. Neste capítulo apresenta-se a primeira fase de implementação do sistema de saúde, em que se fundamentaram as regras do jogo econômico que estruturaram a inserção das seguradoras no sistema de saúde.

Figura 2 - Organização dos subsistemas subsidiado e contributivo no sistema de saúde na Colômbia, 1993-2013.



Fonte: Elaboração própria

O espaço social de produção do seguro de saúde está constituído por quatro subespaços. O seguro do subsistema contributivo, o seguro do subsistema subsidiado, a prestação de serviços do subsistema contributivo e a prestação de serviços do subsistema subsidiado. Em cada um desses subespaços, foram-se estruturando agentes e regras particulares ao redor dos recursos e serviços da saúde.

Nos subespaços de seguro de saúde, o maior número de filiados de cada seguradora implica em maior recurso econômico através da Unidade de Pagamento por Capitação (UPC), neste sentido identificaram-se como objetos em disputa o número de filiados, o valor da UPC e os serviços incluídos no Plano de Benefícios que estas empresas devem garantir aos usuários. Já, nos subespaços de prestação

de serviços, em ambos os subsistemas, as questões em disputa giram em torno da quantidade de serviços vendidos pelas clínicas e hospitais com o intuito de promover, por meio do processo de faturamento às seguradoras, a ampliação dos recursos econômicos recebidos. Seguindo esse raciocínio, os objetos em disputa são a venda de serviços e os valores dos serviços ofertados. A questão do acesso e qualidade dos serviços foi pouco abordada e não se configurou em objeto em disputa.

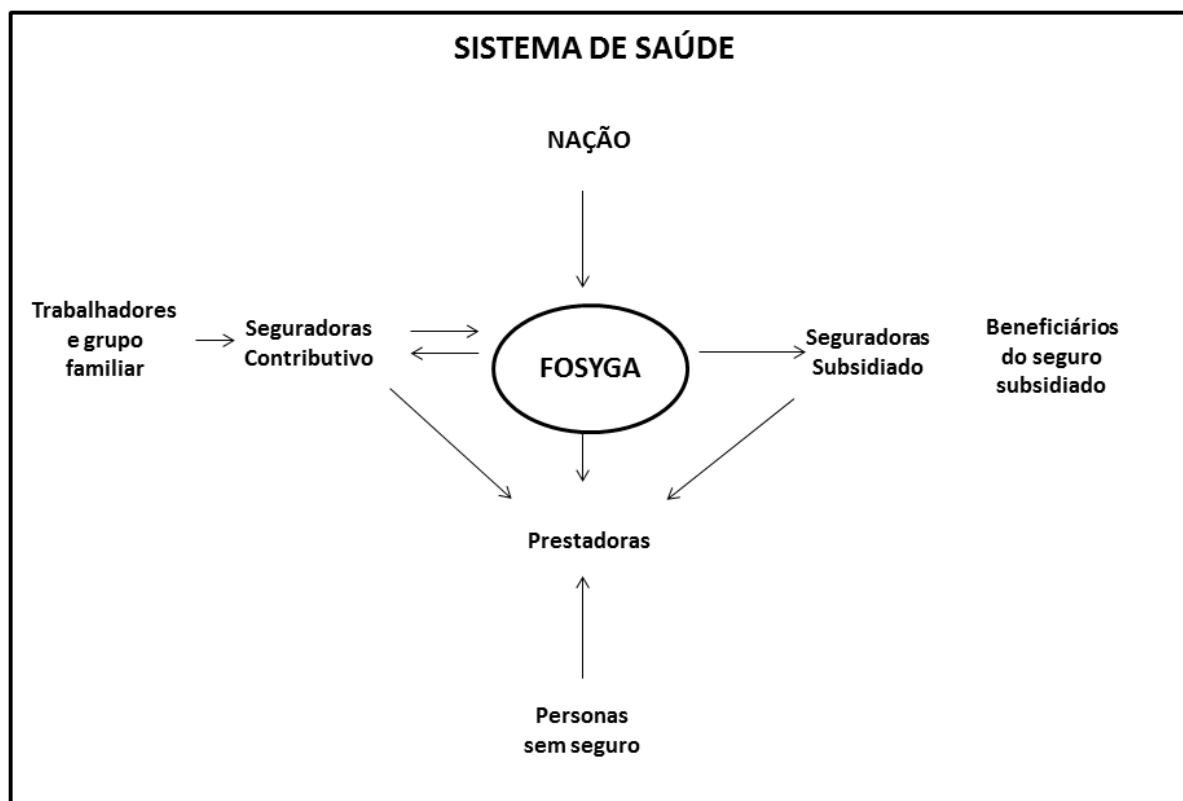
A demanda do subsistema contributivo está representada pelos trabalhadores assalariados (contribuição de 8% do salário pelo empregado e 4% pelo empregador) e pelos trabalhadores autônomos que contribuem com um valor calculado a partir da sua idade, nível educativo e patrimônio. Um por cento da arrecadação do subsistema contributivo é transferido para o Fundo de Solidariedade e Garantia (FOSYGA), tendo como objetivo contribuir com o financiamento do subsistema subsidiado. Todos os trabalhadores estão obrigados, por lei, a se filiar e a contribuir com o Sistema de Saúde. A demanda do subsistema subsidiado é constituída pela população selecionada como beneficiária de programas sociais por meio do Sistema de Seleção de Beneficiários de Programas Sociais (SISBEN). O financiamento do subsistema subsidiado tem duas fontes principais, transferências da nação, províncias e municípios e o 1% das contribuições do subsistema contributivo.

O FOSYGA, criado pela Lei 100 em 1993 (Art. 218), está configurado por quatro subcontas, são elas a compensação interna do subsistema contributivo, a solidariedade do subsistema subsidiado em saúde, a promoção da saúde e o seguro de riscos catastróficos e acidentes de trânsito. Ao total dos ingressos do sistema, referentes às contribuições dos filiados, é subtraído o valor da UPC vezes o número de filiados, o restante corresponde aos recursos do FOSYGA.

A função das seguradoras é coletar as contribuições, administrar os recursos e garantir a prestação de serviços de saúde incluídos no plano de benefícios aos filiados. Além destas, tem como incumbência administrar os valores relacionados ao salário na licença maternidade, pensão por invalidez, programas de promoção e prevenção e depositar o excedente ao FOSYGA. O FOSYGA recebe o *superávit* da compensação do subsistema contributivo, coleta o 1% das cotizações do subsistema contributivo e arrecada os recursos da Nação para distribuir às seguradoras do

subsistema contributivo que têm processos de compensação deficitários e para as seguradoras subsidiadas (Figura 3) (CHICAZA, 2002, p. 171).

Figura 3 - Fluxo de recursos entre seguradoras, prestadoras, Fosyga e Governo Central no espaço do seguro de saúde, na Colômbia, 1993-2013.



Fonte: Modificado de Chicaiza, 2002.

As seguradoras têm como função promover a filiação das pessoas não seguradas e organizar a forma e os mecanismos de acesso aos serviços de saúde prestados pela rede própria ou contratados com prestadoras públicas ou privadas.

Os mecanismos de contratação entre seguradoras e prestadoras são de três tipos, sendo **por capitação**, quando cada prestadora é contratada para atender uma população determinada e oferecer uns serviços específicos para esse grupo populacional. Por cada indivíduo a prestadora recebe um valor mensal, independentemente do número de atenções realizadas, com esta modalidade de contratação as seguradoras transferem o risco para as prestadoras. **Por serviço prestado** (procedimentos, medicamentos, etc.), neste caso as prestadoras não têm estímulos para contenção de custos, pois quanto maior a quantidade de serviços

prestados, maior será a faturação. E, por fim, **por tipo de caso**, quando o pagamento é realizado por tratamento global de uma doença em processos estandardizados como atenção do parto, apendicite, entre outros. Nesta última modalidade o risco é transferido também para as prestadoras que, para aumentar os lucros, induzem tratamentos de maior complexidade ou diminuem a qualidade dos serviços prestados (CHICAÍZA, 2002).

No caso do subsistema subsidiado, a seguradora faz um contrato **por capitação** com os hospitais municipais ou regionais, desta forma transfere o risco aos hospitais públicos. As seguradoras muitas vezes não supervisionam a qualidade e suficiência dos serviços, em outros casos, realizam contratos por valores inferiores aos gastos gerados pelos serviços contratados com os hospitais. Assim, os hospitais reduzem custos e serviços para manter algum equilíbrio financeiro, o que afeta o acesso ou a qualidade (MARTINEZ, 2013).

No período posterior à formulação da Lei 100/93, foram definidas as regras do jogo em cada um dos quatro subespaços, até então inexistentes. Foi, portanto, do ponto de vista sócio-histórico, um momento importante de fechamento do espaço dos possíveis.

[...] Cuando nosotros estábamos del 94 al 2000 en el ministerio, en todo el ministerio había una gran perplejidad y un gran desconocimiento de muchas cosas que luego se fueron conformando de una forma muy distinta a como se predijeron o como se esperaba que se fueran a conformar y el Ministerio estaba perplejo porque recibía del gobierno de Cesar Gaviria una reforma que era una cosa teórica en donde se definían unas cosas que no se sabía cómo se hacían y que en el mundo tampoco existía la tecnología para desarrollarlas. Por ejemplo, la definición del Plan Obligatorio de Salud, no existía una codificación de procedimientos. La OMS había intentado varias, al Ministerio le tocó producir y utilizar una codificación específica de servicio, porque siempre la OMS lo que trabajó y disponía era una clasificación internacional de enfermedades no de prestación de servicios. Y esa codificación por ejemplo es esencial para poder hacer un sistema actuarial. En el sistema de salud no se concebía la salud como un seguro, se manejaba era como un presupuesto, entonces presupuestar es muy fácil porque hacer un presupuesto es hacer unas expectativas de cómo se van a gastar los recursos. Pero de pronto se necesitaba un sistema actuarial que registrara la siniestralidad y que pudiera predecir los gastos y eso no existía. Entonces había muchas cosas sobre las que el ministerio improvisó, muchas, muchas cosas y en muchas de ellas el resultado fue un resultado incontrolable, un resultado que no era capaz o que no era bueno, o que no era capaz de controlar completamente. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde)

Ao analisar a estruturação do mercado de seguro de saúde, chama a atenção que cada um dos subsistemas, contributivo e subsidiado, estão constituídos por agentes diferentes, tem regras de jogo diversificadas e ofereciam produtos distintos (o plano de benefícios era diferenciado até 2013). Portanto, é necessário entender as suas especificidades e semelhanças.

[...]Las fuerzas de mercado tienen un riesgo muy grande cuando los mercados son demasiado imperfectos y los mercados de salud, tanto en el aseguramiento como en la prestación son demasiado imperfectos, hay demasiadas asimetrías de información y demasiada incertidumbre, entonces en un mercado en el que el productor no está muy seguro de lo que está produciendo y el consumidor no tiene ni idea de lo que está consumiendo, pues es un mercado en el que las fuerzas de mercado pueden arrojar resultados muy distintos a los que arroja un mercado en el que no ocurren esas dos cosas. E11(Médico, Assessor do Ministério da Saúde, do Departamento Nacional de Desenvolvimento, Professor Universitário e consultor).

A primeira fase de implementação da Lei 100 foi a estruturação do mercado de seguro de saúde, em especial do subsistema subsidiado, a partir da criação de algumas instituições e da transformação de outras. Foram organizadas práticas e representações sobre o seguro de saúde a partir do Ministério da Saúde, das empresas associadas à ACEMI e das empresas seguradoras do subsistema subsidiado. Durante o último semestre do governo Gaviria (1994), houve um esforço para regulamentar, via decreto, a implementação da reforma. Assim, o Governo de Ernesto Samper Pizano (1994-1998) ficaria comprometido para sua implementação. Esse processo esteve sob responsabilidade do grupo técnico do Ministério da Saúde, liderado pelo ministro Juan Luis Londoño, com apoio de *experts* como Guillermo Chiao, José Luis Bobadilla, Robert Evans³⁸ e Júlio Frenk³⁹ (URIBE, 2009, apud Gonzalez, 2000).

Os interesses em disputa nesta fase estiveram em definir quem e como seria realizada essa filiação às seguradoras e em estabelecer as regras para a prestação dos serviços de saúde que seriam pagos, já não pelos usuários, mas pelas seguradoras de ambos os subsistemas. As normas específicas foram tomadas no espaço do Conselho Geral de Seguridad Social em Saúde.

³⁸ Professor e pesquisador canadense sobre economia da saúde, especialista em sistemas de saúde e estratégias de financiamento. Era, na época, membro do Fórum Nacional de Saúde do Canadá.

³⁹ Pesquisador. Era, na época, diretor do Centro de Saúde e Economia da ONG Fundação Mexicana da Saúde.

Samper, representante do “Liberalismo Unido”, foi crítico das reformas econômicas de Gaviria. O seu governo esteve marcado pelo escândalo conhecido como “Proceso 8.000”, no qual foi acusado de receber financiamento do narcotráfico na campanha presidencial, especificamente do Cartel de Cali. O seu programa de governo foi “*Salto Social*” que dava ênfase às políticas sociais em oposição às reformas econômicas do governo de Gaviria.

[...]Cuando nosotros estábamos en el ministerio a nosotros nos correspondía hacer realidad eso, digamos desarrollar la teoría, desarrollar la ley, desarrollar los decretos que incluído yo participé en la redacción de algunos de ellos, pero digamos cuando eso [...] la situación del Ministerio, mientras se forja la reforma era una situación de construir una teoría, digamos y unas normas y todos unos predicamentos que se van a ejecutar después bajo una realidad que era en ese momento la de encontrar un Sistema Nacional de Salud con muchos problemas de ineficiencia, de ineficacia, problemas de corrupción también, de incapacidad de elevar la cobertura y entonces hace esa fórmula teórica de que se va transformar de esa manera y después al Ministerio le corresponde desarrollar eso y es un choque contra un muro, es un choque contra una realidad que muestra cosas muy distintas y entonces hay muchas cosas que ya no se pueden desarrollar exactamente como estaba la receta y entonces empieza a ver otras cosas que al principio no se habían visto. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde)

De qualquer forma, o Plano Nacional de Desenvolvimento “Salto Social” (1994-1998) (COLÔMBIA, 1994) já tinha como meta avançar na implementação da Lei 100 coma estruturação do mercado de seguro de saúde. Nesse plano definiu-se que, enquanto eram criadas as empresas seguradoras, as direções regionais de saúde seriam as encarregadas de administrar os recursos do subsistema subsidiado e contratar os prestadores. Nesse plano, também foi estabelecido o interesse de dar apoio técnico para criação de seguradoras públicas territoriais e para o Instituto de Seguro Social, enquanto principal seguradora pública do subsistema contributivo. No Instituto de Seguro Social mostrou-se necessário fazer ajustes para atender, de forma eficiente, aos filiados e beneficiários através da rede própria e conveniada, mas, por fim, conforme já apresentado, o ISS foi extinto em 2008. O plano de governo “*Salto Social*” também pretendia promover a criação de prestadoras privadas, especialmente para atenção básica, por meio de créditos prioritários para profissionais da saúde (COLOMBIA, 1994, p. 20).

No que corresponde à rede pública de hospitais, o plano “Salto Social” pretendia melhorar a capacidade resolutiva para que esses hospitais pudessem

concorrer com as prestadoras privadas, elaborar o cadastro de hospitais públicos e o mapa sanitário para determinar necessidades de infraestrutura e dotação, assim como, organizaras redes de serviços. Além disso, se daria prioridade ao melhoramento da gestão das prestadoras públicas e à transformação de todas elas em Empresas Sociais do Estado (ESSE). Esperava-se fortalecer a descentralização para que todas as províncias, distritos e os 80% dos municípios fossem certificados, e assim, administrassem os recursos de forma autônoma. Como este objetivo, o referido plano propunha também a implementação do Sistema de Acreditação das prestadoras de serviços de saúde, Comitês Internos de Garantia da Qualidade e a criação do Sistema de Garantia da Qualidade e Auditoria Médica para avaliação da atenção médica pela Superintendência de Saúde (COLÔMBIA, 1994, p. 20-22).

Pretendia-se filiar, no período desse governo, 12 milhões de pessoas ao subsistema subsidiado, priorizando gestantes, lactantes, crianças, mães comunitárias⁴⁰, populações indígenas, idosos e pobres das zonas rurais (COLÔMBIA, 1994, p.21-22). Desta forma iniciou-se a construção da oferta e da demanda para o subsistema subsidiado, no entanto, no começo do governo, parecia que a implementação da reforma seria freada. O primeiro Ministro de Saúde do Governo Samper foi Alonso Gómez Duque, médico cirurgião, que publicamente não concordava com a reforma.

Él (Ministro Alonso Gómez Duque) se fue por el lado de entonces llamemos a las cosas que tenemos hoy, pongámosle los nombres de la ley y quedamos bien, entonces más o menos la propuesta fue, convirtamos a las secretarias de salud en EPS, y démosle, porque ya habíamos empezado a recoger plata fresca de la ley, y démosle toda esa plata nueva a esas secretarias para que hagan lo mismo que han hecho toda la vida y le trasfieran a los hospitales públicos. Esa fue la gran reforma que él empezó a implementar, pongámosle los nuevos nombres a las viejas instituciones y no les cambiemos los criterios, la plata se gira a las secretarias de salud, y las secretarias de salud miran que hacen y como organizan el servicio. E1 (Economista, Assessora do Ministro da Saúde e posteriormente Vice-presidente Técnica ACEMI)

Pero entonces lo que Alonso hizo en su momento, lo que se vio como una contradicción y una oposición a la implementación de la ley 100, fue establecer esas EPS transitorias que eran públicas y que eran a nivel departamental, a las cuales los municipios deberían

⁴⁰Os Lares Comunitários são um programa do Instituto Colombiano de Bem Estar Familiar no qual uma dona de casa – mãe comunitária – organiza um espaço no seu lar para cuidar de 12 a 14 crianças. Ela recebe do Instituto alimentos para as crianças e meio salário mínimo como pagamento pelo cuidado oferecido, caracterizando-se como familismo típico.

reorientar todos los recursos. Entonces los recursos se centralizaban a través de los departamentos y de ahí se distribuían a los municipios, en un esquema que de alguna manera mantenía el sistema anterior y no entraba a ser operación de los instrumentos y de las condiciones establecidas en la Ley 100. E12 (Ministro da Saúde do Governo Samper).

Na gestão de Alonso Gómez foi regulamentada o subsistema de transição da cobertura, repassando a administração dos recursos às Secretarias de Saúde (Decreto n. 2491 de 1994). Desta forma, buscou-se manter o controle nestas instâncias do poder local, tendo em vista a sensação de que perderiam poder no novo sistema ao não controlar os recursos do setor, como até então faziam. Ou seja, este Ministro buscou “sabotar” a proposta pró-mercado da reforma ao impulsionar a formação de seguradoras públicas, contudo, não logrou êxito.

Alonso [...] tenía una visión distinta de lo que debía ser, digamos el desarrollo social del país de entrada y obviamente, a partir de eso sobre lo que debía ser el Sistema de Salud, era un tanto contradictoria. Entonces, él, por ejemplo, creó lo que se llamaron las EPS transitorias, y las EPS transitorias no eran otra cosa distinta que mantener los antiguos servicios seccionales y secretarias de salud departamentales del Sistema Nacional de salud. E12 (Ministro da Saúde do Governo Samper).

Neste período, o Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde, começa a funcionar. O secretário técnico era o Diretor Geral de Seguridade Social do Ministério da Saúde e tinha participação de representantes do campo do poder, como o Ministro ou delegado do ministério da fazenda e do trabalho, do campo econômico, médico e acadêmico (Colômbia, 1993, Artigo 171).

O Conselho Nacional de Seguridade Social, nesta primeira fase, foi um órgão de deliberação que teve a função de estabelecer a estrutura básica de funcionamento do mercado de seguro de saúde. Determinou o valor da Unidade de Pagamento por Capitação (UPC) e os serviços incluídos no plano de benefícios dos dois subsistemas. No Conselho participavam diferentes agentes deste espaço em estruturação. A presença nesse espaço decisório significou um relativo alívio para alguns agentes que experimentavam a sensação de estarem perdendo poder no novo sistema. Era o caso dos profissionais da saúde e dos trabalhadores. Porém, essa representação não significava real influência nas decisões a serem tomadas.

Chama a atenção que este Conselho tem representantes dos usuários rurais, mas não dos usuários urbanos.

Entre julho e agosto de 1994, o Conselho definiu o plano de benefícios do subsistema contributivo com o conteúdo inicial de medicamentos, atividades e procedimentos de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença (Acordo n. 8 e Resolução n. 5261 de 1994). No mesmo período, elaborou-se a primeira definição do plano de benefícios subsidiado com ações de promoção e prevenção, atenção materno-infantil e serviços de atenção primária à saúde, doenças prevalentes da infância, atenção a fatores de risco ambientais e doenças imunopreveníveis. Os serviços do plano de benefícios subsidiado foram, à época, parciais em relação aos serviços oferecidos pelo contributivo. O Conselho fixou o valor da UPC⁴¹ do subsistema subsidiado em \$59.000 pesos, o equivalente a 50% do valor da UPC do subsistema contributivo. Assim, os beneficiários do subsistema subsidiado, população vulnerável, tinham acesso a um seguro limitado em relação ao contributivo, focando, basicamente, na atenção primária e nos serviços materno-infantis. Este aspecto do sistema mudou ao longo dos anos, mas a luta para conseguir planos de benefícios iguais para ambos os subsistemas demorou quase duas décadas.

Obviamente había ese hueco de ausencia de atenciones en el plan Obligatorio de Salud de mediana complejidad porque esencialmente lo de mediana complejidad se atendía lo materno infantil. En mediana complejidad en el régimen subsidiado, entonces había un hueco ahí lo que llamaban algunos la C. El plan obligatorio de salud del régimen subsidiado era como una C cubría el alto costo, cubría la baja complejidad y dejaba hueco en el medio. E12 (Ministro da Saúde do Governo Samper).

A gestão de Alonso Gómez Duque terminou em 1995, e o novo Ministro, Augusto Galán, defensor da reforma, formulou o decreto n. 2357 de 1995 que deu fim ao sistema transitório e impulsou as seguradoras do subsistema subsidiado (URIBE apud PLAZA p. 166).

Proyectamos el decreto que le da vida al régimen subsidiado. Ese decreto lo trancaron en presidencia de la república, no lo quería firmar Samper. Fue en diciembre del 95, entonces yo me di cuenta, le dije al presidente, mire presidente esto es muy sencillo, yo soy transitorio aquí, si usted no quiere eso, pues listo, pero yo no vine

⁴¹ O valor da UPC é ajustada pela idade e procedência a zonas geográficas específicas.

aquí a llenar hoja de vida, yo creo en algo. Puede que yo esté errado, puede que el acertado sea usted, puede que los dos tengamos razón, pero la única realidad es que si usted no está de acuerdo en esto pues entonces yo me voy, porque esta es la esencia de la gestión que yo vine a hacer. [...] Pero al fin termina accediendo, porque es que el presidente me coloca a mí de ministro en reemplazo de Alonso Gómez, pero Alonso Gómez pasa a Consejero de la República para lo social. Entonces todo pasa por esa tabla, por esa mesa, ¿sí? Entonces pues eh, eso genera ahí un momento de tensión y entonces se echa a andar el régimen subsidiado a partir de ese decreto. E12 (Médico, Ministro da Saúde do Governo Samper).

Com esta norma, as Caixas de Compensação Familiar, Empresas Solidárias de Saúde e seguradoras públicas, privadas ou mistas foram autorizadas a iniciar atividades no subsistema subsidiado. Posteriormente, na gestão da Ministra Maria Teresa Forero de Saade, deu-se um impulso significativo a este subsistema. A gestão dela foi fundamental na definição das regras do subsistema subsidiado, conformando a oferta e a demanda do seguro subsidiado em saúde para a população pobre e desempregada. A função de asseguramento para esta população estava, nesse momento, em disputa. De um lado, pelas secretarias departamentais de saúde e, de outro, pelas Caixas de Compensação Familiar e Empresas Solidarias de Saúde. Diferentemente do que acontecia com o subsistema contributivo, que estava centrado no Instituto de Seguro Social, empresas seguradoras de ACEMI e algumas Caixas de Compensação Familiar.

En cambio en el régimen subsidiado no había seguro ni entidades que manejaran el seguro. Las alcaldías y las gobernaciones querían manejar esos recursos del aseguramiento y obviamente eso fue un problema, querían que esos recursos se entregaran y la orden era que debían contratar con entidades especializadas en garantizar esa seguridad social. Eso tuvo mucha resistencia en muchas partes, en algunos departamentos hubo dificultades, otros departamentos crearon sus propias EPS, algunas de ellas se quebraron, la corrupción, los problemas, pero duraron varios años. Pero se logró entonces contra esa oposición que insistía que se manejaran directamente las secretarias de salud esos recursos y hoy el aseguramiento de 22 millones de personas se maneja por compañías especializadas en el seguro de salud del régimen subsidiado y algunas de esas son públicas pero no son la mayoría. E5(Médico, Vice-ministro da Saúde, Presidente do Instituto de Seguro Social, Técnico do Ministério da Saúde)

No subsistema subsidiado participa o Estado tanto a nível nacional, como regional e local, o que determina que seja este o subsistema diretamente relacionado com a descentralização administrativa. Neste sentido, para focalizar a

população beneficiária do subsistema subsidiado, foi fundamental o questionário socioeconômico do Sistema de Seleção de Beneficiários, SISBEN. Este instrumento, aplicado pelos municípios, utiliza critérios de níveis de pobreza e de necessidades básicas insatisfeitas para identificar a população que tem direito a benefícios de políticas sociais, classificando-as em seis níveis⁴². Nos níveis um e dois, população prioritária, focaliza gestantes e menores de cinco anos, definidas como populações especiais que são automaticamente incluídas na lista de beneficiários. O município publica a lista de beneficiários e os usuários elegem seguradoras dentre as quais o município assinou contrato. Este processo foi iniciado em 1996.

À época, o mercado que detinha a possibilidade de crescimento rápido era o subsidiado, pois configurava-se como um mercado novo, contrário ao que acontecia no subsistema contributivo, onde já existia a demanda dos trabalhadores filiados e a oferta do Instituto de Seguro Social e das empresas de seguros de saúde.

La primera etapa de la implementación de la Ley 100 desfiguró muchos de los objetivos que tenía la Ley, y ahí se suman dos cosas, aquellos críticos de la ley 100, no tienen en cuenta dos cosas, uno, que el proceso de implementación no se dio como se debía haber dado, ese es el primer elemento y el segundo, que simultaneo a la Ley 100 se dio la Ley 60 que es todo el proceso de descentralización del país y la implementación de la descentralización, empieza a distribuir una cantidad de responsabilidades, del sector salud que no quedan en cabeza del interventor como Ministerio sino que le da una cantidad de responsabilidades y recursos a los entes territoriales y entran estos a jugar un papel muy importante en el sector salud, pero ese papel, de esos actores intermediarios, llamase entidades territoriales no estaba así diseñada inicialmente en la Ley 100. E18 (Médico, Ministro da Proteção Social do Governo Uribe)

A Lei 60, de agosto de 1993, delega aos municípios as ações de fomento da saúde, prevenção da doença e prestação de serviços de tratamento e reabilitação na atenção básica à saúde, de forma direta ou através de contratos com instituições públicas, comunitárias ou privadas (COLÔMBIA, 1993, Art. 2). A função das províncias, segundo esta Lei, é dirigir o Sistema Regional de Saúde e realizar ações de fomento da saúde, prevenção da doença e prestação de serviços de tratamento e reabilitação de média e alta complexidade, de forma direta ou através de contratos com instituições públicas, comunitárias ou privadas, assim como as ações da

⁴²Os beneficiários que são classificados nos níveis um e dois têm direito ao seguro de saúde subsidiado, já os outros níveis são usados para outros programas sociais dos Ministérios da Proteção Social, Agricultura e do Instituto Colombiano de Bem Estar Familiar.

atenção básica nos municípios não descentralizados (COLÔMBIA, 1993, Art. 3). Desta forma, a implementação do Sistema de Seguridade Social e da descentralização foram simultâneas, mas muitas vezes discordantes entre si.

7.2.1 Subsistema subsidiado

As seguradoras do subsistema subsidiado começaram a estruturar-se em torno de três tipos diferentes de empresas. As Caixas de Compensação Familiar, as Empresas Solidárias de Saúde e as seguradoras públicas ou privadas.

As Empresas Solidárias de Saúde (ESS) são organizações formadas por comunidades pobres e vulneráveis capacitadas para administrar os recursos da UPC e garantir o plano de benefícios subsidiado. Desta forma, as próprias comunidades passaram a gerir os recursos do sistema de saúde, tornando-se responsáveis por garantir o direito à saúde e cumprir a dupla função de seguradores e usuários do seguro. Essas ESS, além de promover diagnósticos em saúde comunitários e realizar ações para influenciar nas condições de saúde da população, devem fortalecer a atenção primária (Gestarsalud, 2006). Tais empresas foram criadas a partir do CONPES 01/1993 (anterior à Lei 100). O referido documento foi fundamental, pois nele definiu-se a saúde como bem de consumo individual e coletivo. As ESS tinham como possibilidade constituir-se a partir de formas organizativas pré-existentes até esse momento, como Conselhos de Pais de Lares de Bem Estar Infantil, Conselhos de Usuários Camponeses, Cooperativas, Mutuais e Comitês de Participação Comunitária de Saúde (COLÔMBIA, 1993).

Os usuários da comunidade vinculavam-se às ESS por cota de filiação, compra de ações ou participação na empresa. Posteriormente, foram constituídas as Assembleias de Sócios e eleitos os Conselhos Diretores das ESS. Esses últimos, apoiados pelos gestores das empresas, tomavam as decisões de administração dos recursos, contratação e pagamento de serviços aos provedores. As ESS estruturadas como pessoas jurídicas – associações sem interesse de lucro, cooperativas, mutuais ou sociedades anônimas – estavam habilitadas a contratar com o Estado com o intuito de desenvolver a função de seguradoras do subsistema subsidiado e comprar serviços de hospitais públicos ou privados. Assim sendo, garantia-se a demanda dos hospitais públicos, os quais já não receberiam repasses

de orçamento do nível nacional, estadual ou municipal, mas precisariam concorrer pela venda de serviços às seguradoras do subsistema subsidiado. Os recursos de co-financiamento da Nação circulavam através de uma entidade fiduciária⁴³ para que as entidades territoriais contratassem com as ESS (COLÔMBIA, 1993).

Regresé al ministerio de salud, estuve dos años en el Programa de Apoyo a la Reforma, o sea, que en cierta medida soy, no sé si sea el culpable de lo que hay hoy, porque desde el Programa de Apoyo a la Reforma se hicieron contribuciones muy de fondo de orientación y para facilitar el progreso de la reforma, cosas que son el pan de cada día y que la gente no percibe como por ejemplo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el sistema de incentivos para el recurso humano, el sistema de información, o sea muchas cosas que el sistema requería de ese control. Todo eso salió de ahí eran de ese proyecto, tenemos que hacer eso, aquello [...].E11 (Médico, Assessor do Ministério da Saúde e do Departamento Nacional de Desenvolvimento).

Posteriormente cuando fui Director General de Seguridad Social y ejercía la secretaria técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social con la Ministra María Teresa Forero, nos correspondió con ella, la implementación del régimen subsidiado de salud. Ese es un hecho muy importante y a la ministra María Teresa Forero se debe que contra toda la oposición de muchos sectores, políticos, de alcaldías, entidades territoriales, ella logró implementar el régimen subsidiado de salud. Y hoy estamos hablando que el régimen subsidiado de salud es un sistema que le ofrece un seguro de salud completo a cerca de 21 o 22 millones de personas. E5 (Médico, Vice-ministro da Saúde, Presidente do Instituto de Seguro Social).

À vista disso, os recursos públicos permitiram a criação e o funcionamento do mercado de seguros de saúde para populações pobres, tendo como intermediadores as comunidades organizadas em Empresas Solidárias de Saúde. Os recursos públicos da saúde, destinados à prestação de serviços da população segurada, não iriam diretamente aos hospitais públicos, pois estes, constituídos como Empresas Sociais do Estado (ESE), deveriam concorrer na venda de serviços. Contudo, vale salientar que a criação das ESS ocorreu em fevereiro de 1993, pelo DNP, contando com recursos assignados em torno de 20 milhões de pesos, da época. Tais empresas respondiam à lógica de mercado da saúde que seria, posteriormente, aprovada na Lei 100, em dezembro de 1993.

Yo creo que ahí hubo elementos de coyuntura que la historia no ha analizado, no le hemos dedicado el suficiente tiempo, gran parte de

⁴³As fiduciárias são entidades financeiras ou seguradoras que têm a função de administrar os repasses do Estado e o patrimônio das ESS.

la salvación popular del presidente Samper frente al proceso 8000 fue el SISBEN y los subsidios que allá se entregaron, y yo creo que el sector salud se convirtió en un instrumento acelerado de ganar espacio con la opinión pública en medio de un momento muy complicado, incluido se planteaba la renuncia de él, creo que hubo la combinación de una persona como Alonso Gómez que no creía abiertamente en el tema de aseguramiento y que no creía en la Ley 100 y eso se une como una necesidad de ganar espacio popular del gobierno de turno, el régimen subsidiado por ejemplo, el régimen subsidiado nunca se había planteado la posibilidad del subsidio total para la gente, que no pagara nada, la idea era un subsidio que estuviera relacionado con la capacidad de pago de la gente. Si la gente tiene la capacidad de pago pues que pague algo, no era un subsidio total, si se pone uno a hacer el estudio juicioso encuentra muchas otras decisiones que se tomaron fue más por la coyuntura política. E18 (Médico, Assessor do Ministro Juan Luis Londoño e da subdireção do Departamento Nacional de Planejamento)

Com isso, aparecem, assim, novos agentes no espaço, ou seja, as comunidades organizadas, constituindo as Empresas Solidárias de Saúde (ESS) e os bancos, administrando as fidúcias.

No governo Samper, estas ESS sofreram ajustes que implicaram na perda da assistência técnica do Estado e na obrigatoriedade de concorrer com as outras seguradoras do subsistema subsidiado. As ESS foram obrigadas a filiar, em um período de até três anos, o mínimo de 5.000 pessoas, sendo que a meta de filiações estava estipulada em cinquenta mil (Decreto n. 1895/1996). Devido a isso, estas empresas necessitaram crescer para sobreviver no espaço do mercado de saúde, onde as leis do campo econômico são dominantes.

Bueno eso es cierto sobre todo al comienzo del régimen subsidiado, al comienzo del régimen subsidiado, por todo lo que significaba el *boom* pero también la dificultad de su implementación yo creo que puede haber llegado a haber alrededor de 200 entidades que manejaban el aseguramiento pero eso se ha ido progresivamente disminuyendo en la medida que se hacía exigencias de un mayor número de afiliados por cada entidad etc., y hoy tenemos un número menor, yo creo que en este momento el régimen subsidiado tiene alrededor de unas 35 o 40 entidades y el régimen contributivo tiene alrededor de unas 15 entidades. Eso es lo que hay hoy y cada vez avanzamos más hacia un proceso de unificación en que no hay mucha diferenciación entre este tipo de entidades. E5 (Médico, Vice-ministro da Saúde, Presidente do Instituto de Seguro Social).

A terceira Ministra da Saúde do governo Samper, Maria Teresa Forero de Saade, era médica pediatra e previamente, fora diretora da ACEMI. Ela deu um impulso importante na definição das regras de funcionamento do subsistema subsidiado.

[..] cuando llegué, es que el Dr. Juan Luis Londoño que en paz descanse, que dejó una estructura que cada vez que se reunían veinte personas en un pueblo de Colombia, podían formar una EPS del régimen subsidiado, pueden imaginar que yo encontré más de 300 EPS del régimen subsidiado que después solo quedaron como cincuenta más o menos [..] Para mí el interés más grande del Ministerio de Salud era desarrollar un sistema de seguridad social para gente pobre. Y te quiero contar que el régimen subsidiado en esos treinta meses que yo estuve, logramos dejar 8.551.000 personas afiliadas al régimen subsidiado. E3 (Médica, Directora Ejecutiva de ACEMI, Ministra da Saúde e Directora Científica Clínica Shaio)

Yo estuve un poco más de un año en esa época con la ministra María Teresa, allí nos correspondió implementar el régimen subsidiado, la mayor tarea que uno puede destacar, a parte de otras normativas en relación a lo que se hacía con el Consejo, en fin, pero esencialmente fue pasar de 0 afiliados en el régimen subsidiado, terminamos con 8 millones de afiliados en esa época al régimen subsidiado lo cual fue un éxito impresionante. E5 (Médico, Vice-ministro da Saúde, Presidente do Instituto de Seguro Social)

No processo de implementação, segundo o estudo de Gestarsalud (2006), os governos das províncias e municipais não aceitavam que estas organizações administrassem recursos públicos, o que gerou interferência em pagamentos, clientelismo e falta de apoio técnico, suportes estes, fornecidos, outrora, pelo departamento Nacional de Planejamento. No entanto, tal apoio deveria partir dos governos das províncias. O processo avançou sem vigilância e controle, levando ao desenvolvimento desigual destas empresas que chegaram a filiar 30% da população do subsistema subsidiado, estendendo seu alcance até as zonas rurais por meio de gestores comunitários. Em 1997, treze destas empresas agremiaram-se na Confederação Nacional de ESS, denominada Confessalud, garantindo, assim, acesso aos espaços de decisão como o Conselho Nacional de Seguridade Social, a Superintendência de Saúde e o próprio Ministério da Saúde. Posteriormente, esta confederação ganhou apoio técnico do Departamento Nacional de Planejamento para elaboração de planos estratégicos, iniciando, nestas empresas, processos de garantia da qualidade.

Em 1999, as ESS foram obrigadas a fusionarem-se para garantir o mínimo de duzentos mil filiados (Decreto n. 1804), pois a quantidade menor exigida, no começo da implementação do sistema, isto é, quando estas empresas estavam começando, era de cinco mil filiados. Tais empresas contavam, até aquele momento, em média, com cinquenta mil pessoas. A fusão, com o intuito de aumentar o número de

filiados, levou à perda da sua identidade comunitária e solidária, assim como à necessidade de desenvolver técnicas e estratégias empresariais. Em consequência, de cento e oitenta e três empresas, em 1998, no final do processo de dezesseis meses de reestruturações, chegaram-se apenas a oito ESS.

Essas oito ESS restantes se agremiaram na associação de Empresas Gestoras de Seguro em Saúde (GESTARSALUD) com o interesse de conseguir uma melhor posição no espaço, pois desta forma poderiam obter melhor acesso à informação e influenciar na tomada de decisões. As empresas que participam da GESTARSALUD são: Emsanar, Ecoopsos, Saludvida, Cajacopi, Ambuq, Asmetsalud, CafeSalud-S, Coosalud. Aquelas que não conseguiram se juntar foram extintas, como indicado pela lei (Art. 3, Decreto n. 1804).

Em contrapartida, as Caixas de Compensação Familiar (CCF), criadas na Colômbia nos anos de 1950, surgiram a partir da iniciativa de patrões e trabalhadores. Compreendem-se como “pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que cumprem funções de seguridade social e estão sob o controle e vigilância do Estado” (Art. 39, Lei 21 de 1982). Nessa mesma lei, estabeleceu-se que o conselho diretivo destas entidades fosse constituído, meio a meio, por representantes de trabalhadores e empregadores. Os serviços prestados por estas empresas direcionam-se, por meio de subsídios, às áreas sociais da saúde, educação, moradia, fomento e recreação (RUIZ, 2003). Além disso, estas empresas possuem redes de supermercados e centros recreativos.

Na área da saúde, antes da Lei 100, estas mesmas entidades contavam com programas complementares direcionados aos cônjuges e aos filhos dos trabalhadores, pois a cobertura do Instituto de Seguro Social era exclusiva para trabalhadores, suas esposas, durante o período da gestação, e para os filhos de até um ano de idade. Após a Lei 100, esses programas ficaram sem sustento institucional e algumas dessas CCF se constituíram em seguradoras de saúde do subsistema subsidiado ou contributivo e também em prestadoras de serviços. Em 2011, dezenove das cinquenta e nove seguradoras eram CCF, dezesseis do subsistema subsidiado e três do subsistema contributivo. O total de filiados era de 4.600.098 pessoas, o equivalente a 10% da população colombiana, segundo dados do Ministério da Saúde.

Assim, as novas Empresas Solidárias de Saúde, de origem comunitária, entraram em disputa no subsistema subsidiado com as Caixas de Compensação

Familiar, empresas que já possuíam tradição na prestação de serviços sociais e de saúde.

Cuando nosotros organizamos el régimen subsidiado no se sabía muy bien cómo iba a funcionar, porque la ley definió muy bien los roles de la EPS del régimen contributivo y le dijo al Consejo Nacional de Seguridad Social que definiera como se iba a desarrollar el régimen subsidiado. Entonces ese se fue construyendo en el tiempo, entonces nosotros desarrollamos el proyecto de Colsubsidio [...] Ahí sí, hicimos todo el diseño tanto el operativo, tanto sus procesos financieros, como sus procesos de gestión de salud y desarrollamos todos los procesos, pusimos en operación el régimen subsidiado inicialmente en Bogotá y algunos municipios de Cundinamarca, [...] Esa ARS, para el año 2000 teníamos 200 mil afiliados. E15 (Médico, Coordinador do Projeto Colsubsidio e Gerente Seguradora Colsubsidio)

O Conselho Nacional de Seguridade Social definiu o plano de benefícios do subsistema subsidiado e as condições de operação, assim como as regras desse subsistema (Decreto 2357/1995 e Acordo n. 23). Os diferentes agentes do sistema tinham dificuldade para entender as suas funções, de um lado, por parte dos cidadãos, era novo estabelecer este tipo de relação com instituições privadas, para os municípios, a questão girava em torno da ideia de estabelecer uma lógica de contratação com empresas ainda em consolidação, já para os hospitais públicos, se mostrava novo vender serviços de saúde. Todos eles entraram num sistema com mecanismos de criação recente, nova linguagem, novos processos e nova distribuição do poder e do recurso econômico.

Os governos municipais passaram a classificar a população pobre beneficiária do seguro e a escolher as empresas seguradoras que seriam contratadas para que a população as “elegessem” autonomamente. A criação desse novo espaço social teve implicações simbólicas, pois o sentido das instituições públicas mudou para os usuários; materiais, pois o fluxo do recurso econômico foi direcionado para as seguradoras; institucionais, por que as funções foram redefinidas e por fim, profissionais, pois surgiram novas atividades administrativas e de auditoria, tudo isso modificou equilíbrios preexistentes. As Secretarias Municipais de Saúde perderam poder na organização do sistema, na gestão dos recursos da saúde e entraram no jogo do mercado da saúde, selecionando os usuários pobres e estabelecendo relações comerciais com empresas seguradoras.

[..] Hubo que trabajar muchísimo con los municipios que eran totalmente descentralizados, entonces había que hacer un contrato con el municipio, nadie sabía muy bien como era que se tenían que hacer esos contratos, digamos un poco sobre lo que había en la ley 100 y sobre cuáles eran los roles y las funciones de la EPS y cuáles eran los roles y las funciones del municipio. Se empezó ya la operación del régimen subsidiado, armando las redes de prestación de servicios que inicialmente no fue fácil porque ni los hospitales, ni las IPS prestadores privadas sabían muy bien de que se trataba. Entonces en cada uno de los municipios donde tuvimos que trabajar incluyendo Bogotá, que supuestamente debía estar más desarrollado que los demás, casi nos tocaba hacer una docencia de lo que significaba la ley 100 y que era lo que había que hacer y digamos que eso tiene todo un tema bien interesante en términos de esa construcción sobre el camino de cómo debía desarrollarse el tema. A mí me sirvió muchísimo haber trabajado con lo de contributivo porque muchas de las cosas podían ser similares, sin embargo la diferencia enorme era que el contributivo no tenía que hacer contrato con el municipio mientras que nosotros sí, y la elaboración de contrato fue un tema difícilísimo y muy difícil de armar. Prácticamente nosotros le hicimos los contratos al municipio inicialmente y después ya se empezó arreglando el tema, pero fue una construcción sobre el camino con muchas complicaciones. Y los afiliados inicialmente no tenían ni idea a que tenían derecho entonces nos tocó empezar por hacer todo un trabajo de capacitación a las personas para que pudieran utilizar los servicios y como utilizar los servicios que era un poco distinto a lo que estaban acostumbrados, que era que iban directamente al centro y cuando podían los atendían, que era realmente muy pocas veces, entonces era realmente sorprendente cuando uno les decía, no, vea, usted aquí tiene derecho a escoger quien lo atiende, en todos los municipios abrimos una red pública y un red privada que escogía la persona...[.] E15 (Médico, Coordinador do Projeto Colsubsidio e Gerente Seguradora Colsubsidio)

En nuestro país hoy en día es bueno ser pobre porque así consigo el régimen subsidiado es bueno ser pobre o por lo menos demostrarlo porque consigo de pronto alguno de los subsidios, o programas de transferencia monetaria condicionada. Eso trae un cambio de valores, cambia profundamente una población. Includo yo creo que puede hablarse un poco de anomia estructural, como de cambiar por completo, darle la vuelta, entonces yo debo demostrar que soy pobre y hay movilidad social en la medida que a mí me digan donde me pueden dar un subsidio así yo tenga trabajo, así yo tenga una casa, no me importa “no es que están regalando casas allá y debo demostrar ser desplazado, pues yo me consigo como demostrar ser desplazado”. Entonces creo que eso ha sido un impacto no positivo en un gran porcentaje de la población de nuestro país, porque hoy en día, como el trabajo formal cada vez es menos, entonces se desmontó aquello de que los subsidiados eran pocos, los contributivos éramos más entonces se podía sostener el sistema, con el flujo de recursos que podrían ir dando la vuelta. Eso no me parece bueno para el país, porque un Estado de derecho habla que por ser simplemente ciudadano usted tendría derechos a los beneficios de la seguridad social, a todos, salud, en lo laboral, en el momento del

retiro, pero no, aquí la cosa ha funcionado bastante diferente, entonces ese es uno de los efectos que a mí más me parece negativo, e incluído entristece, porque es un país con mentalidad de que tenemos que ser pobres para eso, y no con mentalidad de debemos ser ciudadanos para acceder al contrato social, solamente por ser ciudadanos, eso está duro. E10 (Enfermeira, Gerente de Hospital público de baixa complexidade).

No mercado de seguros de saúde, construído e não suficientemente controlado pelo Estado, as seguradoras concorrem pelo maior número de filiados. No período de 1995 a 1997, a quantidade de filiados ao subsistema contributivo passou de 9.184.558 para 14.908.303, aumentando em 5.723.745, já o subsistema subsidiado chegou a 8.505.241 de filiados, em 1998 (CARDONA, 1999).

El régimen subsidiado, te decía, por qué se parece mucho más a la administración delegada, porque las instrucciones son mucho más precisas, usted tiene que contratar tanto por ciento con los públicos, usted tiene que hacer esto. O sea, es mucho más detallada que en el régimen contributivo En el régimen contributivo digamos las reglas no son tan detalladas aun cuando también lo son en algunas otras cosas. Y últimamente también porque se están poniendo limitantes a las formas de contratación, limitantes a ciertas relaciones entre el prestador y el asegurador; entonces realmente un aseguramiento completo no es. E15 (Médico, Coordinador do Projeto Colsubsídio e Gerente Seguradora Colsubsídio)

O subsistema subsidiado de seguros de saúde, desde seu início, esteve constituído, majoritariamente, por agentes dominados como as empresas solidárias de saúde (175 em 1997 e 14 em 2011) e pequenas caixas de compensação familiar (50 em 1997 e 19 em 2011), mas também participavam deste subespaço três seguradoras privadas, as quais também conformavam o subsistema contributivo e uma seguradora pública (CAPRECOM). Menos de 10% das empresas deste subsistema sobreviveram nos primeiros quinze anos do sistema, tendo em vista que as empresas que não pertencem ao campo econômico, também não conformam o campo do poder. Empresas solidárias de saúde e caixas de compensação familiar encontram-se no pólo dominado, já as Seguradoras privadas e a Caprecom, no pólo dominante deste subcampo que, como consequência, tem um menor grau de autonomia em relação ao subsistema contributivo. Na luta pelos filiados, saíram vitoriosas a Caprecom, única seguradora pública sobrevivente, com quase três milhões de filiados em 2011 e a seguradora privada Cafesalud, com 1,2 milhões. A Caprecom por ser detentora de capital político e a Cafesalud pelo seu capital econômico.

7.2.2 Subsistema contributivo

No subespaço do seguro de saúde da população assalariada existiam as seguradoras públicas, como o Instituto de Seguro Social, a Caprecom, a Cajanal, as recém-criadas seguradoras da ACEMI e as novas seguradoras criadas pelas Caixas de Compensação Familiar para o subsistema contributivo. Maria Teresa Forero de Saade tinha importante trajetória no setor das Caixas de Compensação Familiar. Antes da formulação da Lei 100, a referida Ministra exerceu o cargo de diretora da Colsubsidio, até então, uma das maiores empresas deste tipo, atuou também como diretora executiva da ACEMI, logo após a formulação da Lei 100 e antes da sua posse como ministra. Esta trajetória dos agentes do campo econômico para o campo do poder e vice-versa mostra-se frequente no espaço do sistema de saúde.

[...] Fui yo la que les ayudó a hacer el diseño de las EPS a los que iban a hacer el régimen contributivo y yo le insistí muchísimo acerca de cómo humanizar la prestación de los servicios, porque yo veía ahí que en el trasfondo lo que había era una lucha por los afiliados y no por prestar un servicio humanizado. Y de todas maneras fue muy interesante porque así las conocí muy de cerca, y pienso que hay algunas EPS que son excelentes y otras que no tanto, yo creo que las que no son buenas, no deberían existir y las que son buenas creo que deberían seguir pues, porque son las personas jurídicas que responden por el aseguramiento. E3 (Médica, ex- Ministra da Saúde).

En el momento que apareció la ley 100 en el 93, pues como usted sabe todas las cajas de compensación familiar tenían red prestadora porque llenaban ese vacío que tenía el seguro social, cuando el niño cumplía un año de nacido y la madre terminaba el embarazo, ahí botaban a la mamá y al niño y el único que seguía con cobertura era el trabajador entonces las cajas de compensación familiar llenaban ese vacío, empezaron a entrar en ese vacío desde los años 60, y cuando llega la ley 100 que dice cobertura familiar y todo el grupo familiar está incluido pues las cajas ya tenían una estructura montada para atender las mamás y los niños y no les quedaba sino meterse a la salud de los adultos que prácticamente eran hombres en su mayoría porque en esa época los cotizantes eran hombres, la mujer estaba apenas entrando en forma a la fuerza laboral. E11 (Médico, assessor do Ministério da Saúde e do DNP, pesquisador e consultor).

Em 1994, foram criadas cinco seguradoras, já em 1995, mais vinte, que, no final deste ano, já contavam com um milhão e meio de filiados, além dos onze milhões que estavam filiados ao Instituto de Seguro Social. No mesmo ano, foram extintas 1017 Caixas de Previsão Social do antigo Sistema Nacional de Saúde que não foram transformadas em seguradoras (EL TIEMPO, 1996).

Juan Luis Londoño decía una frase que es más o menos eso, “la competencia lo es todo”, y siempre en la competencia sobrevivirán los más fuertes, él inicialmente soñaba con 60 EPS, de pobres y de ricos, y que todo mundo se agrupara en empresas grandes o pequeñas, que la Súper vigilara el comportamiento y le pusiera las reglas del juego y que compitan lealmente, en fin. Y aquí se crearon en esa ilusión, incluido por eso la gente se distrajo, incluido los sectores democráticos y se pusieron a crear empresas solidarias de salud que se llamaban, empresas solidarias de salud que manejaban régimen subsidiado, comunidades indígena agrupadas manejando régimen subsidiado, cajas de compensación haciendo también pequeñas entidades financieras, agrupándose para manejar régimen subsidiado y empezaron a quebrarse, uno a uno fueron cayendo en el régimen subsidiado, los últimos que han resistido el tema de los grandes agrupamientos, en el sistema de aseguramiento, porque en el sistema de aseguramiento son poderosos en la medida que tengan muchos afiliados, dividen el riesgo y ellos saben de esa vaina. Esas son las cajas de compensación familiar, algunas han resistido, otras han desaparecido, Comfenalco evidentemente desapareció, muchas han sucumbido con el tiempo y siempre van a estar persistiendo las más grandes. E23 (Médico, Deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

As Caixas de Compensação Familiar criaram também seguradoras do subsistema contributivo. Colsubsidio e Cafam, as duas maiores, formaram a Famisanar, em julho de 1995. Estas empresas tinham reconhecimento social pela qualidade dos serviços de saúde que prestavam. As Caixas de Compensação Familiar tinham construído sua própria rede prestadora de serviços, possuíam experiência em pediatria, medicina familiar, saúde da população idosa e oferta de medicamentos na rede própria de oitenta farmácias (EL TIEMPO, 1995). Compensar, Comfenalco Valle e Comfenalco Antioquia também criaram suas seguradoras particulares. Outras dez Caixas de Compensação Familiar, do sudoeste colombiano, constituíram a seguradora S.O.S. Já para o final de 1995, estas empresas contavam com quase duzentos mil filiados (EL TIEMPO, 1996).

Ahí entonces a las cajas de compensación, por la discusión de la Ley les dicen, ustedes tienen dos posibilidades, o forman aparte sus propias EPS y ese es el camino que toma la mayoría de las cajas, entonces, tu encontraras hoy Famisanar que pertenece a Cafam y Colsubsidio, SOS, que pertenece a una caja del Valle, y a unas cajas que son socias en Pereira, en Armenia, en Manizales, o sea, en el eje cafetero. O la otra alternativa era hagan sus propios programas dentro de la institución, que fue la alternativa que tomamos nosotros. Y entonces Compensar sigue siendo una caja de compensación pero tiene un programa aparte, no una empresa aparte, un programa aparte, con cuentas aparte, con regla de juego aparte, con todo aparte, y tú encuentras que entonces en el mercado, la marca de Compensar se asocia tanto a cosas de salud, EPS y prestación como

a cosas de bienestar. Las otras cajas optaron por separar las marcas. Por eso tu encuentras la marca Famisanar es una EPS y los dueños son Colsubsidio y Cafam pero las marcas de Cafam y Colsubsidio no están mezcladas con aseguramiento sino solo con prestación. E6 (Filosofo, Subdiretor operativo e subdiretor de planeamiento de Compensar).

