



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

**POLÍTICA DE SAÚDE NA COLÔMBIA: AGENDA E
FORMULAÇÃO NOS ANOS 90**

CLARA ALEIDA PRADA SANABRIA

SALVADOR

Março de 2012

CLARA ALEIDA PRADA SANABRIA

**POLÍTICA DE SAÚDE NA COLÔMBIA: AGENDA E FORMULAÇÃO NOS
ANOS 90**

Dissertação apresentada à banca examinadora do programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, na Área de Concentração Planejamento e Gestão em Saúde, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Professora Dra. Sônia Cristina Lima Chaves

SALVADOR

Março de 2012

CLARA ALEIDA PRADA SANABRIA

Política de Saúde na Colômbia: Agenda e Formulação nos Anos 90

Data de defesa: 16 de março de 2012.

Banca Examinadora:

Profa. Sônia Cristina Lima Chaves- ISC/UFBA

Orientadora

Profa. Tatiana Wargas de Faria Baptista- ENSP/FIOCRUZ

Prof. Antônio Jorge Fonseca Sanches de Almeida- PPGCS/UFBA

Prof. Jairnilson Silva Paim - ISC/UFBA

SALVADOR - BAHIA

Março de 2012

APRESENTAÇÃO

Neste exercício de pesquisa vários foram os fatores que influenciaram as minhas múltiplas 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 em geral e, na prática da medicina, em particular.

Posteriormente, durante os sete anos que exerci a medicina no meu país, me deparei com uma realidade na qual a minha função estava limitada muitas vezes a dar tratamento paliativo aos pacientes. Nessa realidade, minhas possibilidades de dar 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 etc, etc, etc.

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 um grande interesse por entender como e porque a sociedade colombiana organizou desta forma seus serviços de saúde.

Frente a essa situação, foi nas bases teórico-conceituais da saúde coletiva brasileira que encontrei os elementos para o aprofundamento no tema, e por esse motivo o meu olhar sobre a sociedade é feito a partir do marxismo, revisitado em Gramsci e também as contribuições de Kingdon, dos quais tomei elementos teóricos e metodológicos para analisar o meu objeto.

Assim, essa dissertação está apresentada sob a forma de dois artigos articulados. O primeiro está focado na aparição da saúde na agenda, identificando os atores envolvidos e descrevendo como foi apresentado o tema em diferentes

cenários e meios de comunicação. O segundo se aprofunda nas alternativas desenhadas pelos diferentes atores e as principais características discutidas durante a formulação do projeto de lei levado ao congresso.

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, fizemos toda uma viagem continental para conseguí-la. 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 Pardal, meu amor, amigo e companheiro por sua paciência e ajuda a cada momento.

A minha família, mãe, pai, Migue, tia Leonor, tia Mery, tio Hermes 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 dois anos.

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

A meus amigos David, John e Debora que me ajudaram na coleta de documentos na Colômbia e que tornaram possível este projeto.

A Sâmela e Carolina que trouxeram os documentos (vários quilos de papel) para a Bahia.

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

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 ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEMI	Associação Colombiana de Empresas de Medicina Integral
AD-M19	Aliança Democrática M-19
ANIF	Associação Nacional de Instituições Financeiras
ASCOFAME	Associação colombiana de Faculdades de Medicina
ASMEDAS	Associação Médica Sindical
CAJANAL	Caixa Nacional de Previdência
CGT	Confederação Geral do Trabalho
CUT	Central Unitária de Trabalhadores
CTC	Confederação de Trabalhadores de Colômbia
BM	Banco Mundial
DNP	Departamento Nacional de Planejamento
EPS	Empresas Promotoras de Saúde
ECOPETROL	Empresa Colombiana de Petróleos
FEDESARROLLO	Fundação para a Educação Superior e o Desenvolvimento
FES	Fundação para a Educação e o Desenvolvimento Social
FESCOL	Fundação Friedrich Ebert Stiftung de Colômbia
FIS	Fundo de Investimento Social
FNH	Fundo Nacional Hospitalar
IPS	Instituições Prestadoras de Serviços
ISS	Instituto de Seguridade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPS	Organização Pan-americana da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SGSSS	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1. Matriz de análise do processo de definição da agenda, alternativas, contexto político, hegemonia e contra-hegemonia na formulação da lei 100 de 1993. Colômbia, 1990-1993 18
- Quadro 2. Categorias de análise para a compreensão do processo de agenda da Saúde em Colômbia, 1990-1992. 19
- Figura 1. Estabelecimento da agenda: atores da Sociedade Civil e da Sociedade Política na definição do problema (saúde e previdência) e das alternativas de política no processo de formulação da Lei 100. Colômbia 1991-1993. 26
- Quadro 2a. Categorias de análise para a compreensão do processo de formulação da lei 100 de 1993, Colômbia. 51
- Quadro 3. Caracterização das alternativas de política de saúde na formulação da Lei 100, Colômbia, 1993. 62

SUMÁRIO

Artigo 1. Seguridade social e saúde na Colômbia: agenda no início dos anos 90

1. Introdução.....	14
2. Metodologia.....	17
3. Marco Referencial.....	20
3.1. Processo de Agenda.....	20
3.2. Estado e Governo.....	22
4. Resultados.....	25
4.1. Hegemonia Regional na América Latina.....	27
4.2. Entrada da Saúde na Agenda.....	27
4.3. Previdência na Agenda.....	31
4.4. Os Processos: arenas e alternativas de solução.....	33
5. Discussão.....	36
6. Referências Bibliográficas.....	40

Artigo 2. Política de Saúde e o Sistema de Seguridade Social: Processo de Formulação na Colômbia nos Anos 90

1. Introdução.....	48
2. Metodologia.....	51
3. Marco Referencial.....	53
3.1. Formulação da Política.....	53
3.2. Alternativas de Política para o Sistema de Saúde.....	55
3.3. O clima político (political stream) e construção de consenso.....	56
3.4. Estado e Hegemonia.....	57
4. Resultados.....	60
4.1. Descentralização.....	63
4.2. Definição de Saúde e Seguridade Social na Constituinte.....	64

4.3. Das alternativas (<i>Policy Stream</i>).....	65
4.3.1. Cobertura.....	67
4.3.2. Tipo de vinculação.....	67
4.3.3. Financiamento.....	68
4.3.4. Gestão dos recursos.....	69
4.3.5. Prestação de serviços.....	70
4.3.6. Planos de benefícios.....	71
4.4. Do clima político (<i>Politics Stream</i>).....	74
4.4.1. Novos atores na sociedade civil.....	77
4.4.2. O projeto de Lei definitivo e a mudança no clima político.....	77
5. Discussão.....	81
6. Referências Bibliográficas.....	86

ARTIGO 1.
SEGURIDADE SOCIAL E SAÚDE NA COLÔMBIA: AGENDA NO INÍCIO DOS
ANOS 90

RESUMO

A política de Saúde e Seguridade Social na Colômbia foi formulada em 1993 durante o governo Gaviria (1990-1994). O novo sistema definido por essa política seguiu os lineamentos próprios das políticas neoliberais, sugeridas pelo Banco Mundial. Neste artigo é analisado o processo de agenda dos temas Saúde e Seguridade Social dentro do processo de formulação dessa política e identificados os principais atores envolvidos. Na análise, foram utilizadas a perspectiva do ciclo da política de Kingdon e o marco teórico de hegemonia e contra-hegemonia desenvolvido por Gramsci. A saúde e a Seguridade Social apareceram na agenda exatamente no início do governo. Várias instituições elaboraram estudos que demonstraram a necessidade de criação de um novo sistema para os dois setores. Os principais atores se situaram na sociedade civil (Fedesarrollo, Anir, Associação de atuários) e política (Controladoria, Superintendência Nacional de Saúde, Departamento Nacional de Planejamento) Concluiu-se que as evidências de crise apresentadas por diferentes instituições e pela mídia basearam-se na ineficiência do Estado para administrar as instituições de Previdência e Saúde. Esse estudo revelou que na Colômbia, a conjuntura apresentada no governo Gaviria, que levou a promulgação da constituição de 1991, representou um movimento orgânico mais do que uma conjuntura no qual se apresentou uma janela de oportunidade para a reforma do Sistema de Seguridade Social.

Palavras chave: política de saúde, governo, Estado,

ABSTRACT

The health and social security policy was formulated in 1993 during presidency of Gaviria (1990-1994). The new system created by that policy followed the indications of neoliberalism suggested by World Bank. In this paper it is analyzed the process of Health and Social Security agenda in the formulation of that policy. For analysis was used the Kingdon's policy cycle perspective and the theory of hegemony and contra-hegemony develop by Gramsci. The Health and Social Security appeared on agenda since the beginning of Gaviria Administration. Many institutions made researches that demonstrated the need of develop a new system for these sectors. It was concluded that crises evidences were based on State inefficiency to administrate retirement and health institutions. This research showed that in Colombia the conjuncture of Gaviria's presidency that allowed the promulgation of the Constitution of 1991 represented an organic movement more than a conjuncture when there was a policy window for well fare reform.

Key words: Health policy, government, state.

1. Introdução

O Sistema Colombiano de Seguridad Social, denominado Sistema Geral de Seguridad Social em Saúde (SGSSS) foi definido pela lei 100 em 1993. A formulação dessa lei foi posterior à constituição de 1991, na qual foram reconhecidos os direitos humanos como direitos fundamentais, sendo o Estado responsável por garanti-los. A saúde foi definida apenas como serviço público de responsabilidade do Estado (art. 49, COLÔMBIA, 1991) e possibilitou a prestação da seguridade social tanto por entidades públicas como privadas (art.48, COLÔMBIA, 1991).

O Sistema Colombiano de Seguridad Social está centrado na prestação de serviços individuais de saúde, limitando o papel do Estado à regulação do sistema e a realização de ações coletivas de saúde, configurando-se um modelo de mercado baseado na separação de funções e na cidadania regulada (FLEURY, 2008). A administração dos recursos foi entregue às empresas privadas denominadas “Promotoras de Saúde” (EPS) encarregadas de receber os aportes e garantir os serviços de saúde aos afiliados. A prestação dos serviços de saúde, por sua vez é exercida pelas Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) públicas ou privadas, hospitais públicos e privados que oferecem serviços e são contratados pelas EPS.

O impacto da reforma evidenciou diminuição inicial nas coberturas de vacinação, de 83% em 1990 para 66% em 2000, com aumento posterior a valores de 93% em 2007, assim como aumento na incidência de doenças infecciosas como malária, dengue e tuberculose. Além disso, o acesso ao sistema não aumentou, sendo que 45% da população mantem-se sem seguro de saúde. Há fragilidades na regulação do sistema e um aumento significativo no gasto governamental para o setor de 1,4% do PIB em 1988, 4% em 2000, e 5,1% em 2007, sem que isso tenha representado um melhor desempenho dos serviços (HOMENES; UGALDE, 2005). Segundo o informe da OMS sobre a Saúde no Mundo no ano 2000, o gasto nacional total em saúde passou de 6,3% do PIB em 1994 a 9,3% no ano 2000(URIBE, 2009), sendo que para 2007 foi de 6,1% do PIB (OMS, 2010).

As evidências apontam que após dezoito anos da reforma, os seus objetivos estão distantes de serem alcançados. A descentralização chegou a governos locais sem ferramentas técnicas para sua implementação, a focalização não respondeu às necessidades de atenção em saúde da população pobre e as funções de modulação e regulação do nível central são frágeis. Hospitais públicos com alto nível técnico,

mas sem tradição de venda de serviços e autofinanciamento, foram fechados. As empresas de saúde criadas e fortalecidas pelo atual sistema estão entre aquelas com maiores lucros no país nos últimos anos (AHUMADA, 2002).

Esse sistema se configurou no governo de Cesar Gaviria Trujillo, entre 1990 e 1994, quando se aprofundou na Colômbia a implementação de medidas para reestruturar o Estado (Neoliberalismo). Essas medidas fizeram parte das indicações de agências internacionais, e abrangeram amplos setores do Estado como o fiscal, comércio internacional, política laboral, e também seguridade social.

Dois estudos se debruçaram sobre a formulação do atual Sistema de Seguridade Social na Colômbia (URIBE, 2009; BORRERO, 2008). O primeiro revelou as interações entre os atores envolvidos nas mudanças do setor saúde, buscando compreender como ocorreu a tomada de decisão na política social e a correlação de forças que produziu esses resultados, concluindo que houve um debate amplo dos diferentes atores, mas que todos eles levaram propostas no sentido de conservar ou aumentar suas vantagens como setor ou grupo, as quais tinham sido mantidas ao longo das décadas anteriores à reforma (URIBE, 2009). O estudo aponta que as demandas da população centradas na solução dos problemas de segurança e busca da paz, foi um provável fator que permitiu a pouca mobilização e, conseqüentemente a implementação das propostas das agências financeiras internacionais na saúde, favorecendo o setor privado já existente no país (URIBE, 2009).

O segundo estudo (BORRERO, 2008) analisou a reforma em saúde focando nas posições dos atores nacionais e internacionais, e seu papel na formulação da lei, enquanto confrontações de classe. O trabalho aponta que os diferentes atores sociopolíticos que se constituíram, representavam interesses classistas específicos, tendo cada um deles capacidade distinta de mobilização no processo de tomada de decisão. Evidenciou também que prevaleceram os interesses dos grupos econômicos com o favorecimento do debate internacional técnico-economicista defendido pelo executivo.

A partir das lacunas dos trabalhos anteriores, este estudo buscou descrever o processo de agenda da política de seguridade social e os principais atores envolvidos a partir da perspectiva da hegemonia em Gramsci (GRAMSCI, 1978). A hipótese inicial é que as elites, por meio de seus intelectuais, ao ocuparem cargos em várias instituições do Estado, conseguiram dar direção para elaborar uma lei que permitiu a transferência de dinheiro público, na forma de seguro, para as empresas privadas de

saúde e de previdência. Além disso, no caso colombiano não existiu um movimento contra-hegemônico no processo, já que, não houve grupos organizados com propostas alternativas.