O papel das Caixas de Compensação Familiar tem se mostrado como fundamental no sistema de saúde, pois elas exercem participação tanto no subsistema subsidiado como no contributivo, além de terem fundado a seguradora *Nueva EPS*, que assumiu as funções do Instituto de Seguro Social quando este foi extinto em 2008. Vale lembrar que as Caixas de compensação Familiar foram resultado da influência do modelo bismarkiano na América Latina.

La construcción ahí hay que diferenciar entre contributivo y subsidiado. En contributivo quienes se le midieron al tema fue el sector privado en general, bueno muchos venían de empresas aseguradoras, de seguros de salud por ejemplo Suramericana que hoy se llama Sura, en ese momento había una que después se llamó Colmédica, entonces varias de las aseguradoras que conocían del tema de los seguros se metieron en el tema. Otras que ya tenían salud como por ejemplo Sanitas, Colsanitas ya tenía prestadores entonces se metió en el tema de aseguramiento; como Salud Total que tenía una prestación de los servicios y se metió en el tema. Las cajas de compensación familiar porque habían estado siempre en el sector salud, desde hacía muchísimos años, entonces hacía parte de su quehacer, entonces era complementar el tema, entonces se metieron tanto en el contributivo como en el subsidiado y continuaron con la prestación de los servicios de salud. E15 (Médico, Coordinador do Projeto Colsubsidio e Gerente Seguradora Colsubsidio)

Segundo Perez (1998), em 1997 havia vinte e oito seguradoras privadas no subsistema contributivo e três públicas (Cajanal, Caprecom e Instituto de Seguro Social), as quais contavam com um total de 11.589.000 filiados. No subsistema subsidiado, havia dezesseis seguradoras privadas, cinquenta Caixas de Compensação Familiar e cento e setenta e cinco Empresas Solidárias de Saúde, as quais somavam 6.444.000 filiados. Assim, o total de filiados ao sistema de saúde para esse ano era de 18.029.650 pessoas (Tabela 3). Em 1998, as seguradoras com maior número de filiados eram o Instituto de Seguro Social, com 61,4%, a segunda maior, a Saludcoop, com 5,7% e, em terceiro lugar, a Cajanal, com 4,1%.

Nesse mesmo ano, a distribuição dos filiados era de 70,3% em seguradoras públicas e de 29,7% em seguradoras privadas, observando-se o ganho percentual das seguradoras privadas, que, em 1995, tinham 11,2% do total de filiados do

subsistema contributivo. Além disso, a crise administrativa das seguradoras públicas se agudizou, ocasionando numa participação debilitada no mercado. Em 1998, a Superintendência Nacional de Saúde proibiu às seguradoras públicas (Instituto de Seguro Social, Cajanal e Caprecom) de filiarem novos usuários (Cardona, 1999). O Instituto de Seguro Social precisou fazer arranjos internos para se adequar à Lei 100, criando cinco vice-presidências (administrativa, de aposentadorias, de saúde ocupacional, seguradoras e prestadoras). A infraestrutura de serviços do Instituto de Seguro Social foi dividida entre a seguradora (centros de atenção básica e ambulatorial) e as prestadoras próprias (clínicas). A adequação se fez necessária também para garantir os serviços de saúde aos novos filiados e aos beneficiários do grupo familiar dos trabalhadores que não tinham cobertura antes da Lei 100.

Tabela 3 – Filiação ao seguro do sistema de saúde em 1997 na análise do espaço do sistema de saúde, na Colômbia entre 1993 e 2013.

Seguradora	Filiados em 1997	Porcentagem
28 seguradoras privadas	3.220.000	17,9%
30 Entidades adaptadas	349.650	1,9%
Instituto dos Seguros Sociais	7.390.000	41%
Caprecom	200.000	1,1%
Cajanal	430.000	2,4%
Subtotal Subsistema Contributivo	11.589.650	64,3%
16 seguradoras privadas	2.930.000	16,6%
50 CCF	1.270.000	7%
175 ESS	2.240.000	12,4%
Subtotal Subsistema Subsidiado	6.440.000	35,7%
Total Sistema de Saúde	18.029.650	100%
População total	35.200.000	51%

Fonte: Adaptado de Informe OIT, 1998 apud Perez (1998).

Desde esse momento já se vislumbravam problemas do sistema de informação, pois não existia controle sobre o pagamento das contribuições, ocasionando negação de serviços pelas prestadoras. Além disso, os pagamentos eram feitos para cada seguradora, em diferentes bancos, e com formulários específicos para cada uma, ocasionando um excesso de trâmites para os empregadores⁴⁴ e contribuintes autônomos.

No referido período de implementação, segundo Perez (1998), um dos obstáculos foi a evasão do subsistema contributivo, pois 49% dos trabalhadores não contribuía com o sistema. Outro ponto de entrave esteve no fato de que o Instituto

⁴⁴Cada trabalhador tem direito de escolher a seguradora, mas a função de pagamento da contribuição mensal ao sistema de saúde é do empregador. Por este motivo, um único empregador pode ter trabalhadores filiados a todas as seguradoras do subsistema contributivo.

de Seguro Social não tinha estimativas do número de filiados e os gastos em administração chegavam a 20% do valor da UPC. Na época, houve uma diminuição dos filiados às Empresas de Saúde Suplementar e suspendeu-se a licença para inscrição de novos filiados da CAPRECOM, da CAJANAL e do Instituto de Seguro Social.

Para além destes problemas, não houve o desenvolvimento de um sistema de informação, desde o Ministério da Saúde, com relação ao perfil epidemiológico da população, as seguradoras e o FOSYGA também contavam com limitações semelhantes em seus sistemas informativos. A estruturação dos serviços por parte das seguradoras, com limitação de profissionais e hotelaria deficiente, estimulava a filiação à saúde suplementar que elas mesmas ofereciam, desta forma, em muitos casos, vendiam dois produtos ao mesmo usuário, seguro obrigatório e planos suplementares.

O Conselho Nacional de Seguridade Social regulou os valores da UPC e os serviços contemplados do plano de benefícios, no entanto, deixou de regular as tarifas dos serviços de saúde comprados pelas seguradoras. Em relação à política de regulação de custos, definiu-se a lista de medicamentos essenciais do plano de benefícios, contudo, tal lista continha exclusões importantes e não foi oportunamente revisada. Nesse sentido, somente com a pressão dos portadores de AIDS, por meio das tutelas contra o sistema, vislumbrou-se algum resultado por parte do Conselho Nacional de Seguridade Social, o qual decidiu incluir os inibidores de protease e antirretrovirais. Além disso, o Conselho recomendou também às seguradoras cumprir com o artigo 162, parágrafo 4, da Lei 100, que determinava o resseguro de todas as seguradoras dos riscos derivados da atenção às doenças classificadas pelo Conselho como de alto custo, "*Toda entidad promotora de salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el consejo nacional de seguridad social como de alto costo*" (COLÔMBIA, 1993). As únicas doenças consideradas de alto custo são insuficiência renal, AIDS e câncer.

O processo de resseguro para doenças consideradas de alto custo mostrou-se de difícil contratação e negociação por parte das seguradoras dos subsistemas contributivo e subsidiado. A legislação só permitia às seguradoras contratar um resseguro, no entanto, na Colômbia, as seguradoras de saúde (EPS) não são definidas como empresas de seguros, gerando-se dificuldades normativas. Contudo,

tal impasse possibilitou a criação de um novo mercado, ou seja, frente à obrigação de ressegurar as patologias como insuficiência renal crônica, AIDS e câncer, as empresas contratadas pelas seguradoras de saúde, por sua vez, se resseguraram com empresas de seguro internacionais num resseguro infinito. Segundo o Ministério da Saúde (2001), em 2000, as seguradoras de saúde pagaram 6,5 milhões de dólares às empresas de resseguros para essas patologias. Deste valor, estas últimas ficaram com 20%, dos quais 23% foram direcionados a gastos administrativos, 40% para comissões de intermediação e o restante, 37%, foram lucros. Já as resseguradoras internacionais, contratadas pelas seguradoras das seguradoras, obtiveram um rendimento de 5,2 milhões de dólares e pagaram sinistros de 1,7 milhões de dólares, acumulando, com isso, 3,4 milhões em lucro.

Assim, nesta cadeia de seguros, 28% dos recursos foram utilizados para pagamento de sinistros, 5% para gastos administrativos e 67% destinados aos lucros das companhias seguradoras das EPS e das resseguradoras (CHICAÍZA, 2002, p. 179-181), ou seja, recursos públicos transferidos para a iniciativa privada. Frente a esta situação de desvio de recursos para intermediários, ou apropriação privada dos recursos públicos, o Ministério da Saúde propôs uma subconta do FOSYGA para segurar e ressegurar toda população colombiana (Projeto de Lei 089 de 2000). Desta forma, o tratamento das doenças consideradas de alto custo seria centralizada e sairia do âmbito das empresas de resseguros.

Insatisfeitas com essa situação, as Caixas de Compensação Familiar, as empresas seguradoras privadas e as cooperativas posicionaram-se contra esta proposta, considerando que tal fundo seria um monopólio estatal com total autonomia, fragmentando, assim, o cuidado com esses pacientes ao serem tratados, unicamente, nos hospitais autorizados, alegaram, de igual modo, que o referido fundo consistiria num estímulo para a não filiação da população.

A proposta de resseguro teve como principal promotor o Instituto de Seguro Social, empresa essa que, em 2001, filiava 30% da população do subsistema contributivo, mas atendia 80% das doenças de crônicas como doença renal crônica, AIDS. Os outros 20% dos casos estavam distribuídos entre as vinte e sete EPS restantes. Além disso, os filiados jovens e saudáveis foram os que mais abandonaram o Instituto de Seguro Social, afetando, de forma negativa, o equilíbrio financeiro da empresa. Para o ano 2000, o Instituto de Seguro Social contava com 31.291 pacientes com patologias de alto custo, representando 141,5 milhões de

dólares em gastos. Este valor é o equivalente a 26% da UPC líquida recebida por essa seguradora. Nos cálculos do sistema, o gasto na alta complexidade deveria ser de até 10% da UPC para garantir a estabilidade econômica das seguradoras.

Em 2001 o Ministério da Saúde definiu, no Acordo n. 217, o mecanismo para o reconhecimento de UPC diferencial em função da variação do perfil epidemiológico de doenças consideradas de alto custo. Cada seguradora aporta segundo a sinistralidade global e recebe em função das variações em patologias no que diz respeito à média nacional (CHICAÍZA, 2002, p. 183-185).

Também nesta fase, foram evidenciados problemas com o SISBEN, mostrando ser esta uma metodologia pouco sensível para detectar situações de pobreza. Nesta avaliação, o questionário utilizado privilegiava as informações sobre a infraestrutura e a educação das pessoas, dando pouco valor às variáveis de ingresso. Além disso, a população mostrou-se altamente migratória, de um ano para outro, entre 30% e 50% da população mudava de residência, o que implicava na necessidade de atualização periódica do questionário, situação não prevista e muito custosa.

A lei não estabeleceu sanções econômicas pelo não pagamento das contribuições ao subsistema contributivo, mas criou a possibilidade de suspensão dos serviços aos usuários titulares e beneficiários. O atraso nos pagamentos que devem ser feitos pelos empregadores gera sanções aos trabalhadores, pois estes não recebem o serviço quando solicitado. Dito de outro modo, os usuários têm direito ao serviço até trinta dias após o último pagamento do seguro, já os autônomos, devem pagar 12% da renda mensal declarada, a qual deve ser maior a dois salários mínimos. Porém não existem medidas para determinar os ingressos reais desta população, favorecendo a **inadequada** declaração da renda. Sendo assim, segundo essas empresas, estes filiados representam custos adicionais para as seguradoras. Além disso, aqueles que não podem pagar sobre esse valor mínimo não entram no subsistema contributivo.

Uno digamos lo que percibía en el caso en la parte que yo manejaba era muchas barreras de acceso por el tema de sistemas de información, inicialmente hubo muchas dificultades digámoslo así, porque las personas no aparecían en bases de datos, porque aparecía en mora, porque aparentemente la empresa lo había retirado. Entonces veía uno digamos como barreras para el usuario en ese sentido y pienso que en el surgimiento de la ley 100 para esa época no se vieron tanto las barreras de acceso que hay o que se

generaron más adelante en el transcurso de la implementación de la ley 100 toda vez que la gente no sabía bien como que derechos tenía, a que accesos tenía, entonces la utilización del servicio no era tan alta como hoy en día lo es, el usuario no tenía conocimiento de sus derechos y no había esa negación de servicios por parte de la EPS. Digamos que era, no había esas dificultades que hoy en día se presentan. E9 (Médica, Directora Médica Bonsalud e diretora de prestação de serviços de Saludcoop).

Evidenciou-se, também, dificuldade para determinar quais serviços deveriam ser prestados pelas seguradoras do subsistema contributivo, pelas seguradoras de riscos profissionais⁴⁵ e pelas seguradoras de medicina pré-paga⁴⁶ (suplementar), pois os limites dos planos oferecidos por estas empresas são imprecisos.

No que tange aos profissionais, observou-se um aumento do número de Faculdades de Medicina em detrimento da qualidade do ensino médico e do assalariamento massivo dos profissionais, que necessitam realizar altos investimentos na formação e, posteriormente, contam com baixa remuneração no mercado.

A visão dos agentes entrevistados sobre as seguradoras divide-se em dois grupos (Anexo 3), apresentados na Figura 4. Nesse caso, os agentes foram distribuídos conforme a ocupação de posições no campo científico, político, burocrático ou econômico e segundo o volume total de capital no período. O primeiro grupo de agentes que foi a maioria se colocou a favor da existência das EPS, pois consideram sua função fundamental para o exercício do controle econômico e administrativo sobre as prestadoras e os profissionais da saúde. Além disso, estas empresas são as responsáveis pela gestão do risco em saúde e possuem inserção em outros setores da economia, portanto é importante para elas cuidar da sua reputação no mercado e não somente obter lucros. Por outra parte, no caso das seguradoras solidárias, os agentes entrevistados consideram que estas organizações representam uma oportunidade de empoderamento das comunidades.

O segundo grupo de agentes, que se posicionou contra a existência das EPS e estão no pólo dominado, critica a apropriação do recurso público pelas seguradoras, assim como o fato destas restringirem o plano de benefícios para aumentarem seus lucros. Outra questão apontada em forma de crítica, por este

⁴⁵ Empresa contratada pelo trabalhador para cobrir o risco de doenças ocupacionais.

⁴⁶ Empresa de seguros de saúde, contratada pelos cidadãos, para contar com um serviço de saúde diferenciado, com maior eficiência e conforto. Os colombianos só podem se filiar a este seguro de forma complementar ao seguro obrigatório emprestado pelas EPS.

grupo, diz respeito à forma como o governo contribuiu para a consolidação destas empresas no sistema de saúde.

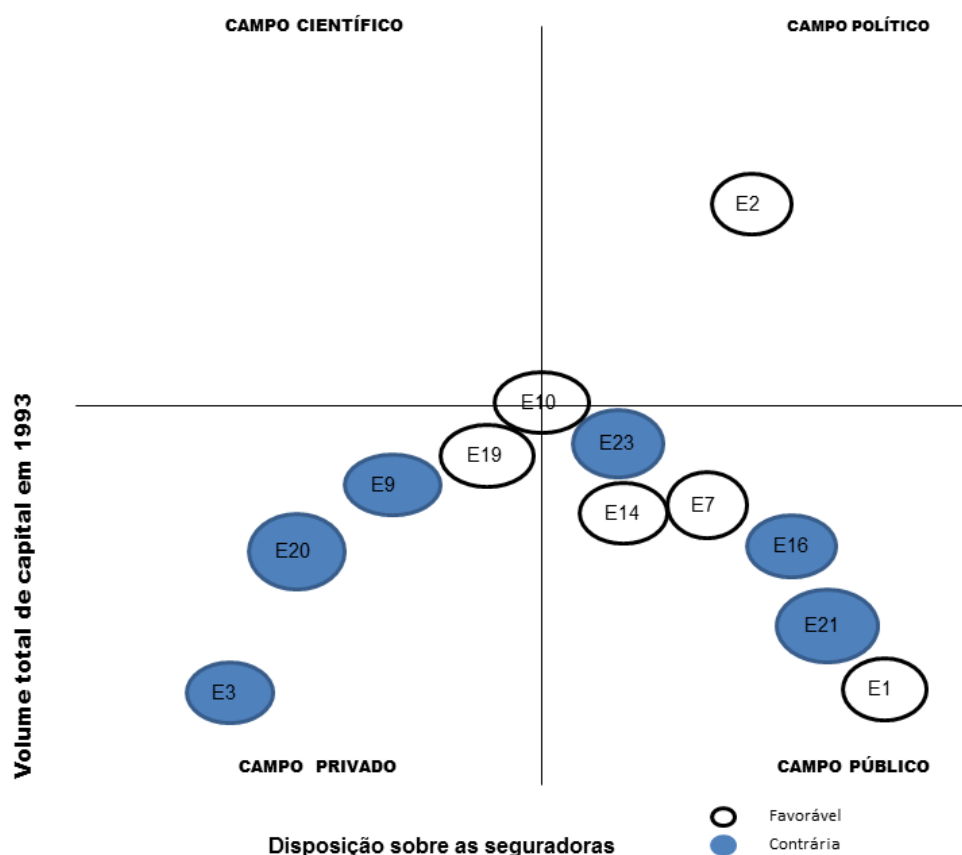
A formação do espaço do seguro de saúde provocou, nas seguradoras privadas, duas iniciativas distintas, a urgente necessidade de incrementar, rapidamente, o seu capital econômico nos primeiros anos de implementação do sistema de saúde e de construir sua própria rede de prestadores, fenômeno descrito como integração vertical. Desta maneira, as seguradoras privadas ganharam poder frente às seguradoras públicas e alcançaram melhor posição no espaço social para exercer pressão e influenciar a tomada de decisão relacionada às próprias regras de jogo do sistema de saúde. Sendo assim, estas seguradoras, reunidas na ACEMI, foram decisivas na definição dos valores da UPC e na definição dos serviços do plano de benefícios.

Finalmente, alguns agentes destacam a posição das seguradoras dominadas, as Empresas Solidárias de Saúde e outras seguradoras do subsistema contributivo, como as Caixas de Compensação Familiar que tiveram muitas dificuldades para se manter no sistema de saúde. Estas seguradoras têm estado em desvantagem devido ao perfil da população que filiam, pelas regras do jogo impostas a elas e por suas próprias características intrínsecas, como tamanho reduzido, localização geográfica, recursos econômicos e falta de domínio de técnicas gerencias e administrativas.

Contudo, destaca-se também que por trás das empresas solidárias houve interesses clientelistas e econômicos regionais e locais. As empresas dominadas exercem duas funções para o equilíbrio do sistema de saúde, respondem pelo seguro das populações que não constituem um mercado atrativo para as grandes seguradoras e legitimam o próprio Estado, pois este entrega às entidades comunitárias, sem interesse de lucro, a administração dos recursos da saúde e a organização dos serviços. Portanto, aqui reforçam o elemento simbólico do reconhecimento que outorga o Estado na violência imposta por toda uma série de arbitrariedades entre as seguradoras do subsistema contributivo e subsidiado.

A construção da demanda é um produto social com origem em esquemas de percepção e avaliação socialmente constituídos e socialmente alimentados que, por sua vez, são reativados pela ação de publicitários. Desta forma, influenciam as decisões políticas encaminhadas a orientar as preferências dos agentes e a oferta dos serviços de saúde neste campo de relações.

Figura 4 –Tomada de posição sobre as seguradoras conforme posição e volume total de capital dos agentes do espaço do seguro de saúde, na Colômbia em 1993.



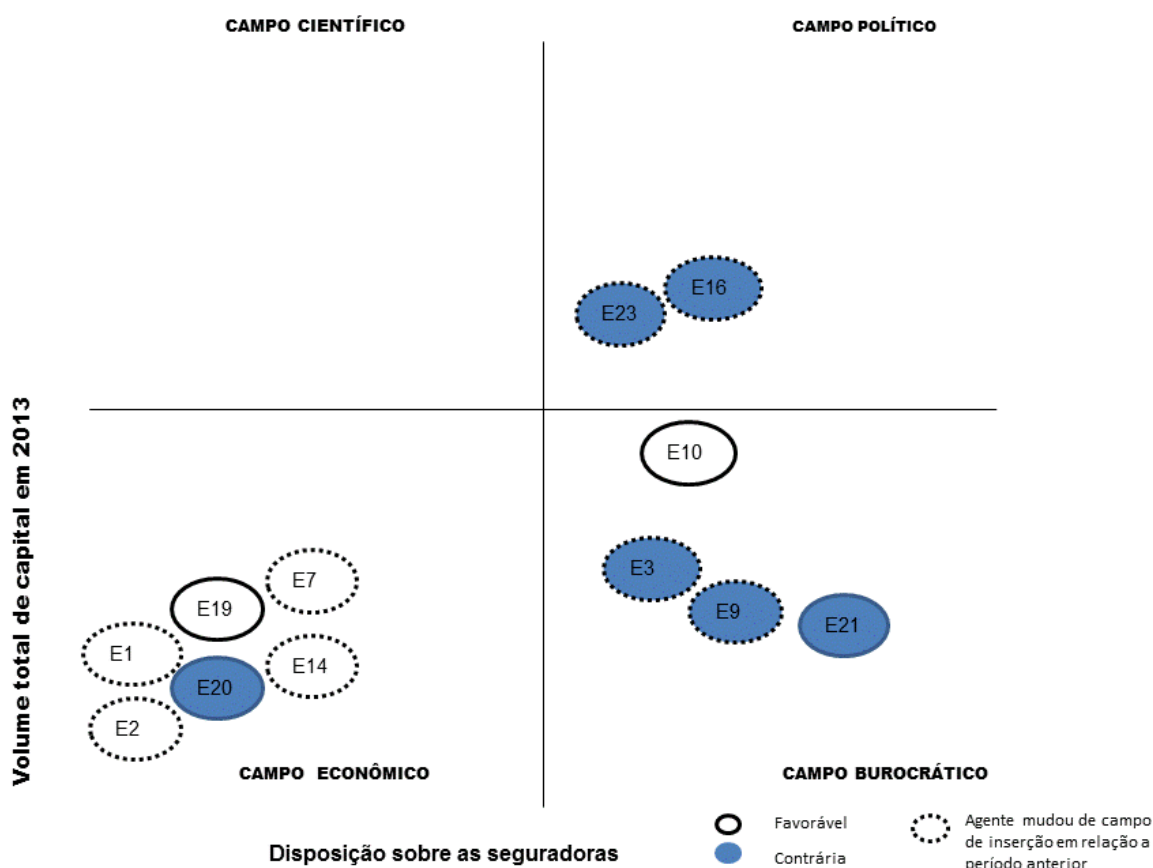
Fonte: elaboração própria

A tomada de posição predominante dos agentes sobre as seguradoras não se relacionou, automaticamente, com a posição destes em 1993, pois os agentes a favor e contra se localizavam, indistintamente, nos campos econômico e burocrático (Figura 4). Porém, em 2013, a maioria dos agentes que estavam a favor ocupavam posições no campo econômico, com exceção do presidente da Associação Colombiana de Clínicas e Hospitais, que se posicionava contra estas empresas e por uma gerente de Hospital Municipal, que se coloca a favor (Figura 5).

As disposições contrárias às seguradoras do subsistema contributivo ressaltavam o uso que estas faziam do dinheiro público via financiamento *per capita* do Estado para a constituição de infraestrutura de serviços, bem como a pressão que estas empresas exerciam para limitar o plano de benefícios e aumentar os valores *per capita* para o seguro. Observou-se a consolidação das seguradoras pertencentes a grupos financeiros e o ganho de poder que as seguradoras adquiriram no sistema de saúde. Por outro lado, alguns criticaram a falta de solidez

financeira das seguradoras subsidiadas, pois são elas que cobrem as zonas rurais do país, nas quais não estão interessadas as grandes seguradoras dos grupos financeiros.

Figura 5 – Tomada de posição sobre as seguradoras conforme posição e volume total de capital dos agentes entrevistados do espaço do sistema de saúde, na Colômbia em 2013.



Fonte: elaboração própria.

No subespaço contributivo encontram-se, no pólo dominante, as seguradoras associadas na ACEMI (quinze empresas em 2011) e, no pólo dominado, as Caixas de Compensação Familiar associadas em Asocajas (quatro empresas em 2011).

7.3 AJUSTES ÀS PRESTADORAS E PRIMEIROS IMPASES DA LEI 100

A implementação do sistema de saúde fundamentado nos seguros contributivo e subsidiado, com a intermediação das empresas seguradoras e a nova lógica mercadológica para prestação de todos os serviços de saúde, implicou na necessária adaptação das prestadoras às novas lógicas administrativas. No governo

de Andrés Pastrana Arango (1998-2002), “*Cambio para construir la Paz*”, pretendeu-se otimizar o SISBEN para selecionar melhor os beneficiários, buscar viabilidade financeira ao sistema de saúde, melhorar as condições de concorrência entre os agentes, fortalecer algumas instituições e flexibilizar outras, buscou-se também corrigir a ineficiência tanto na distribuição e manejo dos recursos como na administração e prestação dos serviços (COLÔMBIA, 1998, p. 194).

O diagnóstico do sistema de saúde feito por esse governo evidenciou problemas de acesso aos serviços e dificuldade, por parte das prestadoras, para estabelecer o tipo de problema de saúde dos usuários, ou seja, definir se era ou não uma doença laboral e, desse modo, identificar o segurador responsável pelos pagamentos dos serviços⁴⁷. No Plano Nacional de Desenvolvimento do Governo Pastrana identificou-se a falta de adequação ao sistema de saúde por parte das seguradoras públicas (Instituto de Seguro Social e Caprecom) e das prestadoras públicas como fator responsável pelas dificuldades da implementação da concorrência regulada e das distorções evidenciadas no sistema. Além disso, mostrou-se possível identificar a falta de estabilidade financeira de algumas seguradoras devido à pequena quantidade de filiados. Para tanto, esse governo propôs a criação de outro fundo chamado Fundo de Garantia para Saúde que tinha como objetivo garantir a prestação de serviços aos usuários em casos de falência de alguma seguradora. No entanto, este fundo não foi criado.

Um dos focos do governo Pastrana foi a ampliação da cobertura do subsistema subsidiado e a divulgação massiva dos direitos dos usuários do sistema de saúde. No que se refere às instituições públicas, pretendeu o fortalecimento institucional do Instituto de Seguro Social e a transformação de todos os hospitais em Empresas Sociais do Estado. Para isso, foi necessário a flexibilização das formas de contratação dos trabalhadores e a modificação da Lei 60 com a formulação da Lei 715, de 2001. Identificou-se, também, como prioritária, a implementação do planejamento na formação de recursos humanos para a saúde e o estabelecimento de um sistema de informação confiável e oportuno. Por fim, considerou-se necessária a reestruturação da Superintendência Nacional de Saúde (COLÔMBIA, 1998).

⁴⁷ As empresas seguradoras de saúde estavam assumindo contas das seguradoras de doenças ocupacionais (ARP) e das seguradoras de acidentes de trânsito.

O período compreendido entre 1998 e 2000 caracterizou-se pela crise nos hospitais públicos e pela recessão econômica que limitaram a filiação ao subsistema contributivo. Além disso, o Governo Nacional não cumpriu com o repasse do equivalente ao 1% das contribuições do subsistema contributivo, que seriam destinadas ao financiamento do subsistema subsidiado, nem com os recursos derivados da exploração petrolífera, estipulados na Lei 100. O Conselho Nacional de Saúde não aumentou o valor da UPC subsidiada, em 1999, como tinha sido projetado. Tais fatos contribuíram para que 87 das 154 empresas solidárias de saúde tivessem perdas econômicas (URIBE, 2009, p. 178). Nessa época, 35% da verba dos hospitais públicos provinha ainda de repasses diretos do Estado.

O primeiro Ministro da Saúde de Pastrana foi Virgílio Gálvis Ramírez, médico oftalmologista. Ele, junto à Sétima Comissão do Senado, liderou a realização de oito fóruns regionais para escutar os atores do sistema. Como resultado destes encontros, foram coletadas 320 propostas de melhorias para o sistema de saúde. As principais queixas dos opositores do sistema giravam em torno dos altos custos gerados pela intermediação das seguradoras, pediam também ações do Estado para salvar os hospitais públicos e o Instituto de Seguro Social, assim como um maior controle estatal sobre as seguradoras. Já as seguradoras e prestadoras privadas, sinalizaram os problemas financeiros do sistema e a necessidade de fortalecimento do mesmo. Posteriormente, o Governo Nacional decidiu melhorar a regulamentação do sistema para continuar sua implementação (URIBE, 2009, p. 180-181).

Yo entré a finales del 97 cuando la ministra era María Teresa Forero que era ministra de Samper, pero en el 98 arranca Pastrana y su primer ministro de salud fue Virgilio Galvis, y con Virgilio Galvis estuvimos muy de cerca, éramos asesores de él y bueno a mí me tocó de septiembre del 97 a septiembre del 99, estuve más o menos ahí al frente y de esa etapa del programa que hizo la reforma salieron los lineamientos y conceptos del sistema que te decía que son el pan de cada día, el sistema de garantía de calidad, el sistema de información, el sistema de inspección, vigilancia y control todo lo que se hizo sobre evasión, elusión etc., se hizo con recursos de ese crédito del programa financiado por el ministerio. Y bueno todo eso salió de ahí, después me fui para el Departamento Nacional de Planeación y el programa de apoyo se reestructuró completamente se renovó, todos los que estuvimos ahí del 97 al 99 nos fuimos. E11 (Médico, assessor do Ministério da Saúde e do DNP, pesquisador e consultor).

As problemáticas que se evidenciaram neste período foram o adiamento dos prazos de transformação do subsídio à oferta em subsídio à demanda⁴⁸, a falta de recursos do subsistema subsidiado e a iminência da insolvência econômica do Instituto de Seguro Social, caso não transformasse suas prestadoras em instituições autônomas. A crise do Instituto de Seguro Social chegou ao ponto de seu presidente, o médico Jaime Arias, sugerir a sua extinção para criar outra instituição e assim liberá-lo da carga orçamentária gerada pelas aposentadorias. À época, o *déficit* financeiro do Instituto era de setecentos mil bilhões de pesos (URIBE, 2009, p.182). Esse plano não se concretizou, pois a oposição dos sindicatos conseguiu pressionar o executivo a não fazê-lo.

A Lei 100 estabeleceu que para o ano 2000 deveria ser atingida a cobertura universal, assim como, a igualdade dos planos de benefícios dos regimes subsidiado e contributivo. No entanto, a cobertura do sistema de saúde, no ano 2000, era só de 56,5%, sendo que 34% da população estava no contributivo e 22,5%, no subsidiado (URIBE, 2009, p. 185). Por outro lado, a Superintendência de Saúde já tinha evidenciado problemas por irregularidades nos manejos dos recursos pelas seguradoras privadas, porém não foram interpostas sanções a estas seguradoras com a mesma racionalidade com que foram indicadas para as públicas.

A segunda Ministra da Saúde do Governo Pastrana foi Sara Ordoñez (2000-2001), advogada que atuava no Ministério da Fazenda. Segundo ela, a dificuldade para alcançar a cobertura era a crise econômica do país. A taxa de desemprego, em 1993, foi de 7% e, como consequência da recessão econômica, passou a 22%, em 1999 (URIBE, 2009, p.176). Segundo a referida ministra, esta situação poderia ser superada com regulamentações pontuais, porém sua gestão terminou um ano depois, argumentando que a falta de sistemas de informação e os problemas de gestão e coordenação do sistema eram obstáculos que requeriam reestruturações profundas no sistema de saúde. Neste período, o sindicato do Seguro Social juntamente com outros sindicatos, consolidaram o Sindicato Nacional de Trabalhadores da Seguridade Social. Este sindicato, contudo, não alcançou força necessária para pressionar o executivo no sentido de não continuar com as transformações da Lei 100.

⁴⁸No subsídio à oferta, o Estado repassa aos hospitais públicos verbas periódicas antecipadas à prestação dos serviços. No subsídio à demanda, os hospitais públicos só recebem recursos pela venda de serviços às seguradoras públicas ou privadas.

No ano 2000, já era insustentável a crise do Instituto de Seguro Social e dos hospitais públicos como *San Juan de Dios*, além disso, declarou-se emergência sanitária em 10 municípios do litoral pacífico.

As análises sobre as múltiplas problemáticas do sistema de saúde, feitas pelo governo, focavam sempre nos aspectos macroeconômicos, tais como ressecação econômica, aumento do desemprego e subemprego como fatores limitantes da cobertura universal.

7.3.1. Os prestadores de serviços

A rede de prestadores de serviços de saúde constitui-se por clínicas e hospitais públicos e privados. A maior parte dos prestadores do subsistema contributivo são privados e a maioria dos prestadores do subsistema subsidiado são públicos. Em ambos os subsistemas, clínicas e hospitais devem concorrer pelos contratos com as seguradoras e com municípios, desta forma, as instituições que existiam antes de 1993 precisaram fazer reformas nos processos internos para se adaptar à lógica do mercado da saúde.

Bueno, los dos actores fundamentales que han trazado las grandes pugnas de poder, han sido los prestadores y los aseguradores, entonces hay un gremio que es ACEMI entre los aseguradores y el gremio de los prestadores que es la Asociación Colombiana de Hospitales Públicos. Alrededor de esos dos grandes centros de gravedad que ha gravitado la mayoría de los debates, y el Ministerio ha estado entre los dos, unas veces más de un lado que de otro, pero siento que siempre en el fuego cruzado entre los dos, con una dependencia de la información, porque el Ministerio antes era más dueño de la información que cuando las EPS, perdieron el control externo, hubo una época en que prácticamente no tenían información, después cuando sacaron los RITS ya empezó a tener más información, pero hubo un tiempo que prácticamente iba a ciegas, entonces ahí tomaba decisiones con base en la información que le entregaban los regulados, entonces había un problema de captura creo yo importante. E11 (Médico, Assessor do Ministério da Saúde e do Departamento Nacional de Desenvolvimento).

O subespaço de prestação de serviços de saúde para ambos os subsistemas é formado por hospitais públicos, hospitais privados e pela rede de serviços construída pelas seguradoras. Neste sistema, a função do Estado está centrada na regulação, porém continua sua função de prestador, desta vez, transformada para se adaptar à lógica do mercado. O Estado compra serviços de si mesmo ou contrata com particulares (empresas seguradoras) para que estas, por

sua vez, contratem com ele a prestação dos serviços. As seguradoras contributivas, além de contratar preferencialmente clínicas e hospitais particulares, construíram sua própria rede de serviços para também se autocontratar. Assim, no sistema de saúde colombiano, com o ânimo de melhorar a “eficiência”, foram mercantilizados os processos, multiplicados os elos de transações comerciais e diversificados os produtores de serviços de saúde.

A Lei 100 especificou que os filiados têm liberdade de eleição da seguradora e da prestadora (Artigo 156), determinando também que, no prazo de um ano após sua publicação, fosse unificado o sistema de tarifas que seriam aplicadas pelos hospitais públicos para a venda de serviços (Artigo 241). Tal sistema tarifário nunca foi estabelecido, gerando muitos problemas de contratação e a consequente falência dos hospitais públicos, como será demonstrado neste capítulo.

Os serviços de saúde do subsistema contributivo são prestados por clínicas e hospitais particulares e pelas prestadoras construídas pelas seguradoras. Desta forma, as seguradoras se constituem em prestadoras de serviços para elas mesmas, fenômeno conhecido como integração vertical. Isto contraria um dos fundamentos do modelo proposto por Frenk e Londoño (1997) e adotado pela Lei 100, no qual existe separação de funções. Tal separação, nesse modelo teórico e normativo, favoreceria a concorrência entre prestadores e seguradores. A integração vertical tem sido um dos objetos em disputa ao longo da implementação do sistema de saúde na Colômbia, já que esta interessa ao campo econômico pois amplia o lucro econômica, especificamente às seguradoras contributivas, mas contraria o sentido de delegações e controles do campo burocrático (BOURDIEU, 1992).

Se por um lado a maior seguradora pública, o Instituto de Seguro Social, no início da reforma, tinha uma ampla rede de serviços, e, portanto, já estava integrada verticalmente. Por outro, as maiores e mais importantes seguradoras do subsistema contributivo se consolidaram no mercado graças às suas próprias redes de serviços, que construíram com os recursos provindos da UPC. Ou seja, com recursos dos contribuintes e do governo nacional que, por serem considerados recursos públicos, não poderiam se constituir em patrimônio das seguradoras, o que de fato ocorreu.

Las EPS empezaron a optar por la integración vertical lo que era más fácil era montar los servicios ambulatorios y de apoyo, de laboratorio, y empezó un proceso gradual y empezábamos a vivir unas relaciones tormentosas con el tema de las auditorias, de que se ponían trabas para el pago, la serie de tácticas que se han

consolidado paulatinamente, que no hacían fácil la relación. Empezamos a ver que el paciente no es lo primero sino el paciente se convirtió en lo que vemos hoy desde la perspectiva del sector hospitalario, como el que generaba el gasto, como bien me lo decía un alto directivo de una EPS muy importante: “lo que es ingreso para el hospital, es gasto para nosotros”. [...] Los hospitales son costosos, son como los enemigos y eso ha seguido así, y se ha profundizado. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas).

Hay un elemento muy puntual, es todo este tema de la integración vertical y la discusión sobre la integración vertical porque para mí todavía eso sigue siendo una incoherencia, yo no entiendo cuál es la razón técnica, la justificación técnica de beneficio para el sistema de restringir la integración vertical que después en la ley 1122 termina siendo del 30% para el régimen contributivo y obligar la contratación de por lo menos el 65% del POS de régimen subsidiado con la red pública, o sea, y la pregunta que yo hacía en ese momento era: Y es que la integración vertical es buena si la hace usted y mala si la hago yo, o al revés, buena si la hago yo y mala si la hace usted?Cuál es la base técnica que hay ahí y yo aún no he podido entender técnicamente esa determinación, salvo que no tiene una determinación técnica, es una decisión política, es una decisión política por supuesto. E12 (Ministro da Saúde do Governo Samper).

Com a implementação da Lei 100, os hospitais públicos foram obrigados a transformarem-se em Empresas Sociais do Estado (ESE) e, portanto, tornarem-se autônomos administrativa e financeiramente. Desta forma, segundo a orientação dada pelas diferentes normas, estes hospitais estariam em condição de concorrer com clínicas e hospitais privados. No contexto do mercado proposto pela Lei 100, esperava-se que a qualidade fosse o eixo fundamental que motivasse a preferência dos usuários pela escolha de uma ou outra instituição.

Es una competencia en el mercado, entonces a nosotros nos toca decir: “ah no, como nosotros somos hospital, a nosotros nos vale esto, más esto, más esto”, y usualmente es: “no, que pena pero un hospital lo hace más barato”; entonces no es fácil. Dice una compañera que es gerente, “ese es el costo de ser Estado”, y eso nos pone en una gran desventaja competitiva cuando vamos por un segmento del mercado que pudiera significar estabilidad y sostenibilidad para una empresa del Estado. Entonces no es fácil permanecer vigente, permanecer a flote, no es fácil participar de ese mercado que propone la ley 100. E10 (Enfermeira, Gerente de Hospital baixa complexidade)

Antes da Lei 100, os hospitais públicos constituíam uma rede integrada de serviços coordenada pelos governos nacional e das províncias e financiada com orçamentos anuais das províncias e da nação pelo esquema conhecido como subsídio à oferta. Essa forma de financiamento gerava altos custos e ineficiência,

levando a baixa produtividade e a sobrelotação dos hospitais. Além disso, os diretores de hospitais eram indicados pelos governos departamentais e não tinham autonomia (Castaño, 2007, p. 76). A lei 10, de 1990, introduz algumas mudanças na organização dos hospitais a fim de transformá-los em instituições autônomas, porém, foi somente com a Lei 100 que se consolidou a sua transformação em Empresas Sociais do Estado (ESE). Nesta fase, os sindicatos do Seguro Social e da Rede Pública Hospitalar (Anthoc) opuseram forte resistência às novas regras de contratação e funcionamento. No entanto, não conseguiram alterações importantes para além de adiar algumas decisões e obter normas especiais de adaptação para algumas instituições estatais, como o Instituto de Seguro Social, isso, graças ao fato de que o sindicato do Instituto de Seguro Social manteve, por algum tempo, poder de pressão no Governo Nacional (URIBE, 2009, p. 167).

Com a natureza de “empresas”, os hospitais públicos passaram a vender serviços ao próprio Estado, nas instâncias municipal e estadual, e, em especial, às seguradoras do subsistema subsidiado. Foram dotados também de autonomia legal, administrativa e financeira, para isso, passaram a ter Conselho Diretor e foram habilitados para contratar fornecedores de insumos e com seguradoras.

Para los hospitales públicos pienso que fue como cuando tú pones un bebe o un niño recién nacido y lo llevas a la piscina sin enseñarlo a nadar, en donde simplemente por supervivencia logra llegar a la orilla y ahí se mantienen agarrados y hay otros que se han hundido. Fue un tránsito muy complejo que pienso que les ha ayudado desde el punto de vista de empresa, pero pienso que la salud pública ha perdido mucho porque se cambió el nombre de hospital a Empresa Social del Estado y cada nombre con su apellido implica una responsabilidad y unos retos para los cuales el Gobierno Nacional ni los preparó ni les entregó las herramientas. O sea, el ser empresas, a pesar y esa es la última pelea que tenemos, es que a pesar de que son hospitales que tienen una labor social, están siendo mirados como empresa, o sea, solo desde el punto de vista financiero. E9 (Médica, Directora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

O conselho diretor dos hospitais públicos é composto por, no mínimo, seis membros representantes de três setores. O setor político-administrativo, constituído por um representante do prefeito; o setor científico, formado por um representante dos profissionais do hospital e um representante de sociedades científicas presentes na área de abrangência do hospital e, por fim, o terceiro setor, o comunitário, que conta com representantes da associação de usuários do hospital e um representante

dos comerciários presentes na área de abrangência do hospital (CASTAÑO, 2007). Uma das funções mais importantes deste conselho era selecionar o grupo de três candidatos para eleger o gerente do hospital, que exercia a função por um período de três anos com possibilidade de uma única reeleição. Isto foi mudado em 2007.

A Lei 1122/2007 estabeleceu que os gerentes das ESE fossem eleitos por períodos de quatro anos depois de processos iniciados pelo concurso de méritos, realizados no início da gestão político-administrativa à qual pertence o hospital (prefeitura, província, nação). A reeleição dos gerentes foi regulamentada pela Lei 1438/2011, podendo ser feita uma única vez e somente após avaliação de indicadores, apresentação de informe de gestão anual e voto a favor do Conselho Diretor de cada hospital.

Os hospitais públicos constituídos em empresas continuam pagando impostos e taxas próprios das instituições públicas, o que os colocam em situação desvantajosa no mercado, bem como com o valor da UPC inferior do subsistema subsidiado.

Y finalmente el último apellido, Empresa Social del Estado, por ser del Estado tenemos unas cargas impositivas que no tiene el privado, entonces tenemos que pagar impuestos por estampillas, pro hospital, pro ancianato, pro deporte, pro cultura, que más o menos es una carga impositiva que va del 5 % al 12% en algunos departamentos. Obviamente si yo voy a vender servicios que es lo que me están poniendo en un libre mercado pues no es lo mismo que yo venda a diez pesos mi consulta que la venda a 10 más el 7 más el 15 porque obviamente que yo tengo que pagar ese impuesto porque ese impuesto no lo va a asumir el proveedor, el proveedor por ser hospital me coloca el 5, el 8 adicional que a él le toca pagar por esos impuestos de estampilla. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

Os hospitais públicos sofrem as consequências do clientelismo local, como a contratação de funcionários por indicação política sem que, necessariamente, possuam qualificação na função para qual são contratados. Além disso, não há concurso público nestas instituições, levando ao desequilíbrio financeiro e a dificuldades no processo de trabalho (CARRIONI, 2007, p.78; MOLINA, 2010, p. 114).

Mi experiencia en ese momento, que percibí con los hospitales públicos, algo que el problema de los hospitales públicos radica fundamentalmente en que de alguna manera están cooptados por la política regional, por la política local y eso les impide ser ese órgano

independiente que vele por la salud y que vele por cumplir efectivamente y eficientemente su labor con calidad, orientado hacia la excelencia. Porque sufren los avatares políticos, entonces la rotación y se ha intentado de diversas maneras y uno veía en medio de todo directores de hospitales frustrados, algunos porque a pesar de que tuvieran las buenas intenciones digamos tenían unas presiones que les impedía ejercer adecuadamente. E12 (Ministro da Saúde do Governo Samper).

En este tipo de instituciones el componente político es muy grande. Entonces, era esa lucha de tratar que la empresa adquiriera un componente técnico por encima del andamiaje político de concejales, alcaldes, senadores, representantes a la cámara. Tratar de buscar una autonomía, pero era un modelo difícil [...] Entonces digamos que para esa época lo que se facturaba por temas de servicios realmente no alcanzaba para cubrir las obligaciones de la compañía, entonces tenía que estar uno buscando el subsidio de la Secretaría de Salud para poder cumplir los presupuestos y hacer un proceso de transformación, ahí era bastante complicado. Pero bueno ahí trabajamos en esa parte y se logró avanzar bastante. E14 (Médico, Diretor de serviços de EPS, Presidente de EPS, Consultor Ministério de Saúde)

Para alcançar coberturas do seguro de saúde maiores que 90%, foram necessários quase vinte anos. Neste período, a transformação completa do financiamento dos hospitais públicos se viu afetada pelos serviços que estas instituições devem prestar aos cidadãos não filiados ao seguro, chamados de vinculados. Estes serviços são pagos pelo governo nacional (70%) e pelos próprios pacientes (30%).

Lo que pasa es que a pesar de que nosotros estamos en un 95 o 98 % de aseguramiento hay todavía mucha gente que está en el limbo que es el SISBEN 3, que no clasifica para estar en un régimen subsidiado pero que tampoco tiene la plata suficiente para aportar al sistema, ese limbo de estrato 3 es el que en un momento determinado puede llegar a pagarte pero a cuentagotas. Pero que si le ocurre un accidente a un cuidado intensivo pues ahí las deudas son grandísimas, una cirugía para cáncer, o sea, lo que es de segundo y tercer nivel. Ahí se generan precisamente esa población vinculada porque lo que hacen a nuestras instituciones es firmarnos letras pero hasta ahí no más, pero las letras imagínese cuando las podemos recuperar. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

A renda dos hospitais públicos provém da venda de serviços aos municípios e às seguradoras subsidiadas. Estes prestam serviços de saúde à população não segurada (vinculada) e serviços não incluídos no plano de benefícios subsidiado, para isso são contratados pelas prefeituras. Estas últimas contratam também, com

estes hospitais, os serviços do Plano de Atenção Básica⁴⁹ (PAB), posteriormente chamado Plano de Intervenções Coletivas (PIC). A outra fonte de recursos são os contratos com as seguradoras do subsistema subsidiado para prestação de serviços incluídos no plano de benefícios subsidiado.

Entonces por ejemplo, la gobernación tiene mil millones de pesos para atender la población pobre no asegurada y lo que hace es que le dice al hospital, “mire tengo estos mil millones atiéndame la población”, si el hospital factura mil quinientos o dos mil, eso no se lo tienen en cuenta, no se lo giran, cuando estamos mirando riesgo fiscal. Y simplemente le dicen: “No, esos otros mil son parte de su labor social, o sea, esa parte de labor social es casi que las pérdidas de lo que no le podemos pagar, eso es su aparte social”. Nos tienen como empresa, pero ya está más que claro, que hay muchos hospitales que en eficiencia no son rentables, no dan ni siquiera equilibrio financiero, pero tienen una labor social importante, no pueden cerrar el servicio de urgencias, no pueden cerrar el servicio de hospitalización, precisamente porque son únicos prestadores en el 80% del país. Pero el gobierno no ha podido y no ha querido, no ha podido no, no ha querido generar la reglamentación, porque ya está la ley en donde dé el subsidio precisamente para sostener esos servicios que no son rentables, servicios que hay que ir a tres horas a caballo o en lancha para prestarle la atención a la comunidad, entonces esa es la parte social que obviamente tampoco la tienen en cuenta. E9 (Médica, Directora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

Os contratos que estabelecem os hospitais de baixa complexidade com as seguradoras subsidiadas para oferecer serviços de atenção básica, em geral, são por capitação. Já nos hospitais de média e alta complexidade, os contratos mais frequentes são por serviços e por caso (CASTAÑO, 2007, p.131).

Se supone que a nosotros nos dicen que son contratos a un año pero en cualquier momento la EPS decide cambiarlos de IPS y no pasa nada, porque parte, a nuestro modo de ver, de las grandes fallas de la ley 100 independiente que sea buena o mala, pudo ser en su filosofía muy buena, pero las grandes dificultades por las cuales para mí falló la ley 100 es que no se generó la inspección, vigilancia y control requerida, entonces al no haber vigilancia y control, cada cual hizo lo que quiso por decirlo así y obviamente los que tenían el poder, pues obviamente tenían más posibilidades de sacar tajada

⁴⁹ O Plano de Atenção Básica foi regulamentado, em 1996, pela Resolução n. 4288. Este plano é constituído por ações complementares ao plano de benefícios. Inclui ações de promoção da saúde, prevenção da doença e vigilância em saúde pública a cargo dos governos municipais e das províncias. As principais ações do PAB são atividades educativas de promoção da saúde dirigidas a crianças e a idosos, a trabalhadores autônomos, a saúde reprodutiva, a prevenção de violência e ao uso de álcool e cigarro, além da triagem de deficiência de acuidade visual e ações de vigilância epidemiológica. Esta norma foi substituída, em 2015 (Resolução 518), pelo Plano de Intervenções Coletivas.

digámoslo así del sistema. E9 (Médica, Directora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

No período inicial, entre 1993 e 1995, os hospitais públicos aumentaram seu faturamento em 47%, assim como as despesas, estas, porém, em menor grau, 41% (PEREZ, 1997, apud CASTAÑO, 2007). O principal problema destes hospitais é o *déficit* econômico acumulado, o que obriga o governo central a continuar a transferência de verbas. A causa deste problema foi a dívida crescente das seguradoras para com os hospitais públicos. No fluxo de recursos do novo sistema, os referidos hospitais são os últimos beneficiados. Antes de chegar a estes, os recursos passam por uma longa cadeia de intermediários, onde os atrasos eram estimulados pela possibilidade de lucro das seguradoras ao deixar os recursos nos bancos. As empresas seguradoras nunca foram punidas por essa prática (COLÔMBIA, 2002, apud CASTAÑO, 2007, p. 81).

No CONPES n. 3204 o governo colombiano reconhece que a transformação dos hospitais públicos em Empresas Sociais do Estado, na última década do século XX, não levou a melhoria na eficiência e na competitividade. Estas instituições apresentaram um crescimento desorganizado na oferta de vagas de internamento e, de forma paralela, na contratação de profissionais da saúde. Contudo, os gastos dos hospitais com base nas expectativas de contratação com as seguradoras subsidiadas não corresponderam com as rendas obtidas dessas relações comerciais, o que levou, depois de vários anos dessa dinâmica, a um *déficit* crescente que só poderia ser balanceado com a intervenção do governo central.

Inicialmente hubo dificultades en el tipo de contratación, en los acuerdos de cuáles eran las condiciones, las formas de pago, en todas esas cosas pero ellos (hospitales públicos) tampoco entendían del tema porque los estaban acostumbrando. Entonces algunos inclusive decían “a mí me pagan esto”, y uno decía “no, como voy a pagar eso”, porque la idea es que la única manera era histórica entonces no tenían mucha experticia en el tema, no tenían costos, no sabían cuánto les costaban sus servicios. Entonces inicialmente casi, con los de primer nivel nosotros pusimos unas tarifas, mire hacemos unos cálculos para estos servicios y nosotros les proponemos estas tarifas y ellos al inicio prácticamente todos aceptaron hacerlo y pues en el camino fuimos haciendo los ajustes a medida que ellos iban evolucionando, y empezaron a decir, “no es que esto a mí me cuesta mucho, tengo estos equipos extramurales que hacen esto y entonces eso”. Entonces íbamos corrigiendo un poco la capitación. Nosotros dentro de nuestros estudios actoriales teníamos unos rangos en los que podíamos negociar y en algunos casos hacíamos contratos

también por resultados, entonces dependiendo del resultado hacíamos un contrato que fuese con una mejor tarifa. E15 (Médico, Gerente de seguradora e Diretor de Saúde de Asocajas)

Como parte da “cultura do não pagamento”⁵⁰, praticado pelas seguradoras, houve grande quantidade de glosas que atrasam e reduzem os pagamentos aos hospitais. Isso, por sua vez, causa atraso no repasse aos fornecedores e outras obrigações financeiras, levando ao conseqüente *déficit* na provisão de insumos e incremento de custos dos procedimentos que prejudicam a qualidade. Algumas prestadoras não têm sistemas de custos para determinar o valor dos procedimentos, fato que é aproveitado pelas seguradoras na determinação dos valores durante a elaboração dos contratos (CARRIONI, 2007, p.79). A intermediação das seguradoras no fluxo dos recursos dificulta o funcionamento financeiro, assim como os pagamentos aos fornecedores, atrasando salários e outras obrigações. Muitas vezes as prestadoras precisam recorrer à justiça para receber o pagamento pelos serviços prestados às seguradoras.

El régimen subsidiado del hospital ha venido creciendo se ha triplicado desde el 2011 al 2014. Y esto porque muchas instituciones han cerrado los servicios a estas EPS del régimen subsidiado porque son de las insolventes, son las más insolventes de todas, pero el hospital, dado que es de la comunidad en términos, de la instrucción es: no se ponen barreras y después tenemos que asumir, tú te preguntaras, ¿Y cómo hacemos entonces? Muchos de ellos no tienen ni siquiera contactos, el paciente nos llega por su nivel de complejidad no se puede referir a otro nivel lo atendemos presentamos la factura a esa EPS y posteriormente muchas veces tenemos que acudir a procedimientos jurídicos para que al hospital se le reconozca el dinero. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas)

Desta forma, as seguradoras, além de impor as tarifas, que podem ser inferiores aos custos reais dos procedimentos, geram perdas para as prestadoras (CARRIONI, 2007, p.79). Outra dificuldade é o atraso na renovação dos contratos das seguradoras com os hospitais públicos e a contratação por valores inferiores aos custos. Essa prática é aceita pelos hospitais para sobreviver, financeiramente, a curto prazo (MOLINA & SPURGEON, 2007 p. 186). Assim, evidencia-se a posição dominante das seguradoras frente às prestadoras, onde a falta de regras claras

⁵⁰ A cultura do não pagamento se originou com a implementação da Lei 100, faz referência a demora ou glosas das seguradoras às contas dos serviços prestados por clínicas e hospitais.

prejudica a sustentabilidade das Empresas Sociais do Estado, favorecendo o lucro das seguradoras.