2. Metodologia

Estudo de caso qualitativo, no qual foram analisados dados secundários como documentos oficiais, informes executivos, relatórios, pesquisas de diferentes fontes assim como publicações do jornal *El Tiempo* (uma das organizações mais importantes para a formação da opinião pública no país) entre 01 de janeiro de 1990 e 31 de dezembro de 1991 (disponíveis no site <http://www.eltiempo.com>).

As principais categorias de análise foram: estabelecimento da agenda, definição do problema, especificação de alternativas, atores, hegemonia, contra-hegemonia, sociedade civil e sociedade política (Quadro 1). Os conceitos aqui utilizados estão sintetizados no Quadro 2.

Pretendeu-se explorar como essa hegemonia se apresentou na formulação da política estruturante do sistema de saúde colombiano, especificamente, a fase da agenda durante os dois primeiros anos do governo Gaviria. Assim como, procurar evidências das vontades coletivas contra-hegemônicas que tiveram relevância no processo. Esse percurso da lei e os processos que levaram a sua formulação podem evidenciar a conformação, estruturação e recursos de poder do bloco histórico.

Quadro 1. Matriz de análise do processo de definição da agenda, alternativas, contexto político, hegemonia e contra hegemonia na formulação da lei 100 de 1993. Colômbia, 1990-1992.

CATEGORIAS ANALÍTICAS	SUBCATEGORIAS	EVIDENCIAS
Contexto Político	Hegemonia Regional e formação do Bloco histórico na saúde na Colômbia Programa de Governo	<p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. La Revolución Pacífica: Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1994. Bogotá;1991.</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. (1991) Apertura a la Salud.Lineamientos del Plan de Acción 1991 – 1994, Resumen Ejecutivo. Doc. DNP2531-UDS-Ministerio de Salud. Santa Fe de Bogota, Mayo.</p> <p>Departamento Nacional de Planeación. Autorización a la nación para contratar un préstamo con el BID para el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud. Documento DNP-2617-UD. Versión aprobada. Bogotá; 1992.</p> <p>Departamento Nacional de Planeación. Autorización a la nación para contratar un crédito con el Banco Mundial para el fortalecimiento de los servicios básicos de salud municipal. Documento DNP-2618-UD. Versión aprobada. Bogotá; 1992.</p> <p>Materias do <i>El Tiempo</i></p>
Definição do problema	Acumulo de conhecimento	<p>-BANCO MUNDIAL. (1987) "El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo. Una Agenda para la Reforma". En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Número especial sobre Economía de la Salud. Vol. 103No 6. Diciembre. Washington.</p> <p>- BERNAL, Maria Elisa. (1989) "La Reestructuración del Sistema Nacional de Salud". Rev. Fedesarrollo No 1. Julio. Asociación Nacional de Instituciones Financieras. Documentos Foro sobre Fondo de Pensiones. Bogotá: ANIF; 1990.</p> <p>Materias do <i>El Tiempo</i></p>
	Evidências e argumentação de crise	<p>CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Caja Nal o, Cajamal? Informe Financiero. Bogotá; 1990.</p> <p>CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. ISS: una entidad con "gastitis" aguda. Informe Financiero. Bogotá; 1990.</p> <p>Materias do <i>El Tiempo</i></p>
Alternativas	Política de saúde e seguridade social	<p>Molina, CG. La seguridad Social Una Reforma Pendiente. Bogotá: Fedesarrollo/Fasecolda; 1991.</p> <p>Materias do <i>El Tiempo</i></p>
Processos	Executivo	<p>O novo Governador e a modernização do Estado Seminário Nacional "Estado e perspectivas da Descentralização na Saúde" Painel "Saúde e Constituinte" Seminário "Desenvolvimento do Sistema de saúde. Comissão sobre Seguridade Social Materias do <i>El Tiempo</i></p>
	Demandas de grupos de interesse	<p>ANIF realizou o Fórum " Fondos de Pensiones como alternativa privada para la seguridad social".</p> <p>Fedesarrollo: Fórum sobre Seguridade Social.</p> <p>Materias do <i>El Tiempo</i></p>

Quadro 2. Categorias de análise para a compreensão do processo de agenda da Saúde em Colômbia, 1990-1992.

Categoria	Definição
Definição do Problema*	Processo influenciado pelo agravamento de um problema (crise ou signos de crise) e acumulação gradual de conhecimento no desenho de soluções.
Contexto político*	Mudanças nas inclinações nacionais, na opinião pública, resultados de eleições.
Estabelecimento da agenda*	Momento em que atores governamentais ou próximos ao governo estão prestando atenção a uma lista de problemas pela difusão de ideias de círculos profissionais ou chegada de um novo partido ao poder.
Janela de oportunidade*.	Situação que favorece a confluência da aparição do problema, das soluções e o clima político e é favorável para a tomada de decisão.
Hegemonia**	Direção e controle que uma classe ou fração de classe exerce sobre a totalidade da sociedade, mediante a coerção e o consenso.
Contra-hegemonia**	Organização e construção da própria direção política e ideológica das classes subordinadas para alcançar um novo sistema hegemônico.
Sociedade civil**	Organizações cuja função é difundir um pensamento hegemônico através de todos os meios de comunicação e outros instrumentos que permitem influenciar a opinião pública.
Sociedade Política**	Aparelhos de coerção e controle com funções de governo jurídico, força legal e domínio militar.
Intelectuais**	Funcionários das sociedades política e civil que elaboram a ideologia da classe dominante e a transformam em “concepção” de mundo que impregna todo o corpo social.
Bloco histórico**	Conjunto complexo e contraditório da superestrutura historicamente necessária à superestrutura, que a tornam homogênea e a organizam.
Estrutura***	Base econômica de uma sociedade
Superestrutura***	Base político ideológica que assegura as condições não materiais para a reprodução da estrutura social (PAIM, 2007).
Conjuntura***	Disposição da estrutura do Poder (político, econômico, ideológico) em um momento historicamente situado de uma formação social.

*Conceitos oriundos de Kingdon, 1995.

**Conceitos oriundos de Gramsci, 1978.

***Conceitos oriundos de Marx, 1996.

3. Marco Referencial

3.1. Processo de Agenda

O objeto de estudo desta pesquisa fez referência ao processo de agenda numa perspectiva do ciclo da política. Para Kingdon (1995), o desenho de uma política pública pode ser considerado como uma série de processos que incluem pelo menos o estabelecimento da agenda, a formulação de alternativas, a seleção entre essas alternativas pelo legislativo ou por uma decisão presidencial, e a implementação dessa decisão.

“A agenda faz referência à lista de assuntos ou problemas, para os quais, os atores governamentais ou não governamentais mais próximos ao governo prestam atenção num momento determinado” (KINGDON, 1995). Duas categorias de fatores afetam a determinação da agenda e a especificação de alternativas: os *participantes* e os *processos*.

O estabelecimento da agenda ocorre no momento em que tanto os problemas como as diferentes alternativas de solução estão sendo discutidas pelos diferentes participantes. A distinção entre os dois componentes da agenda (definição de problemas e de alternativas) é importante já que os atores encarregados dos problemas são usualmente diferentes dos que intervêm no processo de formulação de alternativas.

Os participantes segundo Kingdon (1995) estão colocados em dois grupos: os atores governamentais (executivo e legislativo) e os atores não governamentais. Os governamentais estão conformados pela administração que inclui o Presidente, sua equipe de funcionários e conselheiros e os cargos políticos em departamentos do governo. O presidente tem força importante na determinação da agenda, ele pode dominar e determinar também as alternativas de políticas a serem discutidas, mas tem pouca influência na escolha final dessas alternativas e no resultado final do processo. Os motivos da força por ele ostentada se baseiam nos seus recursos institucionais como a prerrogativa para nominar as pessoas encarregadas da concepção da agenda nas agências do governo; os recursos organizacionais relativos ao grupo de congressistas de seu próprio partido de governo que se comporta como o aparato com maior coesão na tomada de decisão, e seu poder de liderança que

depende de sua popularidade na opinião pública e entre os representantes das diferentes elites.

A equipe do presidente está conformada por conselheiros pessoais e membros de agências da presidência que são especialistas em temas específicos e são importantes na determinação de alternativas de política. Finalmente estão os funcionários colocados por vinculação política em secretarias, administrações e agências governamentais. Seu papel fundamental está na colocação de temas nas agendas de pessoas importantes no processo, tanto em suas próprias agências como em outras. A principal desvantagem desse grupo se deve a sua falta de permanência nas agências governamentais.

O congresso, tanto senadores como representantes, tem importância central no processo. Eles influenciam a determinação da agenda e as alternativas que serão levadas em conta. Eles representam as preferências cidadãos, têm responsabilidades estabelecidas constitucionalmente e são objeto da atenção da mídia, mas também, podem atuar de forma descoordenada, não tem controle sobre a implementação das políticas. Além disso, podem carecer da experiência necessária para analisar as diferentes alternativas e podem estar sob pressão de grupos de interesse e da administração que limitam seu próprio agir na determinação da agenda. Os recursos que fazem o congresso importante na determinação da agenda estão relacionados à sua autoridade legal já que as mudanças importantes nas políticas geralmente precisam de novas legislações, sua capacidade de levar tópicos para a mídia e se comunicar efetivamente com outros participantes e sua capacidade de ter acesso a uma ampla variedade de informação desde múltiplas fontes como pesquisas acadêmicas, argumentos administrativos e informação de grupos de interesse. Seu conhecimento não é do tipo do *expert*, mas sim uma combinação dessas múltiplas informações que não tem outros participantes.

Os participantes não governamentais são os grupos de interesse, pesquisadores, acadêmicos, consultores, mídia, partidos e população em geral. Os grupos de interesse estão conformados por comerciantes, industriais, corporações financeiras, sindicatos, grupos profissionais e grupos como associações de interesse público. Sua capacidade de influência enquanto grupo segundo Kingdon (1995) depende de sua própria coesão interna.

Os partidos políticos podem afetar as agendas pelo conteúdo dos programas do partido. A força de seus líderes no congresso, afeta mais a determinação da agenda do que as alternativas de políticas.

Os processos nos quais são estabelecidas as agendas e são especificadas as diferentes alternativas de solução são de três tipos: definição de problemas, definição de políticas e clima político. Estes processos são independentes e se desenvolvem de acordo com suas próprias dinâmicas e regras, mas em determinadas conjunturas convergem e podem ocorrer as grandes mudanças nas políticas.

O estabelecimento da agenda implica a transferência de tópicos da agenda “sistêmica” ou não governamental à “formal” ou governamental através da mobilização que fazem líderes sobre públicos relevantes. Os temas também podem chegar à agenda através da difusão de ideias de círculos profissionais ou elites políticas, em especial de burocratas. Finalmente, as mudanças na agenda podem resultar da mudança do partido que está no poder, ou como consequência de balanços “ideológicos” realizados nos partidos com motivo de processos eleitorais.

O estabelecimento da agenda ocorre quando num determinado momento, atores governamentais ou atores próximos da equipe governamental, estão prestando atenção a uma lista de problemas. A definição de problemas é influenciado por três tipos de fatores: a) o agravamento de um problema como no caso de crises ou sinais de crises; b) o processo de acumulação gradual de conhecimento por parte dos especialistas de uma dada área que desenham propostas de solução e as difundem gradualmente a outros atores, conseguindo que eles sejam mais afins a umas propostas que a outras; e c) processos políticos como mudanças das inclinações nacionais, na opinião pública, resultados de eleições que modificam a administração ou o Congresso.

3.2. Estado e Governo

Na análise de política “trata-se de entender o que fazem os governos, como e por que o fazem” (LABRA 1999) sendo, portanto, necessário entender o primeiro elemento da política que faz referência à existência real de governados e governantes, de dirigentes e dirigidos (GRAMSCI, 1978). Nessa configuração da sociedade, a classe dominante possui e controla os meios de produção, e por tanto, detêm o poder econômico que lhe permite utilizar o Estado como instrumento de

dominação de classe (MILIBAND, 1982). Classe quem esmo sem estar diretamente no governo conseguiu orientar as suas medidas para favorecer os próprios interesses econômicos.

Pode-se assegurar que existe uma pluralidade de elites econômicas nas sociedades capitalistas avançadas, que constituem grupos de interesses distintos, cuja competição afeta o processo político, mas esse pluralismo de elites não impede as distintas elites da sociedade capitalista de constituir uma classe econômica dominante, caracterizada por um elevado grau de coesão e solidariedade, com interesses e objetivos comuns que transcendem bastante suas diferenças específicas e suas discordâncias (MILLIBAND, 1982).

Nesse sentido, a Hegemonia do Estado capitalista faz referência à direção e controle que uma classe ou uma fração da classe dominante exerce sobre a totalidade da sociedade Gramsci (1978). Essa direção pode estar em maior ou menor medida expressa nas políticas e programas do governo, a depender da organização e recursos dos diferentes grupos na estrutura de poder. Por outro lado, para Gramsci,

No Estado liberal existe uma atividade econômica própria da sociedade civil que é regulada pelo agir do Estado. Essa “regulamentação” de caráter estatal, introduzida e mantida por caminhos legislativos ou coercitivos é um fato de vontade orientada a certos fins, não representando uma expressão automática do fato econômico (GRAMSCI, 1978).

Sendo o liberalismo o programa político, destinado a dirigir o programa econômico e a determinar a distribuição da renda nacional, parte-se dessa afirmação para entender a conformação e regulamentação do mercado dos serviços de saúde e previdência construídos com discursos modernizantes e muitas vezes, ambíguos.