La dificultad para contratar era en general la tarifa, porque la verdad, había la referencia del tarifario del Seguro Social y había la referencia del tarifario del SOAT⁵¹ y digamos que los públicos de segundo y tercer nivel también tenían grandes dificultades con los costos, ellos tampoco tenía mucha idea de cuáles eran sus costos entonces no podían, ellos ni siquiera decir, esa tarifa me sirve o no. Entonces, inicialmente con los públicos, la referencia fue el tarifario SOAT y después fue evolucionando a hacer mezclas de tarifarios, y ya tarifas específicas en cada uno de los hospitales. E15 (Médico, Gerente de aseguradora e Diretor de Saúde de Asocajas)

Uma das estratégias utilizadas pelas prestadoras para diminuir os custos é a subcontratação. Com esta prática, os hospitais terceirizam cada serviço destinando-os a empresas diferentes. Por exemplo, o laboratório é administrado por uma empresa, o serviço de pediatria por outra, assim como os diferentes setores do hospital. Essas empresas subcontratadas, por sua vez, contratam os trabalhadores por prestação de serviços e baixos salários. Quando os hospitais públicos decidem manter os funcionários concursados, este tipo de contratação prejudica as finanças, tendo em vista que os gastos gerados por salários e benefícios laborais passam a ser constantes ou pouco variáveis, enquanto o faturamento por venda de serviços variam em períodos curtos de tempo.

Nosotros como público tenemos que empezar a pagar horas extras a partir de las 6 de la tarde, a el privado le toca pagarlas a partir de las 10 de la noche, ya tenemos otra diferencia, nosotros tenemos una forma de vinculación del personal totalmente diferente y es carrera administrativa, cuando yo vinculo a una persona con carrera administrativa, es casi como dice el cuento, quedó hasta siempre porque sacarla es muy difícil y es el otro extremo a lo que uno requeriría. Me explico, el privado tiene un contrato con una EPS, la EPS el día de mañana decidió no contratar más ese servicio, pues simplemente el privado ya no tiene el contrato y puede prescindir de ese contrato con esa persona, en el caso de nosotros no, entonces tenemos unas plantas demasiado rígidas que no se ajustan precisamente a nuestros contratos. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

Finalmente nosotros tenemos que reportarle a todas las ias, procuraduría, contaduría, superintendencia, lo que no hace el privado y eso hace también que tengamos que tener mucho más personal para generar unos reportes que a veces son los mismos pero en

⁵¹Seguro de accidentes de tránsito.

diferentes formatos. Entonces digamos que no ha sido sencillo ni fácil, eso ha generado que a lo largo de los años las crisis hospitalarias sean frecuentes y permanentes, en unos departamentos más que otros, en donde se debe cinco, seis meses de nóminas, a proveedores, o sea, es un tema bastante complejo. (E9 – Médica) E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

As prestadoras públicas têm mais exigências legais e menos poder que os monopólios criados pelas seguradoras privadas, além disso, a imposição das tarifas pelo mercado prejudica a qualidade dos serviços prestados aos usuários (CARRIONI, 2007, p.81).

Se quedó como yo lo digo, solo ganancias, en ganancias del aseguramiento, pero empezó a poner barreras de acceso, y sin duda puedo decirlo con conocimiento y con hechos, en cero trabajo de calidad y por el contrario de incentivos, hay un incentivo para el que trabaja mal y mediocre con bajas tarifas así no le importa. Y en esa fase se quedó y en esa fase estamos, una fase de un sistema que hoy está, los hospitales de Colombia están en buena parte estamos colapsados en los servicios de urgencias. Y las explicaciones no son epidemiológicas ellas son de la forma como se atienden los pacientes que encuentran barreras para los servicios electivos. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas)

Sí contratan, pero la contratación del régimen contributivo es exclusivamente en municipios, porque en ciudades capitales o en regiones metropolitanas la integración vertical hace que no contraten con los hospitales (públicos), entonces nuestro principal cliente es el régimen subsidiado. Nosotros dependemos del régimen subsidiado, en el 80% del país que son primeros niveles, más o menos en un 90% y el contributivo aporta pero en una mínima proporción. La deuda que tienen en ese momento los del régimen subsidiado con los públicos es de alrededor de 2,9 billones⁵² de pesos y la deuda que tiene el contributivo es de 700.000 millones de pesos, las otras están en los entes territoriales sobretudo departamentales, Fosyga que es grande, pero básicamente el régimen subsidiado es el que a nosotros más nos debe por ser, al que obviamente más le vendemos. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

As dificuldades na implementação do subsistema subsidiado nos municípios implicaram no atraso dos repasses de recursos aos hospitais públicos. As clínicas e hospitais privados já se queixavam, em 1997, de demoras nos pagamentos das seguradoras contributivas e subsidiadas. Os piores pagadores, à época, segundo as

⁵²Na Colômbia como nos outros países de língua espanhola um bilhão corresponde a um milhão de milhões (10¹²). No Brasil um bilhão corresponde a mil milhões (10⁹). Nesta tese, bilhão faz referência a escala numérica brasileira e nas falas dos entrevistados foi mantida a escala original em espanhol.

prestadoras, eram as seguradoras públicas, o Instituto de Seguro Social e a CAPRECOM. Para além deste entrave, existiam graves problemas nos sistemas de informação das seguradoras, em especial, no Instituto de Seguro Social. Em 1997 houve protestos de trabalhadores do referido instituto e greves nos hospitais públicos mais importantes ocasionadas pelos problemas na transferência de recursos (URIBE, 2009, p. 170).

Com a baixa renda, os hospitais públicos passaram a não pagar os salários. Como solução, o governo nacional iniciou, em 2001, o programa de reestruturação hospitalar para os 26 hospitais que estavam na pior situação econômica. Esse programa pretendia diminuir os gastos trabalhistas com os funcionários públicos e melhorar a sua competitividade no mercado (CASTAÑO, 2007, p. 82).

A falta de planejamento para construção de novas prestadoras evidenciou-se na concentração destas instituições em zonas com maior renda. Observa-se, assim, por exemplo, que nas zonas mais pobres (oeste e sul) de Bogotá, com maior concentração populacional de menores de 17 anos, não há serviços de cuidados intensivos pediátricos. Vê-se, também, que nessas mesmas áreas há poucos serviços de cuidados intensivos para adultos. As áreas com maior população têm menos serviços de consulta ambulatorial, de clínicos gerais e de especialistas, o que representa uma barreira de acesso geográfica e econômica. As regiões com maiores índices de natalidade e de mortalidade infantil, por causas preveníveis, contam com menos serviços pediátricos (MARTINEZ, 2013), evidenciando a incompetência do mercado em responder às necessidades de saúde da população. Além disso, os serviços não produtivos não são ofertados ou têm sido paulatinamente fechados.

Muchos directores y gerentes están pensando es que es rentable, quien le paga a tiempo y eso. Así que uno de los grandes problemas de Colombia es que la carga de enfermedad y la provisión de servicios de salud no son armónicas, como te dije anteriormente, entonces los servicios que no son rentables, por ejemplo a pesar que la OMS en 2013 publicó la carga de enfermedades mentales, atender pacientes por psicología y psiquiatría eso no genera dinero, entonces no hay instituciones que provean esos servicios. Pero por el contrario abundan servicios como salas de quimioterapia que venden medicamentos oncológicos, han abundado servicios de cardiología intervencionista porque, los insumos dejan una rentabilidad. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas).

Se han introducido unas leyes de mercado exageradas que tienen como consecuencias objetivas como estas, en Colombia entre el 2013 y el 2014 se cerraron más de 50 camas de pediatría porque atender niños no es rentable, así que muchas instituciones cerraron sus servicios. Igual está pasando con los servicios de parto natural hospitalario, donde el pago de los aseguradores no hace sostenible, entonces las entidades, incluyendo las públicas, porque están hoy bajo un régimen que se conoce aquí como empresas sociales del estado, con cierta autonomía, pues los directores dicen, no puedo sostener este servicio y los cierran y las entidades privadas con ánimo de lucro con mayor razón que cualquier director con un foco, hay que darle un retorno a la inversión y cierran esos servicios. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas)

Compulsoriamente, metade dos contratos das seguradoras subsidiadas devem ser estabelecidos com hospitais públicos. Em alguns casos, no subsistema subsidiado, as seguradoras transferem o risco às prestadoras, considerando cumprida sua obrigação pelo ato de ter assinado tais contratos. Os casos em que houve descumprimento de serviços, tais como não entrega de medicamentos, atenção odontológica precária e restrição nas consultas médicas foram justificados pela falta da oferta de serviços pelas prestadoras contratadas, sem que, no entanto, as mesmas fossem punidas, evidenciando, desta maneira, a falta de regulação dos seguros de saúde pelos governos regionais e municipais (MARTINEZ, 2013, p. 40).

De igual forma, as próprias prestadoras transferem o risco às empresas subcontratadas para prestarem serviços específicos dentro das clínicas ou hospitais, como laboratório, radiologia e centro cirúrgico. Nesta lógica, passam de produtores a comercializadores de serviços. Tal tipologia de contrato pretende evitar custos laborais, pois os trabalhadores da saúde passam de funcionários públicos a simples contratistas (MARTINEZ, 2013, p.43). A Lei 1438/2011 forneceu autorização para que as Empresas Sociais do Estado realizassem suas funções missionais através de terceiros.

Em pesquisa realizada em três municípios, o número de trabalhadores que atendem pacientes e oferecem serviços em zonas rurais tem diminuído consideravelmente, em especial, enfermeiras, médicos e dentistas. Simultaneamente, o número de trabalhadores da área administrativa tem aumentado com o intuito de implementar procedimentos como faturação, auditorias e controle interno. A maioria dos funcionários, inclusive médicos, tem contratos curtos de três ou seis meses e recebe salários baixos (MOLINA & SPURGEON, 2007 p. 181).

Los trabajadores tampoco son uniformes, genéricos, pero yo tengo claro que, por ejemplo, para los sindicatos y las organizaciones sindicales, el sistema ha sido pues nefasto, el sistema ha conducido a la privatización de los hospitales y a disminuir las fuentes de empleo, el sistema les ha precarizado y eso está documentado. [...] La precarización del trabajo del sector salud es impresionante, cuando uno se pone a pensar quien ha sostenido el sistema: los usuarios y los trabajadores. Entonces los sindicatos yo creo que unánimemente te dirían, no el sistema no, y tiene razón, les ha precarizado el trabajo, ha habido despidos, ha habido cierre de hospitales. Pero además fruto del sistema ha habido reestructuración de hospitales que ha costado vidas humanas, que ha costado desplazamientos forzados y Asociación Nacional de Trabajadores de la Salud tiene casos emblemáticos. Entonces ahí hay una relación entre cierre de hospital, crisis hospitalaria y violencia contra los trabajadores, sí? Pues porque finalmente lo que se necesita, desde la lógica de capital del sistema es que hayan privados y que los privados vendan sus servicios. Es negocio, entonces cuando tú tienes un hospital (público), así el hospital sea ineficiente y todo, siempre es un referente para la gente, un referente de lo público, [...] En Bogotá yo entiendo que los contratistas, que prestan servicios, sin garantías laborales, inestables, sin vacaciones, sin nada, en condiciones de trabajo menoscabadas, precarias, son como 15.000, el efecto del sistema sobre los trabajadores es inmenso. Esos trabajadores que piensan? Tampoco hay una lectura, han tratado de sindicalizarse, han tratado de organizarse en varias cosas, hay un descontento, es gente que se le acaba el trabajo dura tres, cuatro meses sin trabajo, le pagan como quieren, hay una precarización del trabajo, entonces yo siento que hay un malestar de los contratistas de la salud, del trabajador de la salud. E8 (Filósofa, Grupo Fergusson, liderança do Movimento Nacional pela Saúde)

Os hospitais públicos formaram, em 1999, a Associação Colombiana de Empresas Sociais de Estado e Hospitais Públicos (ACESI). Esta associação apoia os hospitais para responder às necessidades de ajuste no sistema de saúde. Seus objetivos subdividem-se em fornecer assessoria técnica, administrativa e jurídica aos seus integrantes, fortalecer e melhorar os sistemas de informação, assessorar a negociação e contratação da prestação de serviços e participar na formulação de políticas. A ACESI participou como integrante do Conselho Nacional de Seguridade Social, unicamente, no período de 2003 a 2004, quando esteve liderada por Augusto Galán.

Digamos que la relación como gremio con el resto de actores, como todo, hemos pasado por muy malos momentos, especialmente con el gremio que maneja las EPS, en donde pues dadas las dificultades económicas tan grandes y el apalancamiento financiero que vienen haciendo estas entidades, no solo con los hospitales sino con los prestadores privados, ha hecho que no haya confianza y digamos que ese es uno de los retos que frecuentemente habla el ministro y

es precisamente generar confianza entre los actores. Lo que pasa es que de una u otra forma la confianza no es una causa sino una consecuencia de unas buenas relaciones. Cuando las relaciones no han sido adecuadas, sino por el contrario han sido unas relaciones desventajosas de posición dominante de muchas de estas entidades, generan dificultades incluido por glosas y trabas para el pago. Incluido de una forma mal intencionada, pues es difícil sentarse uno en la mesa a confiar en algo que le dicen cuando en los centros se están haciendo otras cosas. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

Do lado das prestadoras privadas, muitas privilegiam a gestão centrada no lucro e usam estratégias para melhorar a lucratividade, ou seja, favorecem, na contratação, as seguradoras que são melhores pagadoras, atribuindo-lhes vagas hospitalares e de consulta para seus filiados. São poucas as prestadoras privadas que centram a gestão na proteção da saúde e da vida do usuário e que assumem a saúde como direito cidadão. Estas últimas são, em geral, instituições mais sólidas, com recurso humano bem qualificado e condições trabalhistas dignas que fundamentam o equilíbrio financeiro na qualidade do serviço, ganhando, assim, capacidade de negociação nas contratações e condições de rejeitar exigências e incentivos perversos para contenção de custos das seguradoras (MOLINA, 2010, p. 106).

Los hospitales privados sin ánimo de lucro, son muy escasos realmente, clínicas que se destaquen, otra vez, es más un interés de negocio y no hay un interés real, o sea, tienen una visión de negocio legítima, estamos en el negocio de la salud, esto es lo que hace que el inversionista tenga el retorno de la inversión y lo hacen bien, pero con una mirada dentro del sistema pero sin sentirse partícipes de un sistema, no sé si me hago entender. Claro que todos tienen que ser parte del sistema pero sentirse partícipe, siendo consciente de las responsabilidades que asisten al hacer parte de un sistema. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas)

As prestadoras privadas estão reunidas na Associação Colombiana de Hospitais e Clinicas (ACHC), criada em 1956. Esta organização obteve a condição de órgão consultivo do Ministério da Saúde em 1993 (Resolução n. 2089) e, posteriormente, integrou de forma permanente o Conselho Nacional de Seguridade Social, associação com funções de apoio técnico e jurídico.

As duas associações de prestadores de serviços, ACESI e ACHC, têm tido posições diferenciadas no espaço do sistema de saúde na Colômbia. Por um lado, a

ACESI surgiu em resposta às dificuldades apresentadas pelos hospitais públicos na implementação da Lei 100, mesmo após dezesseis anos de sua fundação, nunca foi declarada órgão consultor do governo e só participou do Conselho Nacional de Seguridade Social num curto período de tempo. Por outro lado, a ACHC é reconhecida pelo Estado mesmo antes da Lei 100 e teve possibilidade de negociação junto ao governo e às seguradoras, pois fazia parte do Conselho Nacional de Seguridade Social desde que este foi criado. Tal fato revela a posição dominante e o reconhecimento por parte do Estado da lógica do mercado na oferta de serviços de saúde, financiado, majoritariamente, pelo Estado.

Os hospitais e as clínicas privadas estão concentradas nas províncias com maiores rendimentos e com população filiada ao subsistema contributivo, isso explica porque os hospitais públicos, de uma ou outra forma, têm sobrevivido no sistema, pois são os únicos prestadoras presentes em municípios do interior até o momento.

A rede de serviços de saúde não está organizada, causando, com isso, fragmentação da atenção, superlotação nos serviços de urgências e cirurgias, contratação de recurso humano a menor preço e pouco qualificado e más condições laborais dos trabalhadores da saúde (MOLINA, 2010, p. 107, MOLINA & SPURGEON, 2007 p. 186). Na Colômbia existem sessenta e seis mil leitos hospitalares, sendo 44% deles em hospitais públicos, contudo, os leitos de alta complexidade encontram-se, principalmente, em hospitais privados (ISAGS, 2012, p. 374). Em relação às salas de atenção de partos e aos serviços de urgências, 70% pertencem a instituições públicas. Já 75% dos centros cirúrgicos são privados ou mistos, destes, 68% estão em capitais e 32% em pequenas cidades, as quais, pelas condições do mercado, não geram incentivos para as prestadoras – Hospitais e Clínicas – privadas (ISAGS, 2012, p. 374).

Las clínicas privadas hoy en día son dueñas de toda la alta tecnología en prestación de servicios y son empresas que tienen un poder de *lobby* muy grande. Entones esas clínicas privadas durante muchos años eran fundaciones o clínicas privadas que atendían a muy poquitas personas o que funcionaban con subsidios públicos como el Hospital San Juan de Dios en Bogotá, como el Hospital San Vicente de Paul en Medellín, eran fundaciones de carácter privado pero que tenían una función social y la cumplían y la cumplen financiadas con recursos del Estado. Después esas entidades se transformaron en grandes empresas y aparecieron empresas de prestación de servicios, una gran industria de prestación de servicios

nació, que es muy poderosa. Esa industria de prestación de servicios siempre se opuso veladamente o subterráneamente a que el Seguro Social por ejemplo desarrollara tecnología, tuviera equipos, para prestar ellos esos servicios y los mismos médicos tienen mucho que ver en eso porque el médico que está en el Seguro Social de turno se lleva sus pacientes del Seguro Social para su clínica privada, ofreciéndole mejores equipos, ofreciéndoles cosas. En eso hay historias pues de porque se dañan equipos en el Seguro Social, pues porque la estrategia era deteriorar o dañar los equipos del Seguro Social para poder llevarse los pacientes a las clínicas privadas. Pero digamos con el tiempo el sector privado se fue apoderando, adueñado de toda la prestación de alta tecnología y el en 2007, ya que se liquida el seguro social se le vendió a particulares lo poco que había de infraestructura hospitalaria de alto nivel de complejidad y hoy esas clínicas privadas son dueñas de toda la alta tecnología en la ciudad más grande del país y prácticamente el Estado carece de alta tecnología. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde)

Para além do exposto, os hospitais públicos presentes no interior do país têm enfrentado as dificuldades do conflito armado na Colômbia.

Hubo algunos enfrentamientos del ejército con el frente 53 de las Farc, hubo la muerte de un comandante del frente que nosotros tuvimos que atender, hubo algunas agresiones a la misión médica que tuvimos que frentear, se nos llevaron algunas ambulancias, se iban a llevar a los conductores, bueno en fin, muchas cosas ahí que pasaron. E10 (Enfermeira, Coordenadora de Promoção e Prevenção Hospital público baixa complexidade)

As seguradoras privadas impõem condições de contratação que lhes garantam rentabilidade e contratam com melhores tarifas suas prestadoras próprias, o que incrementa seu domínio no mercado. As seguradoras privadas implementam mecanismos de contenção de custos baseados no controle do tipo e da quantidade de prescrições médicas, negação de serviços e contenção da demanda (MOLINA, 2010, p. 109).

Nosotros tenemos que acudir a las instancias jurídicas incluido las grandes, eso impone condiciones y nos genera enorme tensión, pero dado que el hospital resuelve problemas de salud bastante complejos, [...] el hospital tiene un índice de casuística 1.57, lo cual lo hace un hospital muy complejo y como te digo uno de cada 10 pacientes ingresa por la puerta de urgencias en condiciones muy complejas de salud, y eso hace que el hospital tenga una fuerza y fortaleza para resistir todos los impases de un mercado que no le interesa sino bajas tarifas y mala calidad, pero esa no es la circunstancia de todo el mundo. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas)

Nota-se uma guerra de preços gerada pela concorrência entre as prestadoras com o intuito de obter contratos com as seguradoras. Os manuais de tarifas do Instituto de Seguro Social foram criados em 1995 e utilizados como ferramenta regulatória unicamente para eventos associados a acidentes de trânsito e serviços do Instituto de Seguro Social. As prestadoras têm proposto a elaboração de manuais tarifários com a finalidade de estabelecer os valores mínimos para contratação dos procedimentos, no entanto, as seguradoras não concordam com esta medida, pois limitariam as vantagens obtidas na guerra de preços. A contratação por capitação, inicialmente, se dava para níveis de baixa, meia e alta complexidade, mas o decreto n. 050, de 2003, limitou esta modalidade para os níveis de baixa e média complexidade. Ante esse cenário, as seguradoras adquiriram alto poder de negociação frente às prestadoras (BARDEY & CASTAÑO, 2007, p. 349).

Hay ahí un grupo heterogéneo de clínicas y hospitales, hay unas que son privadas con ánimo de lucro, hay otras que son fundaciones, pero fundaciones que realmente funcionan como, se aprovechan de la exenciones de impuestos, pero que tienen un ánimo de lucro o que uno ve que tienen una política comercial muy agresiva y que benefician a familias o personas muy concretas y hay otras fundaciones o corporaciones que son sin ánimo de lucro y que realmente prestan un servicio social muy importante pero todas ellas tienen un interés común que es atender la alta tecnología y evitar que las EPS o que el gobierno desarrollen esa alta tecnología y que les quite el negocio. Entonces esos dos grupos de poder las EPS por una parte y las IPS por el otro han tenido una disputa permanente en la medida en que se han ido desarrollando muy fuertemente desde yo diría que desde 2007 para acá. Al principio no eran tan fuertes pero desde el 2007 para acá han tenido un predominio impresionante. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde)

A consolidação do espaço evidencia relações de concorrência entre prestadores e seguradores. O poder é maior para os prestadores na medida em que aumenta o nível de complexidade dos serviços prestados. Existem algumas evidências de que clínicas e hospitais, de alta complexidade, podem ter maiores lucros que as próprias seguradoras (COLÔMBIA, 2013, p11).

Por fim, o terceiro eixo de prestadores de serviços, a rede própria construída pelas seguradoras, será analisada posteriormente, pois foi se desenvolvendo paulatinamente, começando a gerar problemas na primeira década dos anos 2000, considerada como um dos objetos em disputa no governo de Álvaro Uribe Velez.

A configuração do subespaço de prestação de serviços de saúde tem se consolidado a partir de uma lógica estritamente econômica, isto é, do investimento, do cálculo, do benefício e da preocupação com o lucro, por parte das prestadoras e seguradoras privadas. No que se refere às prestadoras públicas, estas têm conseguido sobreviver, pois se mostram necessárias, tendo em vista que as prestadoras privadas não apresentam interesse em disputar com elas seus nichos de mercado pouco lucrativos, tais como atenção primária, ações coletivas, cidades do interior e populações pobres, pelo menos por enquanto, considerando a lógica de expansão do capital financeiro.

Existem dois pólos diferenciados, o pólo dominante, constituído pelas clínicas, hospitais e seguradoras privadas que tem rede de serviços própria e o pólo dominado, formado pelos hospitais públicos e seguradores subsidiados. O tema da crise e dificuldades dos hospitais públicos para se adaptarem ao mercado da saúde, implementado com a Lei 100, foi destacado unicamente pelos agentes entrevistados que pertencem a estas instituições, demonstrando como este fato não é reconhecido amplamente como problemático.

7.3.2. Estado e Descentralização: condições de produção do seguro subsidiado

Na análise da estrutura do espaço do espaço do seguro de saúde na Colômbia é necessário entender quais são as posições e as disposições dos agentes no processo de descentralização, já que, como dito previamente, os governos regionais e locais têm funções relevantes no funcionamento do subsistema subsidiado. A gestão de recursos, a focalização, a prestação de serviços, a contratação com seguradoras e prestadoras e a realização de atividades coletivas de saúde foram entregues a governos municipais e departamentais, na década de 1990, para o subsistema subsidiado. Em sentido inverso, as funções dos governos municipais e regionais no subsistema contributivo são limitadas.

A mí me parece que también hay unos departamentos que lo pueden hacer bien y hay otros que no están desarrollados para hacerlo, no puedes tu comparar Antioquia con el Chocó, por ejemplo. Ni puedo decir que Atlántico es igual a la Guajira, por ejemplo. Entonces debería haber sido estratificado para que los que menos tuvieran desarrollo de su talento humano fueran más apoyados por la Nación,

respetándoles autonomía pero dirigiéndolos, porque o si no, viene la debacle como yo creo que ya está pasando. E3 (Médica, Diretora Executiva de Acemi, Ministra da Saúde do governo Samper, Diretora Executiva Federação Nacional das Províncias)

A Colômbia está dividida, desde 1991⁵³, em 32 províncias, o distrito capital de Bogotá e 1120 municípios. O processo de descentralização na Colômbia iniciou-se em 1988 com a eleição popular de prefeitos⁵⁴, continuou, posteriormente, em 1992, com a eleição popular de governadores e em 1990 e 1993, com a formulação das normas de descentralização da saúde (Lei 10 e Lei 60) (Quadro 14).

Entre 1990 e 1993, as províncias e municípios passaram a administrar 70% dos recursos do sistema de forma descentralizada. As províncias passaram a administrar os hospitais regionais e universitários (média e alta complexidade) e os municípios as Unidades de Atenção Básica e hospitais de baixa complexidade. Somente em alguns municípios foram implementados os Comitês de Participação Comunitária (COPACOS). Este processo incipiente de descentralização foi alterado pela Lei 100, pois esta norma assignou funções adicionais aos municípios para viabilizar a implementação do seguro e o aumento rápido de coberturas do regime subsidiado. Contudo, não anulou a Lei 10 nem a Lei 60, gerando ambiguidades legislativas e dificuldades administrativas. A falta de capacitação em gestão e administração pública, dos níveis local e regional, foi um dos problemas apresentados em algumas províncias à época (anos 1990 a 1993).

⁵³ Na Constituição de 1991, algumas regiões da Colômbia passaram a ter a condição de província. Estas novas províncias eram antes denominadas *Intendencias* (*Arauca, Casanare, Putumayo e San Andrés y Providencia*) e *Comisarias* (*Amazonas, Guainia, Guaviare, Vaupés e Vichada*), em conjunto, eram conhecidas como Territórios Nacionais, representavam entre 40 e 50% do território colombiano e 78% do território fronteiriço. Caracterizavam-se por ter normas administrativas diferentes das províncias, estavam regidos pelo governo central na figura do Departamento Administrativo de Intendencias e Comisarias, tinham populações pequenas formadas, principalmente, por índios, geograficamente estavam afastadas das capitais e eram inexploradas. Evidentemente, o fato de mudar o nome e a forma de administração não mudou estas últimas características (BARRAGAN, 2014).

⁵⁴ Até esse momento os prefeitos eram eleitos pelos Governadores que, por sua vez, eram eleitos pelo Presidente da República. Esta situação reflete a herança colonial centralista da Espanha.

Quadro 14 - Funções dos Governos Nacional, das províncias e municípios no espaço do sistema de saúde, na Colômbia, 1993-2013.

Governo Nacional	Governo das províncias	Governo municipal
<p>Formular Políticas de saúde pública, prestação de serviços, focalização da população objeto dos subsídios e sistema de informação.</p> <p>Estabelecer as prioridades do Plano de Atención Básica</p> <p>Adotar e proporcionar as vacinas do plano de imunização</p> <p>Proporcionar assistência técnica às províncias.</p> <p>Distribuir e controlar recursos financeiros.</p> <p>Realizar vigilância nacional e controle de saúde pública e prestação de serviços.</p> <p>Proporcionar serviços de saúde especializados em conjunto a outras agências.</p>	<p>Adotar e implementar políticas de saúde pública, prestação de serviços e distribuição de recursos.</p> <p>Formular Plano de Atención Básica estadual.</p> <p>Administrar rede de serviços de saúde regionais e prestar serviços de meia e alta complexidade.</p> <p>Realizar vigilância regional e controle dos servicios de saúde, problemas de saúde pública e recursos.</p> <p>Proporcionar assistência técnica aos municípios.</p> <p>Dar registro legal às prestadoras de saúde.</p> <p>Distribuir e controlar recursos do subsistema subsidiado.</p>	<p>Adotar e implementar políticas de saúde pública, prestação de servicios e distribución de subsídios à população focalizada.</p> <p>Formular e executar o Plano de Atención Básica, programas de promoção e prevenção.</p> <p>Prestar servicios de saúde em instituições próprias ou contratadas.</p> <p>Realizar vigilância e controle da saúde pública e dos servicios de saúde.</p> <p>Promover a criação de organizações comunitárias de participação e controle da qualidade dos servicios de saúde.</p> <p>Implementar o sistema de información em saúde.</p> <p>Aplicar o formulário do Sistema de Identificación de Beneficiários de Subsídios (SISBEN) e criar a base de dados da população com classificação social e económica.</p> <p>Entregar subsídios à população pobre.</p> <p>Contratar prestação de servicios para população pobre.</p>

Fonte: tradução livre de Molina 2007 baseada nas Leis n. 10/90; n. 60/93 e n. 100/93.

Hay un momento muy importante que es en 1990 contra el proceso de descentralización, hay como todos unos debates, por ejemplo el debate de descentralización y salud, de qué pasa con las experiencias de atención primaria. Surge con la ley 10 del noventa toda la discusión de los Comités de Participación Comunitaria, se empiezan a armar esos comités en muchos lugares. Por ejemplo, en Cundinamarca hay muchas experiencias de COPACOS muy interesantes en la época como de 1990 a 1993 que la gente se empieza a organizar. Para la descentralización, ese es un momento muy importante en la participación que casi siempre queda como por allá tapado y después, pues cuando llega la Ley 100 ya viene con su propia lógica y entonces ya cambia completamente lo que había, o sea digamos, reordena la estructura del sistema, reordena todo y cambia, cambia los desafíos, cambia y cambia finalmente el poder de la ley, cambia hasta las agendas de los movimientos. E8 (Filósofa, Grupo Fergusson, liderança do Movimento Nacional pela Saúde)

Teníamos un plan de formación que iba desde educación, actualización, todas las fases del ciclo educativo y entonces identificábamos las necesidades de la población, [...] si lo que necesitábamos era que todos los Secretarios de Salud aprendieran a hacer Planes Locales de Salud entonces los apoyábamos, por medio de misión social y del DNP. En esa época eran Planes Locales de Salud que es lo que hoy se intenta nuevamente con los Consejos de

Salud Pública que acaba de aprobar el Ministro a nivel nacional. Nosotros lo hacíamos en cada uno de los departamentos, fue una época bellísima. Se sentaban el Secretario de Salud Municipal, el Secretario de Salud Departamental, los hospitales, los líderes comunitarios, que cuando eso los habíamos formado en los Copacos, sabíamos de qué se estaba enfermando la gente y hacíamos una matriz, el problema, la causa, la solución. Nosotros decíamos hay diarrea, la causa es que el acueducto está contaminado y la acción es la reparación del acueducto. Entonces se hacía gestión sanitaria, no se dedicaba solo al tema de la atención médico paciente, sino sobre todo a los determinantes, porque se ha dejado todo este tiempo, nosotros lo hacíamos y llegamos a ser departamento modelo a nivel país. E7 (Médica, Técnica do Ministério da Saúde, Diretora de Gestarsalud)

Após alguns anos de esforços para implementar a descentralização, iniciou-se a transformação institucional a partir da formulação da Lei 60 e da Lei 100 em 1993. Por conseguinte, os processos que haviam começado e que já davam resultados, foram interrompidos. Imperava, assim, a falta de clareza para as gestões locais, regionais e nacional sobre como implementar diferentes normas que não dialogavam entre si.

Y resulta que la nación gira a los departamentos, los departamentos giran a los municipios, hasta que llegan a los usuarios. Pero igual en los Departamentos también se ven procesos de centralización, es decir, que el departamento mismo no giraba a todos los municipios en que hubiese problemas, en el sentido de que se favorecía a los que habían ayudado en la elección del gobernador o que eran del mismo partido de ese gobernador. Total, que en ese sentido, pues eso no es bueno para nadie, y menos para los usuarios de la salud. Pienso que descentralización y autonomía son buenos, siempre y cuando que se hagan como debe ser, y que se conozca qué es lo que se está haciendo y no que se improvise lo que se hace, buscando solamente beneficios políticos o personales. E3 (Médica, Diretora Executiva de Acemi, Ministra da Saúde do governo Samper, Diretora Executiva Federação Nacional de Departamentnos)

Observa-se como o propósito neoliberal de diminuição do tamanho do Estado e ajuste estrutural, referiu-se no caso da Colômbia, à entrega de responsabilidades e recursos aos governos locais num curto período de tempo para transferência final dos recursos as empresas seguradoras. No sistema de saúde essas responsabilidades fazem referência, também, à negociação com empresas seguradoras comunitárias e privadas e com prestadoras, assim como, à regulação e controle destas empresas.

A implementação da descentralização tem avançado em alguns municípios, porém, em outros, a gestão municipal não conta com a capacidade técnica

apropriada para cumprir suas funções e sem capacidade de governo para desenvolver a estrutura administrativa necessária. Além disso, o Ministério da Saúde não teve capacidade para dar apoio técnico a todas as regiões e municípios de forma equitativa (MOLINA & SPURGEON, 2007 p. 180).

Si a mí me preguntan ¿porqué la Ley 100 no dio todo el resultado que se esperaba y porqué se desdibujó? gran parte es por la forma en que se implementó el proceso de desarrollo en el país, con todas las obligaciones y recursos que se le delegaron a los entes territoriales, independiente de que los entes territoriales tuvieran institucionalidad o no. Déjeme y le pongo este ejemplo: para entidades como Medellín o Bogotá que tenían una institucionalidad muy fuerte, la descentralización fue muy buena para la región y en el sector salud fue muy positivo. Pero en regiones como Chocó, que no tienen nada de institucionalidad fue muy bueno para los políticos, pero no para la gente, y no para el sistema de salud. E18 (Médico, Ministro da Proteção Social do governo Uribe)

Se optó por ese camino y fue un error no haber hecho las dos cosas, es que había que hacer las dos cosas. La ley 100 tuvo un error enorme, es que la salud pública la convirtió en una cosa que la ley llamó Plan de Atención Básica, entonces se perdió mucho trabajo que se había desarrollado muy importante en el sector público, [...] Ahora, yo creo que la atención individual podría haberse hecho, hay que ser sincero, creo que es el énfasis que se le dio, entonces yo creo que el énfasis fue pobre en lo colectivo y no se entendió que todas las externalidades que había en ello iban a incidir de manera importante en la salud individual. Pero igual tuvo un error enorme, fue que no se le hizo un seguimiento adecuado al tema del Plan de Atención Básica y se descentralizó y no se le hizo tampoco seguimiento ni asistencia técnica al respecto, entonces los municipios no sabían cómo abordar el tema [...]. E15 (Médico, Gerente de seguradora e Diretor de Saúde de Asocajas)

Ademais, também foram descentralizados os gastos, funcionários públicos passaram a ser funcionários das províncias e dos municipais, instâncias estas que passaram a ter uma carga salarial que não podiam sustentar financeiramente. Similarmente, não houve apoio do nível nacional para o processo de adaptação ao novo tipo de administração. Assim, em 1997, o Informe Epidemiológico Nacional, do Instituto Nacional de Saúde, alertava sobre o aumento de casos de raiva humana, dengue hemorrágica e mortalidade materna, reflexo da falta de intervenção e controle pelas autoridades sanitárias locais, mesmo depois de passados quatro anos de aprovação da reforma (MARTINEZ, 2013, p. 49).

Yo creo que hay un tema que consume mucho a municipios como Bogotá, que es la sostenibilidad y el desarrollo de sus hospitales públicos que aun cuando son Empresas Sociales del Estado, pues la

tutoría ahí si es del municipio, o en el caso del departamento cuando son departamentales. Entonces digamos el poder mantener y desarrollar todas las capacidades para todos los hospitales públicos, les quita mucho el tiempo. El otro tema es el tema de salud pública, eso sí está a cargo completo del municipio y digamos Bogotá lo ejercía muy bien y lo ejerce hoy muy bien. Pero uno decía esto en un municipio de veinte mil habitantes pues no lo pueden hacer, o sea todo lo que hacía Bogotá frente a la salud pública era muy complicado que se hiciese en municipios pequeños. Uno podía ver la dimensión del trabajo en Bogotá que era la secretaría de salud de Bogotá que es una secretaría muy fuerte, un grupo técnico muy desarrollado a duras penas podía hacerlo bien, imagínese eso en un municipio pequeño que tiene cuatro pelagatos al frente para desarrollar todo lo que tiene que desarrollar. E15 (Médico, Gerente de aseguradora e Diretor de Saúde de Asocajas).

A Lei 100 entregou aos municípios as funções de: 1) realização das ações do Plano de Atenção Básica; 2) prestação de serviços de saúde para população não segurada por meio da contratação com os hospitais públicos e 3) contratação com seguradoras subsidiadas para atenção da população pobre beneficiária. Estas funções foram modificadas, posteriormente, pela Lei 1438/2011.

Hay dos cosas para que usted se haga una idea de lo que son las organizaciones y la política nuestra en Colombia. El mismo Congreso que en 1993 aprobó la ley 60 de 1993 de descentralización de competencias y recursos y de distribución del situado fiscal, que era lo que se llamaba en esa época y de la descentralización en salud fue el mismo congreso que aprobó la ley 100. En ese mismo año seis meses después y esas dos políticas, esas dos leyes tenían contradicciones, lo cual generó dificultades en la implementación los primeros años, precisamente y lo que condujo a que en el año 2000, 2001 se expidiera la ley 715 para reformar la ley 60, para volverla más coherente con la Ley 100 [...]pero adicional a eso, esas dos leyes fueron aprobadas a instancias del mismo gobierno liberal, el mismo partido liberal que eligió posteriormente a Ernesto Samper que no estaba de acuerdo con aspectos fundamentales de la ley 100. E12 (Médico, Ministro da Saúde do Governo Samper).

As províncias, distritos e municípios têm, segundo a Lei 100, obrigação de dirigir e organizar o funcionamento da saúde pública e de garantir a prestação de serviços por instituições públicas, contratadas por meio da oferta de subsídios à demanda (Art.174). Devem, também, organizar o sistema de subsídios, contratar com as seguradoras subsidiadas, promover a criação de Empresas Solidárias de Saúde (Art.174) e apoiar a transformação dos Hospitais em Empresas Sociais do Estado. A Lei 100 forneceu ainda a possibilidade aos governos das províncias e municípios de criarem os Conselhos Territoriais de Seguridade Social com participação dos diferentes agentes do sistema a nível local para a assessoria e

orientação no planejamento e execução de políticas definidas pelo Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde (Art. 175), todavia estes conselhos territoriais nunca foram implementados (MOLINA & SPURGEON, 2007 p. 180).

Y otro problema complicado en el tema de la descentralización, por ejemplo: el hecho de que la atención primaria sea responsabilidad de los entes territoriales y el Ministerio no tenga un papel central en la ejecución de los planes de atención primaria, de salud pública, eso genera dificultades importantes en el sector salud, no en el tema individual pero sí en el tema social. Por ejemplo: supongamos que hay dos alcaldes que hacen bien la fumigación pero uno fumiga en enero y otro fumiga en marzo. Los dos fumigaron, pero si los dos hubieran fumigado simultáneamente el efecto sería mucho mejor que si fumiga uno en esta época y el otro dos meses después. Esa descentralización de la salud pública lleva a una desarticulación de muchas de las acciones que se debían hacer articuladas y coordinadamente. E18 (Médico, Ministro da Proteção Social do governo Uribe).

As províncias e municípios detêm a administração dos recursos do subsídio à demanda, assim como, devem inspecionar e vigiar para que sejam cumpridas as normas técnicas, científicas e financeiras expedidas pelo Ministério da Saúde (Art. 176).

En el tema de afiliación, inicialmente entraba al municipio quien conociera el alcalde, en ese momento fue así. En ese momento entraron dos (EPS), Comfenalco que es una caja de compensación que ya estaba allá. Y la idea es que en 96 sacaron las EPS transitorias, arrancaron las ARS (seguradoras do regime subsidiado) y en 1998, 1999, el 80% de los recursos pasan directamente a los municipios, se pagaba a la EPS e inmediatamente se pagaba a los hospitales y entonces sucedió en un momento dado que los hospitales [...] porque hay una cosa que no comprendían los hospitales, ni el país, el Ministerio de Salud hasta el año 2009 nunca entendió que era un sistema de aseguramiento y que había que hacer gestión de riesgo. El Ministerio de Salud se engolosinó igual que toda Colombia en cobertura de afiliación, entonces Colombia prácticamente hasta el 2011 estuvo engolosinada con el tema de coberturas. E25 (Médico, Assessor da Federação Colombiana de Municípios).

Nos primeiros anos de implementação da Lei 100, análises do Departamento Nacional de Planejamento e do Ministério da Saúde evidenciaram o uso indevido dos recursos da saúde, pelos prefeitos, como causa dos problemas financeiros do sistema de saúde. Nesse mesmo sentido, a Superintendência de Saúde denunciou processos de investigação de metade dos prefeitos (quinhentos e cinquenta do total

de mil e setenta e cinco) por uso indevido dos recursos do subsistema subsidiado (URIBE, 2009, p. 178).

Por falta de capacitação dessas instâncias de gestão, apresentaram-se problemas na coordenação que deveria ser feita pelos governos municipais com o objetivo de garantir ações de promoção, prevenção e vigilância epidemiológica, segundo informe sobre doenças transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde, em 2000 (MARTINEZ, 2013, p. 50).

No, prácticamente me tocó certificarlo a mí porque a pesar de que arrancó en 1993 diciembre, 1994 fue un año de reglamentación, en el 95 empezamos con las EPS transitorias que fueron de los propios departamentos como hasta el 1996, 1997. En 1996 estaba la discusión de las solidarias, entonces todavía no había la estructura de lo que es la ley 100. Eran las transferencias y prácticamente la transferencia directa de recursos a los hospitales. Pero comienzan a surgir también las EPS, del régimen subsidiado comienzan a surgir las EPS como cajas, había mucho vacío, fue un momento en que teníamos una doble ley, 60 y 100 que contradecía muchas cosas, sobre todo su espíritu. Eran cosas muy diferentes. En el 96 no había la reglamentación, yo preguntaba en el ministerio en el 1997 que si le pagaba o no le pagaba a una ARS que los carnets estaban guardados ahí porque no habían encontrado la gente, porque no había claridad. Y no la hubo prácticamente hasta el 2009, 2010, porque recuerde que en esa época fue el tema de la afiliación hasta prácticamente 2014. El país no tenía claro que hacer con eso. No tenía claro porque además que hacia? La ARS se le contrataba un número de usuarios, ella contrataba con un hospital un porcentaje de esos usuarios y el hospital atendía la gente, entonces realmente en ese momento la asociación de usuarios llegaban y decían bueno, no te pago a ti, si no has contratado con el hospital. Hubo un problema administrativo y empezaron las cuentas equivocadas totalmente. Entonces realmente si tu miras el proceso de implantación de norma fue bastante caótico en muchas cosas, no teníamos claridad como país, ni el propio Ministerio de Salud sabía qué hacer. E25 (Médico, Assessor da Federação Colombiana de Municípios).

No es solamente por el centralismo echarle la culpa a los municipios, en la cual yo tengo mi posición de que el país no estaba, mejor dicho, nosotros no previmos como hacer eso, el Ministerio propio, el propio Juan Luis creía que pues afiliaba a la gente y listo, y ya se atendía la gente y uno pagaba y el otro prestaba el servicio, muy simplista. Entonces cuando la gente consiguió eso, el siguiente paso de darle la plata a los municipios para darle a la gente que demande a los hospitales, eso el país lo vio simplista, el propio Ministerio insisto, no había claridad y la claridad no se veía porque cuando uno preguntaba pues a la gente del Ministerio, las respuestas no eran, uno salía más inquieto de lo que estaba. E25 (Médico Assessor da Federação Colombiana de Municípios).

No processo de implementação da Lei 100, o financiamento e gestão do Programa Ampliado de Imunizações deixou de ser centralizado e passou a ser regionalizado com recursos do Plano de Atenção Básica e do Plano Obrigatório de Saúde, ou seja, recursos para atenção individual e coletiva. Isso causou um impacto negativo na execução desse programa, refletindo na diminuição do orçamento e das coberturas de vacinação na década de 1990 (COLÔMBIA, 2010, p. 130-132). Desde o início da implementação da Lei 100 houve diminuição do financiamento para as campanhas de vacinação, devido ao uso inadequado dos recursos, corrupção e dificuldades para gestão na lógica de mercado, pois as responsabilidades dos diferentes agentes não estavam claras (URIBE, 2009, p.183). Além disso, não existem cálculos econômicos e, portanto, não se reconhecem os recursos adicionais necessários para atividades como vacinação nas regiões de população indígena dispersa. O custo dessas ações pode ser de 300 ou 400 vezes o valor que seria gasto numa cidade, além disso, os dados demográficos necessários para o planejamento dessas atividades aparecem desatualizados, oito ou dez anos.

A los antiguos territorios nacionales no nos pueden medir con el mismo racero con que están midiendo a los departamentos centrales. Por ejemplo, al departamento del Guainia vacunar o aplicar un biológico a un niño en una de las comunidades que quedan a 40, 45 días de camino, llámese Mapiripan, que es una zona de las más distante de allí. Ese biológico que en Bogotá o en cualquier capital de departamento un biológico de esos que valga \$5.000 pesos por decirlo de alguna manera, a nosotros vacunar ese mismo niño en Mapiripan nos vale \$1.500.000 pesos, eso es exorbitante. Porque tanto? Por el desplazamiento, un desplazamiento allá es demasiado costoso, un galón de gasolina solamente alcanza para tres kilómetros, luego llegar después de 40, 45 días, multipliquemos cuantos galones de gasolina se gastan para llegar allá y las inclemencias del tiempo y pasar por todo eso. Por eso es que se incrementa y por eso el valor \$1.500.000 de un solo niño vacunado. Por eso la mortalidad, en esos departamentos olvidados como hace para transportarse un paciente en eso sitios que te comento cuando ni siquiera existen los recursos, no existe un bongo, o no existe, o no hay motorista, o no hay puestos de salud, ni mucho menos promotores de salud. Entonces el que hace el diagnostico por el radioteléfono, cuando hay radioteléfono es la maestra de la escuela o el indio. Y muchas veces no hay sino tres pistas autorizadas en el departamento para que aterricen las avionetas, entonces un caso grave que se llegue a presentar mientras se traslada ese paciente, el paciente se muere. E26 (Médico, Diretor de serviços de saúde de seguradora pública, secretário municipal e estadual de saúde).

O processo de descentralização tem se mostrado lento e não está consolidado na maioria dos municípios, pois em muitos deles a capacidade de

gestão e negociação são limitadas. Tal fato pode ser relacionado com comportamentos clientelistas que prejudicam o desenvolvimento institucional dos municípios (MOLINA, 2010, p. 113). Assim como nas prestadoras públicas, os funcionários das Secretarias Municipais de Saúde são escolhidos com base em interesses clientelistas orientados pelo campo político local, ocasionando falta de pessoal qualificado e altas taxas de rotação de profissionais. Por estes motivos, os processos de planejamento municipal em saúde são limitados pela falta de capacitação, alta rotatividade dos funcionários, falta de apoio técnico dos níveis regional e nacional, diminuição da verba municipal e falta de sistemas de informação.

La ley 100 en cierta forma estableció la descentralización de municipios y la ley 100 también creó la contratación del régimen subsidiado y prácticamente las diferencias era de que los municipios que estaban descentralizados y certificados recibían los recursos tanto de la prestación de servicios de salud como para aseguramiento y los otros no los recibían, lo manejaba el departamento, en el fondo fue como la posibilidad de los que estaban descentralizados hacían la interventoría del régimen subsidiado y fue un tema monetario. Cuando empezó todo este proceso en los municipios colombianos, el proceso de certificación era un tema de voluntad política del departamento, en algunos la voluntad política fue descentralizar y en otros la voluntad política era no descentralizar. Los dos ejemplos contrarios, Antioquia decidió descentralizar, en ese momento el gobernador de Antioquia era Álvaro Uribe Vélez y Cundinamarca decidió no descentralizar. En Antioquia yo era alcalde en esa época, certificamos 162 municipios y Cundinamarca no descentralizó ninguno. Había una opción, se mandaba al departamento y si el departamento no respondía, respondía el ministerio. Pero el ministerio prácticamente respondía que respetaba la decisión de departamento y supuestamente eran dos meses para responder y nunca respondía. Entonces realmente los municipios se certificaban por voluntad de los departamentos. La certificación duró hasta el año 2001. En el año 2001, la Ley 715 prácticamente paró la certificación, [...] así prácticamente ha persistido hasta ahora, a pesar de que en el 2007 hubo un intento con la 1122 de volver a certificar eso no ha prosperado. Pero además la cosa ha evolucionado tanto que ya para que, porque todo ha ido cambiando, hoy no vale la pena que un municipio se certifique porque no cambia en nada el panorama. E25 (Médico, Assessor da Federação Colombiana de Municípios).

O Sistema de Informação em Saúde, do antigo Sistema Nacional de Saúde, que permitia o planejamento, foi eliminado do Ministério da Saúde logo após a formulação da Lei 100. Como substituto, foi proposto um fluxo de informação das prestadoras às seguradoras e destas, ao Ministério. Como consequência, as

autoridades municipais e provinciais ficaram sem informação do Sistema de Saúde para o controle das ações na região, assim como para o planejamento e a vigilância epidemiológica (MARTINEZ, 2013, p. 54). Somente oito anos depois, em 2001, com a Lei 715, especificou-se como função das províncias e municípios “adotar, implementar, administrar e coordenar a operação territorial do sistema integral de informação em saúde, assim como, gerar e reportar a informação requerida pelo Sistema” (Art. 43 e 44). Porém, a própria direção do referido sistema não implementou este mandado da Lei (MARTINEZ, 2013, p. 55). Como parte do Programa de Apoio à Reforma de Saúde criou-se em 2003 o Sistema Integrado de Informação (SISPRO), programa que pretende integrar elementos de captura, armazenamento e entrega de informação.

Nosotros veníamos señalando desde entonces, por allá desde los años 1997-1998, que los sistemas de información del sistema de salud eran sumamente deficientes y que sin información adecuada no se podía hacer planeación, ni se podía mantener en marcha un sistema de salud, porque no se sabía lo que se estaba haciendo, ni sobre quienes se estaba haciendo, ni que resultados se tenía. ¿Tú crees que nos pararon algunas bolas? Nada, nada, no les importaba. El ministro o quien estuviera haciendo sus veces, hacia cara de que sí, y nada más, eso no servía para más. E17 (Médico, Presidente da Academia Nacional de Medicina).

A dificuldade de implementação do sistema de informação reside nas constantes mudanças nas normas do sistema de saúde, o que gerou perdas econômicas aos municípios que tentaram implantá-lo devido aos investimentos feitos que depois já não mais se mostraram funcionais (MOLINA, 2007).

Entonces, de todas formas, recuerda que hay varios temas. El tema de aseguramiento, el tema de salud pública y la prestación de servicios de salud, son tres líneas muy diferentes en cada municipio. Si uno mira aseguramiento, parte de lo que te decía las ARS en 1996 fueron cajas de compensación, las mutuales, llamadas solidarias y prácticamente hicimos el primer SISBEN, porque la focalización que era un principio para esto, para crear el régimen subsidiado se inició inicialmente con estratificación de los municipios. Bogotá le hicieron una estratificación, en los municipios hicimos SISBEN pero en ese SISBEN había todavía muchos vacíos, el SISBEN de hoy es diferente al de hace 20 años. Y al final ya algo grande porque el SISBEN, ya el país en general se vio como tema para ver si tenía derecho o no, a ser subsidiado en salud y el país nunca miró el SISBEN realmente. Cuando hicimos el SISBEN encontramos varias cosas. Cuando uno se pone a hablar técnicamente, vimos que el SISBEN realmente no está reflejando muchas cosas. Uno le decía, usted va a tal zona en donde hay prostitución, - no, no me abren la

puerta. No es que allá hay que ir de noche. Y para qué? Pues porque la idea es que lo tengan los más vulnerables. [...] El SISBEN realmente nunca lo medimos en su dimensión, entonces del SISBEN surgieron cosas, la primera si habíamos sisbenizado toda la población, era un municipio de 32.000 habitantes, no era tan complejo, la segunda es para que los resultados?, entonces los resultados para qué? Entonces la mayoría del país lo utilizó para sí o no régimen subsidiado. Otros muy escasos, entre ellos nosotros, utilizamos el SISBEN para otras cosas, para mejoramiento de vivienda, se identificaron una cantidad de viviendas con piso de tierra, entonces fue para eso, hacinamiento, rutas escolares...[.] E25 (Médico Assessor da Federação Colombiana de Municípios).

Neste cenário, seguradoras e prestadoras privadas têm conseguido maior capacidade administrativa e de negociação na relação público-privado. Isso tem levado ao favorecimento dos interesses lucrativos destas empresas e a geração de barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Esa eficiencia mal concebida llevó a que se desmantelaran las instituciones, no solamente desde el punto de vista de hospitales públicos, sino entes territoriales generándose toda una contratación paralela por prestación de servicios que evita que haya muchas veces sentido de pertenencia, que evita que el caso de los entes de control tengan precisamente el control de sus responsabilidades. Y vuelvo y te repito, el manejo dado por la Superintendencia en donde lamentablemente en muchos periodos de tiempo ha sido una Superintendencia politizada y cuando ha sido política pues por obvias razones no hay una transparencia en el manejo, sino dependiendo del actor entonces se revisa o se sanciona, incluido lo podría analizar, en el histórico de sanciones por incumplimiento y uno diría que es casi nulo porque son procesos eternos que en ultimas terminan cayéndose por cualquier cosa pero no se han sancionado y pues obviamente la parte económica, el poder económico si uno mira quienes componen o quienes están detrás de las EPS, la mayoría tienen unos grupos económicos fuertes pues eso ha generado un cambio de rol. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

A Lei 715, de 2001, modificou as competências e recursos destinados à saúde, em especial do subsistema subsidiado, pois diminuiu os repasses do governo nacional aos governos municipais. Além disso, aumentou as responsabilidades dos municípios para execução dos programas de promoção e prevenção. Estas mudanças honravam compromissos assumidos com o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial para designação de empréstimos. Ademais, o Governo se comprometeu em formular as reformas trabalhistas e da previdência, como também a privatização de empresas públicas. No ano 2000 foi feita a reforma tributária e no ano 2002 a reforma trabalhista.

Para mais, há relatos de que populações pobres não foram incluídas no subsistema subsidiado, enquanto pessoas com melhor renda entraram devido a práticas clientelistas, nas quais os políticos trocavam subsídios por votos (MOLINA & SPURGEON, 2007 p. 187). O avanço da descentralização foi influenciado pela flutuação dos projetos dos governos municipais, regionais e nacional. As mudanças frequentes do Ministro da Saúde, em algumas ocasiões, duas vezes por ano, dificultaram a continuidade do processo nos âmbitos regionais e locais. Além disso, os gestores municipais apoiam os projetos que estão vinculados com os interesses dos seus próprios partidos políticos, sendo assim, quando mudam as gestões, os gestores que saem apagam os arquivos institucionais, limitando a continuidade dos processos.

Evidências sugerem que o clientelismo político determina a qualidade técnica dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde que, por sua vez, altera o desenvolvimento de processos administrativos, a capacidade técnica e a autonomia dos municípios, ou seja, esse clientelismo reforçou e consolidou o modelo de dois subsistemas. Os programas de assistência técnica nacional e provinciais têm sido limitados, não chegaram a todos os municípios e foram prejudicados pela rotatividade dos trabalhadores das gestões municipais (MOLINA & SPURGEON, 2007 p. 190).

No, el 95% (de cobertura) se logró con Uribe y ha sido engañoso todo el tiempo, ahora pues menos pues porque ese porcentaje que nos daba era global. Porque, por ejemplo, las bases de datos nuestras no reflejaban lo que teníamos realmente. Entonces los municipios comenzaron a manejar el tema de aseguramiento, los que no eran certificados los manejaba el departamento, el departamento lo hacía [...]. En el primer SISBEN yo recuerdo, la gente decía: “pero este hombre que tiene porque viene a reclamar el carnet del régimen subsidiado?” Porque el SISBEN no era preciso y eran, de cierta forma, colados entre comillas, pero era de todas formas una minoría, eran 10%. Que pasó ahí con el aseguramiento?, el país nunca, nunca promovió régimen contributivo, el país no ha promovido la seguridad social porque nos quedamos con régimen subsidiado como política de Estado, régimen subsidiado no es seguridad social. E25 (Médico, Assessor da Federação Colombiana de Municípios).

A Corporação Colombiana de Secretários Municipais e Distritais de Saúde, COSESAM, fundada em 1995, representa e apoia a gestão local em saúde dos municípios e se posiciona a favor da descentralização das instâncias nacionais. Não foram identificadas pesquisas sobre esta organização nem encontradas evidências

de sua influência em algum espaço de tomada de decisão. Também não surgiu essa influência na fala dos entrevistados de forma espontânea indicando ser essa uma corporação dominada. Nesse sentido, pode-se supor a posição dominada das secretarias municipais de saúde no espaço do sistema de saúde na Colômbia após a Lei 100. É pouca a força deste grupo de pressão na tomada de decisões políticas a nível nacional.

COSESAM surge para poder ocupar un puesto en el Consejo General de Seguridad Social, porque ahí había un puesto para los secretarios municipales. Entonces Beatriz Londoño con un grupo de personas decide que había que ocupar ese puesto, y crean a COSESAM y accedieron al puesto en el consejo. E12 (Médico, Ministro da Saúde do Governo Samper).

A Lei 715/2001 criou o Sistema Geral de Participações, que contém as regras de distribuição dos recursos destinados à inversão social, educação (58,5%), saúde (24,5%) e propósitos gerais (17%). Os recursos da saúde devem financiar ou cofinanciar o sistema subsidiado de forma progressiva, com o principal objetivo de conseguir e manter a cobertura universal, prestar os serviços de saúde não incluídos no plano de benefícios subsidiado para a população focalizada e realizar as ações de saúde pública definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde (COLÔMBIA, 2001).

Em relação à distribuição dos recursos da saúde *per capita* por regiões, um estudo empírico (ALVIS, 2008) evidenciou que, em regiões como Bogotá, o repasse para a saúde é duas vezes maior em relação aos repasses para as regiões do Caribe e Pacífico, que estão em condições piores no que tange às necessidades básicas insatisfeitas. Ao desagregar o valor *per capita* em prestação de serviços, saúde pública e seguro de saúde, observou-se que a situação mais desvantajosa foi para a prestação de serviços para população não segurada e para os serviços não incluídos no plano de benefícios da população beneficiária do subsistema subsidiado. Neste sentido, Bogotá detém três vezes mais recursos que a região do Caribe (ALVIS, 2008, p. 182). Florez *et al* (2007) identificaram que a cobertura do seguro de saúde é maior nas zonas urbanas do que nas rurais. A cobertura do seguro nas zonas rurais aumentou progressivamente de 8,6%, em 1995, para 51,6%, em 2000, e para 59,5%, em 2005, lembrando que essa cobertura significa transferência de recurso público *per capita* para as seguradoras, especialmente no subsistema subsidiado. Neste último ano, a cobertura em zonas urbanas era de

70%. Estes autores também identificaram inequidades regionais na cobertura do seguro de saúde, sendo que para 2005, 80% da população de Bogotá estava segurada frente a 60% da população da região do Caribe.

Debería haber un diferencial para lo alejado y lo disperso así como seguramente hay otros diferenciales, otros factores que determinan en otras poblaciones que debería [...] el Plan Obligatorio de Salud que nosotros estamos ofreciendo, y que nos contratan las EPS con las que tenemos relación y que cubren a la población campesina, pues no tiene mayores diferenciales. Y eso puede sonar a queja pero sí, en nuestro modelo está claro que no es barato, que exige acciones adicionales, exige todo un ejercicio de logística y de planificación que nos permita llegar a la vereda que queda en la gotera de la localidad 20 y que nos hace incluido ser la única institución prestadora de servicios de salud, que está al alcance de la mano luego de dos días de camino de poblaciones del Meta. Somos nosotros los únicos que atendemos algunas poblaciones del Meta, de Cundinamarca, incluido del Huila y del Tolima, porque nuestra frontera, la parte extremo sur de Bogotá es muy grande, entonces poner en fila, y en orden esos elementos ha sido una exigencia muy grande, en la que una cosa clara es la contratación por supuesto, movernos a través de los dos planes de beneficios que dijo esa ley 100. E10 (Enfermeira, Gerente de Hospital público de baixa complexidade)

A relação de forças na estrutura do espaço do sistema de saúde, na Colômbia, favorece as empresas seguradoras e prestadoras privadas nos níveis local e regional e prejudica os governos descentralizados, quando estes são obrigados a se moldar à nova institucionalidade, às novas lógicas administrativas, à venda de serviços por valores que não reconhecem as diferenças socioeconômicas regionais, bem como, ao desconhecimento da realidade das províncias, das necessidades de saúde das populações rurais e das dificuldades para prestação de serviços nessas realidades.

Os governos locais no espaço do seguro de saúde na Colômbia ocupam uma posição dominada. A descentralização caracterizou-se por normas que dividiram as ações de saúde em serviços individuais e coletivos, com limites difusos entre as responsabilidades dos diferentes agentes. Isto gerou perda de foco nos determinantes da saúde e falta das ações setoriais para superar tais problemáticas. Nessa posição dominada, os governos locais assumiram a descentralização do financiamento, a administração e gestão também nos municípios pequenos do interior que tinham pouco, ou nenhum, capital científico, político e econômico para entender os objetos em disputa do campo e defender seus interesses. Além disso, os dominados e pequenos governos locais sofrem a incoerência da política nacional

e aproveitam o capital político local para favorecer interesses privados na contratação com prestadores e seguradores, mantendo práticas clientelistas. Assim, os governos locais dos municípios menores e mais pobres têm menos possibilidades de alterar as regras do jogo do espaço do seguro de saúde assim como os objetos em disputa.

8. COBERTURA UNIVERSAL E CRISE DO ESPAÇO DO SEGURO DE SAÚDE, 2002-2013.

8.1 ATINGINDO A COBERTURA UNIVERSAL

O presidente Álvaro Uribe Velez exerceu o cargo por dois períodos presidenciais, de 2002 a 2010. Nesse íterim houve dois Ministros da Saúde, o primeiro foi Juan Luis Londoño, um dos criadores do Sistema de Saúde, substituído por Diego Palácio. Esta etapa caracterizou-se pelo aumento importante de coberturas do seguro de saúde, chegando a ser maior que 90% e por outros efeitos importantes da implementação da Lei 100, como a extinção do Instituto de Seguro Social, da CAJANAL, a substituição do Conselho Nacional de Seguridade Social pela Comissão de Regulação em Saúde, a judicialização da saúde e os primeiros escândalos de corrupção de empresas seguradoras privadas. Neste governo foram fusionados oito ministérios, entre eles, criou-se o Ministério da Proteção Social, a partir da fusão do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Seguridade Social (Lei 790/2002), foram liquidadas trinta e cinco instituições públicas e mais de cento e vinte foram reestruturadas.

O Plano Nacional de Desenvolvimento do primeiro governo Uribe foi intitulado "*Hacia un Estado Comunitario*". No início, este governo reconheceu que o aumento da cobertura do seguro de saúde era parcial e identificou alguns dos problemas existentes. Tais problemas relacionavam-se com a função das seguradoras públicas, Instituto de Seguro Social, CAJANAL e CAPRECOM. Segundo a equipe do governo, nestas empresas não estava garantida a capacidade financeira para cumprir compromissos com provedores, além disso, os sistemas de informação e os processos administrativos dirigidos aos usuários continuavam deficientes (COLÔMBIA, 2002). Neste sentido, observa-se a manutenção da política em relação ao governo anterior de Andrés Pastrana, pois as análises sobre os

problemas do sistema continuam apontando como responsáveis as instituições públicas seguradoras ou prestadoras e, por outro lado, continuavam ignorando problemas transcendentais do espaço do seguro de saúde, como será exposto neste capítulo.

Em 2002, a cobertura do seguro de saúde era de 52%, sendo 22% do subsistema subsidiado e 30,4% do subsistema contributivo (COLÔMBIA, 2002, p.189). Sobre os hospitais públicos, similarmente, o governo reportava crise financeira, no período compreendido entre os anos de 1994 e 2000, estas instituições aumentaram as rendas em 108%, no entanto, elevaram-se também as despesas em 155%, resultando em estados financeiros negativos. Além disso, na análise da equipe do governo reconheceu-se, também, a diminuição das coberturas de vacinação e o conseqüente aumento da incidência de doenças imunopreveníveis. Esta situação esteve relacionada com a falta de clareza sobre as obrigações dos diferentes agentes do sistema, o esquema de financiamento do programa de vacinação e as falhas nos mecanismos de gestão e de controle do Estado, assim como, as falhas na prestação de serviços pelos novos agentes do sistema.

Outro fator identificado como causa da falta de aumento das coberturas foi a permanência de repasses diretos aos hospitais públicos para financiar a oferta de serviços, recursos que, por sua vez, eram necessários, tendo em vista que a cobertura do seguro não aumentava (COLÔMBIA, 2002, p.195). Neste sentido, o primeiro governo Uribe projetou o aumento de cobertura do regime subsidiado em cinco milhões de pessoas. Para tal, planejou suspender os repasses históricos de verbas aos hospitais públicos e pagar unicamente por serviços. Projetou-se, também, o aumento da cobertura do regime contributivo em dois milhões de pessoas, para isso foram oferecidos incentivos econômicos as seguradoras para aumentar as filiações.

De eso nos advirtió la gente de la Universidad Harvard, que fue asesora del ministerio, Juan Luis venia de Harvard y concibió la reforma estando en Harvard. Entonces un profesor de él y el grupo de allá de salud pública, le advirtió y le advirtió al Ministerio “ustedes están dándole vida a unas empresas que no van a ser capaces de controlar”, pero el Ministerio no veía eso así, digamos el Ministerio hizo prácticamente, no digo que caso omiso, sino que no entendió eso y una cosa parecida ha sucedido con el sector privado de clínicas. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde).

Na Lei 100 estabeleceu-se que, para o ano de 2002, seriam igualados os planos de benefícios de ambos os subsistemas, porém, neste período, não se considerou essa necessidade como interesse do governo e optou-se por aumentar as coberturas de ambos os sistemas, mantendo os planos diferenciados. Com essa estratégia o governo Uribe chegou, em 2009, a 93,4% de cobertura (Tabela 4).

Tabela 4 - Histórico de coberturas dos subsistemas contributivo e subsidiado na Colômbia entre 1993 e 2009.

	1993	1997	2000	2003	2006	2009
População total (milhões)	36.2	38.6	40.3	41.8	43.4	45
Subsistema contributivo	22,4%	38,9%	32,9%	33%	37,7%	46,5%
Subsistema subsidiado	0,0	18,2%	23,6%	28,4%	45%	51,1%
Total de filiados ao seguro de saúde	23,7%	57,1%	56,5%	61,3%	82,7%	93,4%

Fonte: Calderón, 2011

Nosotros teníamos dos discusiones muy interesantes. ¿Que nos interesa primero? Sabiendo que el sistema tenía recursos limitados, entonces nos interesa ampliar el aseguramiento con un POS reducido y con una diferencia entre subsidiado y contributivo, entonces tratamos de ampliar el aseguramiento. O, como muchos otros pretendían, no ampliamos el aseguramiento sino que hacemos ampliación del POS. En relación al POS les decíamos, ¿dónde quedan socialmente mejor distribuidos los recursos? ¿Mejorar el servicio para los 19 millones de personas que hoy están aseguradas o ampliar así sea un servicio menos amplio, pero ampliar el servicio a 40 millones de personas? Y esa fue la decisión que hicimos, nos metimos en un proceso de ampliación de cobertura y creo yo que llegamos a los 93% o 94% de cobertura de aseguramiento en el año de 2007 en la segunda mitad del gobierno de Álvaro Uribe ya teníamos una cobertura universal en algunas regiones del país, que se dio en un tiempo relativamente corto pero yo creo que pocos países en el mundo han conseguido una ampliación de cobertura tan grande en tan poco tiempo. E18 (Médico, Ministro da Proteção Social do Governo Uribe).

A Lei 100 previa também implementar o sistema único de acreditação e o sistema único de habilitação de seguradoras e prestadoras. Novamente e sem êxito, assim como no governo anterior de Andrés Pastrana, pretendeu-se formular a política de recursos humanos em saúde e o sistema único de tarifas. Além disso, identificou-se a necessidade de implementar o sistema único de identificação de beneficiários, mecanismos de faturação e cobrança únicos e sistemas de revisão e validação de contas (COLÔMBIA, 2002).

Para o começo deste período de governo, as seguradoras e prestadoras privadas estavam fortalecidas no setor. Em 2002, 72,6% dos usuários estavam

filiados às EPS privadas que controlavam o mercado de seguro e a prestação de serviços, pois tinha sido consolidada a integração vertical, o que favorecia os valores de operação dessas empresas e limitava o acesso aos serviços de alto custo (URIBE, 2009, p. 201).

A reforma laboral (Lei 789 de 2002) representou uma deterioração progressiva das condições trabalhistas dos profissionais em geral, incluídos os trabalhadores da saúde que passaram a ter contratos curtos e instáveis. Consequência destas mudanças foram os contratos de trabalho com baixos salários através de intermediários como cooperativas de trabalho associado, falta de oportunidades de educação continuada, sobrecarga laboral e exigência de realização de tarefas administrativas pelos profissionais da saúde.

Além disso, os contratos de trabalho dos profissionais da saúde oferecidos pelas seguradoras passaram a exigir restrições ou negação de serviços aos usuários. Como consequência, as perdas econômicas começaram a ser transferidas aos empregados, reduzindo os salários (MOLINA, 2010, p. 110). Em relação à política trabalhista, observa-se, neste governo, a manutenção da tendência neoliberal de perda contínua de direitos. Na mesma gestão, diminuíram-se, também, os recursos para a saúde em algumas regiões como consequência dos resultados do Censo Nacional de 2005 (MOLINA, 2010, p. 112).

De outro lado, representantes do Sindicato ANTHOC, já mencionado anteriormente, denunciaram o aumento da violência contra seus líderes, foram ameaçados mais de 500 sindicalistas, 25 foram exiliados e mais de 40 pessoas foram vítimas de detenções arbitrárias. Estas ações estavam relacionadas com a apropriação que faziam os grupos paramilitares dos recursos outorgados às seguradoras do subsistema subsidiado (URIBE, 2009, p. 191).

No mesmo período, a ACEMI conseguiu influenciar o Conselho Nacional de Seguridade Social que definiu os valores que seriam cobrados aos pacientes por serviços específicos, denominados copagamento (*copago*) e cotas moderadoras (Acordo n. 260 de 2004). Com esta medida, pretendia-se aumentar os recursos arrecadados pelas seguradoras, definindo, ainda, o período de carência para o acesso a serviços de alta complexidade. Fato este que demonstra como, ao longo da trajetória do Conselho, houve agentes com melhores possibilidades de influenciar a tomada de decisões, o que será explicitado com maiores detalhes no capítulo

destinado a de regulação e controle do sistema de saúde e as instituições encarregadas dessas funções.

Entre 2002 e 2005, a cobertura do seguro de saúde aumentou de 24,1 milhões para 31,7 milhões de pessoas, beneficiando 68,86% da população, sendo 33% do subsistema contributivo e 35,86% do subsistema subsidiado, o aumento significativo se deu na filiação ao subsistema subsidiado que aumentou em 20,4% (COLÔMBIA, 2007, p. 126).

O Plano Nacional de Desenvolvimento do segundo governo Uribe, “*Estado Comunitario: desarrollo para todos*”, novamente deu ênfase ao aumento da cobertura do seguro de saúde, desta vez, para chegar à cobertura universal. A prioridade definida foi o aumento da cobertura do subsistema subsidiado que, em 2009, chegou a 51,1% da população. Para conseguir este propósito o governo nacional comprometeu-se a financiar cem por cento do seguro para a população deslocada pelo conflito armado⁵⁵. Comprometeu-se, também, com a implementação do Sistema Obrigatório de Garantia da Qualidade de Saúde e com o aperfeiçoamento dos mecanismos do seguro de saúde para melhorar os sistemas de registro de contribuintes e filiados. Desta forma poderiam cruzar esses dados com os registros do SISBEN e assim evitar duplicações dos seguros.

O governo Uribe, para o segundo período de gestão, identificou problemas da regulação, vigilância e controle do sistema e focou nas dificuldades do Conselho Nacional de Seguridade Social e da Superintendência de Saúde. Sobre o Conselho considerou que não era uma instância independente, já que era fortemente criticado por ter representantes de interesses particulares, ser ineficiente na superação das falhas do sistema, não ter ferramentas técnicas para tomada de decisões, estar especializado na administração do FOSYGA e descuidar das funções de regulação. Já sobre a Superintendência Nacional de Saúde, o governo considerava que esta instituição realizava muitas atividades pouco efetivas e descuidava da sua principal função, a de proteger os direitos dos usuários do sistema. Por este motivo, os

⁵⁵ Neste período, foram deslocadas de seu território duzentas mil pessoas por ano como consequência do conflito armado na Colômbia. Esta população alcançou os seis milhões de pessoas em 2016, colocando a Colômbia no segundo lugar dos países com maior número de pessoas deslocadas dentro do próprio território, afetando, assim, 15% de sua população. Essas famílias migram, como resultado da violência das zonas rurais do país, para grandes cidades como Bogotá e Medellín.

usuários tinham como única opção para exigir seus direitos acudir as instâncias judiciais (COLÔMBIA, 2007, p. 128).

A meta principal deste período de governo foi a universalização do seguro de saúde em condições de sustentabilidade econômica, equidade e eficiência. A estratégia projetada foi a universalização do subsistema subsidiado para a população dos níveis 1 e 2 do SISBEN e a implementação de subsídios parciais para a população em transição, definida como a população que não tinha o nível de pobreza do SISBEN 1 e 2 e que também não contava com recursos para contribuir ao subsistema contributivo. Propôs também redefinir os planos de benefícios e os valores *per capita*, em resposta à mudança na estrutura e na composição da população e à transição epidemiológica. Este governo conseguiu a universalização do seguro, porém não alterou o plano de benefícios nem os valores da UPC.

No que tange aos hospitais públicos, denominados Empresas Sociais do Estado, pretendeu revisar e modificar sua natureza jurídica para introduzir a participação privada e se constituir em empresas de economia mista ou solidárias. Além disso, propôs também padronizar as regras de contratação e pagamento entre os agentes do sistema para facilitar o fluxo de recursos. Ademais, pretendeu fortalecer os processos de habilitação das prestadoras e acreditação das seguradoras. Em relação à regulação estabeleceu a criação da Comissão de Regulação em Saúde (CRES), constituída por expertos independentes, eleitos por méritos, para substituir o Conselho Nacional de Seguridade Social. As funções da CRES seriam definir o plano de benefícios, os critérios para atualização dos valores *per capita*, os pagamentos compartilhados, as medidas para evitar seleção adversa de usuários por parte de seguradoras e o regime de tarifas dos serviços de urgências e riscos catastróficos (COLÔMBIA, 2007, p. 133).

Os aspectos relacionados com abuso de poder, concorrência desigual, integração vertical e falhas do mercado passariam a ser função da Superintendência de Indústria e Comércio. Já a função da Superintendência de Saúde estaria concentrada na proteção dos direitos dos usuários e da garantia da qualidade e acesso aos serviços das seguradoras e prestadoras. Para isso, propôs a descentralização das funções desta superintendência para as gestões locais (COLÔMBIA, 2007, p. 133). Na vigilância e controle foram revistas as funções da Superintendência de Saúde, redirecionando algumas delas a outras instituições. O

controle financeiro das seguradoras seria competência da Superintendência Financeira.

Quadro 15 - Principais mudanças em relação a financiamento, seguro, prestação de serviço, saúde pública e vigilância e controles no espaço do sistema de saúde, na Colômbia a partir da Lei 1122 de 2007.

Função do sistema	Mudança
Regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Cria a Comissão de Regulação em Saúde
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta o valor da contribuição do empregador para 8,5% do salário, a contribuição do trabalhador continua em 4%. • Aumenta a contribuição da Nação ao subsistema subsidiado a 1,5 do arrecadado pelo contributivo e a 15% dos recursos transferidos por impostos da exploração de petróleo. • Toma medidas para aperfeiçoar o fluxo de recursos. • Proíbe a utilização de recursos da UPC para pagamento de aposentadoria (ISS).
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> • Transfere a responsabilidade das atividades de promoção e prevenção do subsistema subsidiado para às seguradoras que devem contratar com os hospitais públicos para a prestação desses serviços, exceto nos casos em que estas instituições não prestem os serviços ou estes não sejam satisfatórios. • Suspende os co-pagamentos dos filiados ao subsistema subsidiado classificados no nível de SISBEN 1. • Regulamenta o acesso a medicamentos de alto custo. • Prioriza o seguro público nos departamentos com pouca população. • Limita a contratação com prestadoras próprias a 30% dos gastos em serviços. • Obriga às seguradoras subsidiadas a contratar no mínimo 60% dos serviços com prestadoras públicas. • Obriga às seguradoras contributivas públicas a contratar no mínimo 60% dos serviços com prestadoras do Instituto de Seguro Social. • Garante a toda população o atendimento inicial de urgência em qualquer prestadora sem necessidade de contrato prévio com a seguradora.
Prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Define critérios de funcionamento de hospitais públicos e obriga a todos eles, de forma compulsória, a se constituir em Empresas Sociais do Estado.
Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece a criação do Plano Nacional de Saúde Pública para cada período do governo nacional que deverá constar no Plano Nacional de Desenvolvimento. • As seguradoras e gestões provinciais e municipais devem elaborar plano de ação para avaliação de metas pelo Ministério da Saúde. • Fortalece as funções do Instituto Nacional de Saúde e do Instituto Nacional de Medicamentos e alimentos (INVIMA).
Vigilância e controle	<ul style="list-style-type: none"> • Redefine as funções da Superintendência Nacional de Saúde sobre seguradoras, prestadoras e FOSYGA. • Cria o sistema de inspeção, vigilância e controle liderado pela Superintendência Nacional de Saúde. • Cria o defensor do usuário.

Fonte: Elaboração própria.

A maioria destas propostas foi regulamentada na Lei 1122/2007 que realizou ajustes ao sistema de saúde na via de aperfeiçoar o mercado de seguro de saúde (Quadro 15).

Dentre os aspectos modificados pela Lei 1122 está a responsabilidade de autorizar o uso de medicamentos de alto custo, não incluídos no plano de benefícios, aos Comitês Técnicos Científicos (CTC) que deveriam ser implementados pelas seguradoras. Como consequência desta medida, os recobros ao FOSYGA aumentaram de trezentos bilhões de pesos, em 2006, para 2.700 bilhões, em 2010 (AZUERO, 2012, p.197).

A Lei 1122 introduz ajustes ao seguro em saúde, cria a CRES e processos de avaliação por resultados, além de fortalecer a inspeção, vigilância e controle. Entre outros ajustes, exige contratação obrigatória da rede pública, intervenção nas modalidades de contratação e pagamento a provedores e restrição da integração vertical.

8.2 REGULAÇÃO E CONTROLE DO SEGURO DE SAÚDE NA COLÔMBIA

O papel do Estado na regulação do sistema de saúde colombiano é definido pelos mecanismos legais e normativos que regem a relação entre os componentes do sistema de saúde, ou seja, a regulação sobre prestadores de serviços, regulação sanitária e regulação dos seguros de saúde. Por meio da regulação o Estado protege aos usuários, garante a concorrência entre seguradoras e prestadoras e busca corrigir as imperfeições do mercado da saúde (GIOVANELLA, 2012). Os organismos de direção, vigilância e controle do Sistema de Saúde foram definidos pela Lei 100 e formados pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho, pelo Conselho Nacional de Seguridade Social, pela Superintendência Nacional de Saúde⁵⁶, pelo Instituto Nacional de Saúde e pelo Instituto Nacional de Medicamentos e Alimentos (INVIMA).

Nosotros creemos que el derecho de la persona a los servicios de salud no se puede garantizar si no es desde el Estado. Es decir, tiene que existir la dirección, la coordinación del Estado. Con una gobernanza estricta estatal, sin decir con ello, que no se pueda

⁵⁶ Instituição análoga à Agência Nacional de Saúde Suplementar que vigia/controla/regulamenta seguradoras dos subsistemas contributivo e subsidiado.

prestar el servicio por públicos y privados, pero que la dirección sí sea, eso sí es clave, precisamente para separar el derecho de intereses estrictamente privados. Entonces tenemos un sistema dirigido por las EPS y por los privados, el Ministerio de Salud, las gobernaciones, los municipios, los secretarios de salud y el ministro han perdido la gobernabilidad en el sistema, el sistema no es gobernado por el Estado, es gobernado por las EPS, o sea, por el agente intermediario financiero, fundamentalmente privado, dirige el sistema. Eso es perjudicial puesto que tenemos un sistema basado en las leyes del mercado y en el negocio y no en el interés colectivo. E23 (Médico, ex-deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

Em relação ao Ministério da Saúde o informe da Universidade de Harvard (1996) identificou que esse possuía deficiências no desenvolvimento técnico, nas metodologias de avaliação, no planejamento, na regulação da qualidade e na assistência técnica da descentralização. Além disso, a alta rotatividade dos técnicos de mais alto nível e dos funcionários encarregados da formulação de políticas, de livre nomeação pelo Ministro da Saúde, prejudicava a continuidade de sua missão (RESTREPO & RODRIGUES, 2005). Frente a esta situação foi expedido o Decreto 1152 de 1999 que modifica a organização interna do ministério e cria comitês consultores e assessores.

Curiosamente, em 2002, são fusionados o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Seguridade Social, criando o Ministério da Saúde e Proteção Social.

Y en este momento estoy ahí, toda mi formación en economía de costos de transacción me llevó a entender al nivel de detalle, que antes no tenía yo, que en todas esas relaciones tan complejas entre la cadena de producción de servicios de salud, entre el pagador, el regulador, el formulador de políticas, me llevó a entender la gran dificultad que tiene el formulador de políticas para entender las particularidades de un sistema de salud y cómo, a través de sus regulaciones y sus políticas, sigue una y otra vez, dando disparos al aire, porque no se entiende a fondo los problemas del sector de la salud. E11 (Médico, assessor do Ministério da Saúde e do DNP, pesquisador e consultor).

Uma das estratégias utilizadas pelo Estado para dar continuidade e fortalecer a implementação da Lei 100, reconhecendo as debilidades institucionais do Ministério da Saúde, foi a implantação, em 1994, do Programa de Apoio à Reforma em Saúde (PARS). Este programa foi financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) com um empréstimo de trinta e oito milhões de dólares e um aporte do Estado de vinte oito milhões complementares.

Pero en 1998 arranca Pastrana y su primer Ministro de Salud fue Virgilio Galvis, y con Virgilio Galvis estuvimos muy de cerca, éramos asesores de él y bueno a mí me tocó de septiembre del 97 a septiembre del 99 estuve más o menos ahí al frente y de esa etapa del programa que hizo la reforma salieron los lineamientos y conceptos del sistema que te decía que son el pan de cada día, el sistema de garantía de calidad, el sistema de información, el sistema de inspección, vigilancia y control todo lo que se hizo sobre evasión, elusión etc., se hizo con recursos de ese crédito del programa financiado por el ministerio. E11 (Médico, assessor do Ministério da Saúde e do DNP, pesquisador e consultor).

Executada até 2008, esta iniciativa recebeu críticas de diferentes agentes como os acadêmicos e a associação de especialistas de Colômbia. Eles consideraram que o PARS não cumpriu com os objetivos propostos, pois não foram tomadas as medidas necessárias para prevenir fatos como a sentença T-760 da Corte Constitucional e os decretos de emergência social. O PARS elaborou projetos de ajuste da Lei 100, normas e transferência de conhecimento ao Ministério da Proteção Social, criou o SISPRO, elaborou Guias de Tratamento Médico, deu assistência técnica para descentralização a 99 municípios e apoio a fusão dos Ministérios da Saúde e do Trabalho (EL TIEMPO, 2010).

8.2.1 Regulação do seguro de saúde na Colômbia

Uma das inovações do espaço do sistema de saúde na Colômbia foi o Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde, regulamentado em 1996 (Acordo n. 31 de 27 de março), e definido como máxima instância de direção do sistema de saúde. A iniciativa de criar o conselho foi das associações médicas (RESTREPO & RODRIGUES, 2005, p. 180 *apud* GÓMEZ *et al*, 2003, p. 11), pretendendo continuar com a tradição do Conselho Diretor do ISS que contava com representantes do governo, dos empresários e dos trabalhadores (EL PULSO, 2013).

Ese Consejo General de Seguridad Social incluído se crea después de un debate que se da en ASMEDAS con Juan Luis Londoño, que ellos aceptan crear ese consejo, porque de entrada se vio lo conflictiva que era la ley 100 y el conflicto que iba a desarrollar dentro de los diferentes actores del sistema, los prestadores, los aseguradores, los prestadores públicos, los prestadores privados, los usuarios. Entonces se decide crear ese gran Consejo Nacional en Seguridad Social en Salud y a través de eso ganamos la representación. Nosotros participamos activamente en ese consejo, participamos gran parte del tiempo con el Dr. Edgar Redondo Gómez

representando a los profesionales de la salud. Ahí estuvimos nosotros participando y nosotros aprobamos esa parte precisamente para poder tener un espacio de debate y de interlocución con los diferentes actores del sistema y concretamente con el gobierno Nacional, ya que el Consejo General de Seguridad Social se concibe como un órgano asesor del ministerio en la época. E23 (Médico, Deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

Yo creo que el Consejo fue entre otras, durante el proceso de la ley 100, de aprobación de la ley 100 muy pocos temas suscitaron discusiones en el congreso. El artículo más complejo de negociar fue el del Consejo, ¿Porque? Porque todo el mundo quería estar ahí. Llegué a tener sobre la mesa propuestas de 70 entidades para participar en el Consejo. Entonces tocó como armar grupos, entonces este va en este grupo, este va en este grupo, y era una cosa como de 15 o 16 ya no sé, pero ese fue el más debatido porque todo el mundo quería estar en ese consejo. E1 (Economista, Assessora do Ministro da Saúde e posteriormente Vice-presidente Técnica ACEMI).

Finalmente, o Conselho foi organizado para contar com a representação dos diferentes campos que constituem o espaço do sistema de saúde na Colômbia (Quadro 16).

Quadro 16 – Constituição inicial do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde no espaço do sistema de saúde, na Colômbia.

Governo (n=6)	Profissionais e empresas (n=5)	Trabalhadores e usuários (n=3)
Ministro da Saúde Ministro do Trabalho e Seguridade Social ou delegado. Ministro da Fazenda ou delegado. Representante dos Departamentos (Províncias) Representante dos Municípios Presidente do Instituto de Seguro Social	Dois representantes dos empregadores (industriais e comerciantes). Um Representante das Empresas Promotoras de Saúde Um Representante das prestadoras (Clínicas e Hospitais) Um representante dos profissionais da saúde.	Um representante dos trabalhadores Um representante dos aposentados. Um representante das associações de usuários da área rural.
Assessores Permanente (n=5)		
Academia Nacional de Medicina Federação Médica Colombiana Associação Colombiana de Faculdades de Medicina Associação Colombiana de Hospitais Faculdades de Saúde Pública		

Fonte: Velândia e Rodriguez (2002) *apud* Uribe (2009, p. 148).

Aparentemente, a função do Conselho era técnica, no entanto, ao longo de sua existência, mostrou-se evidente o objetivo político de dar continuidade à reforma, superando a rotatividade de burocratas da alta função pública. Pretendia-se facilitar o avanço da reforma, permitindo a participação daqueles que se sentiam ameaçados com as mudanças (GÓMEZ, 2005, p. 25).

Como era representativo de todos los sectores, médicos, trabajadores, usuarios, y de los que financian, que son los empresarios cuando pagan con la cotización, del gobierno, de las

EPS, pues era un escenario donde todos iban a exponer sus puntos de vista y en algunos puntos se generaba consenso y en otros el gobierno terminaba decidiendo, pero me parece, que como espacio de discusión era un espacio de conocer y de entre todos ver y si lo derrotaban a uno, pues lo derrotaban en franca lid, digamos. No pudo demostrar las bondades en la discusión y entonces finalmente digamos, los otros ganaban. Es un espacio de concertación que se perdió muy interesante. Digamos que tenía varias fallas, varios de los miembros, no gobierno, sino de afuera teníamos el respaldo de una entidad por la cual podíamos hacer estudios, hacer propuestas, teníamos abogados, teníamos economistas, teníamos toda una estructura que nos permitía llevar nuestras posiciones bien documentadas al Consejo, pero no todos los miembros tenían esa facilidad. Entonces, los trabajadores, no tenían, al final yo creo que se estaban organizando, incluido hasta el pensionado, el representante de los pensionados ya llegaba con estudios por la Federación de Pensionados y todo eso, pero después se acabó. Pero yo creo que eso fue como una falla, la secretaria técnica la hacía el Ministerio y esa es otra falla, el Ministerio digamos solo ponía a consideración los documentos de ellos. Tú vas y preguntas al Ministerio ahora todos los documentos que los demás consejeros presentábamos y no aparecen, o sea, que de alguna manera el gobierno desconocía todo el trabajo y los aportes que pudieran hacer los demás, o sea, lo que uno dijera verbalmente allá, o los estudios que pudiera presentar allá. E1 (Economista, Assessora do Ministro da Saúde e posteriormente Vice-presidente Técnica ACEMI).

O referido Conselho não possuía meios próprios para cumprir com as suas funções. Deste modo, o Ministério da Saúde facilitava a logística para reuniões, insumos e comunicações, porém apresentava dificuldades no manejo da informação e na falta de orçamento para a realização de pesquisas, convocação de *experts*, difusão das decisões e mobilização dos setores concorrentes (GÓMEZ, 2005, p. 29).

En el Consejo había personas que a veces, en algunos temas no tenían ni idea de lo que estábamos hablando. Entonces, por ejemplo, el representante de los sindicatos muchas veces cuando estábamos hablando de UPC o de Plan de servicios, o de regionalización, pero igual ellos tenían una mirada muy poco técnica pero sí política, daban muchos elementos que enriquecían mucho la discusión. E15 (Médico, Gerente de seguradora e Diretor de Saúde de ASOCAJAS).

Como já descrito anteriormente, este Conselho definiu as regras básicas de funcionamento do mercado de seguros de saúde, como o valor *per capita* dos seguros contributivo e subsidiado, os serviços do plano de benefícios e as inclusões e exclusões do seguro. Ficou encarregado também de definir quais seriam as doenças consideradas de alto custo que deveriam ser reasseguradas pelas seguradoras. Além disso, permaneceu na função de administrador do FOSYGA, até

2007, com recursos equivalentes a 2,5% do PIB, ficando ao seu encargo a aprovação do orçamento anual de rendas e gastos do setor.

Muchas de las situaciones de disputa del sistema llegaban allá al Consejo y se discutían y se aclaraban y era una válvula de escape muy importante y muy democrática. A mí la verdad me gustaba mucho. E15 (Médico, Gerente de seguradora e Diretor de Saúde de ASOCAJAS)

Pienso que el Consejo era un espacio bastante amplio, mucha gente, cuando una cosa se discute con mucha gente, miércoles, o sea, generalmente cada cual llega a proponer. Me parece que el Consejo hizo muy buenas cosas pero estaba circunscrito a normar solamente sobre el subsidiado no sobre el sistema, mucha gente allí. No tenía una unidad de estudios técnicos, entonces pienso que hubo bastantes debilidades allí en el Consejo por eso se concibió lo que era una Comisión de Regulación que fuera quien diera, quien emitiera las normas, pero la CRES pienso que los comisionados de pronto no estaban preparados técnicamente para lo que se les venía, no sé, pero parece que existió un rol que no fue completo por parte de ellos, de pronto se hacían estudios muy buenos allá pero que quedaban en el aire porque quien debe ordenar de todas maneras es el gobierno, el Ministerio. Entonces ellos estaban allí como que no soportaban muy bien lo que ellos, los estudios sacaban, entonces de resto pues era un espacio burocrático paralelo que me parece que era duplicidad de cosas. E7 (Médica, Técnica do Ministério da Saúde, Diretora de GESTARSALUD).

Na formação inicial do Conselho não participavam as CCF nem as ESS, somente em 1998 foram convidados estes agentes (RESTREPO & RODRIGUEZ, 2005, p. 182). Por outro lado, nem todos que participaram dele tiveram a oportunidade de permanecer de forma contínua. Na fase inicial, devido as expectativas que incidiam sobre esse espaço, o fato de possuir uma vaga tornou-se objeto de disputa. No entanto, posteriormente, tais expectativas não foram satisfeitas, pois mostrou-se evidente como este era um espaço limitado ao diálogo e legitimação das decisões do executivo.

Si, nos invitaban. Al principio el Consejo General de Seguridad Social tenía una posición para la Academia Nacional de Medicina, después cuando nos vieron que éramos tan críticos, entonces dieron una resolución, creo, por la cual nos convirtieron solo en invitados especiales, y entonces nos invitaban a veces, pero cada vez que nos invitaban, nosotros estábamos presentes. Y durante el tiempo en que estuvimos, nunca faltó el representante de la Academia, yo mismo estuve en alguna ocasión como representante de la Academia, pero era infortunadamente una presencia muy poco útil, porque imagínese usted el consejo tenía 25 o 28 miembros, entonces en primer lugar lograr que le dieran a uno la palabra era bastante difícil, y uno podía hablar y nadie parecía hacerme caso, especialmente las personas

del gobierno. E17 (Médico, Presidente da Academia Nacional de Medicina).

O Conselho centrou sua função em aspectos econômicos do sistema, atitude que refletiu diretamente nos objetos em disputa evidenciados, que posteriormente, levaram à polarização das tomadas de posição dos agentes. Assim, neste cenário eram defendidos os interesses próprios de cada agente, sobre os quais incidiam motivações necessariamente contraditórias, pois, em última instância, o interesse preponderante pautava-se no recurso econômico. Chama a atenção o fato de que o maior ente regulador do sistema de saúde na Colômbia era formado, também, pelos agentes que são regulados, especificamente as seguradoras e prestadoras.

El Ministro de alguna manera tenía como una capacidad de influencia tan grande sobre el Consejo, él casi que le trazaba la agenda al Consejo para que le aprobara su agenda propia del Ministerio y con esa misma lógica de ir al Congreso y trazar la agenda legislativa que beneficie la Presidencia, con esa misma lógica iba al Consejo. De aprobación de sus iniciativas. Yo veo que ahí había una influencia muy fuerte para bien o para mal, pero si era muy claro eso. E11 (Médico, assessor do Ministério da Saúde e do DNP, pesquisador e consultor).

Por outra via, os seguradores e prestadores consideravam que o Ministério impunha temas, pesquisas e propostas técnicas, limitando a autonomia deste ente colegiado. O Conselho, enquanto cenário de disputas e tomadas de decisão, tinha dificuldades para chegar a acordos que satisfizessem a todos os agentes do espaço do sistema de saúde. Além disso, o capital econômico e o capital científico que cada um deles possuía eram muito divergentes. Assim, as seguradoras privadas associadas na ACEMI e as prestadoras privadas representadas pela ACHC ficavam em melhor posição para argumentar e pressionar a tomada de decisões. Em contrapartida, trabalhadores da saúde, usuários, aposentados e prestadores públicos não tinham acesso à informação nem a recursos econômicos e técnicos para produzir evidências a seu favor e influenciar nos rumos do sistema de saúde.

As disposições dos quinze agentes entrevistados nesta pesquisa que opinaram sobre o Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde são divergentes. Para dois destes, o Conselho configurava-se como o cenário de disputa onde se defendiam os interesses econômicos das seguradoras. Em 2013, um dos agentes estava no campo científico e o outro no campo político.

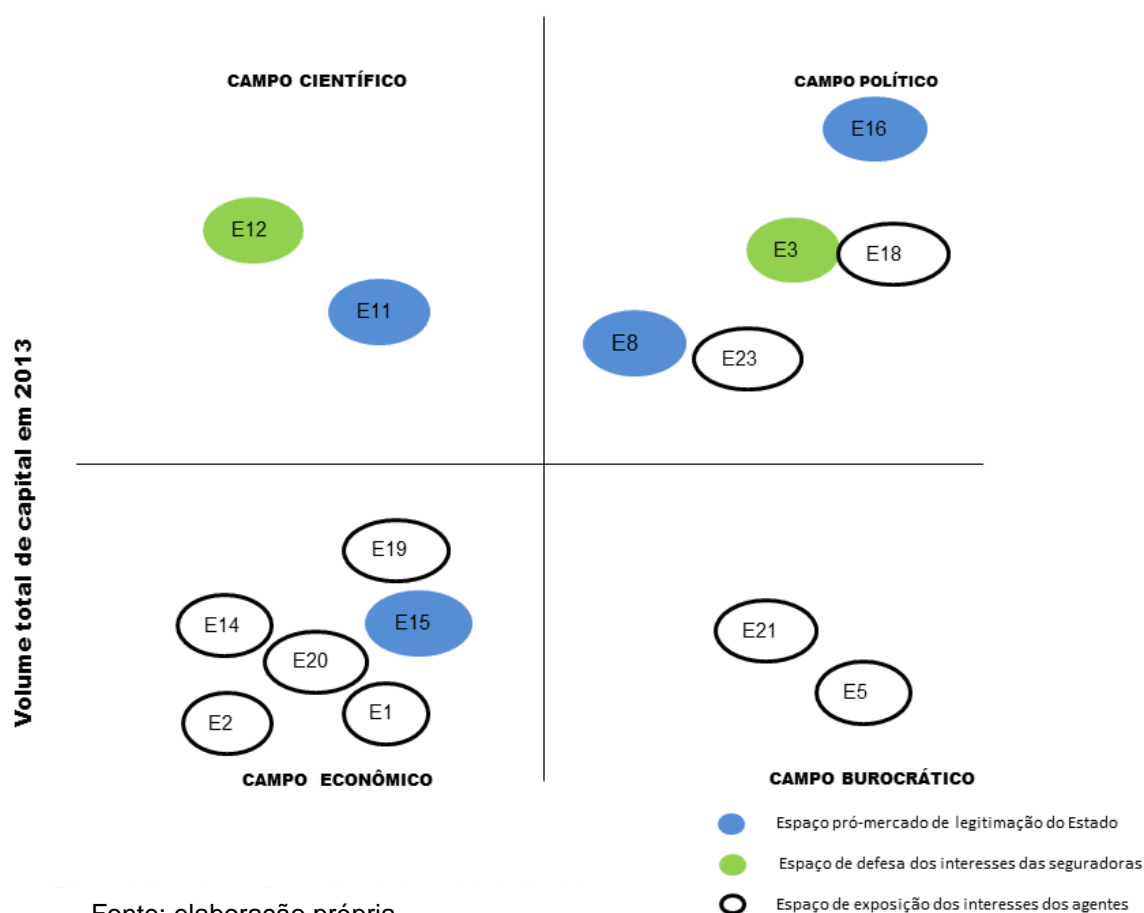
Para outros quatro agentes, na aparência, o Conselho era um espaço de negociação, mas a correlação de forças era favorável aos interesses pró-mercado, legitimados pelos representantes do Estado. Dois destes agentes estavam, em 2013, no campo político, um no campo científico e outro no campo econômico, esta tomada de posição não fazia diferença entre os interesses dos seguradores e dos prestadores.

De acordo com nove dos agentes entrevistados o Conselho constituía-se como um espaço de diálogo, porém não de tomadas de decisão, ou seja, era um espaço destinado à exposição das visões sobre o sistema e dos interesses dos agentes. A maioria dos agentes pertencentes ao campo econômico tem esta tomada de posição sobre o Conselho (Figura 6).

Sí, fue una instancia útil, no tan útil como debería ser, pero es que era una instancia útil dentro de un sistema perverso, entonces una instancia útil en un sistema perverso ¿Sirve para qué? Yo creo que se acabó, simplemente, se acabó precisamente por eso, porque se vio que no estaba sirviendo para mayor cosa. E17 (Médico, Presidente da Academia Nacional de Medicina).

Como consequência do crescente conflito de interesses gerado no Conselho, este foi substituído pela Comissão de Regulação em Saúde (CRES) criada pela Lei 1122, em 2007. A CRES só iniciou suas atividades em 2009. Esta comissão era constituída pelos Ministros da Proteção Social e da Fazenda e por mais cinco especialistas comissionados nomeados pelo Presidente da República. Os comissionados eram escolhidos entre uma lista de candidatos elaborada por diferentes associações, como a Associação Colombiana de Universidades, a Associação de Usuários e a Associação de Profissionais da Saúde. Com a criação da CRES se pretendia superar a influência de interesses particulares no colegiado regulador do sistema de saúde, tendo em vista que esta era uma unidade organizacional especial com autonomia administrativa, técnica e patrimonial anexa ao Ministério da Proteção Social. A proposição de comissões dessa natureza visa produzir um discurso universal, ou seja, reconhecido por todos através do Estado, como legítimo.

Figura 6 – Tomada de posição sobre o Conselho Nacional de Seguridad Social conforme posição e volume total de capital dos agentes do espaço do sistema de saúde, na Colômbia em 2013.



Y ahí en el Consejo salieron las primeras cosas grandes de todo lo que es el sistema de salud, que después en el gobierno pasado ya como que no les gustó y lo cambiaron por la CRES, entonces yo pienso que a los Ministros no les gustaba tener una cosa grande ahí complicada de manejar, entonces dijeron mejor adoptemos el tema de la CRES, Comisión de Regulación, que eso es como más chévere porque era nombrar cinco sabios ahí que pontificaran sobre la cosa, pero esa parte de la concertación sobre la seguridad social, eso desapareció, le quitaron todas las funciones de dirección y concertación. Pusieron a funcionar la CRES, a fines del 2009 empezó a funcionar pero después tuvo problemas. Mejor dicho no dio resultado y la eliminaron hace dos años y ahora lo hace el Estado. E4 (Advogado, Professor Universitário).

Me da mucha tristeza y yo se lo dije al Ministro que el Consejo lo cambiaron por una Comisión de cuatro personas, sin representación de todas los actores de la seguridad social, me parece que fue un gran error y creo que en las próximas reformas seguramente rehacen el Consejo Nacional de Seguridad Social porque como es ahora no es tan eficiente ni tan democrático porque creo que acabamos más

bien imponiendo lo que el gobierno ha deseado. Conmigo el gobierno no quiso ni pretendió imponer nada, porque yo no hubiera permitido eso, yo tenía que sacar conclusiones con el consentimiento de todos los actores y bueno cuando no nos poníamos de acuerdo, entonces ganaba la mayoría. E3 (Médica, Diretora Executiva de Acemi, Ministra da Saúde do governo Samper, Diretora Executiva Federação Nacional de Departamentos).

As funções da CRES estavam relacionadas à definição do plano de benefícios, da UPC e à análise do sistema de seguro em saúde, porém não foi responsável pela administração do FOSYGA, que passou do Conselho Nacional de Seguridade Social para o Ministério da Saúde. A CRES também enfrentou problemas para desenvolver sua função como reguladora do sistema, no entanto esta instância conseguiu fazer a primeira atualização do plano de benefícios e os primeiros cálculos atuariais para o cálculo da UPC, além de adiantar o processo de igualação dos planos de benefícios dos dois subsistemas. Prematuramente, em 2012, a CRES foi extinta pelo Presidente Juan Manuel Santos, passando para o Ministério da Saúde suas funções e funcionários.

Bueno aquí hay una diferencia y es que la CRES a diferencia del Consejo que era *ad honorem*, la gente venía y se reunía esporádicamente pero cada uno tenía su trabajo, estaban los Ministros, los secretarios de salud, los dirigentes gremiales o de las clínicas o de las asociaciones médicas, en fin, pero trabajaban sin pago. En la CRES los cinco expertos eran pagados y no tenían otros cargos en otras áreas, eran pagados para eso y además ellos tenían un gran *staff* de asesores también pagado, en ese sentido eso fue muy positivo para la CRES, porque el Consejo no tenía eso. Todos los estudios todos los elementos los tenía que aportar el ministerio. Y esa era la crítica que se hacía que el consejo dependía mucho de la información que le suministraba el ministerio. La CRES tenía en ese sentido más autonomía pero entonces eran unas personas que se sometían a un concurso y al final eran nombradas, no representaban ninguna universidad, ni una entidad particular. E5 (Médico, Vice-ministro da Saúde, Presidente do Instituto de Seguro Social, Técnico do Ministério da Saúde).

Em relação à regulação do espaço do sistema de saúde na Colômbia, a partir da formulação da Lei 100, observa-se a pressão exercida por diferentes agentes para ter um ente colegiado para tomada das decisões. Neste sentido, foram realizadas duas tentativas que não se fortaleceram nem se mantiveram no tempo, tanto o Conselho Nacional de Seguridade Social como a CRES foram acusadas de falta de autonomia e de estarem dominadas pelo executivo na figura dos Ministros da Saúde/Proteção Social e da Fazenda (VANGUARDIA, 2012). Além disso, depois

da extinção desses dois colegiados, continuaram as críticas de agentes do campo econômico acerca do “domínio” exercido pelo estado sobre eles. Chama a atenção como poucos consideram que estes grupos colegiados não são necessários e que suas funções deveriam ser realizadas pelo Ministério da Saúde (VANGUARDIA, 2012).

Neste sentido a posição do Estado, enquanto detentor do metacapital, foi favorável aos interesses do campo econômico no espaço do sistema de saúde na Colômbia, pois compartilhou sua função regulatória com os próprios agentes regulados. Em outra perspectiva, os agentes do Estado legitimaram os interesses das seguradoras quando produziram o discurso universal. Nessa tentativa, a regulação compartilhada se limitou aos aspectos econômicos relativos ao seguro de saúde e ao espaço colegiado, tanto do Conselho Nacional de Seguridade Social quanto da CRES, que acabaram por constituir-se como objetos em disputa.

8.2.2 Vigilância e controle do seguro de saúde

Outra função própria do Estado nos sistemas de saúde, a vigilância e o controle dos agentes do sistema, é desenvolvida na Colômbia pela Superintendência Nacional de Saúde. Esta instituição foi criada em 1977 como Superintendência de Seguros de Saúde com o objetivo de exercer vigilância e controle sobre as instituições públicas de seguro social (ISS, CAJANAL, CAPRECOM). Posteriormente, com a formulação da Lei 100, foi modificada para controlar e vigiar as empresas seguradoras em saúde públicas e privadas.

Constam, dentre as funções exercidas pela Superintendência, autorizar o funcionamento das empresas seguradoras públicas, privadas e mistas e verificar o cumprimento da prestação do Plano de Benefícios aos filiados (Lei 100, Art. 230). Esta instância determina o capital mínimo que devem ter as seguradoras para serem autorizadas e o número mínimo de filiados, vinte mil pessoas para o subsistema contributivo e cinco mil para o subsistema subsidiado. Para continuar funcionando, as seguradoras do subsistema subsidiado devem aumentar o número de filiados em até duzentos mil nos primeiros três anos de funcionamento.

A Superintendência de Saúde realiza o controle dos valores declarados pelas seguradoras e tem a função de punir aquelas que não cumpram a Lei 100 (Art. 220). Além disso, possui a função de responder as queixas e as reclamações dos

usuários em relação às seguradoras e prestadoras. O Superintendente da Saúde é nomeado pelo Presidente da República com assessoria do Ministro da Saúde. A Superintendência foi reestruturada em 1994 (Decreto n. 1259), em 2000 (Decreto n. 452), em 2007 (Lei 1122) e em 2013 (Decreto 2462). Segundo o estudo de Harvard, citado anteriormente, esta instituição também era frágil, considerando que, entre outros fatores, seus funcionários de maior nível tinham alta rotatividade, ocupando os cargos por, em média, seis meses a um ano. Situação que prejudicava o planejamento estratégico e o cumprimento de suas funções.

Era una superintendencia absolutamente incipiente. Empezamos un proceso de gestión con cinco directores y 225 funcionarios en carrera, todos acostumbrados a hacer las cosas de una forma arcaica, paleozoica, de una manera que no entendían lo que el sistema necesitaba en control. Fue una época muy difícil, se intentó hacer reestructuración incluido con la Presidencia de la República y los caudillos políticos, padrinos de los funcionarios de los jefes de división y todo lo demás, que estaban en la Superintendencia hicieron una gestión y ocuparon todos los puestos. En la Superintendencia tuvimos la oportunidad, desde la dirección de calidad, de plantear toda la metodología para revisar lo que en ese momento era el sistema de seguridad social, que era la implementación de EPS, IPS para ver cómo se estaba haciendo. Y nosotros tuvimos la oportunidad de diseñar el primer sistema de evaluación y seguimiento a EPS, de metodología de visitas y todo lo que era el sistema de medición de indicadores. E7 (Médica, Técnica do Ministério da Saúde, Diretora de GESTARSALUD).