Na sociedade capitalista as classes dominantes preenchem, muito melhor do que o proletariado, a existência de uma “classe para si”, ou seja, são eles que têm consciência de seus interesses como classe (MILLIBAND, 1982). Na mesma linha de análise, Gramsci (1978) descreve os intelectuais, como “os funcionários das superestruturas, células vivas da sociedade civil e da sociedade política, que elaboram a ideologia da classe dominante e a transforma em ‘concepção’ de mundo que impregna todo o corpo social”. No nível da difusão da ideologia, os intelectuais são os encarregados de animar e gerir a “estrutura ideológica” da classe dominante no seio das organizações da sociedade civil (neste caso sindicatos e partidos) e de seu material de difusão (*mass media*). São igualmente os encarregados da gestão do

aparelho de Estado, homens políticos e funcionários que lideraram as organizações de planejamento e controle estatal.

Na análise da política de saúde, é também importante explorar a existência de uma vontade coletiva, de uma consciência atuante da necessidade histórica, protagonista de um drama histórico real e efetivo (GRAMSCI, 1978) seja este hegemônico ou contra-hegemônico num determinado bloco histórico. Assim como é importante

Distinguir no estudo de uma estrutura os movimentos orgânicos (relativamente permanentes) dos elementos que podem ser denominados “de conjuntura” (que se apresentam como ocasionais, imediatos, quase acidentais). Também os fenômenos de conjuntura dependem, é claro, de movimentos orgânicos, mas seu significado não tem um amplo alcance histórico. Eles dão lugar a uma crítica política miúda, do dia a dia, que investe os pequenos grupos dirigentes e as personalidades imediatas responsáveis pelo poder. Os fenômenos orgânicos dão margem à crítica histórico-social, que investe os grandes agrupamentos, acima das pessoas imediatamente responsáveis e acima do pessoal dirigente (GRAMSCI, 1978, p45).

Neste estudo foram considerados intelectuais os pesquisadores, *experts* e funcionários de instituições da sociedade civil e da sociedade política como Fedesarrollo, Anir, Controladoria e Superintendência Nacional de Saúde (descritos no capítulo específico), os quais foram importantes na divulgação da crise no setor da seguridade social. Além disso, considera-se que as reformas ocorridas no período corresponderam a um movimento orgânico mais do que a um movimento conjuntural, já que mantém uma sequência do bloco histórico da Colômbia no decorrer do século XX.

4. Resultados

O programa do governo Gaviria (DNP, 1991)¹, *Revolução Pacífica* (clara alusão ao período conturbado da “guerra civil” colombiana quando ocorreu a captura e morte do narcotraficante Pablo Escobar), projetou para o setor saúde a descentralização do sistema, o desenho e implementação do sistema de seguro público, a privatização dos serviços e a identificação dos beneficiários de programas sociais e de saúde (população pobre). No nível administrativo, propôs um sistema de gestão para transformar os hospitais em empresas rentáveis (modernização administrativa, técnica e dos sistemas de informação e formação dos recursos humanos em gerência e administração hospitalar). Também indicou a criação de uma *Comissão preparatória para a estruturação do Sistema Nacional de Saúde* (DNP, 1991). A figura 1 descreve e caracteriza a posição dos diferentes atores envolvidos na crise, agenda e alternativas no período da formulação da Lei 100.

Observou-se que os atores da sociedade política ou participantes governamentais que participam na definição dos problemas foram a Controladoria e a Superintendência de Saúde e os atores da sociedade civil ou não governamentais foram Fedesarrollo (Fundação para a Educação Superior e o Desenvolvimento), ANIF (Associação Nacional de Instituições Financeiras) e Associação de Atuários. Já na elaboração de alternativas foram importantes o DNP (Departamento Nacional de Planejamento), ANIF, Associação de Atuários (Figura 1).

Como tiveram uma função importante no processo de agenda, neste estudo foram considerados intelectuais os gestores do Departamento Nacional de Planejamento (DNP), da Controladoria Geral, da Superintendência Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, da Fedesarrollo, da ANIF e da Associação de Atuários (Figura 1). Na figura 1 observa-se como as evidências de crise estavam relacionadas com a função de instituições de Saúde e Previdência governamentais ou da sociedade política (ISS, Cajanal) ao redor das quais foram focadas as avaliações feitas pelos diferentes atores. Os atores que divulgaram e demonstraram a crise pertenciam tanto à sociedade política, como a Controladoria Geral, Superintendência Nacional, Ministério Público, como à sociedade civil Fedesarrollo, ANIF e Associação de Atuários e o jornal *El Tiempo*.

¹ DNP Departamento Nacional de Planejamento.

4.1. Hegemonia Regional na América Latina

O Banco Mundial (BM) publicou em 1987, o documento *Financiamento dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento, uma agenda para a reforma* (BM, 1987). Nele, o BM argumenta a necessidade da reforma dos Sistemas de Saúde nos países em desenvolvimento, apontando para a necessidade de diminuir o gasto público em saúde. Um dos motivos da reforma era a dificuldade dos governos em aumentar o gasto público para o setor. Segundo o documento, o problema financeiro estava fundamentado na intenção equivocada dos governos latino-americanos em oferecer atenção universal em saúde, sendo que os ingressos fiscais eram limitados. Na época, os serviços de saúde eram considerados por vários Estados Latino-americanos como direito de cidadania a ser garantido com serviços gratuitos e universais, o que para o BM, era insustentável economicamente. Cabe desatacar que esse período marca o início da crise dos Estados de “Bem Estar Social” nos países europeus.

Segundo o BM, os problemas dos sistemas de saúde eram a insuficiência de recursos, a inadequada utilização de serviços básicos, a baixa qualidade na prestação de serviços e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

O BM propôs quatro reformas no setor: a) cobrança aos usuários (com exceção dos pacientes pobres) pelos serviços ambulatoriais, medicamentos e internações em hospitais públicos, as famílias com menos recursos receberiam comprovantes de pobreza; b) provisão de seguros obrigatórios para os empregados do setor formal (desta forma, seria possível aliviar o orçamento governamental dos custos dos serviços curativos; c) uso eficiente dos recursos não governamentais, estimulando aos grupos sem fins lucrativos, como grupos de médicos e farmacêuticos, a oferecerem serviços de assistência médica (os recursos estatais seriam utilizados em programas que beneficiassem a toda comunidade); d) descentralização dos serviços públicos de saúde (BM, 1987).

4.2. Entrada da Saúde na Agenda

Evidências de crise no setor saúde começaram a aparecer na mídia impressa, desde o início do governo Gaviria², em agosto de 1990. No seu discurso inicial, Gaviria afirmou que seria necessário “*dar maior participação ao setor privado na saúde, e de elaborar um projeto de lei para criar um sistema de previdência complementar ao já existente do Instituto Colombiano de Seguridad Social*”.

Desde o início do governo, foram veiculados no principal jornal colombiano, problemas relativos ao Sistema de Saúde. Foi evidenciada a “crise” no ISS (Instituto Colombiano de Seguridad Social) e na Cajanal (Caixa Nacional de Previdência), nos Hospitais Públicos e no Fundo Nacional Hospitalar (FNH). Também foram divulgados no jornal, informes e pesquisas realizadas pela Superintendência Nacional de Saúde, pelo Ministério Público e pela Controladoria Geral da Nação. Curiosamente, não foram encontradas matérias sobre o tema nos meses anteriores ao início do governo (janeiro a agosto de 1990).

Entre o início do governo (agosto de 1990) e dezembro de 1991, foram publicadas no *El Tiempo*, dezessete reportagens sobre problemas do Sistema de Saúde. Estas faziam referência a diversos problemas administrativos, financeiros e operativos nas instituições estatais de saúde e de previdência social. Nos hospitais públicos, as matérias evidenciaram falta de planejamento, superfaturamento, aumento da burocracia, falta de orçamento do Ministério da Fazenda, baixos salários e atraso no pagamento dos médicos e outro funcionários.

Segundo o *El Tiempo*, a Cajanal foi uma das instituições que apresentou maiores problemas por 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. No ISS os problemas eram causados, segundo as informações divulgadas no jornal, por aumento da burocracia, falta de controle dos recursos, inadequado cumprimento das funções dos médicos e sua renúncia, bem como o aumento dos filiados com poucos médicos contratados. Ao nível organizativo, figurou a inequidade na distribuição dos recursos entre o sistema de seguridad social e o sistema público e a falta de fluxo dos recursos do Ministério da Fazenda para o processo de descentralização administrativa.

² La privatización del ISS no es para privilegiar a ricos. *El Tiempo* [internet]. 1990 ago. 9; Economía.

O jornal fez referência nas suas matérias a estudos do Banco Mundial e informes da Controladoria sobre problemas administrativos e financeiros múltiplos como, diminuição do número de afiliados, aumento exagerado do gasto em medicamentos (326%) e falta de controle administrativo sobre as contribuições dos trabalhadores³.

Outra organização não governamental protagonista neste processo foi a Fedesarrollo. Essa organização, representante da classe dominante, publicou avaliações do sistema de saúde elaboradas desde uma visão economicista, argumentando a necessidade de transferir esses serviços à empresa privada, já que, segundo eles, o Estado se mostrou incapaz de prestar serviços públicos de “qualidade” e de administrar os recursos públicos com “eficiência”. Portanto, a necessidade de reforma foi baseada na incompetência do Estado. Bernal (1989) publicou, através da Fedesarrollo, uma pesquisa sobre o sistema de saúde onde aponta problemas originados na falta de definição e planejamento de processos administrativos, falta de uma estrutura organizacional a nível nacional, regional e local, para dirigir, coordenar e operar o setor saúde. Para finalizar, evidenciou como, os gastos nacionais para saúde diminuíram de 9,6% do orçamento em 1975 para o 4% em 1985, como consequência das medidas para o controle do déficit fiscal e para facilitar o investimento privada.

Também foram referidos informes do Ministério Público sobre a crise administrativa e econômica gerada por falta de planejamento, ocasionando escassez de insumos, embargos e suspensão de serviços⁴. Em maio de 1990, a Controladoria publicou informes sobre o ISS e Cajanal (CONTROLADORIA, 1990). No referente ao ISS denunciou dificuldades financeiras, administrativas e de gestão, assim como baixa cobertura e dificuldades no acesso. O ISS não realizava avaliações sobre a qualidade dos serviços prestados pelas instituições contratadas, assim como não planejava, nem coordenava a compra de medicamentos, equipamentos e materiais. Ao comparar o sistema de proteção social colombiano com os de outros países latino-americanos, a Controladoria qualificou-o de ineficiente, tendo uma cobertura de 12% do total da população. Concluiu a necessidade de reestruturação do ISS, mas não recomendava

³ Si en el Seguro llueve en Canal no escampa. El Tiempo [internet]. 1990 set 3; Economía.

⁴ Para solucionar la crisis médicos piden intervención del gobierno en Cajanal. El Tiempo [internet]. 1990 nov. 8; Información General.

diretamente a privatização, afirmando que a saúde é um serviço público que precisa da participação direta do Estado.

O informe da Controladoria sobre a Cajanal denunciou a inconformidade dos empregados públicos por irregularidades na prestação dos serviços de saúde (CONTROLADORIA, 1990). Esses problemas, apresentados há vários anos, levaram a que muitas empresas públicas -universidades e corporações de desenvolvimento regional- criassem suas próprias instituições de seguridade social, evidenciando-se um sistema sem articulação nem coordenação. A cobertura de Cajanal equivalia, no momento do estudo, a 3,6% da população empregada no setor urbano e 42% dos funcionários públicos. Nos serviços de saúde atendia ao trabalhador, aos filhos durante o primeiro ano de vida e à esposa para a atenção à gravidez e parto. A Controladoria denunciou graves problemas financeiros devido à dependência das verbas do nível central e a baixa capacidade de controlar os processos de arrecadação, indicando que os problemas da Cajanal eram muito mais graves dos que tinha o ISS. O informe não incluía recomendações de reforma na instituição.

Matéria do *El Tiempo* apontou que durante o ano 1991, a Superintendência Nacional de Saúde revelou investigações sobre corrupção administrativa, contratações irregulares e superfaturamento de alguns hospitais públicos de Barranquilla, Sincelejo, Valle e Bogotá. A Caixa Nacional de Previsão e o ISS também foram alvo de denúncias^{5,6}. Foram divulgados fraudes de mais de 800 milhões de pesos (U\$1.199.904,0, cambio U\$1=\$666,72 pesos) na Cajanal e no ISS⁷, assim como a perda de 30.000 milhões de pesos (U\$4.499.640,0) por superfaturamento, contratações irregulares e roubos na Cajanal, no ISS, e em hospitais públicos da região do Atlântico entre 1988 e 1991. Essas denúncias, realizadas pelo superintendente regional de saúde, levaram-no a sofrer ameaças de morte, razão pela qual abandonou o cargo (El Tiempo)⁸. Os médicos do ISS não cumpriam com a carga horaria “roubando tempo ao ISS”, segundo a diretora dessa instituição na época, Maria Cecilia Lopez⁹. Nesse período, deu-se destaque aos problemas que causaram perdas importantes de dinheiro nas instituições mencionadas. O Ministro de Saúde do governo Gaviria na época, González Posso, expressou no *Encuentro*

⁵D'artagnan. El Nuevo Clientelismo. El Tiempo [internet]. 1991 abr. 26; Opinión.

⁶Reemplazado Supersalud. El Tiempo [internet]. 1991 maio 22; Información General.

⁷Denuncias penales en Cajanal. El Tiempo [internet]. 1991 set.5; Información General.

⁸Supersalud regional deja el cargo por amenazas de muerte. El Tiempo [internet]. 1991 out. 8; Nación.

⁹Acogida a la convención en el ISS. El Tiempo [internet]. 1991 mar. 12; Economía.

Nacional sobre Avanças da descentralização em saúde que “existem recursos para a saúde, mas pela ineficiência na administração não chegam à população”¹⁰.

Também foi reportado o déficit econômico do FNH que atrasou a construção de hospitais em todo o país, originado pela não execução do orçamento disponível. Na época, o FNH tinha dívidas com prestadores de serviços e provedores, apesar de possuir recursos sem uso nos bancos. Além disso, tinha equipamentos para 580 unidades de saúde estocadas nos galpões do FNH¹¹.

Em março de 1991, os professores do departamento de Caldas entraram em greve exigindo a prestação de serviços de saúde da Cajanal. A Superintendência de Saúde realizou varias investigações, evidenciando compras irregulares, superfaturamento em medicamentos e outros produtos, além de contratações mal justificadas, o que teria gerado perdas de mais de 6.000 milhões de pesos (U\$8.999.280) nos três anos anteriores ao informe¹².

4.3. Previdência na Agenda

Antes da eleição de Gaviria, em maio de 1990 a ANIF (Associação Nacional de Instituições Financeiras) realizou o *Fórum Fondos de Pensiones como Alternativa Privada para La Seguridad Social*, apresentando um diagnóstico sobre o Sistema de Seguridad Social (ANIF, 1990) conformado pelo ISS, Cajanal, e mais de 300 Caixas (para os empregados públicos de departamentos e municípios). Segundo a ANIF, o sistema era desarticulado e não tinha coordenação nem planificação, sendo que a única instituição previdenciária que tinha reservas para as aposentadorias era o ISS. As outras cumpriam suas obrigações com verbas diretas da nação. Os problemas financeiros do ISS estavam relacionados à falta de incremento nas contribuições (6% do salário, sendo que estava planejado para aumentar gradualmente até 18%), além da dependência exclusiva das contribuições dos trabalhadores e dos empregadores (o governo nunca fez o repasse do 1,5% como era sua obrigação). O déficit financeiro se agravou pelo incremento anual da aposentadoria (segundo inflação), pela cobertura dada à família do trabalhador, aos trabalhadores informais e às

¹⁰ Ministro: se dilapidan recursos de la salud. El Tiempo [internet]. 1991 dez. 18; Nación.

¹¹ Salud: Apertura a comunidades. El tiempo [internet]. 1991 ago. 4; Información General.

¹² También contra Cajanal. El Tiempo [internet]. 1991 mar. 12; Información General.

empregadas domésticas, além das dificuldades na arrecadação das contribuições e à falta de investimento dos recursos das reservas.

A crise na previdência foi apresentada no jornal *El Tiempo*, argumentando a necessidade da reforma para garantir as aposentadorias. Na primeira matéria¹³ sobre o tema, foram propostas duas possíveis alternativas: o aumento das contribuições dos trabalhadores, ou a aplicação do modelo chileno, privatizando os serviços sociais de forma total ou parcial. Afirmou-se que a melhor opção para os trabalhadores seria a aplicação do Modelo Chileno, já que representava vantagens para os trabalhadores e para a economia do país. Numa matéria posterior¹⁴, fala-se que não se trata de privatizar o ISS, mas sim de estabelecer um sistema complementar, administrado pelo setor privado e com vigilância estatal, vinculando a criatividade da iniciativa privada no processo de solução do problema.

Na proposta de reforma trabalhista, foi incluída a administração das *cesantías* (fundo de garantia por tempo de serviço) por empresas privadas, produzindo, segundo *El Tiempo*, vantagens para que os empregadores criassem novas vagas de trabalho e os trabalhadores obtivessem melhor rentabilidade¹⁵.

A crise da Cajanal na área da aposentadoria estava fundamentada em problemas econômicos ocasionados pelo descumprimento das empresas públicas na transferência de aportes patronais¹⁶, assim como, pelo aumento do número de aposentados devido à transição demográfica¹⁷. Simulações feitas pela Associação Colombiana de Atuários evidenciaram a inviabilidade do sistema¹⁷, que tendo uma cobertura de 21% da população, deixava 25 milhões sem proteção. A análise recomendou duas possíveis soluções, incrementar o aporte individual de 6,5% a 9,7% entre 1992 e 1996, retardar a idade de aposentadoria para 65 anos para homens e 60 para mulheres e aumentar as semanas de contribuição de 500 a 1000 (em torno de 10 para 20 anos); ou a adoção do Modelo Chileno de capitalização individual, no qual existiriam três formas de aposentadoria (renda vitalícia com uma empresa de seguros, retiro programado, no qual o aposentado receberá mais enquanto ele envelhece, ou uma mistura dos dois anteriores).

¹³ Privatización o más tarifas. *El Tiempo* [internet]. 1990 ago. 4; Información General.

¹⁴ Botero, F. Opinión: Es conveniente privatizar la Seguridad Social. *El Tiempo* [internet]. 1990 out. 1; Economía.

¹⁵ Chaves, V. Hubo acuerdo entre gobierno y parlamentarios: cesantías irán a fondos privados. *El Tiempo* [internet]. 1990 nov. 2; Economía.

¹⁶ Caja de Previsión: futuro imprevisible. *El Tiempo* [internet]. 1991 maio. 1

¹⁷ Mejía, J. Colombia: hacia una crisis de la seguridad social. *El Tiempo* [internet]. 1991 jun. 30; Economía.

No segundo semestre de 1991, as reportagens foram mais contundentes sobre a necessidade de mudança no sistema, chamaram de “bomba de tempo” a crise da seguridade social gerada pela corrupção e o desfalque financeiro, demandando uma “reforma imediata”. A alternativa proposta seria a privatização, já que, segundo Fedesarrollo e o Ministro de Trabalho, o Estado não teria condições econômicas de manter um sistema público¹⁸.

4.4. Os processos: arenas e alternativas de solução

Em 1991, no primeiro encontro de governadores eleitos, *O Novo Governador e a Modernização do Estado*, Gaviria anunciou aumento de recursos para os departamentos e pediu apoio dos governadores para desenvolver o pacto social. Além da eleição popular de governadores, aprofundava-se a descentralização administrativa iniciada no governo precedente. No setor saúde, o executivo identificou dois problemas, a falta de cobertura para as populações pobres e as más administrações dos hospitais públicos. Ele propôs gestão descentralizada e autonomia administrativa dos hospitais e indicou que os municípios seriam os responsáveis pelos serviços na atenção primária e hospitalar¹⁹.

Camilo Gonzalez Posso, Ministro da Saúde no primeiro semestre de 1991 desempenhou um papel importante na realização de eventos como o Seminário Nacional *Estado e Perspectivas da Descentralização na Saúde*. No evento participaram representantes do DNP (cujo subchefe era Luis Fernando Londoño, futuro próximo Ministro de Saúde do Governo Gaviria, que terá papel importante na formulação da Lei 100), do Banco Mundial, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do ISS e os governadores de Valle e Caldas. No evento, foi debatida a necessidade de conformar um Sistema Único de Saúde a ser proposto na constituinte, baseado na solidariedade, universalidade, equidade e no direito à saúde²⁰.

Em fevereiro de 1991, também se realizou o painel *Saúde e Constituinte*, no qual participaram representantes dos partidos: Liberal, AD-M19, Movimento de

¹⁸ Mejía, J. Seguridad Social: Bomba de tiempo. El Tiempo [internet]. 1991, ago. 19; Economía.

¹⁹ Peña, E. Viraje en salud, obras y educación. El Tiempo [internet]. 1991 nov. 22; Información General.

²⁰ Ortega, M. Unificación del sistema de salud, una prioridad. El Tiempo [internet]. 1991, fev.12; Información General.

Salvação Nacional, Conservador e grupos Indígenas, quando foram apresentados os fundamentos dos Sistemas de Saúde do Canadá e do Brasil, países onde a saúde é considerada “dever do Estado e direito de todo o povo” ²¹.

Em março, o Ministério realizou o Seminário *Desenvolvimento do Sistema de Saúde* no qual participou também o Ministro de Trabalho, representantes de associações médicas e sindicais, assim como representantes da OPS, OMS e “experts” internacionais. As conclusões do seminário foram levadas pelo Ministro da Saúde à constituinte. Na mesma matéria, o Ministro faz referência aos empréstimos para o setor aprovados pelo Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento²². Os empréstimos foram autorizados pelo Departamento Nacional de Planejamento em outubro de 1992. O Banco Interamericano de Desenvolvimento emprestou U\$58.8 milhões para a melhoria da gestão dos serviços de saúde (DNP, 1992a) e o Banco Mundial U\$35 milhões de dólares para a criação dos Sistemas Municipais Descentralizados de Saúde (DNP, 1992b).

Em agosto de 1991, a Fedesarrollo organizou um fórum sobre Seguridade Social no qual *experts* do setor privado e público concordaram com a necessidade de reforma. No fórum participou o expert norte-americano John Goodman, do *National Center for Policy Analysis*, quem apresentou possíveis modelos a aplicar na Colômbia, o modelo de Singapura, de caráter estatal e o chileno, já descrito²³ (MOLINA, 1991).

No evento *Congreso Nacional De Ahorro*, realizado em agosto de 1991, a diretora do ISS, Cecilia Lopez Montaña, apresentou um informe no qual indica a necessidade de incrementar os aportes dos trabalhadores e dos empregadores nos cinco anos seguintes para salvar o ISS. Outra solução seria a transferência de recursos do Estado. Também indicou como possíveis soluções retardar a idade de aposentadoria e aumentar o número de semanas de colaboração de 500 a 750²⁴ (MOLINA, 1991), ou seja, de 10 para 15 anos de contribuição.

Durante o segundo semestre de 1991 e após a declaração da nova constituição o governo, mediante decreto 1926 de 27 de Agosto de 1991 convocou a *Comissão sobre Seguridade Social*, ordenada por artigo transitório da constituinte²⁵.

²¹ Seminario sobre descentralización. El Tiempo [internet]. 1991, fev.11; Social.

²² Seminario Sobre Unificación del Sistema de Salud. El Tiempo [internet]. 1991 mar. 18; Social.

²³ Mejía, J. Seguridad Social: Bomba de tiempo. El Tiempo [internet]. 1991, ago. 19; Economía.

²⁴ Mejía, J. Proponen aumentar aportes del ISS. El Tiempo [internet]. 1991, ago. 24, Economía.

²⁵ Comisión de Seguridad. El Tiempo [internet]. 1991 ago. 15; Economía.

Os representantes do governo foram os Ministros de Fazenda e Trabalho, o chefe do DNP, os diretores do ISS e Cajanal e o superintendente de Subsídio Familiar. Pelos sindicatos participaram os presidentes da CUT (Central Unitária de Trabalhadores), CTDC, CTC, CGT e a confederação de Aposentados. Pelos partidos políticos participaram representantes dos partidos Liberal, Social Conservador, AD-M19, Movimento de Salvação Nacional e União Patriótica, um representante dos camponeses e um dos trabalhadores informais.

Posteriormente em 1992, o executivo levou ao congresso o projeto de Lei 155 para reforma do sistema previdenciário, sendo que este não foi aceito no legislativo, por não incluir a saúde. Ou seja, o legislativo exigiu um projeto de lei para o Sistema de Proteção Social.

Finalmente, em 1993 o congresso aprovou a Lei 100 de 1993, configurando um modelo de mercado baseado na separação de funções que limitou o papel do Estado à regulação do sistema e à realização de ações coletivas de saúde.

5. Discussão

Esse estudo revelou que na Colômbia, a conjuntura apresentada no governo Gaviria (1990-1994), que levou a promulgação da constituição de 1991, representou um movimento de orgânico mais do que uma conjuntura na definição de Gramsci (1978), no qual se apresentou uma janela de oportunidade (Kingdon, 1995) para a reforma do Sistema de Seguridade Social. No período, apareceram na agenda os temas de saúde e previdência de forma separada, mas vinculados à crise das instituições públicas encarregadas de prestar esses serviços (ISS e Cajanal). Esse fato legitimou a necessidade de reestruturação do Estado no caminho proposto pelo Governo (privatização estatal), mas isso se deu num contexto político de inovação jurídica em torno do Estado Social, de reconhecimento dos direitos e de notoriedade de partidos políticos de esquerda que apareceram no período. Além disso, a não existência de grupos realmente organizados de contra-hegemonia, na própria entrada na agenda e versões sobre a crise, facilitou a aprovação da lei sem grandes perdas para as classes dominantes. Nesse sentido, esse estudo concorda com Uribe (2009) e Borrero (2008).

“As políticas estabelecem “regras de jogo”, que influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos, isso, além de facilitar a formação ou expansão de grupos particulares, encoraja determinadas ações e bloqueia outras” (GONÇALVES, 2009). Observou-se que nem os sindicatos, nem os acadêmicos, nem os grupos sociais conseguiram estruturar análises contraditórios aos dos grupos hegemônicos sobre a realidade dos sistemas de saúde e previdência na época. Contudo, o principal aspecto está na não existência de contra-hegemonia na elaboração da agenda da saúde e previdência, mesmo tendo possibilidades jurídicas no contexto político da época. Os grupos contra-hegemônicos, basicamente representados pelos sindicatos não possuíam recursos de poder suficientes, ou não dispunham dos meios técnicos e científicos para contrapor a posição hegemônica. Neste sentido,

A política de saúde expressa as formas, historicamente determinadas, de o Estado atuar sobre as condições de sanidade das populações e de intervir na organização social das práticas de saúde, particularmente em relação à produção e consumo dos serviços de saúde (LUZ, 1979).

Na Colômbia não houve um movimento contra-hegemônico no setor da saúde com importância relevante na correlação de forças, diferentemente do Brasil, onde o Movimento pela Reforma Sanitária teve protagonismo em todo o processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2011), tendo uma concepção política e ideológica que defendia a saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público e ocupando chefias no Estado que possibilitaram essa disseminação.

No caso colombiano, as chefias de instituições protagonistas da sociedade civil e da sociedade política, ou seja, os intelectuais, no sentido de Gramsci, estiveram liderados por agentes formados na área de economia, orientando a análise dos problemas de saúde e previdência, e também, a suas soluções em termos econômicos, desde uma ideologia claramente neoliberal. Neste sentido, como afirma Portelli (2002) “os intelectuais são os emissários do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político”.