Os gestores do sistema de saúde, a nível regional e nacional, concordam que a centralização da Superintendência Nacional de Saúde dificulta à análise das queixas dos usuários, assim como a punição que esta deve fazer às instituições do sistema (MOLINA & SPURGEON, 2007 p. 184). Do mesmo modo, Molina (2010) evidenciou um alto volume de queixas de usuários e de prestadoras em relação aos abusos cometidos pelas seguradoras privadas, as quais não são controladas nem sancionadas efetivamente. As instituições de vigilância e controle institucional estão permeadas pelo clientelismo e pelos interesses de diferentes agentes, gerando conflito em todos os níveis de governo.

Digamos que el municipio tiene unas herramientas muy limitadas con relación a las EPS, sobre todo contributivas, porque salvo algunos elementos de vigilancia y control, que de todos modos son delegados por la Superintendencia, no tienen más que el instrumento de concertación, no tienen mucho poder como municipio. Ahora, si la Superintendencia cumpliera muy bien su función no lo necesitaría porque ellos tienen la posibilidad de hacer todos los seguimientos

pero muchas veces no tienen la posibilidad de sancionar, entonces pueden hacer la inspección y vigilancia pero no pueden ejercer el control que es la sanción. Entonces cuando uno no tiene los dientes pues te toman del pelo. E15 (Médico, Gerente de aseguradora e Diretor de Saúde de Asocajas).

Existe predomínio de processos de auditoria de contas apresentadas pelas seguradoras às prestadoras, em resposta, as prestadoras realizam auditorias internas para evitar glosas, o que causa luta constante entre auditores de seguradoras e prestadoras. Também foi identificado desvio dos recursos da saúde para programas ou projetos que geram lucro e benefício pessoal ou para partidos políticos, além disso, algumas seguradoras privadas usam recursos da saúde para financiar empresas próprias, como construtoras de instituições de saúde, distribuidoras de produtos hospitalares etc. (MOLINA, 2010, p. 112).

Esa eficiencia mal concebida llevó a que se dismantelaran las instituciones no solamente desde el punto de vista de hospitales públicos, sino entes territoriales generándose ya toda una contratación paralela por prestación de servicios que evita que haya muchas veces sentido de pertenencia, que evita que el caso de los entes de control tengan precisamente el control de sus responsabilidades y en este caso y vuelvo y te repito el manejo dado por la Superintendencia en donde lamentablemente en muchos periodos de tiempo ha sido una superintendencia politizada. Y cuando ha sido política pues por obvias razones no hay una transparencia en el manejo, sino dependiendo del actor. Entonces se revisa o se sanciona. Incluído lo podría analizar, en el histórico de sanciones por incumplimiento la parte normativa, la parte de EPS y uno diría que es casi nulo porque son procesos eternos que en últimas terminan cayéndose por cualquier cosa pero no se han sancionado. Y pues obviamente la parte económica, el poder económico, si uno mira quienes componen, o quienes están detrás de las EPS la mayoría tienen unos grupos económicos fuertes pues eso ha generado un cambio de rol o incluidó el mismo manejo que el gobierno le ha querido dar. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

A Superintendência de Saúde teve, entre 1993 e 2013, alta rotatividade de suas lideranças, maior que o número de Ministros da Saúde, isto pode explicar a falta de continuidade nas diretrizes desta agência e as disputas pela orientação que deve dar-se a esta instituição, fundamental para o controle efetivo das empresas seguradoras e prestadoras. Neste sentido, dificulta-se o exercício da função de vigilância e controle do Estado pelas limitações impostas por instituições como a Superintendência Nacional de Saúde, estas, por sua vez, apresentam dificuldade

para processar as queixas dos usuários e punir as instituições objeto das irregularidades (MOLINA, 2007).

As outras instituições que possuem a função de vigilância e controle são o Instituto Nacional de Saúde e o INVIMA. O Instituto Nacional de Saúde é o coordenador técnico e operador das redes de vigilância epidemiológica e de laboratórios, tem a função de analisar a situação de saúde da população colombiana e fazer propostas de políticas para a tomada de decisão no sistema de saúde (COLÔMBIA, 2016). Pode-se afirmar, a partir dos dados analisados, que a participação deste agente no espaço do seguro de saúde foi mínima e limitada à emissão dos boletins epidemiológicos, não cumprindo, portanto, as respectivas funções estabelecidas pelas leis do espaço do seguro de saúde. Vale ressaltar que para cumprir tais funções seria preciso informação das prestadoras e seguradoras. Neste sentido, observa-se como o Estado se limita a ditar a norma, mas não a executa, tendo uma ação limitada e imperando na omissão de sua função.

Por sua vez, o INVIMA, segundo a Lei 100 (art. 245), tem o papel de inspeção, vigilância e controle de medicamentos, produtos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos, elementos médicos-cirúrgicos, odontológicos, homeopáticos, de biotecnologia e de diagnósticos que possam exercer impacto na saúde individual e coletiva (COLÔMBIA, 1993). Este agente é fundamental, pois, como será demonstrado posteriormente, o gasto relacionado à compra de medicamentos biotecnológicos resultou na intensificação da crise econômica do sistema, sem que fossem adequadamente demonstrados seus benefícios. Novamente, o Estado se limitou a elaborar a norma sem fazer o investimento necessário para poder vigiar e controlar os agentes econômicos.

A partir da construção teórica do Estado, elaborada por Bourdieu, e da análise do Estado colombiano, enquanto agente de regulação, vigilância e controle do espaço do sistema de saúde, evidencia-se que este, na qualidade de detentor do metacapital, detém um campo do poder com instituições frágeis e normas que, desde a própria Constituição e das Leis dela derivadas, deixam brechas para duplas interpretações. Tais interpretações tendem a favorecer em primeira instância os agentes com maior capital econômico e político. No caso da regulação e controle do espaço do seguro de saúde, a política do Estado colombiano tem sido de ação para impor um sistema mercantilista e de omissão, enquanto não defende a primazia do direito cidadão, em disputa com o capo jurídico. Esse campo do poder ou espaço de

relações de força entre os agentes providos de maior capital está dominado pelos agentes do campo econômico.

Por outro lado, as ditas brechas permitiram o fortalecimento do exercício efetivo do direito à saúde, porém, somente após longas lutas individuais e coletivas. Nesse sentido foi necessária a intervenção de agentes alocados, tradicionalmente, fora do espaço do seguro de saúde, como os agentes do campo jurídico.

8.3. DIREITO À SAÚDE E MERCADO DE SEGUROS DE SAÚDE

Na medida em que o espaço do sistema de saúde, constituído a partir da Lei 100, estruturou-se, começou a ser evidente a crise gerada pela confrontação entre os diferentes agentes, prestadores, seguradores, usuários e o campo judiciário. Este último, entrou no espaço espaço do seguro de saúde como consequência da exigência massiva que os cidadãos, usuários dos seguros, começaram a fazer em prol da garantia do direito aos serviços de saúde. Direito este que tem sido negado sistematicamente pelas seguradoras e prestadoras, negando serviços incluídos no plano de benefícios.

A tutela é um mecanismo jurídico estabelecido na Constituição de 1991 para garantir os direitos fundamentais. No caso da saúde, não definida como direito fundamental na Constituição, foi entendido pelo campo jurídico que a negação de serviços de saúde atentava contra o direito fundamental à vida e, por esse motivo a tutela poderia garanti-lo.

Para que le den a una persona lo que necesita, en muchos casos es necesario acudir al mecanismo de la tutela, que es un mecanismo jurídico, que no debería usarse en la salud, porque se supone que la atención a la salud debería hacerse, sin que hubiera necesidad de acudir a los jueces para que decretaran esos servicios. E17 (Médico, Presidente da Academia Nacional de Medicina).

La gente ha entendido que tiene un derecho, entonces yo creo que si uno dijera, venga ¿que hizo de bueno la ley 100? Hacer entender a la gente que tiene un derecho a la salud, ya la gente no va a ningún hospital a pedir un favor, sino a reclamar lo que tiene derecho. Y tal vez, por eso todas las tutelas y la exageración también que se dan de pedirle todo al sistema, pero yo creo que eso sería lo bueno. ¿no? El que hubiéramos entendido que era un derecho. E21 (Dentista, Assessora do Vice-ministério da Saúde).

A definição de saúde na gênese da Lei 100 não reconheceu a saúde como direito fundamental, mas sim como direito de segunda geração e serviço público.

Somente após vários anos de ações de tutela e do pronunciamento de instituições do poder judiciário, como a Corte Constitucional, a Procuradoria e a *Defensoria del Pueblo*, finalmente, em 2015, na Lei Estatutária 1751, o Estado reconheceu a saúde como direito fundamental.

Antes en este país no había derecho y hoy no hay derecho, nunca ha habido derecho. También es algo que hay que explicarle a la gente, no queremos lo de antes, yo no quiero los hospitales públicos ineficientes, ni nada de eso, quiero el derecho y el derecho es otra cosa, no es lo que había antes ni lo que hay ahora. E8 (Filósofa Grupo Fergusson, liderança do Movimento Nacional pela Saúde).

Es que nosotros mismos nos hemos encargado de mitificar el sistema, porque el problema no lo generó la tutela. El gran error de la Ley 100, es la falta de articulación del gobierno central para fijar las políticas únicas de los manejos de los actores. Dejó unos espacios abiertos y unos vacíos que algunos actores de toda la cadena de las EPS, de las clínicas, de algunos médicos, de algunas industrias permitieron los abusos, porque es claro que aquí hubo abusos. E14 (Médico, Diretor de serviços de EPS, Presidente de EPS, Consultor Ministério de Saúde).

No final da década de 1990 já era significativo o número de demandas judiciais contra as seguradoras pela falta de autorização para realizar exames especializados, cirurgias cardiovasculares, oftalmológicas e ortopédicas e para subministrar medicamentos incluídos no plano de benefícios. Isso acontecia mesmo nos casos em que os usuários cumpriam com as cem semanas de carência exigidas pela lei. Neste sentido, a Corte Constitucional exerceu um importante papel ao obrigar a estas empresas e ao Estado a garantir o direito à saúde, primeiro de forma individual e, em seguida, de forma coletiva na Sentença T-760 de 2008.

Aquí seguimos pensando que lo de la tutela es una cosa mala, como dicen los del modelo y resulta que no, es una válvula de escape a través de la cual la gente pudo hacer valer su derecho. Si el modelo hubiera sido perfecto, o muy bueno ¿Para qué tutelas? Si tú vas al médico con todo lo que te dicen, y te dan tu medicamento ¿Cuál es el problema? Se presentará una excepción, pero aquí fue la excepción la que se volvió de moda. Yo por ejemplo, a la tutela le atribuyo, a pesar de que no es la maravilla, le atribuyo cosas tan buenas como estas, hay una cultura de que esa es la forma, de que esa es la válvula de escape. E4 (Advogado, Professor Universitário).

Com a implementação da Lei 100 apareceram as dificuldades para o exercício real do direito à saúde por conta do papel de intermediação das seguradoras e de seus interesses econômicos. Em 1997 os usuários diagnosticados

com AIDS já tinham começado as ações judiciais, na forma de tutelas, contra seguradoras dos dois subsistemas e contra empresas de medicina suplementar, pois estas se negavam a dar medicamentos e tratamentos específicos (EL TIEMPO, 1997). Outra situação apresentada nessa época foi a tentativa, por parte de seguradoras e empresas de medicina suplementar, de exigir exame de HIV negativo para filiação ao seguro de saúde. Estas empresas alegavam que enquanto seguros não tinham por que oferecer tratamento para doenças adquiridas antes da filiação. Isto gerou ações da Liga de Luta contra AIDS, entidade que assessorava os pacientes na exigência de seus direitos frente às seguradoras (EL TIEMPO, 1998).

Uno lo que percibía en la parte que yo manejaba eran muchas barreras de acceso por el tema de sistemas de información, inicialmente hubo muchas dificultades, digámoslo así, porque las personas no aparecían en bases de datos, porque aparecía en mora, porque aparentemente la empresa lo había retirado. Entonces veía uno digamos como barreras para el usuario en ese sentido y pienso que en el surgimiento de la ley 100, para esa época, no se vieron tanto las barreras de acceso que hay o que se generaron más adelante en el transcurso de la implementación de la ley 100, toda vez que la gente no sabía bien como que derechos tenía. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

A *Defensoria del Pueblo*, instituição colombiana que tem a função de fortalecer a efetividade dos direitos humanos, elabora, periodicamente, desde 2004, o informe “*La tutela y el Derecho a la Salud*”. Nesta série são publicados os dados relacionados à negação do direito à saúde e suas respectivas consequências para a saúde, a vida e a integralidade dos colombianos. Até 2004, eram colocadas anualmente, em média, sessenta mil ações de tutela exigindo serviços presentes no plano de benefícios, os quais são pagos com recursos públicos na forma de UPC. Mais de 87% dos casos foram julgados a favor dos usuários, sendo que o desfeito dos 13% restante, na maioria das vezes, foi morte do usuário ou acordo com garantia pela seguradora antes da decisão judicial (COLÔMBIA, 2004).

Esta potestad de negar servicios o posponerlos por mil mecanismos burocráticos y el incentivo perverso implícito, que supone la posibilidad de ganar más dinero en la medida que no se autoricen o se pospongan las autorizaciones de atención especializada o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en especial de medicina de alta complejidad, es la causa fundamental de las denuncias públicas y de los millones de tutelas presentadas por los ciudadanos ante la justicia por el derecho a la salud y la vida, para exigir la prestación de servicios (COLÔMBIA, 2009).

No caso de doenças com alta prevalência, como a diabetes, a CRES (Acordo n. 08) incluiu, somente até 2009, a insulina cristalina e a insulina humana recombinante no plano de benefícios, sendo que estes medicamentos são fundamentais para o tratamento desta doença. Antes dessa data, para oferecer tais medicamentos, as seguradoras faziam *recobros*⁵⁷ ao FOSYGA. Ainda, muitos destes *recobros* realizados pelas seguradoras incluíam medicamentos que estavam no plano de benefícios e, portanto, deveriam ser garantidos pelas seguradoras e não cobrados do FOSYGA.

Entonces en las leyes de reformas de salud que se han hecho se crearon los Comités Técnico- Científicos y después se crearon unas juntas en la Superintendencia para que no haya tutelas. Se llegó a decir en una ley, porque las EPS resultaron estimulando las tutelas, “es no POS pero vaya ponga la tutela y cuando traiga la tutela yo le cobro al Ministerio”. Entonces se llegó a decir que si las EPS estimulan las tutelas entonces pagan la mitad como sanción, la gente se ríe de eso, cuando le dicen, espere el Comité Técnico Científico, la gente dice no, y las mismas EPS le dicen, vaya ponga la tutela, tráigame la tutela y yo ahí sí (le da el servicio), porque le puedo cobrar al que tiene plata (FOSYGA). E4 (Advogado, Professor Universitário).

Em 2008, segundo o Ministério da Saúde, 73% das insulinas recobradas pelas seguradoras ao FOSYGA por meio dos CTC ou de ações de tutela estavam inclusas no plano de benefícios (REY & GONZALEZ, 2012, p. 242-243), isto significa que deveriam ser garantidas pelas seguradoras, mas estas repassavam o custo do pagamento ao FOSYGA. De igual forma outros insumos necessários para o tratamento dos pacientes diabéticos, como glicômetros, seringas, lancetas e tiras não estavam garantidos pelo plano de benefícios e eram os insumos mais recobrados ao FOSYGA no período de 2002 a 2005 (REY & GONZALEZ, 2012, p. 244).

Pesquisas da Procuradoria e da Universidade Javeriana evidenciaram que os *recobros* por procedimentos e medicamentos incluídos no plano de benefícios passaram de 200 bilhões, em 2005, para 3,1 trilhões, em 2010 (EL COLOMBIANO, 2015). Esses exemplos evidenciam as consequências da falta de regulação e de normatização, além da falta de vigilância e controle às seguradoras e prestadoras, sendo esta uma das causas da crise financeira do sistema, já que os agentes do

⁵⁷ Recobro é o procedimento feito pelas seguradoras ao FOSYGA para cobrar serviços que foram oferecidos aos usuários e que não estão inclusos no plano de benefícios no sistema de saúde colombiano. Este procedimento foi regulamentado em 2006 pela resolução n. 2933.

campo econômico encontraram mecanismos para cobrar cada vez mais serviços do FOSYGA portanto do próprio Estado mais uma vez e se livrar de suas responsabilidades frente aos pacientes.

En Saludcoop digamos que inicialmente fue un trabajo donde se buscaba siempre la racionalidad en el gasto pero una racionalidad pues, por la filosofía que siempre he tenido y el equipo con el que yo he trabajado es que al usuario se le de lo que se le debe dar, ni más ni menos. Pero con el pasar del tiempo, yo después de tres años de estar en la empresa me di cuenta que empezaron a generar abusos. Por decir algo, en el sentido de que empezaron a dilatar procedimientos. Nosotros inicialmente iniciamos en ese tercer año a recibir la instrucción de que en diciembre no se debía autorizar absolutamente ningún procedimiento quirúrgico, obviamente estamos hablando de procedimientos que no eran urgentes, ¿no? Estamos hablando de cirugías programadas, pero igual no se debían autorizar. Entonces digamos que en ese momento no hubo tanto estrés, porque en últimas en diciembre la mayoría de gente no quiere operarse y baja la demanda de servicios, entonces como que no fue complicado. [..]Y luego entonces el tema de autorizaciones, ya no era en diciembre sino noviembre precisamente para cerrar estados financieros con mayores recursos digámoslo así porque posteriormente esos eran entregados y distribuidos por ser una cooperativa entre todos, pero entre todos es que obviamente el presidente era quien tenía como la mejor parte digámoslo así. El último año ya no fue en noviembre sino octubre cuando ya obviamente el tema, o sea, la negación de servicios y las barreras que se estaban colocando para el usuario, digamos eran cada vez mayores con el propósito, como te digo, de generar mayores recursos para la EPS. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

O sistema de saúde colombiano impõe a muitos pacientes uma série de trâmites, exigências administrativas, financeiras ou jurídicas para acesso aos serviços de saúde. Frente a esses itinerários burocráticos, os pacientes se vêm obrigados a interpor ações judiciais, dentre as quais está a ação de tutela. Abadia (2008) encontrou que a tutela representa somente 30,3% dos casos levados ao poder judiciário pela negação do direito à saúde. Desta forma, os dados alarmantes relacionados ao aumento exponencial das ações de tutela, reportados pela *Defensoria del Pueblo*, representam apenas uma fração dos mecanismos legais aos quais os colombianos recorrem para acesso e cobertura dos serviços de saúde.

Se comete el primer error y es judicializar la salud, el juez decide pedir a la EPS que le dé eso que necesita al paciente y después le deposita el FOSYGA, prueba de lo anterior es que los recobros por no POS crecieron del año 2002 al año 2010 de 20 mil millones de

pesos a 2.3 billones de pesos, es decir, de 20 mil a 2.3 billones, eso es 118 veces, en el curso de 8 años y la pendiente era una pendiente pues bastante empinada. Entonces era un sistema bien definido, bien diseñado, pero que le faltó administración por falta de gerenciamiento. Los problemas que eran pequeños se volvieron problemas grandes, empezó un problema de flujo de recursos que es claro, que además lo que hizo fue polarizar más los actores. E19 (Médico, Presidente de EPS)

Na Colômbia não há estudos sobre os casos de negação de serviços para pessoas que não têm acesso aos mecanismos judiciais de exigibilidade e, portanto, sofrem sem alternativa as consequências da negação dos serviços, como complicações no estado de saúde, incapacidade permanente e provável morte. Por outro lado, estudo revelou que a falta de diagnóstico oportuno de doenças de interesse em saúde pública como a tuberculoses tem ocorrido no sistema, houve diagnóstico e tratamento em fases tardias da doença. Assim, diminuíram a taxa de vacinação da BCG antituberculose, a procura e a identificação dos contatos, a taxa de cura e o acompanhamento, isto tudo afetando, preferencialmente, a população pobre (ARBELAEZ *et al*, 2004).

Desse modo, a falta de garantia dos serviços contemplados no plano de benefícios pelas seguradoras aos pacientes leva a que os recursos destinados à saúde fiquem restritos a estas empresas, ou, como já demonstrado previamente, sejam direcionados a outras organizações nacionais ou estrangeiras de seguros e resseguros.

También debo decir que a partir del año 2005 ocurrió un cáncer en el sistema que todavía lo estamos viviendo sobretodo en el régimen contributivo y es que la Corte Constitucional decidió y el gobierno aceptó, todos los actores aceptaron, pero se equivocaron, el tema de lo que se llama recobros no POS. El Plan Obligatorio de Salud es cierto, no había crecido y había una presión para que creciera y de pronto dijeron mire en adelante, lo que no está en el POS, ya sea por vía tutela o por vía administrativa que se llaman los Comités Técnico-Científicos, se va a dar también, y entonces el no POS, que no era parte del contrato de las EPS, que son aseguradoras, eso no era parte de lo que tenía que cubrir y pagar la EPS y terminó siendo en buena parte pagado por las EPS, porque se les dijo, sí, no se preocupen, ordénenlo y páguenlo y después dentro de dos meses el FOSYGA les devuelve ese dinero. Pues el FOSYGA había años en que glosaba el 40% y el no POS llegó a ser el 25% del valor del POS, casi todos medicamentos ya de alta gama y eso reventó a las EPS del régimen contributivo y comenzaron a dar perdidas y perdidas y sigue siendo el no POS muy nocivo, son tres billones, dos billones y medio, sigue siendo muy grande, esa es la historia, creo

yo. E2 (Médico, ex-senador, ex-presidente do ISS, consultor internacional e Presidente de ACEMI).

Colombia tiene una herramienta muy importante que es la tutela que es la que ha permitido y garantizado que las personas tengan acceso al derecho a la salud. Sin embargo como muchas de las cosas que ocurren, a veces cuando se convierte casi que en la herramienta de primera mano por todas las barreras que tiene hoy en día el sistema por las dificultades financieras de las EPS nos hemos ido también al otro lado sin que con eso pueda uno decir, como dice el gobierno, que es la causa por la cual el sistema está colapsado y es que hay abusos al sistema de tutelas y abusos es, muchas veces por desconocimiento de los jueces y por obviamente muchas negligencias que ocurren. Entonces, vuelvo y repito es un sistema en donde le falta trabajar mucho. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

Como consequência do elevado número de tutelas relacionadas com a exigibilidade do direito à saúde, a Corte Constitucional ditou, em 2008, a Sentença T-760. Nesse documento foram analisados os problemas estruturais do sistema de saúde e ordenada a reestruturação da política para garantir o acesso aos serviços, melhorando o funcionamento do sistema. Esta análise evidenciou a inoperância dos CTC das seguradoras, a falta de supervisão da Superintendência e de regulação do sistema. Ordenou ao Ministério da Saúde adotar medidas para superar a falhas de regulação de acesso aos planos de benefícios, a unificação dos benefícios para os dois subsistemas e a atualização anual (COLÔMBIA, 2008, p. 267)

No histórico das tutelas relativas ao direito à saúde observa-se seu incremento contínuo até 2008, ano da sentença T-760, apresentando uma diminuição nos anos de 2009 e 2010, mas voltando a aumentar, paulatinamente, nos anos subsequentes (Tabela 5). As tutelas relacionadas à saúde corresponderam, em média, a 30% do total de tutelas interpostas pelos colombianos no período de 1999 a 2014, somando 1.323.292. Em 2014, 83,2% das tutelas foram definidas a favor do demandante e, complementarmente, os outros 16,8% foram negadas por fato superado ou por morte do demandante, assim mostra-se evidente a pertinência deste procedimento jurídico.

Entonces los que hicieron el modelo nunca pensaron en que iba a pasar con el desarrollo de esos derechos fundamentales a través de un mecanismo estatutario, que no es la maravilla pero ha salvado millón y medio de personas. Entonces eso no se previó, y entonces eso lo que ha dado es la oportunidad a que sean los jueces, que no sabían de esto, ni tenían ni idea, de empezar a todos estos principios y todas estas cosas y a decirle al Estado mire, no se pueden sacar

normas reducidas. Entonces el aporte que le ha hecho la jurisprudencia al sistema de seguridad social, a la salud, es muy valiosa, tanto que si tú miras, por ejemplo, esa última ley 1438 en materia de principios que es lo más elaborado que hay. Hay una serie de principios que están en la sentencia de la Corte, no se puede descontinuar un servicio, no se puede dejar a los niños sin atención, y un poco de cosas, ya están tomados por la legislación, pero eso es el trabajo de la Corte, es el trabajo de los jueces, a los jueces, sin saber de eso, les tocó resolver el problema por una deficiencia del sistema. Si el sistema fuera tan perfecto, las tutelas serian la excepción, pero hoy son la tabla de salvación. E4 (Advogado, Professor Universitário).

Tabela 5 - Histórico de tutelas relativas à saúde interpostas na Colômbia entre 1999 e 2014

Ano	Tutelas relativas ao direito à saúde	Proporção de tutelas de saúde sobre total de tutelas
1999	21.301	24,67%
2000	24.843	18,85%
2001	34.319	25,75%
2002	42.734	29,69%
2003	51.944	34,71%
2004	72.033	36,35%
2005	81.017	36,12%
2006	96.226	37,56%
2007	107.218	37,81%
2008	142.960	41,50%
2009	100.490	27,11%
2010	94.502	23,43%
2011	105.947	26,14%
2012	114.313	26,94%
2013	115.147	25,33%
2014	118.281	23,74%
TOTAL	1.323.292	29,36%

Fonte: COLÔMBIA, 2015

Das solicitações de tutelas por serviços incluídos no plano de benefícios os serviços negados foram: citas médicas especializadas (97,19%), cirurgias (76,07%), procedimentos (50,64%), medicamentos (37,18%) e próteses, órteses e insumos médicos (10,32%) (COLÔMBIA, 2015). Na série histórica observou-se que, entre 2003 e 2014, 45% dos serviços exigidos pela ação de tutela estavam incluídos no plano de benefícios do subsistema contributivo. Já no subsistema subsidiado, evidenciou-se que a negação de serviços incluídos no plano de benefícios aumentou significativamente, sendo maior que 70% desde o ano de 2008 (COLÔMBIA, 2015). Este achado está relacionado com o aumento da cobertura que se deu de forma significativa no subsistema subsidiado neste mesmo período. Se por um lado aumentou a cobertura, as barreiras de acesso administrativas também aumentaram, limitando o acesso aos serviços garantidos pela lei.

Entonces en el nivel de la microeconomía, de lo que pasaba a nivel local, no solamente por allá en el municipio de Soledad, sino lo que pasaba a nivel micro entre la clínica que ofrece un servicio No-POS o

digamos obligado por tutela. ¿Cuál era el incentivo allí? Era el incentivo de cobrar más, de darle ventaja al juez, entonces todos esos incentivos a nivel micro fueron distorsionando y fueron haciendo difícil en alguna medida, digamos el funcionamiento de la arquitectura macro. Y claro, después de 25 años, y si tú no le pones control, pues difícil, entonces se acumulan y se vuelven errores acumulativos. E6 (Filósofo Presidente de EPS).

Por outra parte, este procedimento jurídico da tutela também começou a ser usado com intenções mercadológicas por diferentes agentes do campo econômico, como empresas prestadoras de serviços e por farmacêuticas. Além disso, os pacientes começaram a usar esta estratégia para garantir os serviços não incluídos no plano de benefícios que deveriam ser pagos pelo FOSYGA. Ao longo do tempo, esta situação levou ao aumento da exigência desses serviços com o consequente impacto negativo na estabilidade financeira do fundo, mais uma vez pago pelo público.

Se tiene que mejorar la regulación de las EPS y debe haber mecanismos como la tutela para hacer cumplir a estas empresas. Pero hay tutelas que son para forzar al sistema a que provea servicios que no están contemplados en el POS y como por lo general se fallan a favor del paciente, la EPS tiene que brindar la atención y el Estado paga. Esto encarece tremendamente el costo de la salud y beneficia a unos pocos en detrimento de un mejor servicio para la mayoría. En estos casos la tutela crea incentivos perversos tanto a los pacientes como a las EPS, porque los jueces, al considerar casos individuales, no aceptan los límites de lo que puede efectivamente cubrir el POS. E26 (Médico, ex-diretor de serviços de saúde de seguradora pública, ex-secretário Municipal e Estadual de Saúde).

Se por um lado as ações jurídicas são a última opção que têm os cidadãos colombianos para exigir a prestação de serviços de saúde incluídos e não incluídos no plano de benefícios, por outro, mecanismos como tutelas e *recobros* (procedimentos garantidos pelo Estado) são usados pelas seguradoras para aumentar seu lucro individual e burlar seus compromissos com os pacientes. O Estado cumpre sua função nas atividades classificatórias de pessoas (pobres, não pobres), de serviços (incluídos e não incluídos no plano de benefícios), de recursos (valores *per capita* dos subsistemas subsidiado e contributivo) e de universalização da *doxa* do comportamento econômico racional na saúde. A *doxa* é o ponto de vista dos dominantes que se apresenta como ponto de vista universal. Universalizou, também, o cálculo econômico e o cobro por cada ação de saúde realizada, isso para garantir a construção do mercado de seguros e de serviços de saúde e o lucro das

seguradoras e prestadoras, que veem no Estado e nos recursos públicos a fonte infinita do almejado lucro econômico.

O Estado, neste caso o Estado colombiano detentor do monopólio da força física e simbólica legítima foi aquele que através dos seus atos e dos seus agentes constituiu um ponto de vista econômico, baseado no procedimento como a forma legítima e universal de oferta de serviços de saúde. Estes agentes conforme descrito anteriormente têm migrado do campo burocrático para o campo econômico e vice-versa. Isso revela a construção de um discurso universal a partir de interesses específicos do *habitus* do campo de origem.

Por fim, a entrada de agentes do campo jurídico se fez necessária para garantir de forma individual e coletiva o direito à saúde e ampliar os limites postos pela Lei 100. A entrada destes agentes tem reconfigurado esse espaço no sentido de alterar as regras de jogo favoráveis ao pólo dominante. Contudo há dúvidas sobre a transformação da *doxa* baseada na oferta de serviços de saúde pelos seguros privados.

8.4 O FIM DAS SEGURADORAS PÚBLICAS CONTRIBUTIVAS

Como consequência do avanço da lógica mercadológica da Lei 100 e das limitações institucionais do Estado na consolidação do espaço do seguro de saúde na Colômbia, as seguradoras públicas contributivas responsáveis pela saúde e pela previdência, como o ISS e a CAJANAL, tiveram uma trajetória que as levou, irremediavelmente, à extinção no período de governo de Álvaro Uribe. Numa primeira fase, essas empresas que eram, ao mesmo tempo, administradoras de aposentadorias, seguradoras e prestadoras de serviços de saúde, foram divididas em empresas que cumpriam cada uma dessas funções separadamente.

Na sua trajetória, estas instituições não conseguiram fazer as transformações institucionais necessárias para serem “eficientes”, pois deveriam assumir a lógica gerencial em todos seus processos internos e ter sistemas de contabilidade e de custos como os da empresa privada. Além disso, deveriam superar as práticas clientelistas de favores em troca de vantagens políticas. Por fim sofreram as consequências da falta de política do Estado para fortalecê-las, com as transformações normativas passaram a serem exigidas sem ser apoiadas para as mudanças necessárias. Para elas, a política do Estado foi de omissão de sua

função, abandonando-as a sua própria sorte, ou, em determinados casos, aprofundando as suas desvantagens no espaço do sistema de saúde, pois estas instituições não tinham como ser competitivas frente as seguradoras privadas. A única seguradora pública que sobreviveu, até o final do período em análise nesta pesquisa, foi CAPRECOM no subsistema subsidiado, porém com muitos problemas de clientelismo e uso inadequado de recursos. As outras seguradoras públicas subsidiadas que permaneceram foram empresas criadas pelos governos das províncias.

El presidente Gaviria me nombró su representante en el Consejo Directivo del Seguro Social, cuando la etapa de transición, en ese momento Colombia tenía un prurito de reformas profundas después de la Constitución del 91. Queríamos reformar todo y de hecho se reformó mucho, ese ánimo reformista fue el que condujo a una reforma tan profunda en el sector salud, en otras circunstancias políticas o sociopolíticas del país posiblemente no se hubiera dado una reforma tan profunda porque fue cambiar totalmente de modelo. Eso va a ser difícil que se repita porque las circunstancias políticas lo permitieron, las circunstancias políticas permitieron cuestionarse si el Seguro Social estaba funcionando bien y si el Seguro Social debía continuar como venía trabajando como un establecimiento público o si se transformaba en una entidad como se transformó que en ese momento se llamó una Empresa Social e Industrial del Estado. Fue la primera vez que esa palabreja apareció, para que pudiera tener autonomía administrativa mayor y pudiera tratar de ser más eficiente porque el Seguro estaba muy burocratizado. Entonces a mí me tocó eso que coincidió con los debates de la reforma a la ley 100. E12 (Médico, ex-Ministro da Saúde do Governo Samper).

CAJANAL foi transformada em seguradora em 1995 e, em 1998, foi suspensa pela Superintendência Nacional de Saúde. Como consequência, desde essa data, não pôde filiar mais trabalhadores. O motivo da sanção foi a diminuição rápida do patrimônio e a subcontratação de prestadores. No entanto, nesse momento esta instituição não possuía dívidas com os prestadores (EL TIEMPO, 1998). No mesmo ano, CAJANAL se transformou em empresa industrial e comercial do Estado (Lei 490 de 1998), o que significou a implantação dos sistemas de contabilidade e de qualidade. Na época, CAJANAL tinha um total de 460.000 filiados, 3,1% da população do subsistema contributivo.

No ano 2000, CAJANAL tinha dívidas com prestadoras de noventa mil milhões de pesos, sendo que 30% desse valor correspondia a tratamentos de alto custo que precisavam do resseguro (EL TIEMPO, 2000). Só até 2003, CAJANAL foi dividida em CAJANAL seguradora de saúde e CAJANAL administradora de

aposentadorias, isso graças às faculdades especiais que tinha outorgado o Congresso ao Presidente Álvaro Uribe para fusionar, extinguir e criar entidades públicas nesse período. Posteriormente, em 2004, CAJANAL devia ainda setenta e cinco mil milhões de pesos às prestadoras, contando somente com 200.000 filiados (EL TIEMPO, 2004).

Finalmente, CAJANAL foi extinta em 2009 pelo Decreto 4480. Esta seguradora, desde sua transformação para se moldar ao sistema de saúde, apresentou problemas para garantir a prestação de serviços devido a dificuldades para firmar contratos com as prestadoras. Os atrasos nos pagamentos limitavam a rede de serviços que eram disponibilizados aos usuários. Além disso, a demora na autorização de tratamentos e procedimentos de alta complexidade gerou desconfiança nos usuários, levando-os a migrar às seguradoras privadas. A maioria de seus filiados era composta pela população aposentada, idosos e pessoas com doenças crônicas. Essas situações aumentaram o prejuízo ao patrimônio econômico da empresa, levando-a a inviabilidade financeira.

Nosotros tratamos de hacer una disminución importante de EPS, se les aumentó las condiciones, los requisitos de habilitación, mejor dicho casi no autorizamos creaciones de EPS. Esa fue una primera decisión, se incrementaron las barreras para acceso a ser aseguradores del sistema. Segundo, se empezó a promover la fusión de muchas de ellas, sin embargo existían algunas limitantes que no son muy conocidas por la población. Si yo subo rápidamente los condicionamientos financieros de las empresas aseguradoras como lo debía tener, el Seguro Social o CAPRECOM no cumplían, entonces ¿Cómo logro yo? Porque no puedo poner condiciones financieras para empresas privadas y no hacerlas aplicables a empresas públicas, entonces, íbamos a liquidar el Seguro Social pero no lo podíamos hacer de entrada por la dificultad, los costos que eso implicaba en costos económicos y políticos. Entonces nos tocaba hacer un proceso de transición, a medida que voy liquidando el Seguro voy cambiando las condiciones de requerimiento financiero de las empresas aseguradoras. E18 (Médico, ex-ministro da Proteção Social do Governo Uribe).

Por outra parte, o Estado devia ao ISS 58 mil bilhões de pesos em 2001 e essa instituição sofria pelos interesses clientelistas e pela corrupção. Porém, tais problemas não eram amplamente divulgados na mídia. Para além destes aspectos, historicamente os empregadores não cumpriam com os aportes que deviam fazer a esta seguradora, tudo isso agravado pela perda de filiados, passando de dez milhões de pessoas, em 1996, para três milhões, em 2002 (TORRES, 2006). Em sentido inverso, as seguradoras privadas aumentaram de três milhões e meio em

1996 para mais de nove milhões em 2002, triplicando, em curtos seis anos, o número de seus filiados.

Yo quería mucho al Seguro, creía en el seguro y sigo creyendo que el Seguro fue muy bueno, pero cuando llegué allí en la mitad, digamos al año, ya me di cuenta que era inviable, y era inviable por cuenta de la red de hospitales que tenía y por los sindicatos y también debo decirlo por la voracidad de los políticos que querían dominar el Seguro como quieren dominar Caprecom y todo esta cosa. Yo que había sido político los conocía, entonces dije no, este instituto es muy bueno, benemérito, ha hecho mucho bien al país pero si se mantiene con los hospitales este instituto sucumbe, el gobierno le tenía que dar cerca de 500.000 millones anuales de subsidio al Seguro Social para que pudiera subsistir, le estaba saliendo carísimo al país, entonces yo le propuse y eso lo digo con toda claridad, le propuse al gobierno, en ese momento era el presidente Pastrana, el ministro de hacienda era el doctor Santos, por cierto, Juan Manuel, dijimos mire, dividamos al Seguro, quitémosle las clínicas, quitemos las 50 clínicas o cuarenta, mantengamos pensiones, riesgos profesionales porque son muy buenos y mantengamos la EPS hasta donde se pueda. E2 (Médico, ex-senador, ex-presidente do ISS, consultor internacional e Presidente de ACEMI).

El gobierno sabía que de cada 100 pesos que ponía el seguro le tenía que dar 30%, que era mucho dinero a los sindicatos y a las personas. Entonces el gobierno no quería ese modelo y había tratado de muchas maneras de presionar o de digamos, modificar esas condiciones frente al sindicato, pero el sindicato era muy fuerte, en mantener esas condiciones, porque ellos consideraban que eran unas ganancias históricamente que ellos tenían derecho a ellas y que no las iban a ceder. Entonces el mismo sindicato sabía que eso iba a llevar a la pérdida del Seguro Social y se volvió una pelea muy suicida, digamos entre el mismo sindicato y el gobierno y al final el sindicato tomó la posición pues de que, de aprovecharse del asunto así fuera los últimos días. Pero digamos esa fue una carrera que claramente iba a llevar a la liquidación del Seguro Social y todo el mundo pues casi que lo sabía. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde).

Em 2003 (Decreto 1750), foi dividido o ISS entre seguradora e várias prestadoras. Foram criadas sete ESS que reuniram as trinta e sete clínicas e os duzentos e quatro centros de atenção ambulatoria que constituíam a rede própria do ISS. Posteriormente, estas ESS que vendiam serviços preferencialmente ao ISS (92%) faliram por falta de pagamento do próprio ISS (TORRES, 2006).

La última negociación que hicimos con Angelino Garzón fue en el 2001. En el 2001 hicimos la última negociación colectiva y un pacto por la salvación del Seguro Social, siendo Angelino Garzón Ministro del Trabajo y estando en la presidencia del Seguro Carlos Wolff Isaza. En el 2001 lo primero que dijo el presidente Uribe y su

ministro fue que no iban a cumplir lo que el movimiento sindical a través de la figura de Sintra Seguro Social había acordado con el anterior gobierno o sea con el gobierno de Pastrana. Que ese acuerdo no lo iban a cumplir y empezó nuevamente la guerra contra el Seguro Social de parte del nuevo presidente de la república en el 2002. Hasta que Diego Palacio Betancourt llevó al Congreso de la Republica el tema de quitarle al Seguro Social la prestación de los servicios. De escindir, dividir al Seguro Social que era asegurador y prestador de servicios de salud y se saca el famoso decreto de escisión. Nosotros denunciemos eso, que era el paso previo para la liquidación del Seguro Social con Diego Palacio Betancourt, que toma esa decisión, que después se convierte en el proceso de liquidación de las clínicas del Seguro Social. Y entró en proceso de liquidación que casi en todas partes termina en 2008 que es lo que me preguntas, en esa época terminó el proceso de liquidación de las clínicas del Seguro Social. Una red pública bastante grande que tenía el Seguro Social y entra en proceso de liquidación. E23 (Médico, ex-deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

Além disso, os empregadores continuaram com práticas de sonegação da contribuição dos trabalhadores, declaração de salários inferiores aos reais e mora por falta de sistemas de informação eficientes no ISS, o que ocasionou em perdas de 660 mil milhões de pesos por ano. O próprio governo declarava que o ISS era uma instituição burocratizada, corrupta e ineficiente. Nas palavras de Uribe, “vamos continuar no que tem sido nosso caminho, fomentar a inversão privada, não desmantelar o Estado, reestruturá-lo, subtrai-lo das práticas clientelistas” (GUTIERREZ, 2007).

El Seguro era una institución que en su momento perdía cerca de 600 mil millones de pesos anuales, y uno dice bueno, si el Seguro era bueno en la prestación que daba, si tuviera unos buenos indicadores de calidad. Era muy bueno en el tercer y cuarto nivel, era muy malo en otros niveles, y la complejidad del Seguro y el desorden impedía que tomara decisiones frente a otras aseguradoras. Entonces decíamos liquidar el Seguro Social, separar la prestación del aseguramiento y de esa forma poner condiciones, condiciones más fuertes para los actores del sector mientras no se liquidara el Seguro, la reglamentación siempre iba a estar limitada a las debilidades del Seguro, yo no puedo ir más allá de lo que el Seguro pueda cumplir. E18 (Médico, ex-ministro da Proteção Social do Governo Uribe).

Em 2007, uma análise feita pelo Departamento Nacional de Planejamento (Documento CONPES 3456) foi enfática em relação ao *déficit* financeiro do ISS, descrevendo-o como um “problema atual e estrutural” de sustentabilidade financeira. O ISS apresentava balanço negativo dos estados financeiros de -47% entre 2005 e 2006. No final de 2005, os ativos do ISS eram 1.200 bilhões de pesos, já os

passivos 3.400 bilhões de pesos, ocasionando um *déficit* de 2.200 bilhões de pesos, sendo 1.400 bilhões de dívida pública e 1.200 bilhões em dívida de aposentadorias (COLÔMBIA, 2007).

Outros fatos que agudizaram a crise do ISS foram as dívidas do FOSYGA da conta de compensação e por *recobros*. Em 2001, o ISS foi impedido de filiar novos usuários e foi permitida a desfiliação massiva dos seus segurados, permanecendo com a maioria de população idosa e com doenças crônicas e de alto custo. A população jovem e saudável se filiou às seguradoras privadas. Além disso, os gastos do ISS com as obrigações trabalhistas chegavam a 25% da UPC.

Segundo este informe tal situação era consequência de dois fatos, primeiro, do alto valor dos benefícios trabalhistas, já que 98% dos trabalhadores do ISS eram funcionários públicos concursados, que usufruíam benefícios superiores a outros funcionários públicos. E segundo, do perfil epidemiológico dos filiados, 45% eram maiores de 45 anos e tinham um alto índice de doenças consideradas de alto custo, como insuficiência renal, AIDS e câncer (COLÔMBIA, 2007).

La otra cosa que le daba digamos una posición de muerte al Seguro Social era que tenía todos los enfermos más costosos y tenía una concentración muy grande de personas de mayores edades, entonces las personas de tercera edad y las personas mayores de 60 años habían estado siempre afiliadas al Seguro Social, era lo que conocían y no se querían pasar a una EPS privada. Entonces las EPS privadas eran felices con toda la gente joven y aliviada. Eso fue todo lo que yo hice en el Seguro Social, una investigación para mostrar todos los problemas de alto costo, mostrar que estaban concentrados en el Seguro Social. Y exigir del gobierno Unidad de Pago por Capitación mayor, pero el Gobierno no le gustaba la idea de tener que pagarle más al Seguro Social porque lo que quería era acabar con él, pues uno veía como la posición del Gobierno era siempre una posición de ataque hacia el Seguro Social. Permanentemente eran avisos, comunicados siempre en contra del Seguros Social y el sector privado que crecía, todas esas clínicas privadas muy felices porque el Seguro Social cada vez tenía menos capacidad de comprar equipos, de actualizar su tecnología y les tenía que comprar a ellos los servicios, porque ya era un Seguro Social deficiente de no tener capacidad de atender a la gente. Y al final pues eso acaba en la liquidación del Seguro Social y en la venta de todas sus clínicas y sus estructuras a unos precios prácticamente irrisorios a los particulares, entonces yo estuve hasta el 2004, el seguro se liquidó en el 2007, digamos no me tocaron los últimos tres años de agonía que fueron muy horribles y que afortunadamente no me tocaron porque eso era muy deprimente. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde).

De 2002 até 2005, foi direcionado entre 20 e 24% dos recursos da UPC correspondentes ao ISS para tratamento dos pacientes com doenças consideradas de alto custo. Esse valor era mais do que o dobro do valor que deveria ser direcionado para esta atividade, segundo os cálculos do Ministério da Saúde. O total de pacientes com esses tipos de doenças estava entre 1,2% e 1,6% do total dos filiados ao ISS (GONZALEZ, 2006).

El Seguro Social tenía la mayor concentración de pacientes crónicos en el país. Cuando se da la creación de la Ley 100 pues el Seguro Social atrae todo y se queda con toda esa concentración, entonces el gobierno tratando de buscar una medida crea el coeficiente “K” que era un modelo de redistribución de pacientes por prevalencia de insuficiencia renal y sida, pero eso era un mecanismo incompleto e inequitativo entonces se crea la Cuenta de Alto Costo que es un mecanismo de ajuste de riesgo como hay varios en diferentes países en el mundo. E14 (Médico, Diretor de serviços de EPS, Presidente de EPS, Consultor Ministério de Saúde).

Em 2008, foram transferidos massivamente todos os filiados do ISS para a recém-criada *Nueva EPS*, esta seguradora, de economia mista, é constituída por seis CCF (51% das ações) e pelo Estado (49%). As CCF são Colsubsidio, Cafam, Compensar, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle e Comfandi. A empresa estatal é a Companhia de Seguros Positiva S.A., empresa Comercial e Industrial do Estado. Esta nova seguradora de economia mista não tem prestadoras de serviços de saúde.

Al Seguro Social que no lo pudieron eliminar por ley, ya le dije que no tuvieron fuerza política y querían eliminarlo, que era lo que Juan Luis Londoño llamaba la competencia regulada, las leyes del mercado, las leyes del mercado serían las que en último término en tesis de Juan Luis sacarían al aseguramiento público del escenario de prestador de servicios. Y así se cumplió pero se cumplió más tarde de lo que él predijo porque había una fuerza social importante que de una u otra forma se le oponía a eso y la fuerza también la tenía al interior de eso el Consejo Nacional de Seguridad Social, es decir las EPS no estaban solas definiendo cosas sino que tenían oposición y la oposición siempre ha sido de parte nuestra. E23 (Médico, ex-deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

Nesse mesmo período, as seguradoras privadas evidenciaram que o aumento na utilização dos serviços, em especial dos serviços de alto custo, levaram a um desequilíbrio entre os recursos arrecadados da UPC e os valores gastos para garantir o plano de benefícios (RESTREPO & RODRIGUES, 2005, p.174).

A resposta do governo à situação gerada pelos altos valores do tratamento de algumas doenças que estavam concentradas em CAJANAL e no ISS, na iminência da sua falência, foi a criação da Conta de Alto Custo (Decreto 2699 de 2007). Trata-se de um fundo constituído por todas as seguradoras dos subsistemas contributivo e subsidiado para redirecionar os custos do tratamento de doenças crônicas terminais como doença renal crônica, câncer de colo de útero, câncer de mama, câncer de estômago, câncer de cólon e reto, câncer de próstata, leucemia linfóide aguda, leucemia mieloide aguda, linfoma Hodgkin, linfoma não Hodgkin, epilepsia, artrite reumatoide e HIV/AIDS.

Colombia es pionero con la cuenta de alto costo que es un mecanismo inventado en Colombia para redistribuir las cargas entre EPS. En este momento son varias patologías pero la más avanzada es la enfermedad renal crónica, entonces esos pacientes los toman las EPS desde el comienzo y evitan que sigan ascendiendo los estadios de enfermedad hasta llegar a la diálisis permanente. E2 (Médico, ex-senador, ex-presidente do ISS, consultor internacional e Presidente de ACEMI).

En la Cuenta de alto Costo hay ajustes de riesgo expos, ex amplia, hay mecanismos de riesgo por sexo, por distribución geográfica, por patología, por incidencia y entonces empezamos a construir un tema que era un mecanismo de ajuste de riesgo por prevalencia e incidencia y se crea la Cuenta de Alto Costo que incluye hoy en día varias patologías enfermedad renal crónica, sida, hemofilia, cáncer e epilepsia y se ha venido trabajando hace 8 años en eso avanzando en modelos que incluye, data, captura de la data, mediciones de indicadores, homologación de guías de manejo, implantación de guías de evaluación de las EPS y de los prestadores, pactos de salud y bueno hacemos unas redistribuciones y auditorias cada año, es un organismo técnico bastante interesante. E14 (Médico, Diretor de serviços de EPS, Presidente de EPS, Consultor Ministério de Saúde).

Em relação à previdência, em 2009 foi criada a *Empresa Colombiana de Pensiones* COLPENSIONES para assumir as funções de administração de aposentadorias do ISS, CAJANAL E CAPRECOM. Estas empresas públicas, criadas na primeira metade do século XX, tiveram fim na tentativa de se adaptarem, sem êxito, ao modelo de concorrência regulado, no qual as novas lógicas administrativas não dialogavam com estas instituições. Pode-se considerar que estas foram agentes dominados que não tiveram capital suficiente para continuar no jogo no espaço da saúde.

Cuando nació la ley 100 inicialmente tenían al Seguro Social y por eso generaron exclusiones en donde el Seguro Social si podía tener sus propios prestadores y unas prebendas digámoslo así. Desaparecido el Seguro Social siguió el tema Caprecom como público y ese ha sido el mayor dolor de cabeza y pienso que el gran rabo de paja que tiene el gobierno nacional. Primero porque ha legislado de forma irregular favoreciendo a CAPRECOM por encima de las otras EPS y dos porque CAPRECOM hoy en día es el mayor deudor. Incumple más la norma y no le pasa nada, entonces es difícil uno ser papa tener al hijo mayor de alcahueta y que los otros hijos hagan caso cuando yo no tengo autoridad para exigir. Entonces la verdad es que al gobierno nacional le ha faltado mucha gobernanza. E9 (Médica, Directora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

No começo do governo Uribe, em 2003, CAPRECOM tinha no subsistema subsidiado 500.000 usuários e no contributivo 85.000, a seguradora do subsistema contributivo foi extinta e só continuou a subsidiada, única seguradora pública de nível nacional desse subsistema que sobrevive até a presente data.

8.5 DECRETOS DE EMERGÊNCIA SOCIAL

A última fase do governo Uribe caracterizou-se pela pressão das seguradoras da ACEMI em relação aos efeitos da obrigatoriedade da garantia do direito à saúde pela via judicial. As consequências seriam a insuficiência dos recursos da UPC. O governo de Álvaro Uribe elaborou a declaração de emergência social em 23 de dezembro de 2009, argumentando insuficiência de recursos e formulando dez decretos que pretendiam modificar o sistema de saúde (Quadro 17). Segundo o governo, esta medida pretendia melhorar a eficiência e a racionalidade econômica, fortalecer a luta contra a corrupção e melhorar a equidade na prestação dos serviços.

Ahora otro actor que cobró mucha importancia recientemente y que la había perdido a raíz de ley 100 y siempre había estado como opacado pero a raíz de la fallida emergencia social del presidente Uribe en el 2010, fue un actor que saltó súbitamente al estrellato fueron los profesionales de la salud, las profesiones en general de la salud pero sobre todo la Asociación de Sociedades Científicas, la Academia de Medicina y la Federación Médica Colombiana. Ellos hicieron un ataque frontal por que se sintieron coartados en la autonomía profesional. La Academia de Medicina hizo unos pronunciamientos muy fuertes y prácticamente tumbaron esa reforma cosa que les dio, con el apoyo de los hospitales también, un protagonismo inusitado que no se lo esperaban porque lo habían tratado de tener por mucho tiempo y no lo habían logrado. Pero con esa reacción a la emergencia social pues ganaron un puesto muy

interesante que después no lo supieron aprovechar muy bien. E11 (Médico, assessor do Ministério da Saúde e do DNP, pesquisador e consultor).

A formulação dos Decretos de Emergência Social gerou ampla resposta social e possibilitou a articulação de vários atores no Movimento pela Saúde, apresentaram-se protestos nas ruas e demandas de inconstitucionalidade. Ao final, a decisão da Corte Constitucional foi contra a Declaração da Emergência Social (BORRERO, 2013, p. 242), aprovando unicamente os decretos relacionados com o financiamento.

Quadro 17 – Decretos de emergência social formulados pelo Presidente Álvaro Uribe Vélez em resposta à crise do sistema de saúde na Colômbia.

Decreto	Principais mudanças
073/2010	Libera recursos do SGP e aportes patronais para prestação de serviços da população pobre não segurada e serviços não incluídos no plano de benefícios.
074/2010	Modifica o fundo do Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito.
126/2010	Modifica o Código Penal por administração indevida dos recursos da saúde. Fixa controle de preços de medicamentos e insumos médicos. Reforça as funções da Superintendência de Saúde, declara obrigatório o atendimento de urgência sem nenhum condicionamento.
127/2010	Aumenta os impostos a bebidas alcoólicas e cigarros que financiam a saúde.
128/2010	Define os serviços fora do plano de benefícios como “prestações excepcionais de saúde” e estabelece que estas não mais sejam garantidas pelo Estado, mas que devem ser financiadas pelos próprios cidadãos com recursos do FGTS, aposentadoria ou empréstimos bancários. Para o caso dos cidadãos sem esses recursos, cria o Fundo de Prestação Excepcional em saúde (FONPRES) que subsidiará tais serviços mediante análise prévia de renda e patrimônio pessoal e familiar.
129/2010	Controla evasão e omissão das contribuições ao sistema de saúde.
130/2010	Redefine a regulamentação das lotéricas e os recursos que devem direcionar para a saúde.
131/2010	Cria o sistema técnico científico em saúde constituído pelos Ministérios da Proteção Social, da Fazenda, a Colciencias e três profissionais em economia da saúde. O objetivo deste sistema é a produção de conhecimento para prestação de serviços de saúde.
132/2010	Modifica o fluxo de recursos do subsistema subsidiado, os recursos seriam transferidos diretamente as EPS e os governos municipais unicamente supervisionariam o seguro da população.
133/2010	Define o fluxo de recursos entre seguradores e prestadores, determinando que tempos limites para as seguradoras repassar os pagamentos às prestadoras. Caso não fossem cumpridos esses tempos, as seguradoras passariam a pagarem juros por atraso.
134/2010	Adiciona recursos da Nação ao sistema de saúde direcionados ao FONPRES e à CRES.