Durante o processo constituinte se conformou um clima político favorável à agenda dos setores saúde e previdência. Assim como à formulação de alternativas na via do neoliberalismo e das indicações das agências internacionais (URIBE, 2009; AHUMADA, 2002; BORRERO, 2008). Na agenda da saúde e previdência, foram relevantes as instituições internacionais. A crise no setor foi inicialmente analisada pelas agências internacionais e posteriormente foi-se disseminando na opinião pública colombiana através das organizações da sociedade civil (Fedesarrollo, jornal *El Tiempo* e partidos políticos) e da sociedade política (Controladoria, Superintendência Nacional de Saúde, Ministério Público).

As ideias e as opiniões não “nascem” espontaneamente no cérebro de cada indivíduo: tiveram um centro de formação, de irradiação, de difusão, de persuasão, um grupo de homens ou inclusive uma individualidade que as elaborou e apresentou sob a forma política de atualidade (GRAMSCI, 1978, p88).

O BM, não somente fez empréstimos para o setor, como avaliou e fez recomendações estruturais concretas, evidenciando-se como a Colômbia faz parte de um sistema hegemônico de Estados liderado por Estados Unidos, no qual tem independência e soberania limitadas na estruturação do aparelho do Estado, e na formulação de políticas econômicas e sociais.

Quando a magnitude das crises econômicas foi admitida, os responsáveis pela política (*policy makers*) foram forçados a aceitar os conselhos e análises técnicos das instituições financeiras globais, as quais aumentaram sua função de forma significativa durante esse período – no final dos 80's (WALT, 2006).

Mesmo que de forma limitada, pode-se dizer que na Colômbia tinha-se estruturado na primeira metade do século XX um sistema de proteção social com a criação na primeira metade do século XX de duas instituições encarregadas da seguridade social dos trabalhadores e com a instalação de unidades de atenção básica e aumento de cobertura a mais de cinco milhões de habitantes no período 1976-1979 como parte da implementação do SNS (OPS, 2002, p 201). Isto poderia explicar porque, os temas saúde e previdência, inicialmente tratados em agendas separadas, foram integrados num único sistema, no processo de formulação da lei 100.

A elaboração da ideologia que deu embasamento teórico e técnico à necessidade de reforma configurou o que Gramsci chamou de “estrutura ideológica” da classe dirigente, organização material destinada a manter, defender ou como neste caso, mais concretamente, a desenvolver a frente teórica⁸. Essas organizações da sociedade civil e da sociedade política influenciaram “a opinião pública”, favorecendo as soluções por eles propostas.

Ainda que não tenha sido foco deste estudo, cabe destacar o importante papel que desempenhou o jornal *El Tiempo* na difusão da ideologia nesse período com 24 matérias difundidas sobre a crise e as alternativas num período de 17 meses. Cabe destacar como lacuna desse estudo a pouca ou nenhuma aproximação às mídias ou meios de comunicação de grupos subalternos pelas dificuldades de coleta, Nesse sentido, isso reforça a necessidade de estudos sobre as complexas relações entre a mídia, a sociedade civil, a sociedade política e o Estado (Almeida, 2009) em momentos de entrada na agenda e formulação, obviamente indo além do conceito de imprensa como apenas um componente da sociedade civil apresentado em Gramsci (1978).

A hegemonia se faz como combinação de coerção e consenso. E o consenso se constrói através de concessões econômicas secundárias e do convencimento político e ideológico. A mídia tem, neste sentido, um papel notável neste esforço permanente e cotidiano de convencimento (ALMEIDA, 2009).

Neste período conjuntural, 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” jurídico, chegando a serem claras “cada uma dessas funções (hegemônica, coercitiva, econômica) que contribuem para a unidade da classe fundamental e sua hegemonia no seio do mesmo bloco histórico” (GRAMSCI, 1978).

A partir do fortalecimento desse bloco histórico na Seguridade Social e na Saúde, ou seja, o controle do Estado (direção da sociedade civil e domínio na base econômica) estrutura-se toda uma série de instituições privadas, de relações trabalhistas e de venda de serviços que favorecem amplamente a classe dominante, proprietários das instituições financeiras, empresas de seguros de saúde e previdência e a indústria farmacêutica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOGIDA a la convención en el ISS. *El Tiempo*, economía, Bogotá, 12 mar. 1991. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-40273>. Acesso em: 10 mai. 2011.
2. AHUMADA, C. La penuria de la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 3, n. 1, p. 47-56, 2002.
3. ALMEIDA, J. *Discutindo a relação entre mídia e a sociedade civil em Gramsci*. In: III Congresso da Compólitica-Associação Brasileira de Pesquisadores em Comunicação e Política, 2009. São Paulo.
4. ANIF – Asociación Nacional De Instituciones Financieras. *Documentos Foro sobre Fondo de Pensiones*. Bogotá, DC, 1990.
5. BANCO MUNDIAL. *El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo: Una Agenda para la Reforma*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 6, n. 103, p. 695-739, 1987.
6. BERNAL, M.E. *Sistema Nacional de Salud: Alternativas de Reforma*. Bogotá: Fedesarrollo, 1989.
7. 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 Sociología) – Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle, Santiago de Cali.
8. BOTERO, F. Opinión: Es conveniente privatizar la Seguridad Social. *El Tiempo*, Economía, Bogotá, 01 out. 1990. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-20155>. Acesso em: 06 jul. 2011.
9. CAJA de Previsión: futuro imprevisible. *El Tiempo*, Bogotá, 01 mai. 1991. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-75150>. Acesso em: 06 jul. 2011.
10. CHAVES, V. Hubo acuerdo entre gobierno y parlamentarios: cesantías irán a fondos privados. *El Tiempo*, Economía, Bogotá, 02 nov. 1990. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2398>. Acesso em: 06 jul. 2011.
11. COLOMBIA. Constitución (1991). *Constitución de la República de Colombia*. Bogotá, DC: Asamblea Nacional Constituyente, 1991.
12. COLOMBIA. Contraloría General de la República. *Cajanal, o Caja Mal? Informe Financiero*. Bogotá, DC, 1990.

13. COLOMBIA. Contraloría General de la República. *ISS: una entidad con "gastitis" aguda*. Informe Financiero. Bogotá, DC, 1990.
14. COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. *Autorización a la nación para contratar un préstamo con el BID para el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud*. Documento DNP-2617-UD, versión aprobada, Bogotá, DC, 1992a.
15. COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. *Autorización a la nación para contratar un crédito con el Banco Mundial para el fortalecimiento de los servicios básicos de salud municipal*. Documento DNP-2618-UD, versión aprobada, Bogotá, DC, 1992b.
16. COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. *La Revolución Pacífica: Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1994*. Bogotá, DC, 1991.
17. COMISIÓN de Seguridad. *El Tiempo*, Economía, Bogotá, 15 ago. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-137359>. Acceso em: 27 abr. 2011.
18. D'ARTAGNAN. El Nuevo Clientelismo. *El Tiempo*, opinión, Bogotá, 26 abr. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-71787>. Acceso em: 06 mar. 2011.
19. DENUNCIAS penales en Cajanal. *El Tiempo*, Información General, Bogotá, 05 set. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-149976>. Acceso em: 10 mar. 2011.
20. FLEURY, S; MAFORT, A. Política de Saúde: Uma política Social. In: GIOVANELLA, L (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-63.
21. GONÇALVES, T. M. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde. *Revista de História*, Juiz de Fora, v. 15, n. 2 p. 47-69, 2009.
22. GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
23. HOMENES, N; UGALDE, A. Las Reformas de Salud Neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 3, n. 17, p. 210-220, 2005.
24. KINGDON, J.W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2. ed. New York: Logman, 1995.
25. LA privatización del ISS no es para privilegiar a ricos. *El Tiempo*, economía, Bogotá, 09 ago. 1990. Disponible em:

- <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-70380>. Acesso em: 12 abr. 2011.
26. LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil. Instituição estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
27. MEJÍA, J. Proponen aumentar aportes del ISS. *El Tiempo*, Economía, Bogotá, 24 ago. 1991. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-142093>. Acesso em: 27 abr. 2011.
28. MEJÍA, J. Colombia: hacia una crisis de la seguridad social. *El Tiempo*, Economía, Bogotá, 30 jun. 1991. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-157169>. Acesso em: 06 jul. 2011.
29. MEJÍA, J. Seguridad Social: Bomba de tiempo. *El Tiempo*, Economía, Bogotá, 19 ago. 1991. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-139679>. Acesso em: 06 jul. 2011.
30. MINISTRO: se dilapidan recursos de la salud. *El Tiempo*, Nación, Bogotá, 18 dez 1991. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-211036>. Acesso em 06 mar. 2011.
31. MOLINA, C. G. *La seguridad Social Una Reforma Pendiente*. Bogotá: Fedesarrollo/Fasecolda, 1991.
32. OMS – 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).
33. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *OPS y el Estado Colombiano: 100 años de Historia, 1902-2002*. Bogotá, 2002. Disponível em: http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPSestado100_print.htm. Acesso em: 24 out 2011.
34. ORTEGA, M. Unificación del sistema de salud, una prioridad. *El Tiempo*, Información General, Bogotá, 12 fev. 1991. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-24754>. Acesso em: 12 abr. 2011.
35. PAIM, J. et al. O Sistema de saúde brasileiro: historia avanços e desafios. *The Lancet*, London, series, saúde no Brasil, p. 11-31, mai. 2011.

36. PARA solucionar la crisis médicos piden intervención del gobierno en Cajanal. *El Tiempo*, información general, Bogotá, 08 nov. 1990. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3393>. Acceso em: 27 abr. 2011).
37. PEÑA, E. Viraje en salud, obras y educación. *El Tiempo*, Información General, 22 nov. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-195545>. Acceso em: 06 mar. 2011.
38. PORTELLI, H. *Gramsci e o Bloco histórico*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
39. PRIVATIZACIÓN o más tarifas. *El Tiempo*, Información General, Bogotá, 04 ago. 1990. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-68679>. Acceso em: 18 jul. 2011.
40. REEMPLAZADO Supersalud. *El Tiempo*, información general, Bogotá, 22 mai. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-88582>. Acceso em: 10 mar. 2011.
41. SALUD: Apertura a comunidades. *El tiempo*, Información General, Bogotá, 04 ago. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-131294>. Acceso em: 14 abri. 2011.
42. SEMINARIO sobre descentralización. *El Tiempo*, Social, Bogotá, 11 fev. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-24316>. Acceso em: 18 jul. 2011.
43. SEMINARIO Sobre Unificación del Sistema de Salud. *El Tiempo*, Social, Bogotá, 18 mar. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-44986>. Acceso em: 12 abr. 2011.
44. Si en el Seguro llueve en Canal no escampa. *El Tiempo*, economía, Bogotá, 03 set. 1990. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-48567>. Acceso em: 27 abr. 2011.
45. SUPERSALUD regional deja el cargo por amenazas de muerte. *El Tiempo*, nación, Bogotá, 08 out. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-168497>. Acceso em: 10 mar. 2011.
46. TAMBIÉN contra Cajanal. *El Tiempo*, Información General, Bogotá, 12 mar. 1991. Disponible em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-40398>. Acceso em: 27 abr. 2011.

47. 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 del México.
48. WALT, G. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. 8. ed. London: Zed Books Ltd, 2006.

ARTIGO 2
POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL: PROCESSO DE
FORMULAÇÃO NA COLÔMBIA NOS ANOS 90

RESUMO

A formulação da Política de Saúde na Colômbia (1993) aconteceu num momento de reestruturação do Estado no qual foi criada uma nova constituição (1991) e implementadas uma série de medidas econômicas e sociais. O período do governo Gaviria (1990-1994) foi nesse sentido fundamental para determinar os rumos do país. Neste artigo é analisado o processo de formulação do Sistema de Saúde e Seguridade Social no período 1990-1993. Foi utilizado como modelo o processo de agenda e formulação da política descrito por Kingdon (1995) e o referencial teórico de Gramsci (1978), na análise do Estado e da hegemonia. A constituição de 1991 determinou características básicas a partir das quais foram elaboradas as diferentes alternativas de política. Os princípios fundamentais foram universalidade, descentralização, participação da empresa privada e separação na administração e prestação dos serviços de saúde dos da previdência. Concluiu-se que a maioria das alternativas foi na direção das orientações do governo Gaviria, e que mesmo tendo múltiplos cenários de discussão das diferentes propostas, não houve representação de setores contra-hegemônicos com possibilidades de alterar o percurso da lei, nos seus aspectos estruturais. Além disso, construiu-se uma nova institucionalidade que, mesmo dando espaço a novas forças políticas, conseguiu legitimar a participação da empresa privada na administração dos recursos e na prestação dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde, Seguridade Social, Colômbia, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The formulation of the Colombian Health Policy (1993) was made in a moment of state restructuration when a new constitution was made (1991) and some economic and social changes were implemented. The presidency of Gaviria (1990-1994) was essential to establish the future of the country. In this paper, the process of formulation of the Health and Social Security System from 1990 to 1993 is analyzed. It was used the agenda and alternatives process described by Kingdom (1995) and the theory to analyze State and hegemony by Gramsci (1978). The 1991 Constitution established basic characteristics that were included in the different alternatives. The fundamental principles were universality, decentralization, participation of private medical insurance and retirement companies, and the separation of the health from retirement administration and services. It was concluded that most of alternatives were hegemonic in Gaviria's preferences, and that with many meeting for debate, the contra hegemonic groups were not able to change the essentials of the policy. Furthermore, it was created a new institutionally that, allowing space for new political forces, was able to legitimated the participation of private companies for the administration and providing of health services.

Key words: Health Policy, Social Security, Colombia, Health Services.