Por fim, este governo aprovou mais uma lei (1393 de 2010) para destinação de recursos ao sistema de saúde. Com esta lei, pretendeu-se melhorar o fluxo de recursos nos dois subsistemas. As seguradoras passaram a ser obrigadas a garantir os serviços não incluídos nos planos de benefícios, que eram exigidos pela ação de tutela ou pelos CTC. Estas empresas tinham que fazer, posteriormente, os *recobros* ao FOSYGA, passando, assim, a ter uma função de financiamento transitório que não estava contemplada no desenho inicial do sistema. Os valores dos *recobros* não

eram contabilizados para a definição dos valores *per capita*, além disso, os *recobros* ainda corriam o risco de indeferimento por parte do FOSYGA.

Para fortalecer o financiamento do subsistema contributivo, o executivo, mediante a Lei 1393 de 2010, autorizou a utilização da subconta de Eventos Catastróficos e Acidentes de Trânsito e da subconta de Compensação do Fundo de Solidariedade e Garantia para financiar os eventos não incluídos no plano de benefícios deste subsistema, estes valores seriam “emprestados” por, no máximo, dois anos (AZUERO, 2012, p. 197). Esta última tentativa normativa não representou nenhuma mudança estrutural do sistema, mas apenas uma medida transitória para aumentar o fluxo de recursos para as seguradoras do subsistema contributivo.

Nos dois períodos de governo de Uribe Vélez aprofundaram-se as medidas neoliberais. As tomadas de posição do executivo foram na via de continuar diminuindo a participação do Estado, tanto no seguro de saúde como na prestação de serviços. Desta forma foram favorecidas as seguradoras privadas da ACEMI, as CCF e as associadas na GESTARSALUD, que aumentaram seus filiados consideravelmente e, por consequência, os recursos econômicos que administravam.

Além disso, o executivo manteve a orientação da política de saúde no sentido de formular novas leis para corrigir os problemas do sistema. Assim sendo, vale a pena ressaltar que nem tudo que foi determinado pelas leis foi implementado como pretendido. Em contrapartida, foram fundamentais neste período as posições contrárias ao sistema de saúde dos agentes do campo judiciário, médico e militante que conseguiram pressionar o executivo com o intuito de garantir o direito à saúde.

9. CRISE ACUMULATIVA DO SISTEMA

O primeiro período de governo de Juan Manuel Santos (2010-2014) caracterizou-se pela agudização da crise no espaço do sistema de saúde. Houve escândalos reiterados de uso indevido dos recursos da UPC por parte da maior seguradora privada do subsistema contributivo, a Saludcoop. Além disso, algumas das seguradoras privadas do subsistema subsidiado foram extintas e outras declararam insuficiência de recursos. Neste período de governo foi aprovada a Lei 1438 de 2011 que reformula o sistema de saúde e a Lei 1607 de 2012 que promulga

uma reforma tributária que modificou o financiamento do subsistema contributivo. Também foram levadas ao Congresso, pelo executivo, a lei estatutária⁵⁸ aprovada pelo Congresso em 2013 e vários projetos de lei ordinária⁵⁹ da saúde.

O primeiro governo de Santos contou com três ministros da Saúde, o primeiro deles, Mauricio Santamaría é economista pela Universidade dos Andes e mestre e doutor em economia pela Universidade Georgetown nos Estados Unidos. Trabalhou previamente no Banco Mundial, no BID, no Departamento Nacional de Planejamento e em Fedesarrollo, ou seja com trajetória no campo econômico e burocrático. A segunda Ministra do período, Beatriz Londoño Soto, médica anestesista e mestre em Saúde Pública pela Universidade de Harvard nos Estados Unidos, foi Vice-Ministra da Saúde desde o começo do governo de Santos e assumiu o Ministério de janeiro a setembro de 2012. Ela foi diretora do Instituto Colombiano de Bem Estar Familiar entre 2002 e 2006, ou seja, sua trajetória foi eminentemente no campo burocrático. O último Ministro da Saúde de Santos, que permaneceu até o fim do primeiro mandato e continuou no segundo, foi Alejandro Gaviria Uribe, engenheiro civil com mestrado em economia pela Universidade dos Andes e Doutorado na mesma área pela Universidade de Califórnia. Na sua trajetória profissional ele foi pesquisador do BID, subdiretor de Fedesarrollo e do DNP e colunista do *El Espectador* e *El Colombiano*. Este agente, portanto, circulou no campo econômico e científico bem como no campo burocrático.

O programa de governo de Santos “*Prosperidad para todos*”, partiu do fato do país “apresentar” coberturas do seguro de saúde maiores que 90%. As preocupações manifestas no seu plano de desenvolvimento foram em relação ao maior percentagem de filiados ao subsistema subsidiado em relação ao contributivo e à necessidade de igualdade dos dois planos de benefícios, como ordenado pela Corte Constitucional desde 2008 (Sentença T-760).

⁵⁸ Uma lei estatutária, segundo o artigo 152 da Constituição Política da Colômbia, é um tipo de lei especial que regula e protege direitos. Os temas que tratam as leis estatutárias são: direitos e deveres fundamentais e mecanismos para sua proteção; administração de justiça; organização de partidos políticos, estatuto da oposição e funções eleitorais e estados de exceção. Estas leis têm um trâmite especial no Congresso, pois devem ser aprovadas por maioria absoluta na Câmara e no Senado, são de exclusiva expedição pelo Congresso e devem ser analisadas numa mesma legislatura (período de sessões do Congresso de 20 de julho de um ano a 19 de julho do ano seguinte). Este tipo de Lei deve ser analisado pela Corte Constitucional antes de ser sancionada pelo presidente da república.

⁵⁹ Tipo de Lei geral que não altera direitos fundamentais e tem trâmite simplificado e curto no Congresso (quatro debates).

Este governo definiu como objetivo garantir a estabilidade financeira do sistema de saúde, reduzir os níveis de evasão e omissão das contribuições, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços e melhorar o desempenho das seguradoras e prestadoras (COLÔMBIA, 2011). Observou-se, na análise feita por esse governo, que uma das causas de não utilização dos serviços de saúde era pela percepção de má qualidade dos serviços. Também sinalizou o desequilíbrio crescente entre os benefícios outorgados pelos planos de benefícios de ambos os regimes e os recursos disponíveis para a saúde. Segundo o governo, tal desequilíbrio era ocasionado pela obrigatoriedade que teve o sistema de saúde de garantir serviços não incluídos no plano de benefícios, cujo financiamento não estava previsto nos recursos do FOSYGA.

Os *recobros* feitos ao FOSYGA aumentaram de forma exponencial, passando de 300 milhões de pesos, em 2006, para 1.800 bilhões de pesos, em 2009. Se por um lado o balanço da Subconta de Compensação, da qual são transferidos os recursos dos *recobros*, foi positivo entre 2001 e 2008 (excetuando alguns meses deficitários entre 2001 e 2004), por outro, o sistema de saúde carece do fortalecimento institucional e do acordo social que permitam solucionar conflitos como a atualização da UPC e do plano de benefícios. É mais recurso do Estado, além da UPC, para as seguradoras. É uma dívida impagável haja vista ser uma questão estrutural da lógica baseada na troca econômica pelos procedimentos de saúde, intrínseca ao modelo de atenção médico-centrado, hospitalocêntrico e privatista. Além disso, não existe avaliação nem regulação sobre a utilização de tecnologia na prestação de serviços de saúde, preços de medicamentos e serviços não incluídos no plano de benefícios (COLÔMBIA, 2011).

Em relação ao subsistema subsidiado, destacaram-se vários problemas, entre eles, as dificuldades no fluxo de recursos devido ao elevado número de agentes intermediários, deficiências das gestões locais por falta de recursos e capacidade de gestão, falta de punição para os agentes que não cumpriam suas obrigações e debilidade das prestadoras para assumir contratos sem assumir a transferência do risco em saúde e do risco financeiro das seguradoras.

Chama a atenção que neste subsistema o usuário tinha direito ao serviço unicamente no município de moradia (excetuando a atenção de urgência) e possuía limitações de mobilidade entre os dois subsistemas. Outros problemas do subsistema subsidiado, nesse momento, eram a falta de continuidade no

financiamento local para garantir o acesso universal, o aumento da pressão pela unificação dos planos de benefícios, a debilidade das instituições de inspeção, vigilância e controle, a fragilidade do sistema de informação e a debilidade do sistema de garantia da qualidade (COLÔMBIA, 2011).

O plano de desenvolvimento foi reiterativo no sentido de garantir a sustentabilidade financeira do sistema por meio da definição dos serviços que a sociedade poderia financiar e de definir limites ao “direito não essencial” (COLÔMBIA, 2011). Esta preocupação fez clara referência ao êxito da pressão dos usuários, do campo jurídico, do campo médico e do Movimento pela Saúde para a garantia do direito à saúde sem restrições.

Como estratégias para a superação dessas problemáticas, o governo Santos propôs a elaboração do Plano Decenal de Saúde Pública com o intuito de melhorar a coordenação e a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Além disso, propôs a formulação do Plano Nacional de Seguridade Alimentar e Nutricional, da Política Nacional de Redução do Consumo de Substâncias Psicoativas, do Plano Nacional de Saúde Mental, do Plano Decenal de Atividade Física e do Plano Decenal de Câncer. Como novidade o Plano Nacional de Desenvolvimento trouxe metas sobre o estado de saúde da população e da gestão do setor saúde.

Neste sentido, observa-se que o governo Santos tentou retomar a regulação do sistema de saúde formulando políticas sobre temas para além do estritamente relacionado com o seguro de saúde. Portanto, nota-se uma mudança deste governo em relação aos anteriores, que focaram, basicamente, nas relações entre os agentes e nas regras do espaço relacionados com o seguro obrigatório de saúde e a prestação de serviços incluídos no plano de benefícios.

Em relação ao fortalecimento do seguro de saúde, este governo ressaltou a dificuldade na igualdade dos planos de benefícios, resultante da maior proporção da população filiada ao subsistema subsidiado em comparação com a população do subsistema contributivo. Para superar essa dificuldade, o governo Santos propôs o subsídio à contribuição da população que tinha algum nível de renda ou evadia do sistema e que era beneficiária do subsistema subsidiado, para que pudesse entrar no contributivo. Além disso, promoveu a limitação dos serviços não incluídos no plano de benefícios que poderiam ser garantidos pelo FOSYGA.

Como observado, o governo de Juan Manuel Santos manteve a continuidade da política de saúde no sentido de prosseguir com o fortalecimento do seguro de saúde, porém focando em aspectos diferentes ao aumento da cobertura, já alcançada, e as dificuldades das seguradoras públicas, pois estas foram extintas no período de governo precedente. Assim, seu principal foco esteve na sustentabilidade financeira no contexto de exigibilidade maior da garantia do direito à saúde com serviços não incluídos no plano de benefícios e o fortalecimento institucional para reitoria, vigilância e controle. Neste sentido, o fato de propor o Plano Decenal de Saúde Pública com diferentes componentes, indicadores e metas indica uma mudança na tomada de posição sobre o setor desde o executivo nacional. É preciso investigar que novos agentes e suas disposições estão produzindo este discurso ao interior do Estado. Este governo aprovou mais uma reforma ao sistema (Lei 1438) e apresentou um projeto de Lei estatutária de saúde com a participação ativa do campo médico que até então tinha ocupado uma posição dominada no espaço do seguro de saúde.

Em 2011 no governo do Ministro Santamaria foi formulada a Lei 1438 que teve como objetivo fortalecer o sistema de saúde. Com esta política o governo pretendeu corrigir alguns dos problemas detectados no seguro e na prestação de serviços de saúde (Quadro 18).

A Lei 1438 (COLÔMBIA, 2011) modificou aspectos da lei 100 relacionados com a atenção primária em saúde e com ações de saúde pública, fundou o Instituto de Avaliação Tecnológica em Saúde e fortaleceu a Superintendência de Saúde. Criou também o Observatório Nacional de Saúde e limitou a 10% o gasto administrativo das seguradoras. Ordenou, também, a unificação dos planos de benefícios subsidiado e contributivo, como já tinha sido ordenado pela Corte Constitucional na sentença T-760, em 2008.

La Ley 1122 no dejó satisfecho prácticamente a nadie y entonces el debate continuo y ese debate continuo hasta llevar al gobierno del presidente Santos, Mauricio Santamaría, el Ministro de Salud presenta un proyecto de reforma que desemboca en la 1438. Y que es, digamos como más de lo mismo porque la discusión no ha variado porque usted encuentra en la 1438 que vuelve y se hace un esfuerzo en la APS y en la atención primaria, talvez se hace un nuevo esfuerzo en el tema del fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud. En la 1438 se recogen los fondos de los municipios y se centraliza los recursos de los municipios administrados desde el nivel central, para unos un retroceso en la

descentralización, para otros la manera de manejar más adecuadamente y más equitativamente los recursos del régimen subsidiado para que hubiera una compensación interna entre regiones. E12 (Médico, ex-ministro da Saúde do Governo Samper).

Quadro 18 - Principais mudanças no espaço do sistema de saúde na Colômbia a partir da Lei 1438/2011.

Função do sistema	Mudança
Regulação	Cria a Junta Médica de Pares para resolver a negação de serviços dos CTC das seguradoras e, desta forma, evitar tutelas. Define a obrigatoriedade de formulação pelo governo Nacional da política farmacêutica e de dispositivos médicos. Cria o Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde.
Financiamento	Define do repasse direto às seguradoras e às prestadoras, eliminando a intermediação financeira dos governos locais no subsistema subsidiado. Direciona recursos do SOAT e das seguradoras de Riscos Profissionais (ARP) para promoção e prevenção. Define recursos adicionais para o orçamento nacional da saúde pública. Inclui contribuições específicas das CCF para saúde. Define o imposto às armas para financiar o sistema de saúde.
Seguro	Aprova a portabilidade nacional do seguro de saúde. Unifica os planos de benefícios dos subsistemas subsidiado e contributivo. Limita os gastos de administração das seguradoras a 10% do valor da UPC. Define a obrigatoriedade de todos os colombianos à filiação ao seguro de saúde. Define a nova regulamentação para as seguradoras (número mínimo de afiliados e solvência econômica). Define a obrigatoriedade de atualização do plano de benefícios a cada dois anos. Incentiva a filiação a planos complementários de saúde.
Prestação de serviços	Limita a contratação por capita para os serviços de baixa complexidade. Proibe as multas por não comparecimento a citas médicas. Aprova a operação terceirizada dos serviços das ESE. Fomenta a criação de redes de serviços. Promove as associações de prestadores. Cria o Programa de fortalecimento das ESE, priorizando as de baixa e média complexidade. Cria o Plano de créditos para ESE com bom desempenho. Muda a formação e os períodos dos Conselhos diretivos das ESE. Define a nova metodologia para reporte de rendas, gastos e custos das ESE. Garante recursos para ESE de cidades dispersas e distantes. Implementa o prontuário eletrônico.
Saúde Pública	Define a obrigatoriedade do Plano Decenal de Saúde Pública no qual o Governo Nacional será responsável pela política de promoção da saúde e prevenção da doença. Adota a Estratégia de Atenção Primária em Saúde. Cria a Política de fortalecimento de Serviços de Baixa Complexidade. Define a proteção a portadores de deficiência e vítimas da violência.
Vigilância e controle	Determina a normatização e o cruzamento de dados dos filiados ao seguro com dados da <i>Registraduría</i> ⁶⁰ Nacional, Ministério da Fazenda e SISBEN.

Fonte: Elaboração própria a partir da Lei 1438.

⁶⁰ *Registraduría Nacional del Estado Civil* é a instituição do nível nacional que tem como função o registro e a identificação dos colombianos (emissão de registro de nascimento, cédula de identidade, matrimônio, óbito), assim como a realização dos processos eleitorais e mecanismos de participação cidadã.

Ha sido muy complejo que se nos reconozca la ruralidad y lo que dice la actual ley que no ha cambiado, la 1438, que a las poblaciones alejadas y dispersas, o a las instituciones que prestamos atención a esas poblaciones, debería darse todo diferencial y eso no ha sucedido por ejemplo. Y esa ley 1438 también habla que a las instituciones que en el proceso complejo de lograr acercarnos hacia los estándares superiores de calidad que dice el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud, estamos en acreditación, también debería darse unas tarifas diferentes, una contratación diferente, para poder sobrevivir en el mercado y poder darle base a la sostenibilidad de esos procesos de calidad que no son baratos, que no son fáciles. Tampoco ha sucedido, ha sido más un proceso propio con ayuda de la secretaría de salud distrital de Bogotá, como nuestro ente territorial. E10 (Enfermeira, Gerente de Hospital público de baixa complexidade).

A Lei 1438 adotou a utilização da linguagem dos agentes do Movimento Social pela Saúde na legislação. Conceitos como o “enfoque de direitos”, os “determinantes sociais de saúde”, o “enfoque populacional” e o “modelo de atenção baseado na atenção primária” fazem parte do texto da lei, porém, a alteração da norma não significou mudanças no sistema e, até o momento, não se regulamentou o modelo de atenção (BORRERO, 2013, p.245).

La 1438 del 2011 me parece que es una ley muy gaseosa y muy llena de cosas, no resolvió nada. E2 (Médico, ex-senador, ex-presidente do ISS, consultor internacional e Presidente de ACEMI).

Salió la Ley 1122, la 1438 y ninguna de las dos resuelve los problemas de fondo sino hacen ajustes: que no hay que pagarle a las EPS sino directamente a los prestadores, que el tema de vigilancia y control no funciona entonces se dan más facultades. E4 (Advogado, Professor Universitário).

Além dessas mudanças também foi formulada uma reforma tributária (Lei 1607), em 2012, que criou o imposto de Renda para Equidade (CREE). Este tributo obrigou as empresas a pagarem 8% da renda anual, sendo que 4,4% são direcionados para financiar o subsistema contributivo, 1,4% para o Sistema Nacional de Aprendizagem e 2,2% para o Instituto Colombiano de Bem Estar Familiar. Estes recursos substituem a contribuição que o empregador fazia dos 8,5% descontados do salário por cada trabalhador, unicamente para os trabalhadores que ganham menos de dez salários mínimos. A contribuição de 4% do salário do empregado foi mantida, assim como a contribuição dos 8,5% do salário para os trabalhadores com rendimentos maiores que dez salários mínimos.

9.1 CRISE ESTRUTURAL DO ESPAÇO DO SEGURO DE SAÚDE

Dentre os aspectos que levaram à crise econômica, destacam-se o aumento dos *recobros* por serviços fora do plano de benefícios, a proporção maior da população filiada ao subsistema subsidiado em relação ao contributivo, a igualdade dos valores da UPC e dos planos de benefícios, a demora nos repasses de recursos entre os diferentes agentes do sistema, prejudicando principalmente os prestadores, e o uso indevido dos recursos da saúde para capitalizar as empresas seguradoras.

O início do governo Santos coincidiu com o crescimento acelerado dos *recobros* ao FOSYGA ocasionados pela prescrição de medicamentos inovadores não incluídos no Plano de Benefícios. Esses cobros foram exitosos devido ao *lobby* e ao financiamento de médicos e associações de usuários que receberam assessoramento jurídico para conseguirem esses benefícios. Tal situação agravou a crise financeira do sistema. Segundo a Controladoria, os *recobros* no período 1997 a 2000 foram de 4,2 bilhões de pesos, em 2002 passaram a 56,1 bilhões de pesos e, em 2010, chegaram a dois trilhões de pesos, os mecanismos usados para conseguir esses recursos foram as tutelas ou os CTC (MARTINEZ, 2013 p. 45).

Y en ese momento pues había una crisis del sector que estaba dada por el problema que había en el país de los *recobros*, de la falta del control del precio de los medicamentos y de los insumos y la falta de la toma de decisiones sobre situaciones críticas, lo mismo, de manera ilimitada sin que haya un control. Entonces es como la suma de muchas irracionalidades juntas. Y digamos la experiencia de la Superintendencia fue una pelea permanente, una lucha permanente por poner en cintura la salud. No hubo decisión del Estado de enfrentar la crisis y de resolverla sino de tolerarla, de ir la llevando de a poquitos, de que no se publicaran las cosas, de que no hubiera mucho ruido, de que no se mostraran las cosas, así como son porque eso precipita la crisis, de que las cosas se van solucionando de a poquitos pero eso no es posible. Eran unas disputas muy grandes. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde).

Yo creo, fijate por ejemplo esto, claro son ejemplos puntuales pero no son irrelevantes, yo no puedo dejar exclusivamente en manos de un juez la determinación de un derecho individual que puede ser contraproducente con el derecho colectivo y cuando tú haces un análisis en retrospectiva de cómo ha sido el gasto en salud de lo no POS y de lo que se ofreció como resultado de tutelas, vas a encontrar que es un gasto terriblemente regresivo que benefició en mayor proporción a las clases medias y medias altas que fueron las que tuvieron acceso a la justicia y que además le dieron unas coberturas por encima de cualquier racionalidad posible en un

sistema de seguridad social como el nuestro. E6 (Filósofo
Presidente de EPS)

A implementação da liberação e desregulação de preços de medicamentos pela Circular 01/2004 e 04/2006 da Comissão Nacional de Preços de Medicamentos pode ter sido uma das principais causas para o desequilíbrio financeiro do sistema. Esta medida favoreceu a liberdade de preços de medicamentos oncológicos e monopólicos, dos quais 87% estavam fora do plano de benefícios em 2009, sendo oito, de cada dez deles, de origem biotecnológico⁶¹ (MARTINEZ, 2013, p. 46). Por estarem fora do plano de benefícios, os pagamentos desses medicamentos são feitos pelo FOSYGA.

Otro tercer grupo muy fuerte que se ha desarrollado es el sector de medicamentos, gracias pues a varias cosas, primero a la aparición de tecnologías de biológicos, de las terapias biológicas y del incremento del gasto en medicamentos. Hace 20 años la proporción de gasto, cuando empezó el sistema, la proporción de gastos en medicamentos del POS era más o menos del 4 o el 5 %, hoy en día es más del 30%. Es decir el sector de medicamentos ha venido ganando participación en el mercado y eso pues con falsas innovaciones, con medicamentos de verdad buenos etc., pero también con falsas innovaciones, con productos de muy dudosa costo efectividad, con precios muy altos a veces, y la industria crea dispositivos como *stends* y este tipo de aparatos pues ha crecido enormemente. E16 (Médico, Técnico do Ministério da Saúde e posteriormente Superintendente Nacional de Saúde).

Segundo o INVIMA, a cada ano entraram no mercado colombiano vinte medicamentos novos, os quais passaram rapidamente a ocupar as primeiras posições na lista dos *recobros* ao FOSYGA. No entanto, o benefício farmacológico dessas substâncias não foi suficientemente avaliado por outras instâncias diferentes dos CTC. Dezesesseis medicamentos de origem biotecnológica ou biofármacos representaram 75% dos *recobros* em 2009 e 2010 (LEWIN, 2014) e 80% em 2012 (MARTINEZ, 2013, p. 46). Evidencia-se uma vez mais a debilidade institucional e de reitoria e vigilância do Estado para regulamentar os bens e serviços da saúde. Esta situação permitiu que a indústria farmacêutica de multinacionais, produtoras destes fármacos, passasse a ocupar uma posição dominante no espaço do seguro de saúde na Colômbia. Tais empresas estão

⁶¹ Os medicamentos biotecnológicos são substâncias complexas, produzidas a partir de proteínas ou ácidos nucleicos e obtidos por fontes ou processos biológicos através do uso industrial de microrganismos ou células modificadas geneticamente. Estes medicamentos são usados para o tratamento de doenças crônicas como doenças autoimunes, câncer e diabetes.

organizadas no país na AFIDRO (Associação de Laboratórios Farmacêuticos de Pesquisa e Desenvolvimento), fundada em 1956.

La gente con todo lo de la judicialización de la salud pues adquirió el sentido del derecho casi absoluto a la salud, eso antes no existía, la demanda de servicios *per cápita* creció en Colombia, al comienzo en el año 93 yo creo que el promedio de consultas estaba alrededor de dos consultas por año habitante, más o menos parecido al estándar mundial de la época hoy es como de casi 4, o sea que la gente *per cápita* demanda más. E2 (Médico, ex-senador, ex-presidente do ISS, consultor internacional e Presidente de ACEMI).

Se trabajó en todo el sistema en ese momento creo no equivocarme, déjeme yo le digo estoy pensando año 2004, 2005 creo no equivocarme si le digo el 94%, 95% de los ingresos de las EPS del régimen contributivo era la UPC, era la Unidad de Capitación y en eso nunca hubo demora por parte del Fosyga, nunca, nunca, hubo demora en el tema de los recobros entre otras siquiera por ese tema porque los recobros y el no POS nunca estuvo diseñado en el sistema. El no POS y el mecanismo de recobros fue si mal no recuerdo fue una decisión de la Corte Constitucional entonces eso deformó mucho el sistema, el sistema ni el Fosyga estaban diseñados para financiar servicios por fuera del POS. Nosotros decíamos que un elemento central del aseguramiento es saber la cobertura de riesgo que se está haciendo y cuando la Corte abre casi ilimitadamente la posibilidad de los servicios no POS con la financiación por parte de los recursos del Fosyga, ahí sí, mejor dicho, gran parte de los males del sistema fueron producto de las decisiones judiciales. [...] No solo cambiaron la forma de los beneficios, sino pusieron a instituciones a hacer trabajos para las cuales no fueron creadas. Entonces el Fosyga nunca se diseñó como un mecanismo para pagar recobros, para pagar lo no POS, nunca. Entonces, hay que reconocer este servicio, hay que pagar con el Fosyga, si es que para eso no fue diseñado, entonces desvirtuaron mucho los objetivos para los cuales habían sido diseñada las entidades, lo que terminó yo creo en muchas de las complicaciones que el sistema ha padecido posteriormente. E18 (Médico, ex-ministro da Proteção Social do Governo Uribe).

O mercado da saúde criado privilegia o consumo de medicamentos, insumos e equipamentos de alta tecnologia em hospitais de alta complexidade. Estes negócios, por gerarem maiores lucros, pressionam sua inclusão e consumo pelo sistema (MARTINEZ, 2013, p. 48). Paradoxalmente, a inviabilidade do seguro de saúde ocorre pelas suas próprias contradições internas.

Neste mesmo período começaram também os escândalos das seguradoras privadas. Como exemplo tem-se a intervenção da Superintendência Nacional de Saúde com a Saludcoop por não pagamento de cheques a provedores (oito mil cheques), por inconsistência em dados de investimentos, discrepâncias nas contas a

cobrar do FOSYGA e depósitos bancários não legalizados e direcionados a atividades diferentes do seu objeto social como compra de hotéis e campos de golfe que colocavam em risco o estado financeiro da empresa.

Pero con el pasar del tiempo, específicamente el grupo Saludcoop empezó como a permearse, incluído de un tema de manejos no adecuados en donde todo el servicio farmacéutico, por ejemplo se lo entregaron a una empresa o lo empezaron a manejar centralizado, manejado por una persona que no conocía realmente el sistema, entonces fácilmente nos quedábamos sin medicamentos, sin abastecimiento y de medicamentos de alta rotación como un acetaminofén (paracetamol) o una amoxicilina, lo que generaba bastantes dificultades por obvias razones, con el agravante de que la bodega en Bogotá estaba llena de medicamentos, o sea, era un muy mal manejo, digámoslo así de inventario, de todo el manejo que implica el tema de medicamentos. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

Outra das estratégias empregadas por essa empresa foi se instalar em cidades onde funcionava como monopólio do seguro, impondo regulação de tarifas a clínicas, centros médicos e hospitais, os quais tiveram de trabalhar sob seu controle. Como consequência, algumas delas faliram e outras foram compradas pela própria Saludcoop aumentando desta forma seus lucros e seu patrimônio. Além disso, a auditoria da Superintendência de Saúde evidenciou que as empresas do grupo Saludcoop evadiram impostos e compraram empresas na Colômbia e em outros países com dinheiro da prestação de serviços de saúde. Em 2006 esta empresa chegou a ser a maior do país. Posteriormente, outra auditoria realizada pela Superintendência de Saúde evidenciou que foram destinados, entre 2004 e 2008, 318 bilhões de pesos para a compra de clínicas e hospitais, também com recursos da UPC. Por outro lado, na mesma época, a Saludcoop devia 308 bilhões de pesos a bancos e credores (SEMANA, 2011).

Na época a Saludcoop era constituída por 26 empresas e foi considerada, em 2009, como uma das cinco multinacionais colombianas que faziam parte das cem maiores empresas de América Latina. Esta organização investiu o lucro em empresas de setores como roupa hospitalar, serviços de lavanderia, segurança e informática, além de clínicas e laboratórios, o que permitiu que se estabelecesse a integração vertical, portanto, contra a regra básica dos formuladores da lei 100, pois ela contratava estes serviços com as empresas próprias. A Saludcoop comprou, em 2003, a seguradora chilena Cruz Blanca que tinha, nesse momento, 560.000 filiados

e, posteriormente, comprou também a Cafesalud com 650.000 filiados. Em dez anos esta empresa constituída legalmente como cooperativa chegou a multiplicar seu capital em cem vezes (SEMANA, 2011).

Siempre esos gobernantes que eligieron en la postura neoliberal, solo se empezó a encontrar la corrupción que era terrible ya, sólo en ese momento se pudo alegar que la ley 100 estaba poniendo problemas y que había convertido la salud en un bien de mercado y que eso no era adecuado, porque la salud no puede ser un bien de mercado, ni puede ser un motivo de ganancia económica para nadie, además con esa visión la atención a la salud pública, por ejemplo la atención a los esfuerzos de control de enfermedades transmisibles, y control de vectores en las partes del país donde hay problemas, y todo esos esfuerzos de salud pública quedaron reducidos prácticamente a nada. Porque el ministerio de salud fue unos de los que sugirió la ilusión coordinada por la idea neoliberal de que el Estado debe ser lo más pequeño posible y debe intervenir lo menos posible en la vida de la nación. E17 (Médico, Presidente da Academia Nacional de Medicina).

Em 2009 o grupo Saludcoop tinha mais de cinco milhões de filiados, 31,9% dos filiados do subsistema contributivo, e estava presente nas trinta e uma províncias colombianas (SALUDCOOP, 2013). Além dos abusos de poder citados, esta empresa também atrasava os pagamentos para os prestadores e superfaturava os medicamentos. Segundo pesquisa realizada pela Universidade Nacional as seguradoras deste grupo gastavam em média cinco vezes mais em medicamentos por usuário a cada ano comparado com outras empresas (LA SILLA VAZIA, 2011).

Un tema que fue mal concebido o mal reglamentado por parte del gobierno nacional desde un inicio, porque la norma establecía claramente que debía manejarse bolsillos diferentes para lo que correspondía a los recursos de salud y a parte para lo que correspondía a la parte administrativa de la EPS. Me tocó una parte muy complicada, muy dura y es también el crecimiento que tuvo Saludcoop de las sedes, en donde empezó a construir de forma importante clínicas pero en la construcción obviamente lo descapitalizaba y lo ponía con dificultades en flujo de recursos y eso pues en ultimas se traducía en negación de servicios para el usuario. Estamos hablando del año 95 al 2001, esa última fase conmigo de Saludcoop fue en 2001, en el 2001 ya me retiré de Saludcoop. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

No governo de Juan Manuel Santos todas estas irregularidades vieram à tona (Foto 1), fazendo com que as diferentes instâncias de controle do Estado analisassem a situação da Saludcoop e chegassem a conclusão de que esta não

tinha capital de giro suficiente para cumprir suas obrigações e garantir a prestação de serviços (SEMANA, 2011).

A seguradora Saludcoop sofreu interferência da Superintendência de Saúde em 2013, quando a Controladoria solicitou ao Ministério da Saúde a regulamentação do artigo 23 da Lei 1438 que trata sobre os gastos de administração das empresas seguradoras. Exigiu transparência sobre os gastos a serem direcionados para a administração e para a prestação de serviços de saúde, assim como o controle sobre esta empresa para evitar que, por ocasião da integração vertical, não ocorresse apropriação indevida dos recursos do sistema de saúde (PORTAFOLIO, 2013).

Foto 1 - Capa da Revista Semana sobre as irregularidades na seguradora Saludcoop na Colômbia, em 2011. À frente Carlos Gustavo Palacino, diretor executivo da Saludcoop.



Escândalos de corrupção nas seguradoras, como o caso emblemático da Saludcoop, são o reflexo da profunda crise do sistema implantado no país e da incapacidade para garantir a viabilidade financeira da rede nacional de prestação de serviços. Mesmo sendo os gastos em saúde de quarenta milhões de pesos em 2013, persistem as dívidas multimilionárias das seguradoras às prestadoras públicas e privadas. A Superintendência de Saúde evidenciou que a metade das seguradoras apresentam sérios problemas patrimoniais que as deixam em risco e sem

capacidade de responder pelas obrigações financeiras adquiridas (USECHE, 2014, p. 6).

Em maio de 2012 a Corte a Constitucional convocou a rendição de contas ao governo sobre o cumprimento da Sentença T-760 e chamou a atenção sobre os problemas que permaneciam no sistema.

Esta Corte evidencia que el alto grado de corrupción, la prevalencia absurda de intereses particulares, la debilidad manifiesta en el control estatal, el inadecuado manejo administrativo por ineficiencia; son algunas de las causas generales que afectan los recursos de la salud. Así mismo, el cobro de comisiones para levantar glosas, la presentación de cuentas a nombre de personas inexistentes, la falta de una base de datos unificada, el aumento doloso en los valores de medicamentos y procedimientos que no están señalados en el POS, los recobros de insumos y medicinas que nunca fueron utilizados o entregados a los pacientes, el pago de servicios no incluidos en el POS y supuestamente logrados por tutelas que en realidad no se interpusieron, el recobro de medicamentos e insumos de contrabando; son entre otras, causas específicas del panorama oscuro ya señalado (MARTÍNEZ, 2013 p. 38).

Durante 15 anos, a Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas (ACHC) acumulou dívidas das seguradoras, as quais após receber os recursos do Estado, decidem não pagar às prestadoras e usar o dinheiro em operações financeiras. Por outra parte, a Associação Colombiana de Empresas Sociais do Estado e Hospitais Públicos (ACESI) se manifestou sobre o risco de colapso do sistema hospitalar do país devido ao não pagamento pelas seguradoras das dívidas por serviços prestados às seguradoras. Frente a esta situação, o governo promulgou a Lei 1608 de 2012 (Lei de contas mestres) que determina o repasse direto do FOSYGA às prestadoras de milhões de pesos para pagar essas dívidas. A ACHC manifestou que as dívidas retroativas são muito elevadas e, portanto, não foi resolvido o problema. Segundo a ACESI, em 2013 existiam 540 hospitais públicos na iminência de falência e estavam em intervenção. No entanto, para o Ministro Gaviria a “única variável associada com o risco fiscal e financeiro dos hospitais públicos é a inadequada gestão dos gerentes” (USECHE, 2014, p. 7), apontando uma tomada de posição pró-mercado e a favor das seguradoras.

Neste sentido, observa-se como as instituições públicas paulatinamente vão sendo cada vez mais dominadas no espaço do seguro de saúde e continuam sendo responsabilizadas por sua falta de êxito no mercado. Além disso, as prestadoras

sofrem cronicamente pela intermediação das seguradoras, pois as medidas tomadas pelo governo não têm sido efetivas para resolver este problema.

Pues a ver, lamentablemente nos ha tocado irnos hacia la parte jurídica, o sea, hacia el tema de embargos, hacia el tema que el juez sea en un momento determinado quien ordene precisamente este tipo de pagos porque lamentablemente instancias como la misma superintendencia, la misma procuraduría por el hecho de ser conciliaciones pues no han dado los resultados que uno esperaría, incluido salió una nueva norma ya hace más de un año que es la circular 030, en donde pretende que en la mesa se sienten pues precisamente los actores, aclaren cuentas y se les pague, pero lamentablemente no se han tenido los resultados que se esperan y eso pues ha generado dificultades, obviamente, que hacen que cada vez sea más complejo, pero aún con el decreto que recién salió que les da a las EPS siete años para cumplir los márgenes de solvencia y de patrimonio. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

Porque lamentablemente la cuenta es de la EPS, o sea, es una cuenta por decir algo, la plata está en el Fosyga pero con unos casilleros y cada EPS tiene un rublo de plata. La EPS es quien autoriza al Ministerio a girar, la EPS es quien le dice cuanto girar y a quien girar. Entonces primero hay una limitante de fondos porque como te digo ya hay un hueco en el sector entonces la EPS tiene 1000 pero resulta que recibió cuentas por 1.500 pero igual solo puede girar mil y ahí una parte que se las giran a ellas directamente porque ella define cuanto gira, no hay un mínimo. Entonces lo máximo que se ha logrado es que giren entre todas el 56% de los recursos, la otra parte les llega a ellas directamente. Pero ellas son las que definen, a quien pagan y cuánto pagan. Entonces yo puedo pasar una factura por mil pesos y me autorizan para que me paguen 300 pesos y los otros setecientos van a cartera. E9 (Médica, Diretora Médica e de prestação de serviços de seguradoras e posteriormente representante de ACESI).

No informe Técnico da Universidade Nacional de Colômbia para a CRES (2011, p116-117) observou-se nas seguradoras sem interesse de lucro nos dois subsistemas atitudes rentistas nas quais não são relevantes as utilidades das seguradoras, mas sim as dos negócios derivados integrados verticalmente como capitação com entidades próprias, compra de medicamentos ou insumos, serviços de ambulâncias, lavanderias, segurança e outros serviços gerais.

Desta forma as operações entre empresas do mesmo grupo ou consórcio não levam ao controle do gasto do plano de benefícios, mas sim ao aumento dos gastos dos serviços que geram rentabilidade para o grupo, com uma tendência ao aumento das despesas em saúde. Desta forma, as entidades que administram a UPC estão interessadas em gerir uma grande quantidade de recursos para obter o

lucro dos negócios secundários, já que a empresa e o negócio principal, legalmente, não poderiam gerar lucro, de igual forma, essas seguradoras também não têm interesse em economizar recursos do sistema, tendendo a gastar tudo. Já as seguradoras privadas carregam os gastos dos serviços ao seguro obrigatório e derivam o lucro para o seguro voluntário complementar conhecido como medicina pré-pagada (MARTINEZ, 2013 p. 36-37).

Martinez (2013) lembra as suspeitas da Controladora Geral da República de que do bilhão e meio de recursos do sistema de saúde que seriam destinados a financiar o subsistema subsidiado, chegaram ao usuário final unicamente 350 mil milhões como serviços. Dos principais componentes do incremento do gasto no subsistema contributivo, 79% foram relacionados a gastos em medicamentos, 9,6% em medicina geral, 2% em insumos, 5% em radiologia, 4,4% em UCI e 4% em laboratório.

Além das seguradoras públicas, algumas seguradoras privadas também faliram, um dos casos emblemáticos foi o da seguradora do subsistema subsidiado, a Colsubsidio. Esta empresa, pertencente à CCF do mesmo nome, decidiu retirar-se do mercado devido à inviabilidade financeira resultante, entre outros fatores do aumento de serviços obrigatórios no plano de benefícios para a população subsidiada.

Si, la verdad solamente cuando fuimos a decirle ya a los secretarios de salud que nos íbamos dijeron: ¿Cómo se van a ir? dije: “pero si yo llevo diciéndole hace un año que nos vamos a ir si esto no se ajusta y usted no me ayuda. Entonces fue muy interesante en ese sentido, triste la verdad pero fue interesante en términos de entender que un sistema como el que estaba planteado castigaba el que estaba haciendo las cosas bien. Ese fue como el gran aprendizaje frente a ello, que ha servido muchísimo por ejemplo en este momento hoy, para retomar el tema en el sentido de decir: “mire, tengamos mucho cuidado que de golpe lo que estamos es favoreciendo a los que hacen selección de riesgo, a los que no están haciendo bien las cosas y a los que están haciendo bien las cosas de pronto los podemos sacar”; entonces ya hay oídos frente a ello, pero estamos hablando de diez quince años después. Porque la verdad las deformidades del mercado solamente los que habíamos estudiado muy bien las teorías de los mercados, pues entendíamos que eso iba a ocurrir y que podía ocurrir pero pues ni el Estado ni muchas de las otras EPS sabían muy bien del tema, o sabían muy bien del tema y sabían cómo hacerlo para mantenerse en el mercado de una manera rara, no voy a decir irregular. E15 (Médico, Gerente de aseguradora e Diretor de Saúde de ASOCAJAS).

Nosotros éramos muy buenos pagadores entonces empezó a haber selección de riesgo y selección adversa y se nos concentró el riesgo, nosotros iniciamos teníamos un costo medico cuya distinción en alto costo no pasaba del 10% de la UPC (unidad de pago por capitación) cuando nos fuimos, porque esa fue la razón por la que nos fuimos nosotros ya teníamos un concentración del riesgo de casi el 30% de alto costo, entonces eso era absolutamente insostenible. ¿Eso por qué se daba? Se da porque los mismos prestadores de alto costo nos recomendaban, entonces las personas que llegaban por ejemplo a la Cardioinfantil o al Instituto de Cancerología, les decían: “no, eso afíliese allá, que allá tenemos...” teníamos una muy buena relación contractual, entonces ellos nos querían hacer el favor pero entonces. Y los mismos municipios orientaban a los afiliados a afiliarse con nosotros porque la gente no sabía que esto era un seguro, o tenían muy claro que si se concentraba uno el riesgo se iba a tener que ir, que tenía que haber una distribución y que no había ningún mecanismo de ajuste de la prima, la prima seguía siendo la misma después para todo el mundo, no importaban si se le concentraba el riesgo, entonces la prima para nosotros era exactamente la misma que para la otra ARS y entonces no nos alcanzaba definitivamente. Entonces yo inclusive fui el que sugerí, nosotros trabajábamos mucho con el Consejo Nacional de Seguridad Social, donde expusimos en muchas ocasiones que debería hacerse una redistribución del POS pero no fue atendida, en consecuencia tuvimos que salirnos del sistema `porque era absolutamente insostenible. E15

Em relação às seguradoras subsidiadas, o *déficit* financeiro foi agravado pela falta de repasses de recursos das gestões municipais e das províncias que, em 2012, chegavam a valores de dois mil bilhões de pesos (PORTAFOLIO, 2012).

Constata-se, assim, que o mercado de saúde implementado na Colômbia tem sido defendido nos diferentes governos. Tem sido defendida também a função e a permanência das seguradoras acima da viabilidade financeira das prestadoras e do próprio sistema e da garantia real do direito à saúde. Os diferentes governos têm dado continuidade ao sistema, mesmo tendo múltiplas evidências das dificuldades geradas pelas regras do espaço do sistema de saúde estruturado a partir da Lei 100. Desvio e uso inadequado dos recursos públicos da saúde são aspectos que têm sido permitidos pelo Estado.

9.2 MAIS MUDANÇAS NORMATIVAS PARA CONTINUIDADE DO SEGURO DE SAÚDE

De forma paralela à política de continuidade ao sistema de saúde baseado no seguro, desde 2010 o governo Santos manifestou interesse por uma reforma que levaria ao desaparecimento das seguradoras e fortaleceria a autonomia médica,

dando a impressão da viabilidade do acesso a todos os serviços e a alta tecnologia sem restrições. Nesse ano, Juan Manuel Santos apresentou o Projeto de Lei Estatutária em Saúde e um grupo de senadores liderado por Senadora Dilian Francisca Toro apresentou o projeto de Lei Ordinária de Reforma à Lei 100. Membros do partido opositor, Pólo Democrático, afirmavam que estes dois projetos reviviam os decretos da emergência social e mantinham a lógica do sistema, protegendo os interesses das empresas seguradoras (BORRERO, 2013, p. 244).

O objetivo desse projeto de lei ordinária era o fortalecimento do sistema de saúde via um modelo de prestação de serviços centrado na atenção primária. Pretendia universalizar o seguro de saúde e garantir a potabilidade nacional do serviço (COLÔMBIA, 2010). O executivo enviou mensagem de urgência ao senado para acelerar o tramite deste projeto de Lei que foi finalmente aprovado como Lei 1438 em janeiro de 2011. Esta Lei, como já foi comentado não implicou em mudanças estruturais do sistema.

Los ministros de protección social del Dr. Uribe, también tuvieron el enfoque neoliberal total, solamente el Dr. Santos, a raíz de que se le demostró, la Academia Nacional de Medicina, el presidente de la academia en ese momento que era el Dr. Fernando Sánchez Torres, ex Rector de la Nacional. Por cierto, en el momento en que el Dr. Fernando Sánchez le demostró al presidente el error de considerar la salud como un bien de mercado, en ese momento empezamos a ganar espacio, y poder tener interlocución con el presidente. [...] Con una presentación sensacional, sumamente reducida, sumamente concreta que hizo ante el Presidente de la República, con 14 diapositivas, nada más, se sentó con él, le mostro las 14 diapositivas y están tan bien hechas y concretas, que el Presidente fue cambiando la cara, los que estaban ahí, alrededor, se dieron cuenta de que el Presidente iba cambiando de cara, comenzó con la cara de incredulidad de siempre, o sea, vamos a oír a este señor, y fue cambiando la cara, y la cambio tanto, que al terminar esa presentación le dijo al Dr. Sánchez, yo quiero estar en ese esfuerzo que usted propone, y yo llevaré al Congreso, yo mismo, el proyecto de ley que usted dice, para cambiar eso que usted acaba de exponer. E17 (Médico, Presidente da Academia Nacional de Medicina).

Na formulação do projeto de Lei Estatutária participaram agentes do campo médico reunidos na “*Gran Junta Médica Nacional*”, constituída pelas sociedades médicas como a Academia Nacional de Medicina⁶², a Associação Colombiana de

⁶² Fundada em 1873 como Sociedade Colombiana de Medicina e Ciências Naturais e elevada à categoria de Academia Nacional de Medicina pela Lei 71 de 1890 que a reconheceu como assessora do governo em temas de saúde (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, 2016).

Sociedades Científicas⁶³, a Asmedas, a Federação Colombiana de Medicina⁶⁴ e a Associação Colombiana de Médicos Internos e Residentes.

Ese proyecto de Ley Estatutaria se escribió en la Academia Nacional de Medicina. Para escribirlo, la Academia organizó una cosa que se llama la Gran Junta Médica Nacional. Que es la reunión de los presidentes de las entidades médicas más representativas. [...] Y esa Gran Junta Médica Nacional, fue la que se reunió para escribir el proyecto de Ley Estatutaria y llevárselo al Sr. Presidente, y él lo llevó al Congreso y lo presentó, el mismo con mensaje de urgencia. E17 (Médico, Presidente da Academia Nacional de Medicina).

Além disso, a Associação Colombiana de Sociedades Científicas solicitou ao Presidente Santos a declaração de emergência social, em junho de 2011. Os médicos especialistas dessa associação expressaram que apesar do sub-registro e dos problemas do sistema de informação, havia evidências do incremento das mortes evitáveis por dengue, malária, coqueluche e desnutrição, além da deterioração dos indicadores de saúde como a mortalidade materna (USECHE, 2014, p. 5).

La ley estatutaria estos tres actores la Sociedad Colombiana de Sociedades Científicas, y la Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Colombiana, lo tienen como una bandera y como un éxito de ellos, y yo creo que sí, que hay que reconocérselo. Entonces yo creo que ese sector ha cobrado un protagonismo muy recientemente que nunca lo tuvo cuando tuvo su representante en el Consejo Nacional de Seguridad Social. Ahí dominaban literalmente, el Ministerio, las EPS y los hospitales, es mi percepción. E11 (Médico, assessor do Ministério da Saúde e do DNP, pesquisador e consultor).

Na época aumentaram os protestos relacionados à crise do sistema de saúde liderados pelo partido de esquerda, o Pólo Democrático, pelos sindicalistas, pelos trabalhadores da saúde, pelos médicos e pelo prefeito de Bogotá e seu secretário de saúde. Somou-se a essa situação a deterioração da relação entre o Ministério da Saúde e a Superintendência por falta de acordo entre estas instituições em relação à necessidade de intervenção de várias seguradoras privadas (LEWIN, 2012).

⁶³ Fundada em 1956, esta associação reúne trinta associações de especialidades médicas, tem como missão melhorar o exercício profissional e representar os associados nas instâncias públicas e privadas para o bem estar e desenvolvimento do setor saúde (ASOCIACION COLOMBIANA DE SOCIEDADE CIENTIFICAS, 2016).

⁶⁴ Órgão colegiado que cuida do exercício ético da profissão e promove o estudo, a pesquisa, o ensino e prática médica (FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA, 2015).

O trâmite da Lei Estatutária no Congresso até 2013 se caracterizou pelo ganho de poder do campo médico, já que foi a partir da proposta da *Gran Junta Médica Nacional* que o executivo elaborou o projeto de Lei. O ganho concreto, além da interlocução com o campo do poder, foi a garantia da autonomia médica para tomada de decisões em relação a tratamentos e procedimentos dos pacientes. Esta autonomia tinha sido cortada pelas seguradoras que limitavam as decisões desses profissionais. Além disso, a Lei Estatutária também conseguiu frear os interesses da indústria farmacêutica, dando autonomia ao Ministério da Saúde para definir os preços dos medicamentos, colocando os interesses da saúde acima dos interesses comerciais destas empresas.

Hoy tenemos una nueva oportunidad de hacer un nuevo sistema de salud, yo definiendo la Ley Estatutaria, es un gran avance, muy importante para el país y ahí están los elementos esenciales para construir un verdadero modelo de salud que defienda la salud como un derecho fundamental y que reconstruya todo el andamiaje de una buena prestación de servicios de salud. Obviamente que haya prestadores públicos y prestadores privados, no nos oponemos a eso, nos oponemos es a que siga con lo que hay, que es una fragmentación, que es un ánimo de lucro exagerado de parte de las EPS que ya se llevaron una gran cantidad de plata del sistema pero que quieren seguir montando negocios a través de los recursos de la salud. Entonces nosotros somos defensores de esa Ley Estatutaria y con esa base estamos trabajando para reconstruir el sistema. [...] La Corte no se ocupó del tema de la intermediación financiera pero en sus considerandos, la Corte Constitucional sí cuestiona el mecanismo de la intermediación financiera. No podía tumbarla porque no estaba digamos en el texto que salió del Congreso, no se puso en las consideraciones el tema de la intermediación de las EPS, sin embargo está cuestionada su eficacia como instrumento de la garantía del derecho, es un paso inicial que tenemos que hacer desde el punto de vista estrictamente jurídico. E23 (Médico, ex-deputado Estadual e Presidente de Asmedas Antioquia).

Esta Lei não alterou as funções ou regras das seguradoras, prestadoras e Secretarias de Saúde, aspectos que seriam definidos numa outra Lei Ordinária tramitada por iniciativa do Ministério da Saúde em 2013. As seguradoras se posicionaram contra a reforma da Lei Estatutária e anunciaram que caso continuasse a correr como estava o trâmite da Lei Ordinária, sairiam do negócio da saúde (LEWIN, 2013).

Yo pienso que la ley es desafortunada, Pienso que la ley no se necesitaba en Colombia, pienso que la ley es una amenaza clara al Sistema de Salud que posiblemente acabe con el sistema y nos lleve a una situación muy compleja, mucho peor. Pienso que obedeció a

razones políticas más que técnicas, pienso que es la realidad con la que tenemos que convivir y adaptarnos pero que nadie sabe qué va a pasar con esa ley, porque nadie es capaz de predecir cuál va a ser el impacto. La Ley Estatutaria lo que buscaba era definir el derecho de la salud, o sea, definir claramente este es el derecho y esto está fuera del derecho. Y al contrario de lo que se buscaba en la Ley lo que se hizo fue ampliarse y no poner límite al derecho de la salud, que ningún país del mundo es capaz de pagar, o sea, ya hoy en Colombia estamos con una cobertura bastante amplia. Entonces el caso concreto que yo le contaba de los Neuro-estimuladores, el año pasado nosotros tuvimos la aprobación de 8 neuro-estimuladores. Sabemos que hoy lo están promocionando en unos hospitales particulares aquí en Medellín para anorexia, para depresión, para Alzheimer. Un neuro-estimulador vale entre 60 y 180 millones de pesos, no está comprobada su eficacia, están yendo donde los neurólogos a decirles, esos pacientes difíciles, mándelos que nosotros le ponemos neuro-estimulador y le cobramos a la EPS y como la Ley Estatutaria dice que no hay límites, pues no hay límites. Así este año llevamos 16 solicitudes de neuro estimuladores, de 16 hay 2 que están en juzgado, entonces eso lo que hace es que no va alcanzar para todos y el sistema va colapsar y vamos a llegar a un sistema de salud primario donde la salud quizás deje de ser un derecho fundamental y con acceso solo para los más privilegiados. E19 (Médico, Presidente de Seguradora privada).

Em março de 2013 o Ministério da Saúde apresentou um novo Projeto de Lei Ordinária, iniciativa do ministro Gávia, que redefine o sistema de saúde. A redefinição é basicamente semântica. As EPS desaparecem e cria a figura de Gestoras de Saúde, as quais têm as mesmas funções das EPS (art. 26 e 27), mas com distribuição territorial, pois, uma única gestora operaria em cada área de gestão sanitária (art. 31). Além disso, passariam a coordenar junto com os governos locais as ações coletivas de saúde (art. 27). O POS passa a ser chamado *Mi plan* e definido a partir de serviços excluídos (art. 14 e 15). Extingue o FOSYGA e cria uma unidade de gestão financeira *Salud Mia* (art. 5) basicamente com as mesmas funções do fundo. Substitui a UPC por dois tipos de pagamento às gestoras de saúde, uma taxa fixa anual de administração e um valor *per capita* ajustado por risco constituído por dois valores, um que cobre parcialmente os serviços individuais de saúde e outro que está condicionado às ações e resultados em saúde (art.33). Mantem a divisão entre serviços de saúde individuais de responsabilidade das gestoras de saúde e as ações de saúde coletiva de responsabilidade dos governos municipais e provinciais (art. 20). Cria as áreas de gestão sanitárias constituídas por redes de prestadores de serviços com base territorial (art. 21 e 22) (COLÔMBIA, 2013)

Esse projeto de lei não foi aprovado. Houve protestos de profissionais, estudantes e trabalhadores que foram fundamentais para esta derrota. Em resposta, o governo mudou de estratégia passando a apresentar somente alguns artigos fundamentais, como a criação do fundo que substituiria o FOSYGA, a modificação na forma de pagamento às seguradoras, os incentivos à gestão de risco, os elementos da política farmacêutica e sistemas de informação. Como resultado da mobilização social em 2013 se constituiu a Aliança Nacional por um Novo Sistema de Saúde (ANSA), a qual elaborou propostas alternativas para o sistema de saúde, Lei Estatutária 109/2013 e Lei Ordinária 110/2013 (USECHE, 2014, p. 10).

O executivo, numa outra tentativa, apresentou ao Congresso da República em 2013 uma nova reforma. O Ministério da Saúde na exposição de motivos ressalta que apesar dos avanços em cobertura, a implementação da Lei 100 derivou em problemas relacionados com a fragmentação do modelo de atenção que favoreceu incentivos para a apropriação de recursos do Estado para as seguradoras e não para a saúde da população. Isto gerou três consequências, primeiro, a prestação dos serviços está orientada à resolutividade na alta complexidade. Segundo, o seguro se centrou na administração financeira acima do objetivo de gestão de risco em saúde e terceiro, os usuários encontram barreiras de acesso e pouca resolutividade nos serviços de alta tecnologia. Além disso, os desajustes microeconômicos na relação dos agentes do sistema ocasionaram severos problemas nos fluxos financeiros, tais como os altos custos de transação e cobranças duplas ao sistema por serviços não incluídos no plano de benefícios (COLÔMBIA, 2013). Para corrigir esses problemas o governo propôs um novo sistema de incentivos à gestão do risco em saúde baseado em resultados e no acesso efetivo aos serviços.

Primero no hay ninguna reforma, lo que se aprobó fue una Ley Estatutaria en salud, que como presidente de la asociación, eso es nada, nada, porque además ya la Corte Constitucional había tenido jurisprudencia sobre la materia, así que la ley no dice nada nuevo de lo que la Corte Constitucional ya había dicho. Y como te expresé, no es el **qué** hay un derecho a la salud, sino **cómo** se atiende ese derecho y mientras sigan existiendo barreras de acceso, fragmentación, donde la EPS pueden hacer y deshacer, esa ley estatutaria es inocua. Es como le dicen aquí en Colombia es una ley marco, pero es coger al museo desnudo y ve solo marcos, se llevaron todas las pinturas, es una cosa sin contenido, pero los marcos son bellísimos. Es una ley marco pero aquí el problema es de **cómo**. Así que es una ley que se le dio mucha importancia, el

gobierno actual utiliza mucho ese tipo de anuncios, pero si tú le preguntas al ciudadano común y corriente en que cambió la Ley Estatutaria, la respuesta es nada. E20 (Médico, Gerente Hospital Particular e Presidente do Conselho Diretor da Associação Colombiana de Hospitais e Clínicas).

A Lei Estatutária foi aprovada pelo Congresso Nacional em junho de 2013. O documento aprovado, na opinião dos defensores do direito à saúde, era uma versão que limitava o direito à saúde, já que permanecia o plano de benefícios determinando o que está e o que não está garantido pela lei. Além disso, limitava a possibilidade de utilização da tutela para exigir os serviços não incluídos no plano de benefícios. Depois de analisada pela Corte Constitucional, foi aprovada em 2014 com algumas modificações que contrariavam a ideia original do executivo, mas que refletiram a posição antes demonstrada pela Corte de preservar o direito à saúde.

Finalmente, a Lei foi assinada com reticência pelo Presidente Juan Manuel Santos em 2015, pois o governo considerava que a intervenção da Corte no texto final colocava em risco a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, nas palavras do Ministro Gaviria “A Corte Constitucional quer que os colombianos comam lagosta” (ELTIEMPO, 2014).

La ley estatutaria de salud cambia las reglas de juego aparentemente y dice que ya el plan obligatorio de salud no es un plan de inclusiones sino de exclusiones, por lo tanto no puede ser como se dice en la industria del aseguramiento, como un cálculo actuarial el cual es el valor. El gobierno, te lo digo, y esto lo sé con conocimiento de causa, no supo en las que se metió, como tenía una crisis ante la opinión publica metió una ley estatutaria que además de no servir, de no cambiar nada, puede introducir un problema adicional en el funcionamiento del sistema, muy grave. E15 (Médico, Gerente de seguradora e Diretor de Saúde de ASOCAJAS).

A Lei Estatutária definiu a saúde como um direito fundamental e de responsabilidade do Estado e enfatizou que os recursos da saúde devem ser direcionados para a garantia dos serviços aos usuários. Nesta norma também foi adotada a integralidade para garantir os serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação. Além dos direitos dos usuários, esta lei estabeleceu os seus deveres, como autocuidado da saúde e seguimento das recomendações dos profissionais da saúde.

Outro avanço apresentado pela lei foi a proibição das autorizações administrativas para os serviços de urgências. Além disso, estabeleceu o fim do plano de benefícios e excluiu unicamente os tratamentos experimentais. Foi dada

autonomia aos médicos para prescrição de medicamentos e tratamentos e eliminou os CTC, pois sua função passou a ser desenvolvida pelas Juntas Médicas das redes de prestadores de serviços. Também obrigou ao Estado a formular planos e políticas específicas para as regiões distantes e desprotegidas e mudou os indicadores de avaliação das ESE dessas regiões, passando a levar em consideração o benefício social de sua função e não unicamente o rendimento econômico. Por fim, proibiu o uso dos recursos da saúde para outros fins.

A tomada de posição dos agentes entrevistados é similar no sentido de que as várias tentativas de reforma não significaram modificações substanciais ao sistema. A posição divergente foi em relação à Lei Estatutária, considerada um ganho pelos agentes dos campos acadêmico e médico, um risco pelas seguradoras e uma legislação inócua para as prestadoras. Em relação às seguradoras e prestadoras, a posição é similar para as que estão nos campos econômico, comunitário e burocrático, evidenciando como sua tomada de posição não está relacionada ao pertencimento a um campo específico e sim a sua função no espaço do seguro de saúde.

Terminou o primeiro período de governo de Santos e não foi superada a crise do sistema de saúde. Pelo contrário, as medidas propostas com os projetos de lei ordinária e lei estatutária mantiveram a orientação das “reformas” anteriores deste e dos governos precedentes. Pretendeu-se avançar mudando aspectos concretos do sistema, porém mantendo sua estrutura e normas de funcionamento básicas. A única mudança significativa foi o fim da limitação dos serviços garantidos por lei, porém esta mudança ainda operacionalizada.

A principal questão permanece quanto ao direito essencial à saúde. A questão de quem deve prestar o serviço, parece ser um possível morto, há uma amnésia da gênese, pois a participação da empresa privada como administradora, seguradora e prestadora não é mais questionada pelo menos nos projetos e leis aprovadas e analisadas. Desta forma evidencia-se a influência dos agentes do campo econômico nas tomadas de decisão e sua posição dominante no campo do poder.

10. SÍNTESE DE 20 ANOS DO ESPAÇO DO SEGURO DE SAÚDE NA COLÔMBIA

O Espaço do seguro de saúde constituído durante a implementação da Lei 100 e suas “reformas” posteriores (Lei 715/2001, Lei 1122/2007, Lei 1438/2011), juntamente com a abundante normatividade de regulamentação até a formulação da Lei Estatutária de saúde (Lei 1751/2013), caracteriza-se por ter regras de jogo dinâmicas e muitas vezes confusas. Esse cenário normativo deu continuidade ao seguro obrigatório de saúde e às empresas seguradoras. As múltiplas mudanças foram pressionadas pelas imperfeições do mercado que se revelaram no tempo e pela pressão exercida por diferentes agentes dos campos jurídico, acadêmico e militante para exigir a garantia do direito à saúde. A participação dos agentes do campo burocrático é mais reativa às imperfeições.

Uma das maiores conquistas do sistema, reconhecida por todos os agentes, foi o aumento da cobertura (Tabela 6). No período analisado duplicou-se a cobertura do subsistema contributivo de 22,4% para 42,8% e criou-se o subsidiado, chegando a coberturas de 51% em 2009. No final do período analisado, a cobertura do subsistema subsidiado foi de 48,1% e de 90,9% para os dois subsistemas integrados.

Tabela 6 - Histórico de coberturas dos subsistemas contributivo e subsidiado na Colômbia entre 1993 e 2013.

	1993	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2013
População total (milhões)	36.2	38.6	40.3	41.8	43.4	45	46,6	47,1
Subsistema contributivo	22,4%	38,9%	32,9%	33%	37,7%	46,5%	41,6%	42,8%
Subsistema subsidiado	-	18,2%	23,6%	28,4%	45%	51,1%	48,3%	48,1%
Total de filiados ao seguro de saúde	23,7%	57,1%	56,5%	61,3%	82,7%	93,4%	94,9%	90,9%

Fonte: Calderón, 2011 e Martínez, 2013.

Na estrutura do espaço do seguro de saúde na Colômbia em 2013 (Figura 7) observam-se no pólo dominante as empresas seguradoras privadas da ACEMI que filiam 58% da população (13,45 milhões de pessoas) do subsistema contributivo. Neste subsistema as seguradoras privadas substituíram as seguradoras públicas e possuem o capital econômico, científico e político que lhes permite influenciar as tomadas de decisão nos espaços legislativo e executivo. No período analisado estas empresas conseguiram dominar o subsistema contributivo. As seguradoras públicas foram extintas.

No pólo dominante também estão as empresas farmacêuticas associadas na AFIDRO, que aumentaram significativamente a venda de medicamentos, chegando a constituir um fator de desequilíbrio financeiro para o sistema.

Os agentes do campo econômico que têm menos capital e poder são os prestadores privados. Porém pelo fato destes oferecerem os serviços de alta complexidade, têm poder relativo no espaço. No campo econômico também se fortaleceram as CCF, pois hoje filiam 20% da população colombiana, onde quinze empresas filiam 20,62% da população do subsistema subsidiado e outras cinco empresas filiam 20% do subsistema contributivo.

No grupo das seguradoras do subsistema subsidiado chamou a atenção a chegada de novos agentes, as ESS e as seguradoras indígenas, que não são nem campo econômico nem espaço burocrático, descritas aqui como campo comunitário. As oito ESS associadas na GESTARSALUD filiam 41% da população subsidiada (9,2 milhões de pessoas), representando o grupo de empresas com maior filiação deste subsistema. Estas empresas são dominadas no espaço, pois têm pouco capital econômico e político para influenciar nas tomadas de decisão. No entanto, por serem as principais seguradoras da população subsidiada, que não é atrativa para as empresas privadas, constituem-se em agentes necessários para o sistema tanto quanto os hospitais públicos.

As empresas comunitárias representam uma forma de resistência das comunidades organizadas, como também uma maneira de poupar o Estado de sua função social. Essas empresas legitimam o sistema e oferecem o seguro aos segmentos de mercado não atrativos para as grandes empresas privadas. Oito das quarenta e uma seguradoras do subsistema subsidiado estão associadas na GESTARSALUD e são estas as empresas que têm melhores possibilidades de representação nas tomadas de decisão. Vale lembrar que somente estas oito empresas comunitárias sobreviveram das mais de cento e cinquenta que foram criadas nos anos 1990. Estas empresas não foram analisadas nesta pesquisa, mas pelas transformações que sofreram desde sua criação até sua consolidação no espaço do sistema de saúde, provavelmente perderam sua natureza comunitária, pois ganharam relevância nacional e ganharam capital econômico e político.

As outras empresas do subsistema subsidiado, em 2013, eram seis empresas indígenas, uma pública de nível nacional, duas de nível regional e uma de economia mista.

No campo jurídico a Corte Constitucional e a *Defensoria del Pueblo*, criadas pela Constituição de 1991, alcançaram uma posição importante no espaço. Estas duas instituições, junto com a Procuradoria Geral da Nação, conseguiram contrabalançar o domínio das seguradoras em favor, primeiro, da garantia individual dos serviços de saúde e, posteriormente, da garantia coletiva. Pressionaram pela igualdade dos planos de benefícios dos dois subsistemas e modularam a Lei Estatutária que reconheceu a saúde como direito fundamental. São os agentes do Estado no campo jurídico que se posicionaram na defesa e garantia do direito à saúde. Estes agentes conseguiram cumprir sua função e limitar, mesmo que de forma não contundente e definitiva, aos agentes econômicos. Os agentes do campo judiciário conseguiram pressionar o executivo a cumprir, mesmo que com atraso, a própria lei ao promover primeiro a igualdade de planos de benefícios e depois sua eliminação.

O principal agente do campo burocrático, o DNP, esteve no pólo dominante do espaço do sistema de saúde no período analisado. Este é o local de elaboração dos planos de desenvolvimento de cada governo, lá são analisadas as problemáticas a serem corrigidas e elaborada a orientação da política, antes de chegar ao Ministério da Saúde. Vários Ministros da Saúde trabalharam nessa instituição antes de ocuparem o cargo de Ministro.

Ainda no campo burocrático, o Ministério da Saúde tem dificuldades para exercer a autoridade do sistema. Mostrou-se evidente, na análise realizada nesta pesquisa, a debilidade técnica e a orientação economicista do Ministério da Saúde, além da instabilidade dos seus quadros principais. A criação de espaços como o Conselho Nacional de Seguridade Social e, posteriormente, a Comissão de Regulação em Saúde não se constituíram em cenários reais de participação de todos os agentes. Além disso, o executivo foi acusado pelos agentes econômicos de concentrar as decisões nesses espaços a partir do próprio Estado, como se fosse esperada uma posição ainda mais dominada do Estado em relação aos agentes econômicos.

A Superintendência de Saúde teve dificuldades para se posicionar no pólo dominante, em especial em relação às seguradoras privadas da ACEMI. Esta instituição também evidencia a debilidade técnica do Estado e as dificuldades para exercer o controle sobre os agentes econômicos. Sua função foi mais concreta ao exercer o controle sobre as seguradoras públicas e comunitárias. De igual forma o

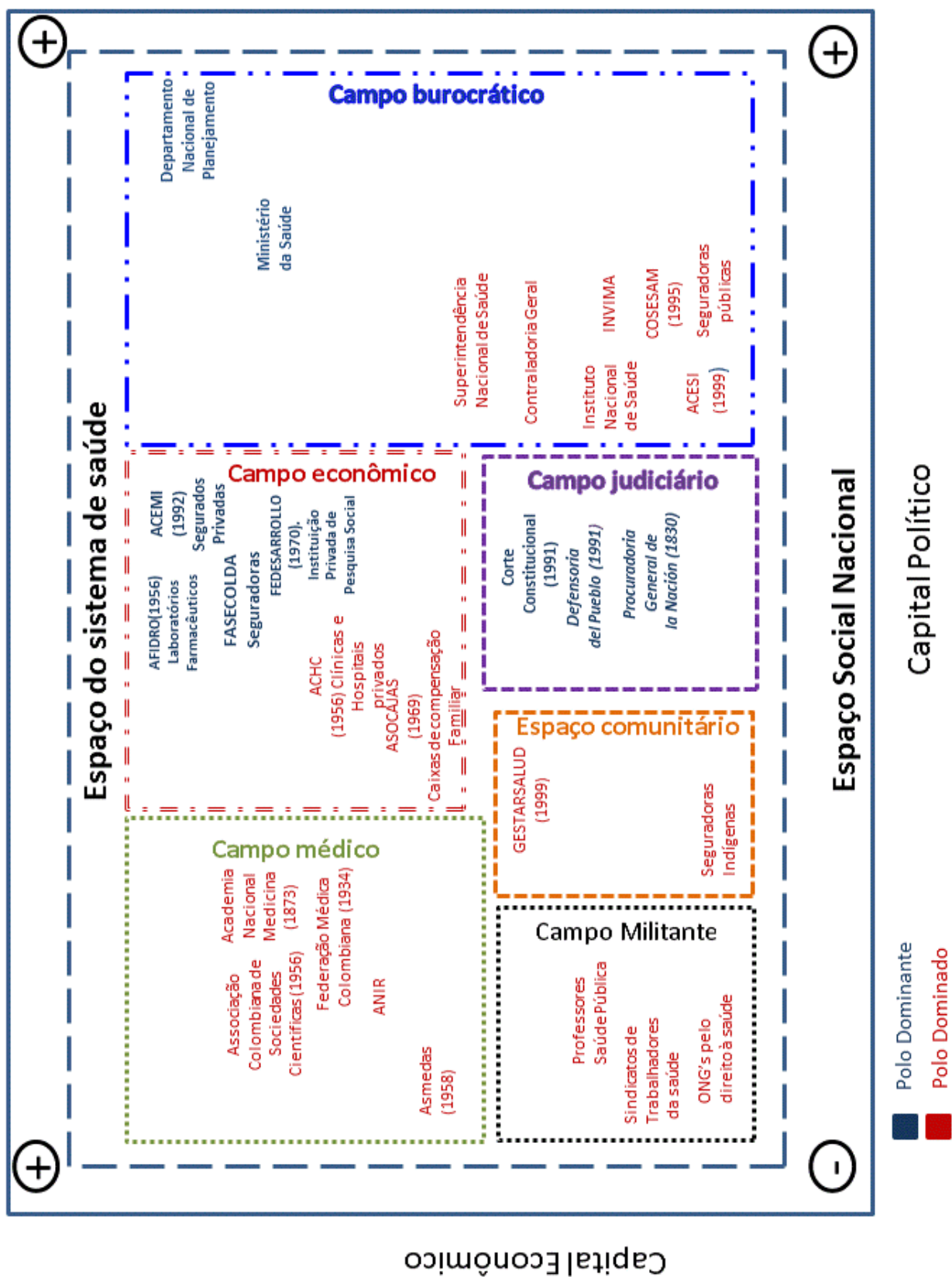
INVIMA e o Instituto Nacional de Saúde se posicionam no pólo dominado, pois suas funções definidas pela legislação são limitadas na realidade. Estas instituições estão em desvantagem frente aos agentes do campo econômico como seguradoras, prestadoras e empresas farmacêuticas, pois o capital técnico e poder punitivo que possuem são limitados.

Os hospitais públicos encontram-se no pólo dominado e estão em desvantagem no espaço do sistema de saúde, pois participam do jogo econômico estando, por sua vez, dentro da administração pública. Por iniciativa própria associaram-se (ACESI) na tentativa de acumular capital político, porém continuam sofrendo as consequências da redução paulatina do tamanho e das funções do Estado.

A COSESAM, que reúne por iniciativa própria os secretários municipais de saúde, também está no pólo dominado, em especial após a extinção do Conselho Nacional de Seguridade Social, pois não tem mais espaço de interlocução com o governo.

No final do período os agentes do campo médico conseguiram ganhar interlocução e incidir na tomadas de decisão. Reconheceu-se a importância da autonomia médica e o critério profissional foi sobreposto aos interesses econômicos das seguradoras. Vale lembrar que estas empresas costumam limitar os meios diagnósticos, os procedimentos e os medicamentos que os médicos podem ordenar. Sendo assim, os agentes do campo médico permanecem numa posição dominada no espaço do seguro de saúde.

Figura 7 - Estrutura do Espaço da Saúde, na Colômbia 1993-2013 2013



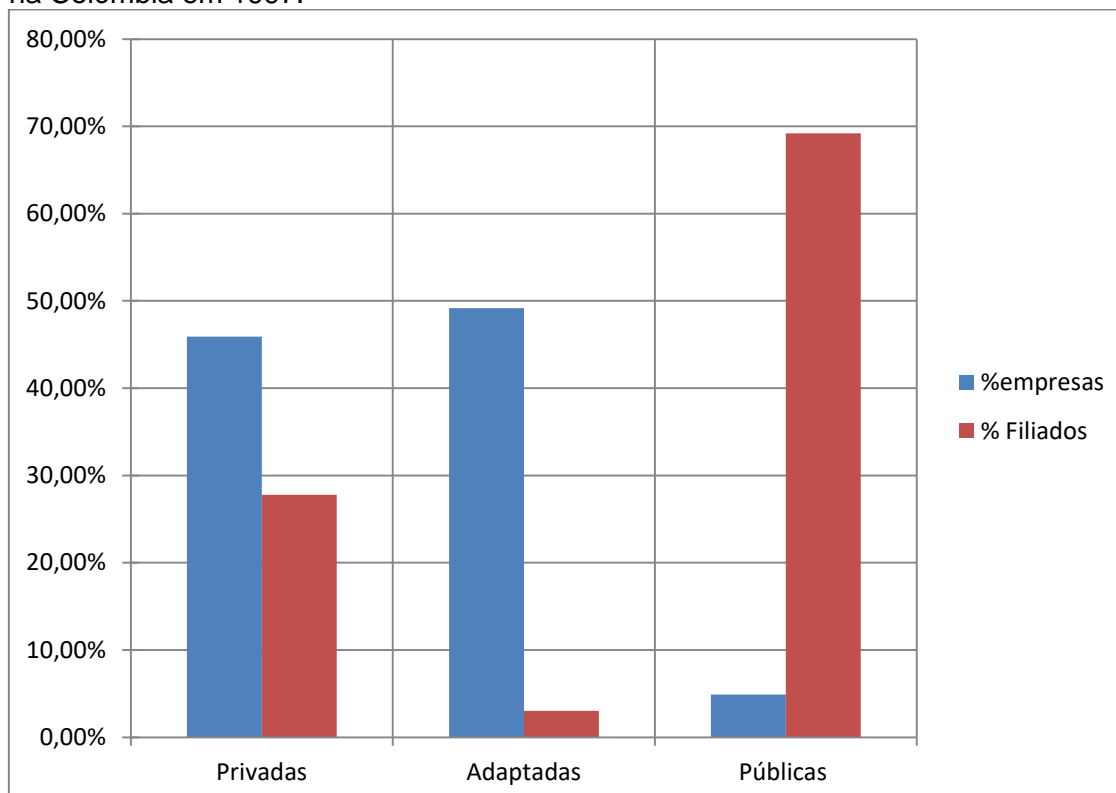
Outros agentes do espaço do seguro de saúde, como as organizações sociais que constituem o Movimento Nacional pela Saúde e a Aliança Nacional por um novo Sistema de Saúde, não foram analisados nesta pesquisa, com vistas a futuras investigações. As mobilizações sociais foram amplas e significativas, em especial após a publicação dos decretos de emergência social do governo Uribe (BORRERO, 2013) e continuaram ativas no primeiro período do governo Santos. Existem múltiplos agentes, associações de usuários, grupos de pacientes com doenças específicas, grupos de profissionais da saúde, entre outros, que mantêm lutas nos níveis locais contra o domínio das seguradoras, porém não chegaram a incidir nas tomadas de decisão para pressionar por uma reforma substancial do sistema. Os sindicatos de trabalhadores da saúde estiveram centrados na defesa das suas condições de trabalho e de instituições como as seguradoras e prestadoras públicas. Suas lutas não chegaram ao âmbito nacional aqui analisado, exceto para bloquear ou impedir algumas iniciativas como os decretos de emergência social de Uribe ou a segunda Lei Ordinária de Santos. Suas limitações para influenciar a política no nível nacional não querem dizer que essas lutas não existam.

Por fim, os agentes do campo acadêmico também não tiveram grande influência na tomada de decisões, são poucos os núcleos de pesquisa relacionados com o sistema de saúde e estão centrados nas universidades públicas, Universidade Nacional de Colômbia e Universidade de Antioquia e nas privadas, Universidade Javeriana e Universidade dos Andes. Além disso, não se consolidou nenhum movimento acadêmico que conseguisse interlocução permanente ou tivesse incidência na tomada de decisões do executivo e do legislativo. Tanto os partidos da oposição como os acadêmicos levaram projetos de lei de reforma do sistema as quais não conseguiram adquirir trâmite no Congresso e não foram objeto de análise desta pesquisa.

Em relação às mudanças geradas pela construção do mercado da saúde observa-se que, em 1997, o subsistema contributivo estava constituído por três empresas públicas que filiavam 69% da população (oito milhões de pessoas), vinte e oito seguradoras privadas que filiavam 27,8% (3,2 milhões) e trinta adaptadas que filiavam 3% (0,3 milhões) (Gráfico 1). A representatividade no mercado de seguros mudou substancialmente, observando-se que, em 2013, onze seguradoras privadas filiavam 58% da população deste subsistema (13,5 milhões de pessoas), uma

empresa de economia mista filiava 13% (2,6 milhões), cinco CCF filiavam 20% (quatro milhões) e sobreviviam duas seguradoras adaptadas com menos de cinquenta mil filiados (Gráfico 2). Nesta perspectiva evidencia-se que no subsistema contributivo ganharam poder e representatividade no mercado as empresas privadas e as CCF e perderam, até serem extintas, as seguradoras públicas.

Gráfico 1 - Porcentagem de filiados segundo o tipo de empresa ao Subsistema Contributivo, na Colômbia em 1997.

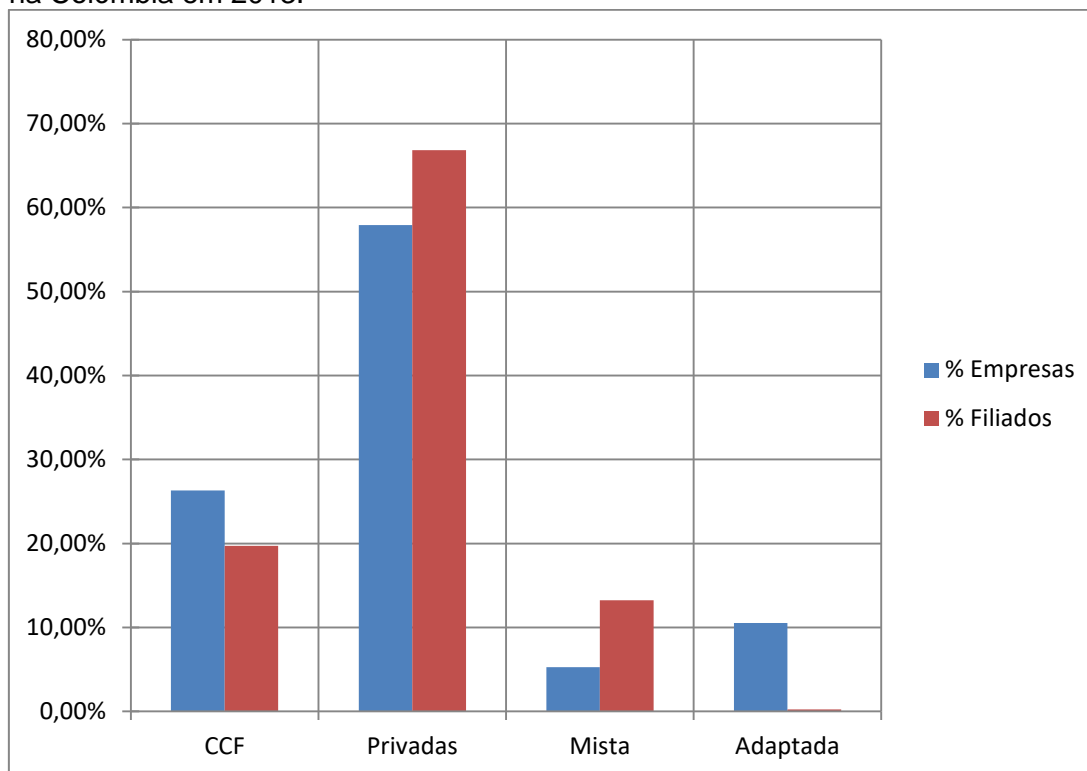


Fonte: Elaboração própria a partir de Informe OIT, 1998 *apud* Perez (1998).

Em relação ao subsistema subsidiado, em 1997 existiam dezesseis seguradoras privadas que filiavam 45% da população (2,9 milhões), cento e setenta e cinco ESS que filiavam 35% da população (2,3 milhões) e 50 CCF que filiavam os outros 20% (1,3 milhões) (Gráfico 3). Em 2013, o subsistema subsidiado estava dominado pelas oito ESS da GESTARSALUD que filiavam 40% da população (9,2 milhões), quinze CCF que filiam 20% da população (4,6 milhões), três públicas que filiam 17,8% (quatro milhões), duas privadas que filiam 10% (2,2 milhões), seis indígenas que filiam 6% (1,4 milhões) e uma de economia mista que filia 4,6% (um milhão) (Gráfico 4). Desta forma pode-se verificar que o subsistema subsidiado depende em 90% de empresas sem fins lucrativos, majoritariamente representadas

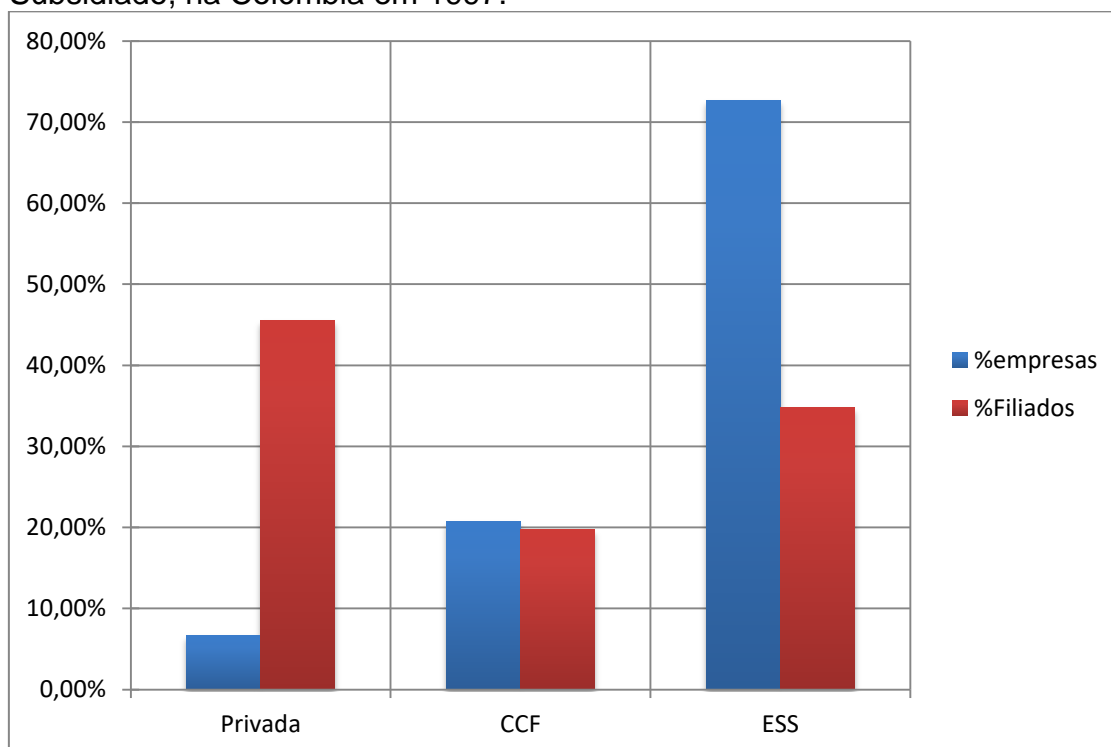
pelas ESS e CCF. Estas empresas ganharam capital econômico e simbólico no período.

Gráfico 2 - Porcentagem de filiados segundo o tipo de empresa ao Subsistema Contributivo, na Colômbia em 2013.



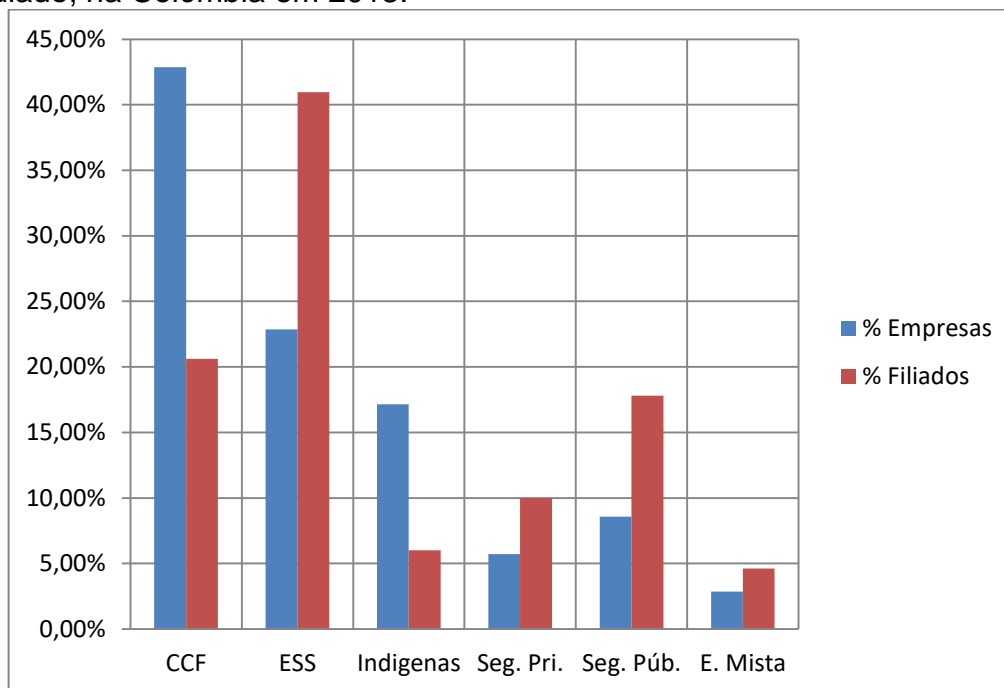
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Superintendência de Saúde, 2013.

Gráfico 3 – Porcentagem de filiados segundo tipo de empresa ao Subsistema Subsidiado, na Colômbia em 1997.



Fonte: Elaboração própria a partir de Informe OIT, 1998 *apud* Perez (1998).

Gráfico 4 – Porcentagem de filiados segundo o tipo de empresa ao Subsistema Subsidiado, na Colômbia em 2013.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Superintendência de Saúde, 2013.

A este subsistema se incorporaram três seguradoras públicas que saíram do contributivo. Além disso, apareceram as seguradoras indígenas que mesmo representando uma proporção pequena no universo da população subsidiada, consistem em um ganho de poder para esta população que tem conseguido gerir os recursos públicos da saúde. Criou-se, também, a seguradora de economia mista de Bogotá que conta com o maior número de filiados nesta cidade. Somente duas seguradoras privadas se mantiveram neste subsistema, confirmando, com isso, que este não é um nicho de mercado atrativo para elas.

Por fim, no espaço do seguro de saúde na Colômbia, em 2013, mais de um terço da população filiada (15,7 milhões de pessoas) encontra-se nas seguradoras privadas dos dois subsistemas, constituindo-se, desta forma, num agente social importante para além do espaço do seguro de saúde, pois a saúde destas pessoas depende destes agentes privados.

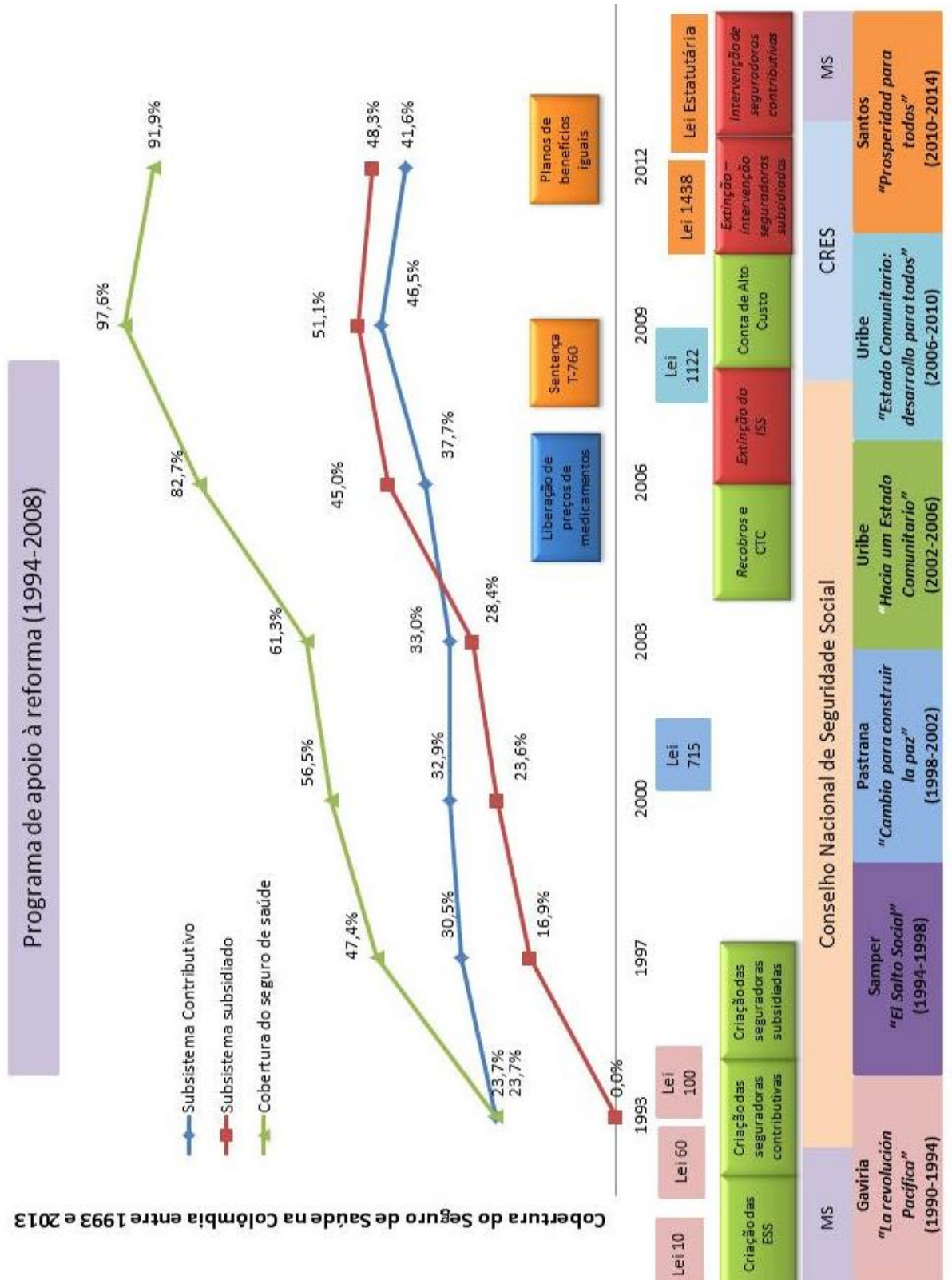
Na linha do tempo do espaço do sistema de saúde na Colômbia, entre 1993 e 2013 (Figura 8), é possível observar como o aumento da cobertura de seguro de saúde para valores maiores que 90% coincide com a intensificação da crise do sistema. Outro aspecto a destacar é o fato de que esse aumento da cobertura se deu graças ao aumento da cobertura do subsistema subsidiado mantido pelo Estado

e que o plano de benefícios foi igual para os dois subsistemas somente a partir de 2012, sendo que pela Lei 100 estava projetado para acontecer em 2002. A cobertura do seguro de saúde aumentou às expensas de um plano parcial e com problemas comprovados de acesso aos serviços.

Chama atenção que a formulação inicial previa que o subsistema contributivo ajudaria a financiar o subsidiado. Para que isto fosse possível era necessário que a proporção da população contributiva fosse maior que a do subsidiado. No entanto, o que aconteceu foi o inverso, pois a população com contrato de trabalho não aumentou como esperado e, no final do período analisado, 48,3% da população estava filiada ao subsistema subsidiado, em comparação com os 42,8% do contributivo.

Observa-se que houve formulação de várias políticas (Lei 715/2001, Lei 1122/2007, Lei 1438/2011, Lei Estatutária/2013) na tentativa de corrigir, *a posteriori*, aspectos que não foram adequadamente analisados sobre a dinâmica das relações entre seguradores, prestadores, gestores e reguladores no que diz respeito ao controle das funções de cada um deles e em relação ao fluxo de recursos da saúde. Porém essa legislação manteve a orientação inicial da política, persistindo o seguro de saúde e as funções dos diferentes agentes do sistema. Nos seis períodos de governo analisados houve continuidade da política de implementação do mercado

Figura 8 - Linha do tempo de 1993 até 2013 do espaço do seguro de saúde na Colômbia



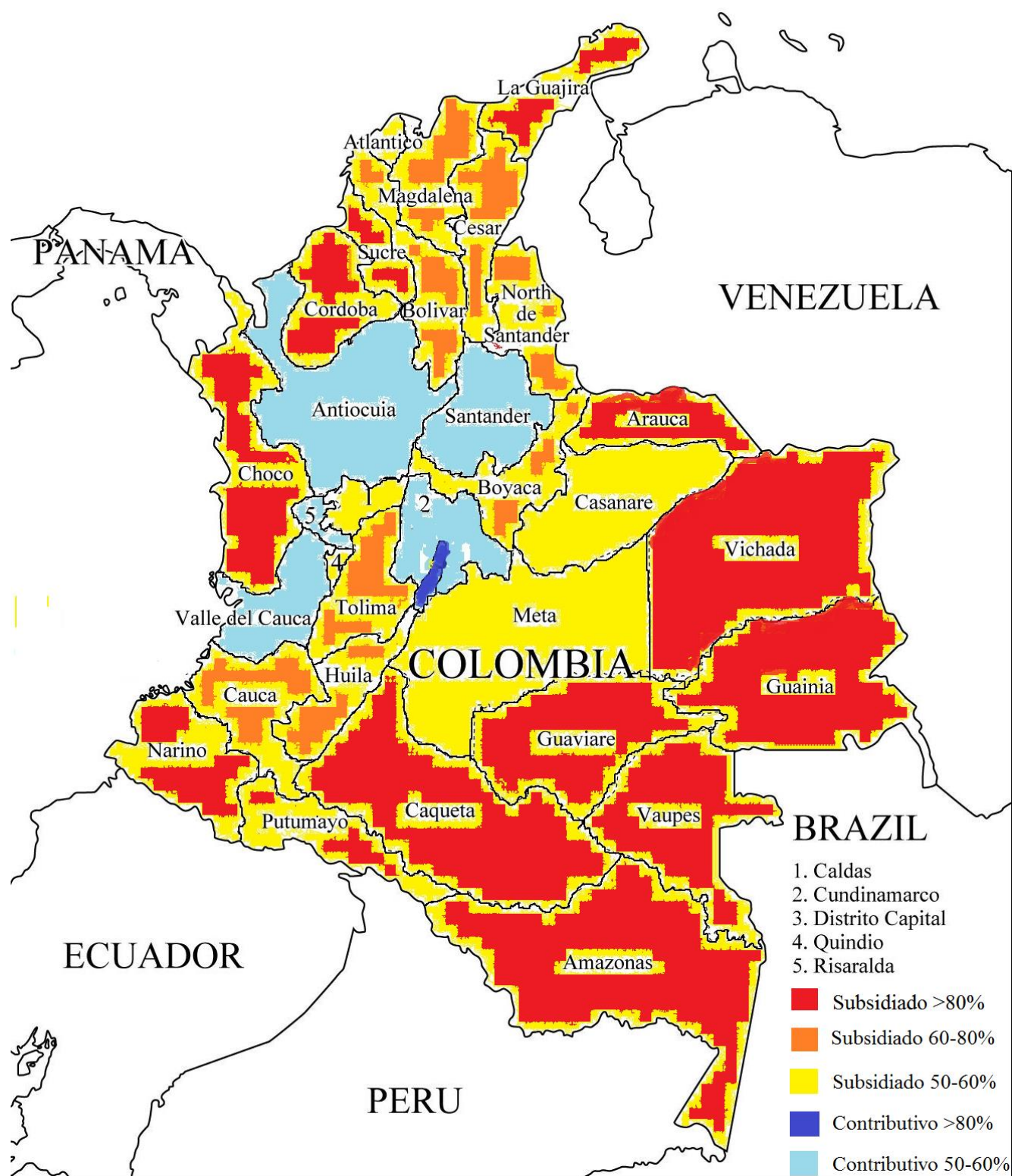
da saúde na forma de seguro universal e com a pretensão de ser “Seguridade Social”.

Observa-se como no início do período, os esforços do Estado se concentraram na criação de empresas seguradoras privadas e comunitárias. Já do meio para o final do período, desapareceram as maiores seguradoras públicas e algumas sem interesse de lucro do subsistema subsidiado. Os órgãos de regulação como o Conselho Nacional de Seguridade Social e Comissão de Regulação em Saúde não conseguiram se fortalecer no espaço do seguro de saúde e foram eliminados sem maiores resistências por parte dos agentes do espaço do seguro de saúde, evidenciando suas limitações enquanto entidades de regulação

Em relação à distribuição geográfica (Figura 9) observa-se que apenas em cinco províncias e em Bogotá a proporção de filiados ao subsistema contributivo é maior que ao subsidiado. Além disso, em treze das trinta e quatro províncias a proporção de filiados ao subsistema subsidiado é maior que 80%, em oito concentra-se entre 60% a 80% e, em cinco, é maior que 50%. Dessa forma, comprova-se a relevância desse subsistema para as províncias mais pobres e menos desenvolvidas que têm maior população indígena e negra. De igual modo, a única região com filiação majoritária ao subsistema contributivo é a cidade de Bogotá. Nas outras províncias entre 50% e 60% dos filiados encontram-se no contributivo.

Em relação aos serviços de saúde, observa-se uma grande demanda por serviços de alta complexidade devido à baixa resolutividade da atenção básica e aos incentivos para a demanda de serviços nos hospitais de alta complexidade. A taxa de internação hospitalar na Colômbia foi de 9% em 2007 e de 8% em 2010 (nível muito mais alto que o de países de desenvolvimento similar, como o México, com 5%), aumentando os gastos das seguradoras e os *recobros* de medicamentos não incluídos no plano de benefícios. Isso se favorece também pelo fechamento de unidades pouco produtivas como pediatria, urgências e clínica médica e ao incremento de unidades de alta complexidade como unidades de cuidados intensivos, imagens diagnósticas e serviços de hemodinâmica, gerando altos custos e duvidosos resultados em saúde (COLÔMBIA, 2013, p. 13). Em 2010, o gasto em hospitalização representou 76,11% do gasto em atenção em saúde, as consultas com clínico geral constituíram 10,31% do gasto, com especialista 6,52% e com dentista 7,6% (MARTINEZ, 2013 p. 48).

Figura 9 - Cobertura por província dos subsistemas contributivo e subsidiado na Colômbia, em 2013.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Superintendência de Saúde, 2013 e DANE, 2016

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O espaço de produção do seguro subsidiado e contributivo na Colômbia, constituído a partir de 1993, caracteriza-se por ser um espaço de disputa pelo recurso econômico que favoreceu o crescimento do mercado de serviços privados relacionados com a saúde e pela luta pela garantia do direito à saúde. Toda ação de saúde desenvolvida nesse espaço passou a ser cobrada, a ter um comprador e um vendedor. Neste sentido, multiplicaram-se as possibilidades de negócios para o mercado, com dominação do campo econômico e suas regras, como a primazia das trocas econômicas sobre todos os demais tipos de trocas. Do ponto de vista institucional, os agentes que aumentaram seu capital e poder foram as seguradoras privadas que dominam o subsistema contributivo, as Empresas Sociais de Saúde que dominam o subsistema subsidiado e as empresas de insumos médicos, em especial as empresas farmacêuticas. Prestadoras públicas e privadas perderam capital e poder no período e apresentam graves problemas econômicos, sendo o polo dominado.

A luta pelo reconhecimento da saúde como direito apareceu na disputa graças à ação individual dos usuários do seguro, quando foi negado seu direito a receber os serviços de saúde. Neste sentido foi fundamental a tomada de posição do campo jurídico de defender o direito à saúde, mesmo não estando este explícito na Constituição de 1991. Como consequência, evidenciaram-se conflitos entre agentes dos campos econômico, político e jurídico, pois a garantia ilimitada de serviços restringe as possibilidades de lucro das seguradoras, bem como leva a desequilíbrios na relação entre os agentes do campo burocrático e econômico.

Em relação à disputa pelo recurso econômico, num primeiro momento, ocupar uma vaga no Conselho Nacional de Seguridade Social era importante para participar nas tomadas de decisão relativas a temas como definição da UPC e do plano de benefícios. A composição do CNSS revela a assimetria de poder nessa instância estatal, meta-capital que universalizou o discurso das seguradoras privadas como aquela legítima a todo o Estado colombiano. Posteriormente, quando o Conselho foi extinto, a disputa continuou no sentido de aumentar o valor da UPC, limitar o plano de benefícios e aperfeiçoar o fluxo de recursos, principalmente para as seguradoras privadas contributivas.

Na Colômbia, o Estado entregou os recursos da saúde às seguradoras, permitindo que estes agentes administrassem e direcionassem o gasto para prestação dos serviços de saúde. Os recursos públicos da saúde foram direcionados, principalmente, ao atendimento individual e curativo e sua administração favoreceu o fortalecimento econômico das seguradoras privadas com grande concentração de capital econômico e patrimônio via apropriação do repasse *per capita* e *recobros* pelo Estado. Mesmo existindo nas normas temas relacionados à promoção, à prevenção, aos determinantes sociais e à atenção primária em saúde, a orientação da política se concentrou nos aspectos relacionados ao aumento da cobertura e ao aprimoramento das regras relativas a aspectos financeiros do sistema.

O seguro oferecido neste sistema tem a pretensão de se mostrar como benefício fragmentado do Estado de Bem Estar, porém é clara a inequidade e a segmentação da população favorecida com planos de seguro diferenciados segundo a renda e posição social. Além disso, as altas coberturas do seguro tornaram-se possíveis porque estas foram desvinculadas do acesso e do uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade, quando necessários (NORONHA, 2013).

A política do Estado caracterizou-se no período pela omissão do mesmo em relação ao controle e regulação das seguradoras e empresas farmacêuticas. Além disso, o Estado não só foi omisso em alguns momentos como agiu ativamente em outros para prejudicar as instituições públicas de saúde, fossem elas seguradoras ou prestadoras. Neste sentido, houve continuidade da política nos seis períodos de governo analisados ao diminuir o tamanho do Estado, como orientado pelo Consenso de Washington e estimulado pelas agências internacionais, a partir dos anos 1980 (ALMEIDA, 2006, 2012; CUETO, 2015).

Agências como o FMI, BM e BID participaram ativamente na implementação do sistema de saúde na Colômbia na forma de financiamento condicionado ou financiando programas específicos de apoio à reforma. Esta tendência de implementação de sistemas (seguros) de cobertura universal foi fortalecida internacionalmente na primeira década dos anos 2000 e promovida de forma global pela OMS, a partir de 2012 (NORONHA, 2013; CUETO, 2015).

Além disso, o Estado transferiu às comunidades organizadas em empresas solidárias ou em seguradoras indígenas a responsabilidade de garantir os serviços

de saúde para elas mesmas. Isso tudo numa retórica ilusória que aparentou ser consequente com a garantia de direitos sociais e do direito à saúde.

A luta pelo direito à saúde que conseguiu exercer pressão para mudanças na política foi a luta pela garantia de receber serviços de saúde quando estes têm sido negados, limitando a reflexão ao direito individual. Na Colômbia, as ações de tutela que levaram ao pronunciamento do campo jurídico focaram na ação das seguradoras e nas consequências de sua função. Destacou-se a ação do poder executivo para defender o direito privado das seguradoras em detrimento dos direitos coletivos e da sustentabilidade financeira das prestadoras.

As múltiplas políticas de aparente reforma do sistema, formuladas no período, pretenderam incidir *a posteriori* em problemas como a baixa qualidade dos serviços, falta de regulação e pouca clareza das normas, falta de informação (que é de domínio das seguradoras) e problemas de acesso. Porém, a abundante normatividade revelou-se inócua para resolver as dificuldades e nunca se buscou modificar de forma estrutural o sistema. Evidenciou-se a falta de capacidade técnica das instituições do campo burocrático para a regulação, controle e fiscalização do mercado, que é livre para decidir por si só sobre as necessidades de saúde da população. O Estado delegou às empresas seguradoras a prestação dos serviços de saúde e centrou sua função na garantia do aumento e sustentabilidade do mercado para essas empresas. Além disso, foi reiteradamente omissivo nas ações de saúde coletiva, intersetoriais e dos determinantes sociais, bem como no sistema nacional de informação em saúde.

O espaço social de produção do seguro de saúde reflete as características de cada formação social e seu Estado que, no caso da Colômbia, se caracteriza por ser um Estado de Bem Estar Social residual, pouco equitativo e com limitação da garantia de direitos como previdência social, educação e saúde. Isso foi agravado pela persistência do conflito armado e a produção e tráfico de drogas ilícitas que geram medo e violência com desapropriação do território campesino e indígena até os dias atuais.

A reestruturação do espaço do seguro de saúde evidencia como a política social colombiana se define na disputa entre aqueles que defendem os direitos sociais, segundo o princípio de “a cada um segundo suas necessidades”, expressando a ideia do mínimo vital e aqueles que querem reduzir as intervenções do Estado, através de medidas liberais inspiradas no princípio de “a cada um

segundo seus méritos”, que pretende proporcionar uma ajuda segundo a renda e o valor social dos agentes (BOURDIEU, 2001, p. 136).

Da mesma forma, a configuração do subespaço de prestação de serviços de saúde se consolidou a partir da lógica estrita das trocas econômicas, isto é, do investimento, do cálculo, do benefício e da preocupação com o lucro por parte das prestadoras e seguradoras privadas, e da sustentabilidade econômica, por parte das prestadoras e seguradoras públicas. No espaço do seguro de saúde na Colômbia existem dois polos diferenciados. O polo dominante, constituído nessa ordem pelas seguradoras privadas que possuem rede de serviços própria e pelas prestadoras privadas e o polo dominado, formado pelas prestadoras públicas e seguradoras subsidiadas.

As prestadoras públicas permaneceram no tempo, pois são necessárias, tendo em vista que as prestadoras privadas não apresentam interesse em disputar com elas nichos de mercado pouco lucrativos. As prestadoras públicas respondem pela atenção primária e pelas ações coletivas de saúde, em especial nas cidades do interior e para as populações pobres. De igual forma, acontece com as seguradoras do subsistema subsidiado, Empresas Solidárias de Saúde, Caixas de Compensação Familiar, indígenas e públicas, pois as privadas se concentram no subsistema contributivo, de preferência nas cidades grandes.

A oposição entre centro e periferia corresponde às divisões e subdivisões em níveis hierárquicos e unidades territoriais cada vez menores (BOURDIEU, 2001). Nessa oposição do espaço de produção de serviços de saúde na Colômbia, os governos locais ocupam uma posição dominada, delegados a meros executores. A descentralização caracterizou-se por normativas que dividiram as ações de saúde em serviços individuais e coletivos, com limites difusos entre as responsabilidades dos agentes dos campos burocrático e econômico.