1. Introdução

O Sistema de Saúde Colombiano faz parte do Sistema de Seguridade Social que foi formulado pela lei 100 de 1993. Além da saúde, o sistema contempla a aposentadoria e a saúde do trabalhador. Cada um destes aspectos é organizado de forma independente e todos eles têm grande participação da iniciativa privada. O processo de formulação desta lei ocorreu durante o governo de Cesar Gaviria Trujillo (agosto de 1990 a agosto de 1994), durante o qual houve uma série de acontecimentos políticos, fazendo desse período um divisor de águas na história colombiana. Uma das políticas importantes do seu governo foi a implementação de medidas neoliberais para modernizar o Estado e para dar continuidade à descentralização política e administrativa (URIBE, 2009, p 124).

Durante esse governo, ocorreram pela primeira vez no país as eleições populares para governador, onde foram eleitos dois congressos: um antes e outro após a assembleia nacional constituinte de 1991. Antes, cumprindo o calendário eleitoral e depois, como resultado do acordo entre Gaviria e quatro líderes da constituinte para dissolver o congresso e convocar novas eleições no final de 1991. No período intermediário, entre a dissolução de um congresso e o início das sessões do novo legislativo, um grupo de 36 constituintes eleitos pela própria Assembleia Constituinte assumiu as funções legislativas (SANTOS; IBEAS, 1995, p.370)²⁶.

O 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. No setor saúde, a cooperação técnica da OPS, que foi fundamental na estruturação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), continuou apoiando os diferentes programas de Atenção Primária em Saúde durante a década de 1980 até a primeira parte do Governo Gaviria em 1992 (OPS, 2002, p.246).

²⁶ Cabe destacar que diferentemente dos outros países na América do Sul no pós Segunda Guerra mundial, a Colômbia não viveu uma ditadura, mas sim uma democracia na qual os dois partidos tradicionais, *liberal* e *conservador* acordaram uma alternância no poder depois do governo do militar Gustavo Rojas Pinilla. O seu governo representava uma ameaça populista, mas a coalizão que o substituiu representou o fortalecimento do Estado excludente, clientelista e patrimonialista. Essa coalizão política foi conhecida como a *Frente Nacional* e projetada para o período entre 1958-1974, mas de fato se estendeu até 1986 (HERNANDEZ, 2002).

O SNS criado em 1975 estava conformado por três subsectores: o privado, a seguridade social e a assistência pública e estava organizado em quatro níveis administrativos: o nacional, o seccional, o regional e o local. Com esse sistema, buscou-se superar a fragmentação devido à diversidade das fontes de financiamento. Uma das principais características desse sistema foi a persistência da fragmentação, já que existia o subsistema de seguridade social sob responsabilidade de duas instituições públicas (o ISS e o Cajanal); o subsistema de assistência pública para pobres, conformado por hospitais públicos e o subsistema de serviços privados de saúde. Esse foi um dos principais obstáculos ao avanço na universalização do acesso à atenção médica na Colômbia (OPS, 2002).

Portanto, o SNS estava fundamentado, por uma parte, na assistência pública entendida como aquela na qual o mercado é privilegiado, ficando o papel do Estado restrito à assistência social para aqueles que demonstram sua incapacidade para se manter no mercado e subsistir (ideologia liberal). Nesse tipo de sistema, denominado de “cidadania invertida”, não existe a noção de direitos, nem a de cidadania, já que o indivíduo, ou grupo, passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social (FLEURY, 1994).

Por outro lado, as avaliações do SNS apontaram cumprimento de metas em Atenção Primária em Saúde, no período de 1976 a 1979, com a instalação de setecentas unidades de atenção básica e aumento da cobertura a mais de cinco milhões de habitantes (OPS, 2002, p. 201), segundo a OPS, a Colômbia não adotou, mas conformou uma Atenção Primária em Saúde segundo sua própria realidade histórica e institucional (OPS, 2002, p. 203). Nos anos 1980, ocorreu uma grave crise econômica no país, com um aumento do PIB de apenas 0,9%, aumento da dívida externa e hiperinflação. Este quadro influenciou a diminuição do investimento em saúde de 10,2% do orçamento nacional em 1977 para 5,9% em 1986, o que gerou uma crise financeira no setor. Nesse momento, organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional impulsionaram nos países latino-americanos a política de ajuste estrutural, baseada na liberação econômica aos produtos e ao investimento estrangeiro, assim como na diminuição do gasto público para controlar o déficit fiscal (SKIDMORE; SMITH, 1996, p. 71 apud OPS, 2002 p. 243).

Na definição do novo sistema, a lei 100 de 1993, a OPS, ator internacional fundamental na cooperação até então, não teve maior influência, mas sim o Banco

Mundial, que tem se constituído como de grande influência no setor da saúde desde a segunda metade da década dos anos oitenta. A mudança de ator internacional na cooperação técnica determinou a mudança da ideologia²⁷ no setor saúde. Da Atenção Primária e da Saúde para todos no ano 2000, para a ideologia neoliberal da privatização dos serviços de saúde.

Esse processo aconteceu num momento de crise de legitimidade do Estado colombiano, que levou à formulação de uma nova Constituição Nacional (1991), na qual a saúde foi descrita como componente da seguridade social e este por sua vez como serviço público, não alcançando a categoria de direito fundamental como marco para o exercício da cidadania. Tal processo de tomada de decisão teve um processo de difusão de propostas ocorrido entre 1991 e 1992 em debates e encontros conformados fundamentalmente por assessores do Ministério, do Instituto Colombiano de Seguro Social, fundações privadas, assim como acadêmicos, dirigentes de sindicatos e representantes de partidos políticos.

Afinal, a lei aprovada levou a implementação do sistema universal de seguro de saúde, regulamentando e legitimando a empresa privada como gestora e prestadora dos serviços de saúde, cujo financiamento se baseia nas contribuições de trabalhadores formais, informais e independentes assim como nos recursos estatais designados para subsidiar à população pobre.

Nesse sentido, a capacidade de direção do grupo dominante que levou ao desenho dessa institucionalidade, conformada por aparatos públicos e privados, assim como, as dinâmicas políticas próprias do âmbito da democracia colombiana foram descritas nesse estudo no sentido de investigar como foi desenhado o sistema, já que a nova lei submeteu várias das recomendações de organizações internacionais, levando à implementação “universalizada” do esquema de seguros privados em saúde que, no caso da população pobre, é ainda subsidiado pelo governo e pelos trabalhadores.

Portanto, esse estudo buscou investigar o processo de agenda e formulação da política de saúde como um processo determinado pela formação da superestrutura do Estado na perspectiva política, moral e ideológica presente no bloco histórico específico (PORTELLI, 1977).

²⁷Ideologia como concepção de mundo da classe dominante que impregna todo o corpo social. (Gramsci, 1978).

2. Metodologia

Estudo de caso com enfoque qualitativo, desenho útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos, tais como intervenções e processos de mudança (Minayo, 2006). Neste estudo foram analisados dados secundários como documentos oficiais, informes executivos, relatórios, projetos de lei e diário oficial do Congresso Nacional Colombiano (*Gacetas del Congreso*) de 1992 e 1993, assim como publicações do jornal *El Tiempo* entre 1992 e 1993.

Na utilização de documentos como dados, estes representam uma versão específica de realidades construídas para objetivos específicos, os quais devem ser vistos e analisados como dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na construção de versões sobre eventos (FLICK, 2009).

As principais categorias de análise foram: definição de alternativas de política (*policy stream*), clima político (*political stream*), agenda decisória, hegemonia, contra-hegemonia, sociedade civil, sociedade política e intelectuais (Quadro 2a) que serão mais aprofundados a seguir.

Quadro 2a. Categorias de análise para a compreensão do processo de formulação da lei 100 de 1993, Colômbia.

Categoria	Definição
Alternativas de política*	Proposta de resposta ao problema definido na agenda política, elaborado por determinado ator e que tem características técnicas e ideológicas diferenciáveis.
Clima político*	Conformado pelo sentimento popular e tendências ideológicas e partidárias nos diferentes grupos da sociedade civil e da sociedade política
Agenda decisória*	Momento de confluência em que o problema está definido, as alternativas estão sendo discutidas e o clima político é favorável para a tomada de decisão.
Hegemonia**	Direção e controle que uma classe ou fração de classe exerce sobre a totalidade da sociedade, mediante a coerção ou o consenso.
Contra-hegemonia**	Organização e construção da própria direção política e ideológica das classes subordinadas para alcançar um novo sistema hegemônico.
Sociedade civil**	Organizações cuja função é difundir um pensamento hegemônico através de todos os meios de comunicação e os instrumentos que permitem influenciar a opinião pública.
Sociedade Política**	Aparelhos de coerção e controle com funções de governo jurídico, força legal e domínio militar.
Intelectuais**	Funcionários das sociedades política e civil que elaboram a ideologia da classe dominante e a transformam em “concepção”

	de mundo que impregna todo o corpo social.
Estrutura***	Base econômica de uma sociedade
Superestrutura***	Base político ideológica que assegura as condições não materiais para a reprodução da estrutura social (PAIM, 2007).

*Conceitos oriundos de Kingdon, 1995.

**Conceitos oriundos de Gramsci, 1978.

***Conceitos oriundos de Marx, 1996.

Para analisar as diferentes alternativas de política nesta pesquisa, foram identificados alguns aspectos como a cobertura, forma de vinculação ao sistema, financiamento, gestão dos recursos e características do prestador de serviços foram descritos no Quadro 3.

3. Marco referencial

3.1. Formulação da Política

O objeto de estudo desta pesquisa, o processo de formulação da Lei 100, foi abordado a partir da definição do ciclo da política, assumindo que esse processo se apresenta numa formação social de tipo capitalista. O ponto de partida é o reconhecimento de que

Cada sistema de saúde, antes de ser o resultado de um desenho predeterminado, é, sobretudo, o produto de uma infinidade de confrontações, transações e ajustes entre a burocracia estatal, a categoria médica, os sindicatos, os partidos políticos, os parlamentares e os poderosos grupos de interesse que gravitam em torno da indústria da medicina (LABRA, 1991, p. 133).

Partindo da existência da Hegemonia do Estado capitalista, como a direção e controle que uma classe ou uma fração de classe exerce sobre a totalidade da sociedade, observa-se uma estrutura econômica e uma estrutura ideológica, direcionando e controlando, de forma hegemônica, esse sistema.

Um dos principais trabalhos na análise da agenda política foi realizado por Kingdon (1995), quem descreveu três processos importantes na agenda e formulação da política: a definição do problema, a elaboração de alternativas e o clima político.

A agenda faz referência à lista de assuntos ou problemas, para os quais os atores governamentais ou não governamentais mais próximos ao governo prestam atenção num momento determinado. Duas categorias de fatores afetam a determinação da agenda e a especificação de alternativas: os *participantes* e os *processos*.

Os participantes estão colocados em dois grupos: os governamentais (executivo e legislativo) e os não governamentais. Os governamentais estão conformados pela administração que inclui o Presidente, sua equipe de funcionários e conselheiros e os cargos políticos em departamentos do governo. Os participantes não governamentais são os grupos de interesse, pesquisadores, acadêmicos, consultores, mídia, partidos e população em geral. Os grupos de interesse estão conformados por comerciantes, industriais, corporações financeiras, sindicatos, grupos profissionais e grupos como associações de interesse público. Os grupos de

interesse geralmente procuram preservar prerrogativas e benefícios que estejam desfrutando e bloquear iniciativas que segundo eles, poderiam reduzir seus benefícios.

Os processos nos quais são estabelecidas as agendas e são especificadas as diferentes alternativas de solução são de três tipos: definição de problemas, definição de políticas e clima político. Estes processos são independentes e se desenvolvem de acordo com suas próprias dinâmicas e regras, mas em determinadas conjunturas convergem e podem ocorrer as grandes mudanças nas políticas.

As diferentes alternativas de políticas entram em contato e são analisadas por grupos de especialistas (comunidade política), revisadas e modificadas e depois analisadas de novo em projetos de lei, discursos, depoimentos, documentos e troca de informações. Em geral, as propostas que sobrevivem a estes processos cumprem critérios como: viabilidade técnica e orçamentária, identificadas com os valores dominantes naquela sociedade e têm um equilíbrio favorável entre a oposição e o apoio político que recebem (KINGDON, 1995). Nesse sentido, são determinantes as noções sobre o papel e tamanho do Estado e os conceitos de equidade²⁸ e eficiência²⁹. Assim, as propostas passam por um processo de seleção no qual, de uma grande lista de iniciativas, chega-se a um número pequeno de propostas que são consideradas seriamente nos espaços decisórios.

Nesse sentido, para que uma ideia chegue a uma comunidade política é necessária a ação de um empreendedor, porque o processo pode durar um período longo de tempo e em geral pode durar vários anos. Segundo Kingdon (1995), estes empreendedores investem recursos de vários tipos com a esperança de uma retribuição futura já que eles ajudam a amolecer a opinião pública, os públicos especializados e a comunidade política para que a ideia seja analisada com seriedade e apreço.

Cada processo (problemas, alternativas e clima político) tem existência, dinâmicas e regras particulares, mas em momentos específicos, estas se confluem. Quando um problema determinado já apareceu na agenda, as alternativas de políticas

²⁸Equidade: exigir de cada qual uma contribuição, segundo sua capacidade, e dar serviços a cada qual, segundo sua necessidade (CARDENAS, 1992, p49).

²⁹ Eficiência: produzir mais e melhores serviços ao menor custo possível (CARDENAS, 1992, p57).

já estão prontas e o clima político é favorável, o tema chega à agenda do governo e ocupa lugar importante.

Quando os três processos são confluentes, é conformada a agenda decisória. Neste momento, o tema já chegou à posição de tomada de decisão nos espaços legislativos ou executivos. A convergência dos três processos também pode ocorrer no momento em que se apresentam janelas de oportunidades. Estas são situações que favorecem a confluência dos três processos, como a mudança de governo, de legislação ou um momento de crise, entre outras.