Nessa posição dominada, os governos locais assumiram a descentralização do financiamento, da administração e da gestão nos municípios pequenos do interior que tinham pouco, ou nenhum, capital científico, político e econômico para entender os objetos em disputa do campo e defender o interesse público. Os dominados dos pequenos governos locais sofreram a incoerência da política nacional, mas aproveitaram o acúmulo de capital burocrático e político local para favorecer interesses privados na contratação com prestadores e seguradores, mantendo práticas clientelistas. Os governos locais dos municípios menores e mais pobres têm

menos possibilidades de alterar as regras do jogo e os objetos em disputa no espaço do seguro de saúde.

Os objetos em disputa que permanecem são as condições dos contratos entre seguradoras e prestadores, os tipos de produtos a ser vendidos, o número de filiados de cada seguradora, o valor da UPC e os serviços incluídos no Plano de Benefícios que devem ser garantidos aos usuários. Já, nos subespaços de prestação de serviços, em ambos os subsistemas, as questões em disputa giram em torno da quantidade de serviços vendidos pelas clínicas e hospitais. Seguindo esse raciocínio, os objetos em disputa são a venda de serviços e os valores dos serviços ofertados. A integração vertical tem sido um dos objetos em disputa ao longo da implementação do sistema de saúde na Colômbia, já que esta interessa ao campo econômico, especificamente às seguradoras contributivas, mas contraria o sentido de controles e delegações do campo burocrático.

Por outro lado, mecanismos como tutelas e *recobros* (procedimentos garantidos pelo Estado) são utilizados pelas seguradoras para aumentar seu lucro e burlar seus compromissos com os pacientes. O Estado cumpre sua função nas atividades classificatórias de pessoas (pobres, não pobres), de serviços (incluídos e não incluídos no plano de benefícios), de recursos (valores *per capita* dos subsistemas subsidiado e contributivo) e de universalização da *doxa* do comportamento econômico racional na saúde. Universalizou o cálculo econômico e a naturalização da cobrança por cada ação de saúde realizada. Isso para garantir a construção do mercado de seguros e de serviços de saúde e o lucro das seguradoras e prestadoras que veem no Estado, nos recursos públicos, a fonte infinita do almejado recurso econômico.

Os diferentes governos têm dado continuidade ao sistema apesar das múltiplas evidências sobre as dificuldades geradas pelas regras do espaço de produção de serviços de saúde estruturado a partir da Lei 100. Desvio e uso inadequado dos recursos públicos da saúde são aspectos que têm sido permitidos pelos agentes do Estado evidenciados pelos seus atos. Diversas inequidades têm sido aprofundadas pelo sistema de saúde, como a diferenciação inicial nos planos de benefícios do seguro de saúde entre populações assalariadas e pobres e o trato igual dado pelo sistema a populações diferentes, como população urbana e rural dispersa, gerando dificuldades de oferta e acesso em alguns locais.

Impera nos agentes entrevistados da alta função pública e do campo econômico a tomada de posição pela manutenção dessa política. Foi evidenciado na trajetória dos agentes com maior volume de capital total o trânsito entre a alta função pública e o campo econômico, assim como, a ocupação das posições dominantes no espaço. A presença desses agentes no campo econômico e burocrático pode ter favorecido as disposições favoráveis ao campo econômico nas tomadas de decisão. Em geral os agentes entrevistados que permaneceram no espaço do seguro de saúde tiveram uma trajetória ascendente em especial no período de 1993 a 2001. Observa-se também nos outros Ministros da Saúde que não foram entrevistados nesta pesquisa trânsito entre os campos econômico e burocrático.

Em relação a tomada de posição dos agentes entrevistados sobre o sistema de saúde, o ponto de vista dominante considera o seguro universal em saúde como equivalente de garantia do direito à saúde. Desta forma foi constituído em ponto de vista universal ou *doxa* e portanto, legítimo. Além disso, muitos dos agentes entrevistados deram uma elevada importância ao sistema de saúde como política exitosa de seguridade social. Neste sentido os possíveis mortos, aqueles que poderiam ter sido num passado não tão distante, mas que foram esquecidos, são as alternativas de política que consideravam possível a provisão e oferta pública dos serviços de saúde. Pareceu-nos que este fato se constituiu no êxito da implementação da Lei 100, já que se configurou uma amnésia da gênese do sistema pois suas alternativas foram esquecidas. Neste sentido, reconfigurar a estrutura do espaço requereria a reconfiguração das estruturas mentais dos agentes cujos esquemas de percepção e apreciação do mundo social não consideram necessárias as mudanças nas regras do jogo. Ao polo dominado caberá essa decisão, ou ao polo dominante quando as próprias contradições obrigarem às mudanças.

Por outra parte, na Colômbia não existem agentes como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde do Brasil, que assumiram o protagonismo da defesa do SUS (BAHIA, 2009), que pudessem exercer pressão na defesa das seguradoras e prestadoras públicas ao ainda que pressionassem uma configuração da política de saúde diferente a da Lei 100.

Na Colômbia, em 2013 o gasto em saúde foi de \$533,1 dólares *per capita* (6,8% do PIB), sendo que deste valor 76% é gasto público. Isto contrasta com outros países como o Brasil, que em 2013 gastou \$993 dólares em saúde (8,48% do PIB)

sendo 46% gasto público. E é similar ao gasto em saúde em México \$674 dólares *per capita* (6,3% do PIB), sendo 51,7% do gasto público e maior ao de Peru que tem um gasto em saúde de \$342 dólares *per capita* (5,2% do PIB) sendo 58,2% gasto público (BANCO MUNDIAL, 2016). Observa-se que Colômbia em 2013, os valores de gasto em saúde como percentagem do PIB e gasto *per capita* são similares a países com sistemas de saúde também de cobertura universal e seguros de saúde como México e Peru, porém o gasto público em saúde na Colômbia é consideravelmente maior que nesses países e que no próprio Brasil que tem um gasto maior *per capita* e como percentagem do PIB maiores.

O alto valor dos serviços de saúde na Colômbia administrados prioritariamente pela empresa privada e evidências em relação aos valores maiores revertidos para faturamento de serviços médicos e hospitalares pelas empresas de planos e seguros de saúde no Brasil comparadas com a proporção das despesas com atenção básica, ambulatorial e hospitalar do SUS (BAHIA, 2009), contrariam as argumentações que defendem a privatização dos sistemas de saúde. Os sistemas privados não gastam menos recursos nem garantem mais acesso que os públicos só pelo fato de serem privados. Deve ser superada a *doxa* generalizada nos países da América Latina que afirma que necessariamente o privado é melhor e mais eficiente que o público. Na Colômbia, os recursos públicos da saúde também foram inadequadamente administrados pela empresa privada e pior que isso, foram apropriados e usados com outros fins.

As lacunas deste estudo que precisam ser melhor investigadas se situam em torno das características próprias das oito Empresas Sociais de Saúde que dominam o subsistema subsidiado e das seguradoras indígenas que mesmo representando uma minoria se mantiveram no espaço e são defendidas pelas populações que atendem. Também será importante aprofundar nos aspectos institucionais das prestadoras públicas em extinção e das seguradoras públicas já extintas, pois o acontecido no espaço do seguro de saúde pode acontecer em outros espaços. Análise aprofundada sobre as redes próprias das seguradoras contributivas são também necessárias, pois elas foram constituídas com recursos públicos.

Por fim análises aprofundadas sobre a estrutura do espaço do seguro de saúde em outros países da região são importantes para analisar as características da mercantilização da saúde e do cuidado, os agentes que constroem esses

sistemas e as disposições e tomadas de posição dos agentes do Estado e dos outros campos.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADIA, C; OVIEDO, D. *Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, v.9, n.18, p.86-102. 2010.

ALMEIDA, C.M. *Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança*. Ciência e Saúde Coletiva, v.4, n. 2 p.263-286, 1999.

ALMEIDA, C. M. . *Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: El papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas*. Well-Being and Social Policy, v. 2, p. 135-176, 2006.

ALVIS, N;ALVIS, L. *Inequidad REgional en la Financiación en Salud en Colombia, 2008*. Lecturas de Economía, n. 71. Medellín, julio-diezembro, 2009, p 169-188.

ALMEIDA, C. *Reforma de sistemas de Saúde: tendencias internacionais, modelos e resultados*. In: Giovanella, Lígia(org.); Escorel, Sarah(org.); Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa(org.); Noronha, José Carvalho de(org.); Carvalho, Antônio Ivo de(org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro; Fiocruz; 2012. P759--871.

ARBELAEZ M et al. *Tuberculosis control and managed competition in Colombia*. International Journal Of Health Planning And Management. 2004; 19: S25–S43

ATUN, R et al. *La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina*. MEDDIC Review International Journal of Cuban Helath and Medicine. vol. 17, 2015 suplemento.p21-39.

AZUERO, F. *La organización institucional y la regulación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia* In: BERNAL, O; GUTIERREZ C. La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones -- Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012. 576 p.

BAHIA, L. *O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada*. Ciência e Saúde Coletiva,14 (3), p. 753-762. Rio de Janeiro 2009.

BANCO MUNDIAL. *Indicadores de Salud*.
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS> acceso em 05/12/2013

BANCO MUNDIAL. *Indicadores de Desarrollo Mundial*.
<http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=indicadores-del-desarrollo-mundial> acceso em 07/03/2016.

BARDEY, D; CASTAÑO, R. *La regulacion de tarifas en el sector de salud en Colombia*. Revista de Economia Institucional , vol 9 n. 7, p 347-357. Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007

BARRAGÁN, E. *Territorios Nacionales: images, representaciones o ideas*. Historik, Revista Virtual de Investigación en historia, arte y humanidades. Disponible em <http://www.revistahistorik.com/vesti11.html> Acesso 29/04/2016.

BORRERO, Y.E. *La reforma del sector salud y los conflictos clasistas en Colombia: el caso de la ley 100/93*. 2008. 129 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle, Santiago de Cali.

BORRERO, Y.E. *Luchas por la Salud en Colombia 1994-2011: Hacia la construcción de un movimiento Nacional por la Salud*. 2013. Tesis (Doctorado en Salud Pública) - Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia, Medellín.

BOURDIEU, P. *Questions de sociologie*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1984.

BOURDIEU, P. *Espace Social et Genese das Classes*. Actes de la recherche em sciences sociales. Vol. 52-53, jun p. 3-14. 1984 b

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 1989.

BOURDIEU, P. *Esprits d'Etat (Genèse et structure du champ bureacratique)*. In actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 96-97, marzo 1993. p 49-62

BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papyrus. 1996. 224 p.

BOURDIEU, P. *As regras da arte, gênese e estrutura do campo literário*. São Paulo, SP. Companhia das Letras. 1996. 431 p.

BOURDIEU, P. *Making the economic habitus: Algerian workers revisited*. Ethnography Vol 1 (1) 17-41. 2000.

BOURDIEU, P. *Las estructuras sociales de la economía*. Buenos Aires: Manatial. 2001.271p.

BOURDIEU, P. *Campo de Poder, Campo Intelectual. Itinerario de um conceito*. Montessor. México D.F.2002. 126 p

BOURDIEU, P. *Sur L'État, Cours ao Collège de France 1989-1992*. Paris: Éditions Raisons d'agir/Éditions du Seuil, janvier 2012.

CAJANAL busca salidas para cancelar su deuda com IPS. *El tiempo*, Bogotá, 31 ago. 2000 Disponible em <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1304421>. Acesso em 25 jun. 2016.

CALDERON, CAA et. Al. *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*. Ciênc. saúde coletiva v.16, n.6, p.2817-2828. 2011.

CARDONA, CAA. *Participación de las entidades promotoras de salud (EPS) en el mercado del aseguramiento de salud, Colombia, 1995-1998*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 1999; 17(1): 52-62

CARDONA, A; NIETO, E; MEJÍA L. (2012). *Caracterización socio-laboral y de aseguramiento en salud de dos grupos de trabajadores cesantes de Medellín-Colombia 2004 y 2007*. Rev. Salud Pública 14(supp (1): 1-17.

CASTAÑO, R. *Hospital autonomisation in Bogota, Colombia: a transaction cost economics analysis*. Thesis submitted to the University of London for the Degree of Doctor of Philosophy Health Policy Unit London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2007

CHAUVIRÉ, C; FONTAINE O. *El Vocabulario de Bourdieu*. Atuel, Buenos Aires, 2008. 112p.

CHICAÍZA, L. *El Mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo*. Problemas de Desarrollo, Revista Latinoamericana de Economía, Ciudad de México vol 33n.131 X-XII. 2002 p 163-187

COLOMBIA (1991) *Plan de Desarrollo Economico e Social 1990-1994. La Revolución Pacífica*. Departamento Nacional de Planeación Santa Fe de Bogotá, 1991.

COLOMBIA (1993) EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD DOCUMENTO CONPES DNP-001-UDS-MINSALUD.

http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0001_1993.htm Acceso em 06/01/2016

COLOMBIA (1993). *Ley 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones*. Disponible em <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248> Acceso em 13/02/2014

COLOMBIA (1993). LEY 100 DE 1993 *Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se crean otras disposiciones*, Bogotá, 23 de diciembre de 1993. http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0100_1993.htm#TÍTULO PRELIMIN Acceso em 20/01/2016

COLOMBIA (1994). *Focalizacion del gasto social en las entidades territoriales*. Documento conpes dnp-022-uds, Bogotá 21 de enero de 1994 http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0022_1994.htm Acceso em 20/01/2016

COLOMBIA (1994). *El Salto Social Plan Nacional de Desarrollo. Ley de Inversiones 1994-1998*. Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación Santa Fe de Bogotá, 1994.

COLOMBIA (1998). *Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Cambio para construir la paz*. Departamento Nacional de Planeación Santa Fe de Bogotá, 1998.p262-275.

COLOMBIA (2001) Congreso Nacional. *Ley 715 de 21 de diciembre de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*.

COLOMBIA (2002). Universidad Nacional. *Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el Régimen Subsidiado*. 2002

COLOMBIA (2002). *Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Hacia un Estado Comunitario*. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C. 2002.

COLOMBIA (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, Estado Comunitario: desarrollo para todos*. Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, D.C. 2007.

COLOMBIA (2007). Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES DPN-3456-dpn: difp - dds - prap. *Estrategia para garantizar la continuidad en la prestación pública de los servicios deaseguramiento en salud, aseguramiento en pensiones de régimen de prima media com prestación definida y aseguramiento en riesgos laborales. Dicposnível em https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/conpes_dpn_3456_2007.htm. Acceso em 17 out. 2015.*

COLOMBIA (2007). Congreso Nacional. *Acto Legislativo 01 de 27 de junio de 2007. Por medio del cual se modifican los numerales 8 y 9 del artículo 135, se modifican los artículos 299 y 312, y se adicionan dos numerales a los artículos 300 y 313 de la Constitución Política de Colombia*.2007

COLOMBIA (2008). *Procuraduría General de la Nación.El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud*. Bogotá, 2008.

COLOMBIA (2008). Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, *Sentencia No T-760 de 2008*, <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/Sentencia-T-760-de-2008.aspx>

COLOMBIA (2009). *Defensoría del Pueblo. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud*, 2009.

<http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/evaluacionEps2009.pdf>
Acesso em 24/09/2013

COLOMBIA (2010). Superintendencia Nacional de Salud. *Estudo IPS públicas corte a 31 de diciembre de 2009*. Superintendencia Nacional de Salud, 2010. <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=0ND6hFyLkS8%3d&tabid=95&mid=478> Acesso em 28/09/2013.

COLOMBIA (2010). Congreso Nacional. *TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY Nº 01/2010 Senado-106/2010 Cámara, y sus acumulados al Proyecto de Ley Nº 95/2010 Senado, al Proyecto de Ley Nº 143/2010 Senado, al Proyecto de Ley Nº 147/2010 Senado, al Proyecto de Ley Nº 160/2010 Senado, al Proyecto de Ley Nº 161/2010 Senado, al Proyecto de Ley Nº 182/2010 Senado, al Proyecto de Ley Nº, 111/2010 Cámara y al Proyecto de Ley Nº 126/2010 Cámara “Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*. Disponível em <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PONENCIA%20FINAL%20RADICADA%20-LEY%20ORDINARIA%20DE%20SALUD.pdf> Acesso em 20/08/2016.

COLOMBIA (2010). Ministerio de la Protección Social. *Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana- Historia del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI— En Colombia, 1979-2009* Alberto Mayor Mora (et al.). -Bogotá, Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, 2010

COLOMBIA (2011) Defensoria del Pueblo. *La Tutela y el derecho a la salud 2011, veinte años del uso efectivo de la tutela: 1992-2011* <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutelaDerechosSalud2011a.pdf> acesso em 08/10/2013

COLOMBIA (2011). Ministerio de la Protección Social. *Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia, Informe 2011*. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado%20en%20Colombia.pdf> acesso em 05/12/2013.

COLOMBIA (2011). Congreso Nacional. *Ley 1438 de 2011 Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.

COLOMBIA (2011). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 15 mar. 2011. *Informe del Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. Nota Técnica. Concurso de Méritos con Precalificación No. 01 De 2010. Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud (CRES)*. Bogota, Marzo 15 de 2011.

COLOMBIA (2013). Contraloría General de la Nación. *Seguimiento a uso de los recursos del sector salud en Colombia. Informe n. 10* Disponível em <http://www.contraloria.gov.co/documents/155638087/171664330/Informe+Salud+10.pdf/09a172c8-5454-4869-8508-eca6d5935049?version=1.0>. Acesso em 12 jul 2016

COLOMBIA (2013). Ministerio de Salud y Protección Social. *Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”* Disponible em <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf> Acesso 21 mar. 2016

COLOMBIA (2013). Ministerio de Salud y Protección Social. *Proyecto de Ley “Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Disponible em <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Proyecto%20de%20Ley%20Ordinaria.pdf>. Acesso em 21 mar. 2016.

COLOMBIA (2016). *Instituto Nacional de Saúde. Objetivos y Funciones.* <http://www.ins.gov.co/conocenos/Paginas/objeto-funciones.aspx> Acesso em 11 jul 2016.

COLOMBIA, Paraiso en problema. *El Tiempo*, Salud, Bogotá 30 nov. 1997. Disponible em www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-703954 Acesso em: 17 out. 2013.

CONTRALORIA advierte sobre malos manejos en Saludcoop. *Revista Portafolio*, Economía, Bogotá 7 out. 2013. Disponible em <http://www.portafolio.co/economia/contraloria-advierde-malos-manejos-eps-saludcoop> acceso em 15/10/2013.

CUETO, M. *Saúde Global, uma breve historia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocrz, 2015, 120p

DUGAS, J. *Drugs, Lies, and Audiotape: The Samper Crisis in Colombia*. *Latin American Research Review* 36 (2), 2001 157-174

EL abuso en los recobros, el dolor de cabeza del Fosyga. *El Colombiano*. Envigado 25 jan. 2015 Disponible em <http://www.elcolombiano.com/colombia/el-abuso-en-los-recobros-el-dolor-de-cabeza-del-fosyga-BK1158762>. Acesso em 23 jun. 2016

EN qué gastó Minprotección 66,8 millones de dólares de programa de reforma a la salud? *El Tiempo*, Bogotá 16 fev. 2010. Disponible em www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS7228549. Acesso em 21 jun. 2016.

ENFERMOS de sida deben revelar su estado a EPS. *El Tiempo*, Otros, Bogotá, 13 jan. 1998. Disponible em www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-792159. Acesso em 17 out. 2013.

ENTHOVEN, A. (1988). *Managed Competition of Alternative Delivery Systems*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 13, No. 2, Summer 1988 13(2): 305-321.

ESTRADA, J. *Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia* IN: CECENA, A. Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2006. pp.247-284 <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101019091830/9Alvarez.pdf> acceso em 08/03/2016

FAMISANAR, una EPS muy familiar. *El Tiempo*, Otros, Bogotá 03 nov. 1995. Disponible em www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-445702 Acceso em 17 out. 2013.

FLEURY, S MAFORT, A. *Política de Saúde: Uma política Social* In: Giovanella, Lígia(org.); Escorel, Sarah(org.); Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa(org.);

FRENK, J. *Universal health coverage in Latin America 4. Leading the way towards universal health coverage: a call to action*. The Lancet Series. 16 out. 2014

FLÓREZ, C; SOTO, Vi, et al. *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Fundación Corona, Departamento Nacional de Planeación, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario. Bogotá Colombia, 2007.

FUNDACIÓN JUAN LUIS LONDOÑO. Curriculum vitae Juan Luis Londoño de la Cuesta. Disponible em <http://juanluislondono.org/doc/Curriculum.pdf>. Acceso em 30 set. 2016.

GALLEGO, J; RAMIREZ,M et al. *The determinants of the health status in a developing country: results from the Colombian case*. Lecturas de Economía, v.63, p.111-n/a. 2005.

GESTARSALUD. Evolución de la Participación Social en las Empresas Solidarias de Salud. Bogotá, 2006. p.50.

GÓMEZ, CA; SANCHEZ, LH *EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA, Reinstitutionalización y conflicto 1994-2001*.

GONZALEZ, L. *Determinación del impacto financiero de las enfermedades de alto costo en la EPS del ISS*. TCC Espaciliazacion en Gestión Pública. Escuela de Postgrados. Escuela Superior de Administración Pública Bogotá 2006. 111p

GRAN cambio servicios de salud. *El Tiempo*, Otros, Bogotá 16 mai. 1996. Disponible em www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-297069 Acceso em 17 out. 2013.

GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GUTIERREA, E. *Tras años de agonía se murió el seguro social*. Revista Semana. Bogota. 15 jan. 2007. Disponible em <http://www.semana.com/on-line/articulo/tras-anos-agonia-murio-seguro-social/82988-3>. Acceso em 13/10/2015

HERNANDEZ , M. *Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia*. Cadernos de Saude Publica 18(4): 991-1001. (2002)

IRIART, C., E. E. MERHY, et al. *Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform*. Social Science & Medicine 52(8): 1243-1253. (2001).

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD Giovanella, L; FEO, O, FARIA, M; TOBAR S(orgs.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

INTERVIENEN a CAJANAL. *El tiempo*, Bogotá. 10 jul. 1998. Disponível em <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-756835>. Acesso em 25 jun 2016

JARAMILLO, C. *El Fracaso de la Política Social de Samper*. Revista Universidade EAFIT, Julho- Agosto- Setembro 1997. P109-131. Disponível em <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/revista-universidad-eafit/article/viewFile/1127/1018> Acesso em 09/03/2015

JARAMILLO, I. *Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia*. Gac Sanit 2002;16(1):48-53

LA CRES crónica de una muerte anunciada. *Periodico El Pulso* N. 173, Año 15. fev 2013. Medellín. Disponível em <http://www.periodicoelpulso.com/html/1302feb/general/general-06.htm>. Acesso em 23 jun 2016

LABRA, M. *Análise de Políticas, Modos de Policy-making e intermediação de interesses: uma revisão*. Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999

LEON, J. *Robledo y Coronell lograron poner a Saludcoop contra la pared*. Salud La Silla Vacía. 12 mai. 2011 Disponível em <http://lasillavacia.com/historia/robledo-y-coronell-lograron-poner-saludcoop-contra-la-pared-24282>. Acesso em 03 jun. 2016.

LEWIN, J. *Santos le pone electrochoques a la salud*. La Silla Vacía. Bogotá. 19 jul. 2012. Disponível em <http://lasillavacia.com/historia/santos-le-pone-electrochoques-la-salud-34805>. Acesso em 08 jul.2016.

LEWIN, J. *Con la Ley Estatutária Minsalud se enfrentará a menos espantos en la reforma al sistema de salud*. La Silla Vacía. Bogotá 20 jun. 2013. Disponível em <http://lasillavacia.com/historia/con-la-ley-estatutaria-minsalud-se-enfrentara-menos-espantos-en-la-reforma-al-sistema-de>. Acesso em 08 jul. 2016.

LEWIN, J. *Lo que la política separa, lo unen los medicamentos*. La Silla Vacía. Bogotá, 26 agosto 2014. Disponível em <http://lasillavacia.com/queridodiario/lo-que-la-politica-separa-lo-unen-los-medicamentos-48474>. Acesso em 08 jul. 2016

LOBATO, L; GIOVANELLA, L. SISTEMAS DE SAÚDE: ORIGENS, COMPONENTES E DINÂMICAS In: Giovanella, Lígia(org.); Escorel, Sarah(org.); Lobato, Lenaura de

Vasconcelos Costa(org.); Noronha, José Carvalho de(org.); Carvalho, Antônio Ivo de(org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro; Fiocruz; 2012. P89-120

LONDOÑO JL, FRENK J. *Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America*. Health Policy. 1997; 41(1):1-36.

LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil: Instituição estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MOLINA, G; SPURGEON, P. *La descentralización en el sector salud en Colombia: Una perspectiva desde múltiples ambitos*. Gestion y Política Pública v. XVI,n. 1. I semestre de 2007 p.171-202.

MAGISTRADOS no entendieron Ley Estatutaria que aprobaron: Minsalud. Salud. *El Tiempo*, 15 nov. 2014. Disponível em <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/ministro-de-salud-critica-texto-de-la-ley-estatutaria-de-salud/14793359>. Acesso em 09 jul. 2016

MARTINEZ, F. *La Crisis de la Seguridad Social en Salud en Colombia, Efectos inesperados del arreglo institucional?* Bogotá, 2013 FEDESALUD.

MAYUSCULO enredo en CAJANAL. *El tiempo*. Bogotá, 19 fev. 2004 Disponível em <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1585639>. Acesso em 26 jun 2016

MINSALUD, juez e parte en regulación del sector. *Vanguardia Liberal*, Bucaramanga. 21 dez. 2012. Disponível em <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/188536-minsalud-sera-juez-y-parte-en-regulacion-del-sector>. Acesso em 23 jun. 2016

MOLINA, G; SPURGEON, P. *La descentralización del sector salud en Colombia, una perspectiva desde múltiples ambitos*. Revista Gestión y Política Pública XVI (1) 2007. p171-202.

MOLINA, G. V., J; MUÑOZ, I. *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano*. Revista Gerencia y Políticas de Salud 9(18): 103-117, 2010.

NIETO, J. *Resistencia social en Colombia: entre guerra y neoliberalismo* Revista OSAL Observatorio Social de América Latina Año XII, n.30, noviembre de 2011. Buenos Aires Argentina

NORONHA, J(org.); CARVALHO, A(org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro; Fiocruz; 2008. p23-63.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estadísticas sanitarias mundiales*. Washington, 2010. Disponível em:

<http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf>. (Acesso em: 20 nov. 2011).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estadísticas sanitarias mundiales*. Washington, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf Acesso em: 21 maio. (2013).

NORONHA, JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 29 (5) p.847-849, mai 2013.

PAIM J. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS-ISC; 2002.

PAIM, J. *Modelos de Atenção à Saúde no Brasil*. In: Giovanella, Lígia (org.); Escorel, Sarah (org.); Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa (org.); Noronha, José Carvalho de (org.); Carvalho, Antônio Ivo de (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro; Fiocruz; 2008, p. 547-573.

PEREZ F. *La transición de los hospitales públicos de Colombia hacia la financiación por venta de servicios 1993-1995*. 1997 Mimeo.

PEREZ, I; OLANO, G; YEPES, F. *Ley 100, cuatro años de implementación*. ASSALUD - FESCOL - FUNDACIÓN CORONA - FUNDACIÓN FES - GTZ, Santa Fé de Bogotá, Sep. 1998. 64P

PINELL, P. *Análise Sociológica das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2010, 252p.

PRADA, CA. *Política de saúde na Colômbia: agenda e formulação nos anos 90*. 2012. 98 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador

PRADA, CA; CHAVES, S. *Alternativas e clima político na formulação do sistema de saúde colombiano (Lei 100)*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.38, N. 100, p.35-49, Jan-Mar 2014.

PNUD, *Informe Sobre Desarrollo Humano 2013*, disponível em <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/human-development-report-2013.html> acesso 03/03/2016

RAMIREZ-MORENO J. *La política sectorial de salud: excesos normativos y baja resolución de los problemas de salud*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v.10, n.20, enero-junio, p.5-11. 2011.

RESTREPO, J; RODRIGUEZ, S. *Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia*. *Revista de Economía Institucional* vol 7 n. 12 primer semestre de 2005 p 165-190.

REYES,T; GONZALEZ, J. *La arquitectura Institucional del sistema de Salud Colombiano*. In: Bernal, Oscar (org.) & Gutierrez Catalina (org.). La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012. 576 p

RUIZ,F. *Retos de mercado para as Cajas de Compensación Familia em Colombia*. Documento de trabajo ASS/DT001-03 Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX. Bogotá, 2003.

SALUDCOOP. Bogotá. Disponível em www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=56 Acesso em 15 out. 2013

SALUDCOOP la caída de un imperio. Nación. *Revista Semana*. Bogota, 14 mai. 2011 Disponível em <http://www.semana.com/nacion/articulo/saludcoop-caida-imperio/239794-3>. Acesso em 15 out. 2013.

SCOFEA, L.A . *The development and growth of employer-provided health insurance*. Monthly Labor Review: 3-10, 1994

SISTEMA de salud subsidiada comenzó a derembarse. *Portafolio*, Empresas, Bogotá 12 jul. 2012. Disponível em <http://www.portafolio.co/negocios/empresas/sistema-salud-subsidiada-comenzo-derrumbarse-114990> Acesso em 22 jul. 2016.

SOBREPASADA meta de afiliaciones. *El Tiempo*, Otros, Bogotá 29 jan. 1996. Disponível em www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-371048 Acesso em 17 out. 2013

THIRY-CHERQUES, H. *Pierre Bourdieu: a teoria na prática*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 40(1):27-55, Jan./Fev. 2006, P27-53

TORRES. M. *Crónica de una muerte anunciada*. Instituto de Seguros Sociales. Desde Abajo, La otra posición para leer. Bogotá, 19 set. 2006. Disponível em <https://www.desdeabajo.info/ediciones/item/542-%E2%80%98cr%C3%B3nica-de-una-muerte-anunciada%E2%80%99-instituto-de-seguros-sociales.html> Acesso em 17/10/2015

TORRES, M. *30 años de un sueño y proyecto colectivo por la salud del pueblo*. Seminario Virtual Caja de Herramientas. Edición n. 377, 15 a 21 de noviembre de 2013. Disponível em <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0377/articulo13.html>. Acesso 28 jul. 2016.

USECHE B. *En Colombia es factible y necesario un modelo de salud sin aseguramiento*. Revista DESLINDE No 55 – Abril 2014

URIBE, M. *La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006)*. 2009. 313 p. Tese (Doutorado em Sociologia) – Centro de Estudios Sociológicos del Colegio de México, Ciudad de Mé

WEBER, M. *Ensaio de sociologia*. 5 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p530

VARGAS-LORENZO, I; VÁZQUEZ-NAVARRETE, et al. *Access to health care in Colombia*. *Revista de Salud Pública* (Bogotá, Colombia), v.12, n.5, p.701-712. 2010.

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROJETO “CAMPO DO PODER E O SISTEMA DE SAÚDE NA COLÔMBIA, 1993-2013”

1. Trajetória social (local de nascimento e profissão dos pais)
2. Trajetória profissional (onde estudou, formação inicial, escolhas e motivações)
3. Trajetória no campo político (amizades, participação em partidos políticos, ocupação de cargos, distinções, prêmios)
4. Como iniciou seu interesse pela política de saúde (seguridade social)?
5. Qual é sua relação com a área de seguridade social ou políticas de saúde neste momento?
6. Como foi o surgimento da Lei 100?
7. Em que cargo você estava no período anterior e posterior ao surgimento da Lei 100?
8. Qual foi sua participação nesse processo?
9. Fale sobre o Conselho Nacional de Seguridade Social, você participou nele?
10. Em sua opinião quem foi protagonista do surgimento da Lei 100 (agentes sociais, políticos, econômicos e burocráticos)?
11. Para você o que é a Lei 100/sistema de saúde colombiano)?
12. Quais são as principais qualidades do sistema de saúde colombiano?
13. Por que quase todas as propostas de política falavam de seguro universal?
14. Que significou essa reforma para a sociedade colombiana?

ANEXO 2



Universidade Federal de Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
 Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
 Doutorado em Saúde Pública
 Projeto "Campo de Poder e o Sistema de Saúde em Colômbia,
 1993-2013"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Clara Aleida Prada, estoy investigando el surgimiento y la implantación del Sistema de General de Seguridad Social de Salud a partir de la formulación de la Ley 100 en Colombia, con el objetivo de identificar sus especificidades, por medio del estudio del juego social en el que se originan las respuestas a la prestación de servicios de salud en el país y la identificación de los principales agentes relacionados con la creación de una nueva estructura en el sector salud. Usted fue identificado como informante clave para esta investigación.

Asumo el compromiso de que su identidad será confidencial, excepto en el caso que usted se manifieste en sentido contrario. Si decide manifestar de forma pública su opinión, se garantiza que la transcripción de su entrevista será sometida a su apreciación antes de cualquier divulgación.

Su participación en esta investigación es fundamental para dilucidar ese periodo de la construcción del Sistema de Seguro de Salud en Colombia y enteramente voluntaria. En cualquier momento podrá desistir de continuar la entrevista y solamente responderá las preguntas que considere conveniente.

Yo, _____, declaro entender el objetivo y las condiciones de la investigación "Campo de Poder y la Salud en Colombia, 1993-2013" y acepto mi participación.

Autorizo la identificación de mi nombre en las publicaciones resultantes del proyecto.

No autorizo la identificación de mi nombre.

Ciudad y fecha

ANEXO 3 .

Tomada de posição dos agentes entrevistados a favor ou contra as seguradoras subsidiadas e contributivas no sistema de saúde colombiano, 1993-2013.

Agente	Tomada de posição sobre as seguradoras		
E20	<i>Están integrándose verticalmente, lo que sucedió con Saludcoop, como se desviaron muchos recursos del aseguramiento a la construcción de infraestructura, y no precisamente donde más lo necesitaban, un asegurador extrae rentas así que ellos también han jugado un papel.</i>	Contra	Crítica o uso do dinheiro público via per capita para constituição do patrimônio das seguradoras
E3	<i>El tema más frecuente en el Consejo General de Seguridad Social era la inclusión de patologías en el plan obligatorio de salud, eso era toda una lucha porque las EPS, especialmente las del régimen contributivo pues no querían que entraran más grupos de patologías para la prestación de un servicio y la otra cosa era el dinero, siempre el dinero, un problema grande ha sido el dinero porque había que determinar la Unidad de Pago por Capitación una vez al año pero durante todo el año digamos que discutiendo sobre el tema y el ministerio mismo avanzando en estudios económicos para determinar cuánto costaba la prestación del servicio, cuanto costaba por ejemplo los medicamentos de esa prestación, bueno y naturalmente ellos los del as EPS querían ganar y todo el mundo pensaba que así debía ser, como pasa en las Cajas de Compensación que tiene hasta el diez por ciento para la administración. Sin embargo algunas EPS se sobrepasaron de eso.</i>	Contra	Crítica à pressão das seguradoras para restringir patologias no plano de benefícios e para aumentar o valor per capita
E16	<i>Le pongo un ejemplo, las EPS en esa época eran empresas nacientes, pequeñas, apenas si sobrevivían, durante muchos años, pero eran un elemento fundamental del éxito de la reforma. Entonces el gobierno las impulsó mucho, trató que se desarrollaran y eso era una cosita que no crecía. Pero al mismo tiempo esas empresas se fueron convirtiendo en empresas muy poderosas con una capacidad de lobbie muy grande, con raíces en el Congreso, en todas partes y empezaron a tomar unas posiciones supremamente fuertes y empezó a verse un Ministerio y una Superintendencia de Salud que no eran capaces de controlarlos, que no tenían las herramientas, ni conceptuales, ni técnicas, ni los recursos, ni siquiera humanos, ni siquiera económicos para ser capaces de controlar esas empresas.</i>	Contra	As seguradoras ganharam poder no sistema com a ajuda do governo.
E23	<i>Pero indiscutiblemente que al principio hubo de todo. Hasta médicos metidos en el sistema de aseguramiento, y le cuento una cosa, usted ha oído hablar de Coomeva? [...] COOMEVA decidió en su momento meterse como EPS, como aseguradora, todavía persiste como EPS y ya tiene banco, ya están en el sistema financiero, ya obviamente no tiene nada que ver con los médicos ni el sindicato médico tiene allí influencia y mucho menos están los médicos con algún poder allí. Eso es del sistema financiero o sea, eso es de los mismo, los cuatro o cinco grupos grandes financieros de Colombia, la misma cosa las cajas de compensación familiar, la pregunta que me hacía específicamente, CONFAMA hoy está aliada aquí en Antioquia en servicios de salud con la gobernación, con la alcaldía y con SURA y SURA es la que está pujando más, SURA es del sindicato antioqueño, de Suramericana de Seguros. Suramericana de Seguros que maneja aseguramiento en salud, maneja protección o sea aseguramiento en riesgos laborales y maneja también aseguramiento en pensiones. El sindicato antioqueño maneja la compañía de seguros. Entonces ese es el sistema, eso es lo que se mueve ahí. Pues sí aquí hay mucha gente que se ha metido en eso pero que han terminado mal y hay unos grandes pulpos que están interesados en ser monopolio de seguros, siempre los seguros tienden a hacer monopolio.</i>	Contra	As seguradoras que se consolidam no sistema são as que pertencem aos grupos financeiros.
E9	<i>Eso es cierto, el régimen contributivo son las que tiene sobre todo SURA, Colsanitas, eso es cierto pero digámoslo así, a pesar de que aparentemente son empresas solidarias en donde supuestamente los usuarios son los afiliados pues detrás obviamente están personas con muchísimo más peso, digámoslo así, y también ese es uno de los grandes temores que se nos pierda la plata porque el 40% de las EPS que en este momento están en el régimen subsidiado no cumplen indicadores de permanencia en el mercado ni margen de solvencia ni patrimonio mínimo pero en el régimen subsidiado digamos que hay un grupo mixto, así como hay unas que son solidarias, hay unas como CAPRECOM que son del Estado, está Cafesalud que es del grupo Saludcoop, está Salud Vida que es</i>	Contra	Algumas das seguradoras do subsistema subsidiado não têm solides financeira para garantir o pagamento às prestadoras.

	<i>privada y digamos también tiene un tema económico fuerte o sea, hay de todo digamos que en el régimen subsidiado, también hay unas indígenas que muchas incluído pues lamentablemente quien está detrás son Senadores. Entonces el tema por eso no es nada fácil.</i>		
E21	<i>Porque realmente en los pooles de riesgo muy grandes se justificaba tener realmente donde debería haber mercado, en las grandes ciudades pues hay un mayor número de contributivos pero en los pueblos y todo eso que son 900 municipios entre rurales y rurales dispersos, 900 municipios no justifica de cierta forma una empresa consolidada y de todo a no ser que un grupo de allá, que fue lo que le pasó a las empresas solidarias. Entonces las empresas solidarias se armaron en el mismo pueblito y después les dijeron mire no pueden ser tan chiquiticas porque el pool de riesgo no les alcanza, lo que ellas hicieron simplemente fue sumarse y asociarse a Gestar salud pero es una serie de empresas pequeñitas que nacieron de cada pueblito, si? Esa es la razón, si hubiera una EPS Sánitas para... no hay un pool de riesgo que justificara todo eso.</i>	Contra	As seguradoras privadas não têm interesse nas zonas rurais, por isso foram criadas as seguradoras solidarias.
E9	<i>Cuando uno analiza y revisa cuales son las funciones que le asignó la ley 100 en forma indelegable a las EPS está la representación del usuario, o sea, ser la voz de usuario, que el usuario se sintiera representado en la EPS, hacer las afiliaciones al sistema de salud y obviamente hacer el pago y la gestión del riesgo. De las cuatro ya prácticamente uno diría que no están haciendo casi ninguna. La vocería digamos del usuario tan no se siente representado que le toca ir a la defensoría del pueblo, tutelas y demás. Con relación a los pagos, el ministerio está haciendo directamente los pagos de lo que le dice págueme a tal, págueme a tal, para que no se quede ahí eternamente en la EPS. Por parte de gestión del riesgo no han hecho nada, tan es no han hecho nada que cada vez tenemos unos indicadores en salud hacia abajo en donde deberíamos estar era mejorando con la inversión mayor que hay en el sistema y no se ha dado. Entonces la verdad uno diría pues no tendría sentido seguir con esa intermediación pero pues vuelvo y repito ahí es más fácil, tiene más futuro la semana pasada que cambien las EPS y obviamente el hueco fiscal que hay. Porque hay un hueco importante de acuerdo a las cifras de más o menos ocho billones de pesos de deuda entre públicos y privados y que no hay claridad como la van a pagar y quien la va a pagar.</i>	Contra	As seguradoras não cumprem com suas funções de gestão do risco em saúde e administração dos recursos.
E16	<i>Entonces, digamos, una cosa que no se vio cuando se creó la reforma era que ese sector privado que era tan alabado, tan adorado porque era muy ejecutivo, muy competente, lo que se llegó a volver era en unos grupos de lobbies, en unos grupos de poder que prácticamente no solamente se han apoderado de los recursos del sector y de la política, sino también, del manejo del sector. Y ellos inciden, no únicamente digamos desde el punto de vista de reparto de servicios públicos, sino que alcanzan a incidir en la atención de los pacientes y en las decisiones digamos programáticas, las decisiones del modelo de salud y las decisiones de las prestaciones de servicios de salud que se dan porque les interesa que el perfil y el tipo de servicios que ellos venden sea el que consuma el país.</i>	Contra	As seguradoras se apropriam dos recursos da saúde e influenciam as políticas do setor.
E7	<i>Ahora me toca pasar una factura para que otro me la audite, antes de pronto a ti no te tocó vivir la época esa, pero uno iba al médico y el médico le ordenaba lo que él quería y cuál era la certeza de que tuviera el medicamento, no había ninguno porque eso dependía de la capacidad económica de la persona, entonces en esto yo creo que los profesionales sintieron que llegaba alguien a fiscalizarles, a controlarles, de hecho nosotros tenemos un diagnóstico del país, de los grandes problemas que tenemos nos llegan cuentas de servicios que no se prestan, cuentas de servicios por valores que no se pactan, malos servicios recibidos, ellos se chocan cuando uno se los glosan y dicen, ah, que no, que la cosa, y hablan de la EPS pero ese es el rol. Un auditor nunca va a ser bien visto, una persona que controle un gasto nunca va a ser bien visto</i>	A favor	Concorda com a necessidade de controle económico e administrativo que as seguradoras exercem sobre prestadoras e profissionais.
E19	<i>EPS SURA no es importante del punto de vista de utilidades para Suramericana, de hecho es, yo diría, que casi que insignificante, porque las utilidades de EPS SURA son menos del 1% del 2% de las utilidades de Suramericana en un año normal si hay utilidades, entonces digamos si EPS Sura como compañía desaparece desde el punto de vista de sostenibilidad financiera a Suramericana no le</i>	A favor	A função das seguradoras é fazer gestão do risco em saúde.

	<i>pasa nada, de hecho en los momentos de crisis Suramericana se ha preguntado si será que se justifica si es una compañía que tiene un riesgo reputacional tan alto, realmente si tiene un retorno sobre inversión significativa, además tiene un patrimonio, pues digamos, importante requerido por ley, pero la conclusión a que ha llegado Suramericana es que es un tema del país, es un tema de responsabilidad social, es un tema de ayudar a que el sistema sea un sistema como debe ser, entonces digamos que yo nunca recibí una directriz que a mí que me diga, bueno, la compañía tiene que dar plata a costa de lo que sea.</i>		
E19	<i>Las directrices han sido: la compañía tiene que funcionar bien, tiene que cuidar el nombre y si con la plata que usted recibe no es capaz de hacer lo que tiene que hacer, más bien mira vos como salimos de esa compañía, en realidad no es dar, digamos, utilidades, de hecho esta compañía no reparte dividendos, pues, toca repartir una vez en la historia, pues, miramos las capitalizaciones, pues los dividendos, son más altas las capitalizaciones que lo que ha distribuido de dividendos. Entonces los principios son muy claros, las directrices son muy claras, por esa razón lo que decidimos es: busquemos el mecanismo de tener la gente lo más aliviado posible, o sea, hacer gestión de riesgo en salud de manera de que la gente esté mejor por estar afiliada que si no estuviera afiliada y que los resultados financieros resulten como consecuencia de los resultados en salud, los resultados en satisfacción y como consecuencia de ellos, los resultados financieros, sea por hacer las cosas bien, no al contrario, ahí tenemos la plata y miremos que la gente no se enferme.</i>	A favor	A reputação da empresa é mais importante que o lucro.
E19	<i>Pues bien, el trabajo más difícil que yo he tenido en la vida, es ese trabajo en una EPS y el trabajo más difícil en una EPS es de gerente de Salud, pienso yo, porque generalmente los recursos son muy limitados, la prima de aseguramiento en Colombia, en promedio, es de alrededor de los cincuenta y dos mil pesos. Es decir, una EPS como SURA recibe cincuenta y dos mil pesos por usuario, por mes, con eso tiene que providenciarles medicamentos, procedimientos, tratamientos de una manera casi que ilimitada, entonces, e, digamos, las EPS siempre están en el filo de no ser sostenible financieramente, son muy malos negocios, no es un buen negocio, e: y por esa razón, pues, todos los meses la EPS está pensando, será que este mes nos quebramos? O estamos vivos? Y esta es la historia, digamos, de una EPS desde que yo la conozco y hace 8 años.</i>	A favor	Os recursos per capita não são suficientes para dar equilíbrio financeiro às empresas seguradoras.
E19	<i>Fue varia gente del equipo a conocer Káiser Permanente y digamos que es un modelo bien estructurado que está basado en gestión del riesgo en salud. Las compañías aseguradoras, pienso yo, tienen que estimar los riesgos para que los riesgos se puedan mitigar y evitar, o sea, no, no como quien dice pagar cuando ya pasó el suceso, sino evitar que pasen y la única forma es estimar los riesgos a través de, de identificar las poblaciones con sus riesgos prioritarios de salud y ser capaz de intervenir los riesgos en, de una manera, pues digamos, sistemática y organizada, por ejemplo, nosotros a raíz de esa implementación nos dimos cuenta en 2012 que se nos había descuidado el control de la hipertensión y la diabetes, entonces hicimos un cambio, pusimos unos médicos para manejar riesgos extremos de los más enfermos con poblaciones muchos más pequeñas que salen de sus grupos familiares, porque manejan hipertensos y diabéticos para mantenerlos más controlados, entonces digamos que, que eso está, está basado en gestión de riesgo que no es solamente está en Káiser, sino pues gestión del riesgo en salud y políticas Como están manejando los pacientes más enfermos y más costosos y tuvimos varias ideas, y en general más que Káiser es gestión del riesgo en salud, es la idea más importante y es la base de la sostenibilidad en esa compañía.</i>	A favor	A função das seguradoras é fazer gestão do risco em saúde.
E2	<i>Falta una segunda etapa que yo me imagino que va a demorar algunos años que es hacer gestión de riesgo desde las EPS para los sanos, para los que no son enfermos y que lo llamen a uno como hoy ocurre en el Káiser, lo hacen en Estados Unidos, le dicen usted tiene que vacunar al niño la semana entrante contra esto y esto, usted tiene, la señora tiene que hacerse la mamografía, allá no hemos llegado todavía. Y en el grupo anterior el de los pacientes crónicos, todavía hay muchas fallas, por ejemplo, a mí no me gustan, no me tiene satisfecho todavía los programas de cáncer y el cáncer se está convirtiendo en una de las primeras causas de muerte en Colombia, en américa latina y en el mundo.</i>	A favor	A função das seguradoras é fazer gestão do risco em saúde.
E14	<i>Pues ha sido Maravilloso porque mira esta es una EPS, que cuando yo tomé las riendas, es la primera vez que tiene un médico como presidente, lo tomamos con un millón setecientos mil</i>	A favor	A função das seguradoras é fazer gestão do risco em saúde.

	<p>usuarios, hoy tiene dos millones cien mil usuarios, hemos construido en estos 4 años pues lo que hemos tratado de hablar, por todas partes, que es todo nuestro modelo de gestión de riesgo, esta compañía tiene una UPC promedio anual mucho más baja, casi la mitad de la que recibe la Nueva EPS, por su conformación de pirámide poblacional, entonces me toca ser una EPS muy costo efectiva en todos los modelos que tiene, entonces nosotros nos hemos dedicado es hacer un gerenciamiento de la enfermedad y hoy partimos esta compañía en 11 riesgos individuales y 3 riesgos poblacionales, porque esos 11 riesgos individuales significan el 0.17% de la población pero se me consumen el 52% de los recursos, eso lo hemos hecho de manera que hemos podido ser ahorrativos, exitosos, y hemos mejorado la calidad de vida de ellos, hemos incrementado la captación de pacientes hipertensos, diabéticos, etc. Entonces aquí hemos podido hacer que la plataforma de la política se base en 3 cosas: en al sano mantenerlo sano, al enfermo recuperarlo pronto y al crónico mantenerlo estable, eso es un cambio que se hace en Colombia porque aquí es muy asistencialista y nosotros estamos gastando unos recursos bastante interesantes en tener en el buen sentido de la palabra al usuario alejado del servicio de salud no porque le neguemos sino porque lo mantenemos sano, para que el que realmente, el que necesite el servicio de salud encuentre una ruta de accesos expedita, para una condición de salud clara basado en tres temas que se llama: la demanda adecuada de servicios, el uso adecuado de servicios, y la triple meta de satisfacción que significa tener un usuario satisfecho, un usuario con su problema de salud resuelto, mejor calidad de vida, un tratante con satisfacción en el usuario y unos recursos que alcanzan haciendo una empresa viable.</p>		
E7	<p>La EPS tenía que afiliar una población que había sido seleccionada como pobre y garantizar que el dinero que le dieran alcanzara para darle los servicios que necesitaban todos los afiliados. Eso quiere decir que tenía que hacer una contratación que fuera austera que tenía que revisar muy bien que los servicios se hubiesen prestado, o sea glosar, no pagar lo que no estuviese bien facturado, ese rol incomodo entre la EPS y el prestador, es su rol, además del rol de promoción tiene que garantizar que los servicios se presten, se presten con calidad y que lo que se cobre por ellos sea lo adecuado, E7</p>	A favor	<p>Concorda com a necessidade de controle econômico e administrativo das seguradoras sobre prestadoras e profissionais.</p>
E14	<p>Nosotros tenemos un par de clínicas en Bogotá, pero la base del ejercicio nuestro es tener la puerta de entrada a los primeros niveles ahí basamos nuestro esquema de gestión de riesgo, garantizar la puerta de entrada para garantizar el adecuado acceso a los servicios. [...] Pues mira, nosotros llevamos 4 años y hemos podido visibilizar el tema, cuando yo llegué a esta compañía tenía 5000 IPS con las que contrataba hoy tiene cerca de 2000 con las que tiene relación pero 140 IPS hacen el centro de la contratación y con esas mantengo una excelente relación que me garantiza mis resultados. [...] Sí en mi modelo construyo el resultado, el producto que quiero para mis usuarios, no simplemente los mando que me los atiendan sino que los mido con unos indicadores específicos, y nos ponemos unas metas permanentes, semestrales y anuales, para ver cómo está siendo atendida mi población.</p>	A favor	<p>Concorda com a necessidade de controle econômico e administrativo das seguradoras sobre prestadoras e profissionais.</p>
E1	<p>Sí, de esas 8 (seguradoras subsidiadas) hay unas dos o tres que funcionan pésimo pero hay otras que son muy buenas y que tienen todo ese sustrato comunitario que es divino él, cuando uno va a juntas directivas y ve uno a personas humildes hablando de su empresa y de no sé qué y todo lo que hacemos, incluido los determinantes de la salud. Entonces ellos con los excedentes ayudan a la comunidad a mejorar el tratamiento de las basuras, el no sé qué. Oír ese empoderamiento de esas personas es de lo más reconfortante que le pasa a uno en la vida.</p>	A favor	<p>As seguradoras solidarias são uma boa oportunidade para que as comunidades se empoderem.</p>
E10	<p>Como yo entré al mundo laboral formal a través de una empresa solidaria, es allí donde me empiezo a acercar de que hay unas metas para la atención, que como enfermera debería generar una producción de servicios que iba a ser medida en ese mes a través de unos SIS y unas planillas entonces decía bueno está bien, las cosas deben ser sistemáticas y tienen que ser registradas en alguna parte y deben ser contadas, y en alguna parte deben ser evaluadas y analizadas y en alguna parte debe empezar el ciclo. Sin embargo me parecía simpático que yo tuviera metas en ese sitio, se llamaba los AIPS sitios de atención de promoción y prevención, donde se debía hacer la actividad grupal, porque además trabajábamos muy en el centro del barrio en los salones comunales, la ARS (EPS-S) había sido muy hábil en poder penetrar al barrio, entrar a la comuna,</p>	A favor	<p>No sistema mediado pelo mercado os profissionais de saúde têm outras funções administrativas</p>

	<p>entrar a la comunidad, entonces teníamos lugares en los salones comunales, ahí quedaban los consultorios, había mucha afluencia de gente, y me parecía hartísimo tener que llenar tantas planillas, tantas cosas y que el código para la desparasitación, el suministro de micronutrientes, y él no se qué, yo decía no que hartera, nadie se aprendía eso, eso tocaba en el escritorio el listadito de todos los códigos, que tocaba llenar en la planillita y hacer la plana de todo lo que se había hecho en el día. Pero bueno, empecé a entender que en el sistema en el que estábamos desempeñándonos como agentes formales de salud, era importante demostrar que usted estaba cumpliendo la meta que le había sido asignada y que eso se traducía en un pago a la ARS en ese momento, y eso se traducía también en la sostenibilidad de la cooperativa de las personas, con quiénes estaba interactuando todos los días y a las casas donde yo me metía en el barrio, villa... ya ni me acuerdo como era que se llamaba. Eso fue un choque, fue un despertar diferente, este no fue el sistema que a mí me enseñaron en el pregrado, y como así que uno empieza a vender su fuerza de trabajo en vez de sentarse a pensar esos procesos con la gente que era lo que a mí me tenía matada de ese trabajo. Ahí empieza uno a entender que estábamos hablando de un mercado. E10</p>		
E7	<p>Entonces se da lo que es una cobertura, una necesidad de que exista una EPS, un plan, una UPC, y se empieza a desarrollar toda una reglamentación para tratar de que el país, de regular lo que era la contratación entre prestadoras y aseguradoras y empieza a salir que los del subsidiado tienen que darnos servicios obligadamente a través de la red pública porque es que la red pública, y entonces que además sea por Capita, entonces se empieza a regular de una manera exagerada las relaciones entre las EPS y el prestador porque como te digo no hubo gestión del cambio y no se entendió que lo que se quería con el sistema era la promoción de la salud, que fueran empresas promotoras de salud y se fue más al otro rol de la EPS, válida también que es articulador del gasto.</p>	A favor	<p>O controle da função das seguradoras subsidiadas se centrou no aspecto econômico e normas de contratação dessas empresas.</p>