3.2 Alternativas de Política

A comunidade de especialistas conformada por pesquisadores, senadores, instituições de avaliação e planejamento, acadêmicos e analistas de grupos de interesse são os responsáveis por gerar as alternativas de política. Segundo Kingdon (1995, pag. 116), o percurso que seguem essas diferentes alternativas processo chamado por ele de “amolecimento” (*softening up*), caracteriza-se pela flutuação das ideias, aparecem documentos, são organizadas palestras, se concretizam propostas e depois estas são reestruturadas como respostas às reações que geraram para voltarem a flutuar de novo. Alguns elementos aparecem no processo e outros desaparecem. Aquelas que permanecem cumprem critérios como viabilidade técnica, custos favoráveis e aceitabilidade de valores.

Neste processo as comunidades políticas são fundamentais. Estas estão conformadas por especialistas numa determinada área política e podem estar dentro ou fora do governo, no congresso, em agências do executivo, em âmbitos acadêmicos, consultores ou em oficinas de avaliação. Para Kingdon (1995), essa comunidade de especialistas atua de forma independente em relação a certos eventos políticos como: mudanças na administração e pressões dos legisladores, mas são afetados e reagem a outros eventos políticos.

Na conformação da agenda decisória existem dois tipos de correntes: a política enquanto conteúdo de política (*policy*) e a política enquanto processo político (*politics*), sendo cada uma delas dirigida por forças diferentes, já que o conteúdo da política é definido a partir da combinação de características de diversas propostas e o processo político faz referência às posições dos diferentes atores frente a um tema específico na agenda.

Para Kingdon, na redefinição de alternativas os participantes governamentais procuram usar os argumentos de muitos experts e analistas para refutar os cálculos e argumentos dos oponentes. Para manter alguns temas na agenda governamental os atores da comunidade política tentam fazer o tema interessante, promovendo espaços diferentes para chegar às comunidades políticas pouco interessadas ou resistentes, e para que o público em geral se acostume com as novas ideias (KINGDON, 1995, p. 127). Também são publicitados os problemas do setor, neste caso, de saúde em documentos, palestras e encontros de debate. Assim como, os informes de comissões presidenciais, as conferências do Executivo e painéis de discussão. Essas atividades estão direcionadas para além da sociedade política, pois também se estendem para a mídia, criando o clima para que as pessoas foquem e trabalhem no tema (KINGDON, 1995, p.129).

Alguns critérios são importantes segundo Kingdom (1995) para que determinadas alternativas ganhem relevância. Assim, aspectos como a viabilidade técnica da proposta, custos, chance de ser aceita pelos tomadores de decisão fazem mais provável ou não que a proposta se mantenha na agenda. A ideologia e os valores relacionados às tendências políticas e o tamanho ideal do governo nos diferentes níveis, o tamanho do setor público em relação ao setor privado são também importantes na sobrevivência das propostas. Essa ideologia³⁰ tem implicações nacionais, e afeta de forma diversa as diferentes arenas políticas.

3.3 O clima político (*political stream*) e construção de consenso

O clima político está conformado pelo sentimento popular (public mood), pelas campanhas de grupos de pressão, pelos resultados das eleições, pelas tendências ideológicas e partidárias no congresso e por mudanças da administração ou da maioria no congresso.

O “sentimento popular” faz referencia a mudanças na opinião pública, que ocorre de um momento para outro, de forma previsível, tendo influência importante nas agendas políticas e nas políticas formuladas (KINGDON, 1995, p. 147). Cada nova administração chega com propostas para a agenda política, além disso, congressistas, agências burocráticas e comitês lutam pela liderança nas políticas,

³⁰ O conceito de ideologia será mais bem discutido em Gramsci.

influenciando o processo da agenda governamental. A relevância de um tema determinado na agenda surge dos interesses facilmente reconhecíveis da nova administração e das mudanças ideológicas e partidárias no congresso. A administração ou o novo governo está na primeira linha na arena política decisória.

O processo de construção de consenso no clima político está determinado pela negociação. As coalizões se constroem através da garantia de concessões em troca de apoio. O fato de se aderir à coalizão acontece não porque se tenha persuadido pelas virtudes do processo, mas porque se teme que o fato de não se aderir possa resultar na exclusão de benefícios (KINGDON, 1995). A construção de uma proposta de governo implica não apenas persuasão, mas também o cuidado particular de dar às pessoas as vantagens, em troca do seu apoio.

Num determinado momento, quando a janela de oportunidades está aberta, todos os participantes, a favor ou em contra, concluem que devem ser ativos para dar forma ao resultado final. Os promotores das mudanças lançam suas propostas e os contraditores introduzem também as suas, buscando que o resultado final seja o mais próximo possível de seus interesses.

3.4 Estado e Hegemonia

O Estado, segundo Gramsci (1978), contempla o conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dominante justifica e mantém a dominação e consenso ativo dos governados. Desde o ponto de vista da hegemonia e da ideologia³¹, os aparatos estatais públicos e privados constituem o Estado ampliado, sociedade civil e sociedade política que cumprem a função de reprodução da dominação por meio da geração de consenso ou por meio do exercício da coerção.

Tomando em conta, portanto, o aporte gramsciano, o conceito de Estado faz referência ao equilíbrio entre a sociedade política e a sociedade civil. A sociedade política, que é Estado em sentido estrito ou Estado de coerção é formada pelo conjunto de mecanismos pelos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência. Este Estado identifica-se com os aparelhos de coerção sob

³¹ Em termos mais amplos, ideologia tem sido considerada como uma visão de mundo, um conjunto de valores, opiniões, crenças que representam uma leitura social da realidade, uma visão do real de um grupo social. Por outro lado, pode representar a visão de mundo disseminada nos grupos sociais dominados a partir dos grupos dominantes (ALMEIDA, 2011).

controle das burocracias executivas e policial-militar. Nesse sentido, tem a função de governo jurídico, força legal assim como de domínio militar (PORTELLI, 1977).

A sociedade civil, por sua vez, está formada pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e difusão de ideologias, conformada pelo sistema escolar, igrejas, partidos políticos, sindicatos, organizações profissionais e meios de comunicação de massa constituindo-se em Estado ampliado (COUTINHO, 1981). Esta ideologia pode ser considerada sob três aspectos complementares: a) como ideologia da classe dirigente; b) como concepção do mundo, difundida em todas as camadas sociais para vinculá-las à classe dirigente, que abrange filosofia, religião, senso comum e folclore; c) como direção ideológica da sociedade (PORTELLI, 1977).

O grupo dominante coordena-se concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados, e a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados (GRAMSCI, 1978, pp. 50).

A opinião pública surge da procura da classe burguesa por hegemonia política pela conquista de continuidade no poder. É o exemplo concreto das relações permanentes entre a sociedade política e a sociedade civil que favorece o consenso em torno de seus próprios atos.

A hegemonia é o processo que a classe dirigente aciona e organiza constantemente no sentido de universalizar seu poder. É processo por seu caráter histórico, sempre incompleto, refeito e recomeçado, processo contraditório já que, o poder se manifesta como domínio ou condução, sendo que, para uns é sujeição e para outros é visto como liderança.

Nesse sentido, o poder é exercido pela classe dominante que impõe sua própria ideologia, a ideologia dominante através das instituições da sociedade civil (MANDEL, 1978). Para Gramsci, a ideologia é uma concepção de mundo que se manifesta implicitamente na arte, na ciência, no direito, na atividade econômica e em todas as manifestações da vida individual e coletiva. A estrutura ideológica reúne as organizações cuja função é difundir um pensamento hegemônico através de todos os meios de comunicação e os instrumentos que permitem influenciar a opinião pública. Essas organizações são a Igreja em seus vários credos, a escola e a imprensa que conformam a sociedade civil (PORTELLI, 1977).

Segundo o pensamento gramsciano, a hegemonia e a dominação da classe dominante no poder ocorrem num bloco histórico específico, entendendo como tal, a

relação dialética entre estrutura³² e superestrutura³³. Durante um período determinado, a superestrutura só poderá desenvolver-se e agir entre limites estruturais bem precisos. Assim, a estrutura influencia constantemente a atividade superestrutural. Num bloco histórico, a estrutura sócio-econômica é um elemento decisivo, tanto como as atividades superestruturais traduzem e resolvem as contradições surgidas na base (PORTELLI, 1977).

Gramsci (1978) descreveu os intelectuais, como “os funcionários das superestruturas, células vivas da sociedade civil e da sociedade política, que elaboram a ideologia da classe dominante e a transformam em *concepção* de mundo que impregna todo o corpo social” (PORTELLI, 1978). No nível da difusão da ideologia, os intelectuais são os encarregados de animar e gerir a “estrutura ideológica” da classe dominante no seio das organizações da sociedade civil (neste caso sindicatos e partidos) e de seu material de difusão (*mass media*). São igualmente os encarregados da gestão do aparelho de Estado, homens políticos e funcionários que lideraram as organizações de planejamento e controle estatal. Neste estudo em particular os gestores do Departamento Nacional de Planejamento (DNP), da Controladoria Geral, da Superintendência Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde foram considerados intelectuais. Neste sentido, como afirma Portelli (1978) “os intelectuais são os emissários do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político”.

³² A estrutura faz referência à base econômica de uma sociedade.

³³ A superestrutura faz referência aos movimentos ideológicos e políticos em relação orgânica com a estrutura econômica num bloco histórico determinado (Portelli, 1978).

4. Resultados

Esse estudo apontou que o processo que levou à formulação do Sistema de Seguridade Social na Colômbia, iniciou-se no final dos anos 80's do século XX com a influência das indicações do Banco Mundial e de atores nacionais não governamentais. O problema do SNS se apresentou na agenda como originado na ineficiência do Estado para administrar os recursos do setor, a pouca qualidade dos serviços e a falta de cobertura. Portanto, as alternativas de solução se encaminharam a dar maior protagonismo à empresa privada no setor, aspecto ideológico presente na difusão do pensamento da classe dominante na opinião pública com ressonância na sociedade civil. Posteriormente, apresentou-se um clima político favorável para a reestruturação do Estado e, em complemento para a reestruturação da política de seguridade social, em particular.

Dois processos foram importantes para a criação da Lei 100 na Colômbia. A formulação da lei 10 de 1990 (pela qual se reestruturou o Sistema Nacional de Saúde, que consolidou a descentralização administrativa e a autogestão das instituições de saúde) e a Constituição de 1991, que definiu os princípios da seguridade social no país. Assim, na Colômbia, apesar da necessidade de reforma do sistema de saúde, identificada desde o governo Barco (1986-1990), sendo formulada a Lei 10 de 1990, foi apenas no governo Gaviria que se deram todas as condições para a elaboração de um sistema radicalmente diferente do anterior.

A comunidade política do setor de saúde colombiano realizou uma série de documentos sobre alternativas de política que foram publicados no livro "Reforma de La Seguridad Social en Salud" (CARDENAS, 1992), no qual participaram acadêmicos, sindicalistas, especialistas no tema, abordando-o a partir de diversas orientações políticas e ideológicas. A interação da comunidade política aconteceu em espaços como a Comissão de Reforma do Sistema de Saúde e a Comissão Constitucional de Seguridade Social (Quadro 3).

As alternativas de estruturação do sistema de saúde foram divulgadas após a Constituição de 1991. Todas as alternativas incluíam alguns princípios básicos como que a saúde faz parte da Seguridade Social, e que esta, como um serviço público, está sob responsabilidade do Estado. Também a participação da empresa privada foi permitida na gestão dos recursos e na prestação dos serviços de saúde. As diferentes propostas analisadas partem do reconhecimento da saúde como serviço universal,

que deve ser garantido a todos os cidadãos, superando a visão da anterior constituição, na qual, a saúde era garantida somente como assistência pública do Estado para os pobres. Contudo essa universalidade significou a universalização para toda a população do modelo de seguro de saúde privado.

A linguagem dos economistas está em todas as partes, ou seja, termos como vantagens, custo-efetividade, eficiência, alocação de recursos, subsídios cruzados estão no centro da discussão. Observou-se que a análise econômica foi a mais aprofundada nas diferentes alternativas, encontrando poucas referências ao perfil epidemiológico do país ou aos avanços do Sistema Nacional de Saúde implementado em 1975 (Quadro 3) (Cárdenas, 1992).

Os princípios, aos quais responderam as diferentes alternativas, foram a universalidade e a solidariedade³⁴. A Subcomissão de Saúde da Comissão Constitucional de Seguridade Social, em memorando dirigido ao Ministro do Trabalho e Seguridade Social, propõe um modelo de atenção descentralizado e autogerido. Para eles, é fundamental a autonomia administrativa e financeira dos organismos prestadores de serviços de saúde, assim como, a concorrência entre estes para garantir a qualidade e a eficiência do serviço, permitindo que os usuários escolham a instituição onde querem ser atendidos. Os prestadores de serviços de saúde obteriam os recursos financeiros, segundo os serviços prestados. Por este motivo, recomendava-se a regulamentação das entidades privadas para que todos os prestadores de serviços pudessem concorrer em igualdade de condições (Quadro 3).

No caso colombiano, podem-se identificar vários atores que exerceram a função de empreendedores como as Fundações Restrepo Barco, Fundação Corona, Fundação FES, Departamento Nacional de Planejamento (funcionários deste departamento desempenharam posteriormente maior protagonismo no setor como no caso de Juan Luis Londoño que foi Ministro de Saúde nos governos do próprio Gaviria e de Uribe Velez, e Nancy Paredes que posteriormente foi diretora da Acemi) já que elas participaram ativamente na identificação do problema – Sistema de Saúde – e na definição de alternativas.

³⁴ Solidariedade: participação de todos no financiamento do sistema de acordo com a capacidade econômica de cada um (CARDENAS, 1992, p99).

Quadro 3. Caracterização das alternativas de política de saúde na formulação da Lei 100, Colômbia, 1993.

Proponente	Características	Tipo de Vinculação	Financiamento	Gestor dos recursos	Prestador dos serviços
1. Ivan Jaramillo Consultor FESCOL	Universal	-Seguro complementar -Seguro da população objeto de assistência pública	-Contribuições dos trabalhadores e empregadores -Recursos de municípios e departamentos, impostos. -Co-pagamento	-Agencias asseguradoras privadas -Fundos locais e seccionais de saúde (públicos)	Concorrência entre prestadores privados e públicos que seriam autônomos financeiramente
2. Guillermo Olano Assessor do Ministério e trabalhou na comissão Constitucional, posteriormente participaram Fundação Corona	Seguro de Saúde Nacional - SESANA Enfoque preventivista, atenção básica. Rede privada complementar de serviços médicos (pre-pagada). Plano de benefícios baseado nas necessidades e recursos disponíveis, desenhado a nível local entre comunidades e autoridades locais	-Seguro complementar -Seguro da população objeto de assistência pública	-Trabalhadores 33,3% -Empregador 66,6% -Co-pagamento segundo classificação socioeconômica do usuário. -Subsídios do Estado para seguro das famílias pobres. (Subsídio a demanda)	-Entidades asseguradoras que contratam oferentes de serviços médicos para seus vinculados. -Agencias locais descentralizadas	Entidades autônomas que vendem serviços de saúde.
3. Hugo López Castaño Centro Investigações econômicas Universidade de Antioquia para o ISS	Contra asseguradoras privadas porque estas prefeririam as famílias com maiores ingressos, menos pessoas por família, menos doenças.	Seguro complementar Seguro da população objeto de assistência pública	-Impostos gerais progressivos, onde os ricos paguem mais, gerando subsídio para os pobres. -Os ricos comprariam uma apólice de seguros de saúde	Monopólio estatal assegurador	Concorrência na prestação de serviços de saúde entre entidades públicas e privadas
4. Antonio Yepes Parra Constituinte liberal Comissão Constitucional de Seguridade Social	Seguro Obrigatório de Saúde Integral	Seguro de Saúde Universal	Contribuição dos trabalhadores dos setores público e privado. Contribuições dos trabalhadores informais. Orçamento da nação, e departamentos além de impostos.	Fundos municipais de saúde.	Entidades públicas, privadas ou do setor solidário.
5. Carlos A. Agudelo Vice-ministro de Saúde	Orientação na prevenção e promoção Plano de benefício segundo perfil epidemiológico do país e das regiões.	Seguro Universal	-Contribuições dos trabalhadores 1/3 e empregadores 2/3 -Contribuições de trabalhadores informais, empresas de economia familiar e camponesa. -Recursos do Estado por meio de subsídios Co-pagamento	Concorrência de agências asseguradoras públicas de nível municipal ou seccional e asseguradoras privadas.	Concorrência de provedores de serviços.
6. Julio Colmenares Consultor Ministério de Saúde	Sistema Integral de Seguridade Social conformado por Sistema Nacional de Saúde e Sistema Nacional de Previdência Social	Prestação de serviços básicos gratuitos. Não descreve seguro privado	-Contribuições de famílias de trabalhadores -Recursos de Ecosalud.	Fundo, caixa ou banco de nível local que vinculará os usuários. Fundo, caixa ou banco de nível nacional que receberá contribuições dos fundos locais, funcionaria como re-assegurador	Empresas públicas ou privadas
7. Jorge Michelsen (Assessor ISS), Mauricio Restrepo, (Subdiretor ISS) Gabriel Uribe (Assessor ISS) Jorge Castellanos Consultor OPS	Seguro Obrigatório de Saúde Integral Diferencia serviços de saúde pessoais de não pessoais, estes últimos não seriam objetivo do seguro. Atenção em promoção, prevenção, cura e reabilitação por níveis de atenção e por entidades territoriais	Universalização de seguro de saúde Não descreve seguros complementares de saúde	-Contribuições da população economicamente ativa, trabalhadores formais, informais e independentes. -Aportes estatais para população pobre. -Ecosalud.	Conselho Municipal de Saúde administrada por secretaria municipal de saúde ou prefeitura. O conselho terá representantes dos médicos, usuários, empregadores e trabalhadores, governo municipal e departamental.	Entidades de saúde públicas autônomas, Entidades privadas Profissionais independentes
8. Alvaro Cardona Representante da União Patriótica à Comissão Constitucional de Seguridade Social	Seguro Nacional de Saúde. Promoção, prevenção, atenção, reabilitação, controle de fatores de risco e fortalecimento de fatores protetores	Regime único de seguro de nível nacional	-Contribuições de trabalhadores assalariados e independentes. -Contribuição do governo para as pessoas desempregadas e dependentes. -Co-pagamento	"Entidade" pública departamental ou regional. Conselhos regionais e Nacional de Seguridade Social que define políticas e coordena as ações. Fundo de solidariedade regional Fundo de crédito ao fomento e desenvolvimento da infraestrutura física e tecnológica	Empresas públicas ou privadas devem prestar serviços de saúde integrais com enfoque de saúde da família. Participação de beneficiários na estrutura administrativa de todas as empresas prestadoras.
9. Departamento Nacional de Planejamento. Documento de Trabalho, Janeiro 15 de 1992	Plano único de benefícios. Questionários de focalização para vinculação de famílias pobres	Seguro Universal	-Vinculação por grupos (grêmios, empresas, grupos associativos). -Recursos fiscais, Ecosalud, orçamento departamental e municipal. -Contribuições de trabalhadores, empregadores e trabalhadores independentes.	Entidades asseguradoras em saúde públicas e privadas. Fundo Nacional de Compensação que reassegura contingências e apoia solidariedade do sistema.	Hospitais públicos autônomos e entidades privadas.

Fonte: Cárdenas, M. 1992.

4.1 Descentralização

Os antecedentes da descentralização dos serviços de saúde foram iniciados no governo de Virgilio Barco Vargas (1986-1990), incorporando os municípios na prestação de serviços no Sistema Nacional de Saúde a nível local. Para cumprir este objetivo, foram realizados projetos de cooperação com a OPS, buscando-se a participação da comunidade e a adoção da gestão municipal, através da estratégia de Sistemas Locais de Saúde (Silos). Na época, foram criados mais de 14 Silos em cidades de sete departamentos, sendo em Cali a experiência mais relevante. (OPS, 2002, p. 261 apud CRUZ, 1990; CARRASQUILLA, 2002).

No mesmo governo, com financiamento do Banco Mundial, realizou-se o projeto “consolidação do Sistema Nacional de Saúde”. Como resultado do projeto, o grupo de consultores elaborou documentos que embasaram o projeto de lei do governo que pretendia modernizar o SNS, os objetivos eram a descentralização e integração funcional. Também se realizou o “Estudio Sectorial de Salud”, diagnóstico crítico elaborado por pesquisadores e especialistas. Esses dois produtos foram fundamentais na formulação da Lei 10 de 1990 para a reorganização do SNS. (OPS, 2002 p252-253).

El eje de esta Ley era la descentralización de los servicios de salud a cargo del Estado, de la Nación hacia los departamentos y, especialmente, hacia los municipios, como se había pensado en el Plan de Desarrollo. Pero el alcance de la descentralización sólo llegó a influir a la red pública, sin afectar a los subsectores de seguridad social y privado, dada la autonomía institucional, técnica y financiera de cada uno de ellos. No obstante, la Ley 10 abordó otros aspectos considerados favorables, como la enunciación de la atención en salud como un “servicio público” a cargo del Estado, nuevas fuentes de financiación de la asistencia pública y aspectos centrales de la carrera administrativa de los trabajadores de la salud (COLÔMBIA MS/ACOMSAP, 1990, p. 107-129 apud OPS 2002, p. 253).

Outro princípio incluído na lei 10 de 1990 foi a definição da saúde como um “serviço público” a cargo da Nação, gratuito nos serviços básicos para todos os habitantes do território nacional e administrado de forma descentralizada (COLÔMBIA, 1990). Os princípios básicos definidos foram: universalidade, participação cidadã (representação de indivíduos), participação comunitária (participação de comunidades), subsidio estatal aos pobres, complementariedade e

integração funcional. Os últimos três princípios fazem referência à organização do SNS e não tiveram continuidade depois da Constituição de 1991. Porém, a universalidade e a participação foram princípios que estiveram presentes nas diferentes alternativas, assim como a participação privada na prestação de serviços de saúde, contratada pelas entidades descentralizadas de saúde (COLÔMBIA, 1990).

4.2. Definição de Saúde e Seguridade Social na Constituinte

Um fator importante no processo de formulação da Lei 100 foi o antecedente do SNS, no qual as instituições que administravam e prestavam serviços de seguridade social cobriam conjuntamente previdência e saúde. Na Constituição de 1991, define-se a seguridade social no artigo 48.

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante (COLÔMBIA, 1991).

Nesse artigo, define-se a seguridade social como um serviço público, de caráter obrigatório, mas também, como um direito irrenunciável de todos os habitantes. Já na definição de saúde, no artigo seguinte, não se fala de direito e sim que este é um serviço público de obrigação do Estado, que inclui a participação da empresa privada e enfatiza a organização descentralizada. Interessante observar que o princípio da eficiência é o primeiro valorizado neste documento fundamental. No artigo 49, é dito:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su

vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad (COLÔMBIA, 1991).

Com essas duas premissas legais, começaram a serem discutidas diferentes alternativas, várias propostas de sistema de saúde foram desenhadas por *experts*, acadêmicos, Ministério de Saúde, departamento Nacional de Planejamento, Instituto Colombiano de Seguridad Social e pelos sindicatos.

4.3. Das alternativas (*Policy Stream*)

“A semente pode vir de qualquer local, mas a chave para entender sua germinação e crescimento é onde está o solo fértil e a receptividade inicial dada às ideias” (KINGDON, 1995, p.147).

Nesse sentido, as nove propostas analisadas foram elaboradas por atores de diferentes instituições da sociedade civil e da sociedade política, tais como: consultores da Fescol e da Fundação Corona; assessores e o vice-ministro de Saúde (Carlos A. Agudelo); integrantes da Comissão Constitucional de Seguridad Social em representação do partido Liberal e da União Patriótica; pesquisadores do Centro de Investigações Econômicas da Universidade de Antioquia; assessores do ISS e funcionários do Departamento Nacional de Planejamento do qual fazia parte na época Juan Luis Londoño (CARDENAS, 1992) que posteriormente foi nomeado Ministro da Saúde. Duas propostas se diferenciaram na posição ideológica no referente à gestão dos recursos, nestas (propostas 7 e 8 no quadro 3), os responsáveis pela administração dos recursos seriam conselhos municipais ou regionais de saúde, os quais estariam conformados por representantes da administração, grêmios e comunidade. É importante assinalar que todas as alternativas incluem eficiência, solidariedade e universalidade, princípios definidos na constituição (Quadro 3).

Na análise das diferentes alternativas discutidas, observaram-se alguns elementos comuns a partir dos quais foram definidas as diferentes propostas. Um deles foi o conceito de seguridad social que, já em 30 de outubro de 1990, o ministro Francisco Posada de la Peña dava em memorando para a Comissão na Reforma da Seguridad Social:

Serie de mecanismos mediante los cuales los individuos y, por tanto la sociedad, adquieren la certeza de que su forma y calidad de vida no se vean afectadas y menoscabadas por ciertas eventualidades, contingencias y siniestros que puedan ocurrir a lo largo de su ciclo vital y que tiene siempre un costo o implicación económica (CARDENAS, 2002, p. 19).

Nessa definição, não se faz referência ao Estado ou a um direito cidadão, é uma definição liberal dando a responsabilidade de responder pela seguridade social dos indivíduos e da sociedade.

Na Assembleia Nacional Constituinte, no debate sobre a seguridade social, a negociação entre diferentes forças levou a declarar a seguridade social como direito irrenunciável de todo cidadão e delegou a definição das bases do novo sistema de seguridade social à Comissão Constitucional Transitória. Essa comissão se reuniu durante o segundo semestre de 1991, mas os seus resultados não foram incorporados pelo governo, nem pelo congresso no debate legislativo como ordenou a constituinte (JARAMILLO, 1999, p. 40 apud OPS 2002, p. 302). A seguridade social, sendo declarada como direito na constituição, foi entendida como seguro privado nas diferentes propostas.

O outro tema no qual todas as propostas concordaram foi na necessidade de haver uma separação institucional na administração dos recursos e na prestação de serviços de saúde e previdência. Isso significava o fim ou uma reforma estrutural do ICSS e das outras caixas de seguridade social. Motivo pelo qual se podem explicar as posições dos sindicatos do ISS e da Asmedas³⁵ contra a reforma, já que modificava suas condições laborais e benefícios.

A universalidade na saúde foi entendida como asseguração básico obrigatório de todos os cidadãos no sistema, garantindo a livre escolha do prestador do serviço por parte do usuário, a existência de um seguro “oficial” obrigatório e de seguros complementares voluntários. Para Antonio Yepes Parra, a universalidade está baseada na relação Estado-cidadão e não na relação assalariado-patrão (CARDENAS, 1992).

³⁵ Asociación Médica Sindical

4.3.1 Cobertura

A cobertura do sistema deveria ser universal como estabelecido pela constituição, contudo, a maioria das propostas divide a população segundo o tipo de vinculação. Portanto, a cobertura sendo universal teve, desde as propostas iniciais, diferenciação dos cidadãos, fossem eles trabalhadores, população pobre ou pessoas com capacidade econômica, que pagariam por seguros complementares de saúde. As propostas que deram igual importância a todos os cidadãos foram: a do constituinte Liberal Antônio Yepes Parra, que propôs o “Seguro Obrigatório de Saúde Integral”; a de Álvaro Cardona, constituinte da União Patriótica que propôs um regime único de asseguramento de nível nacional no “Seguro Nacional de Saúde” e a de Carlos Agudelo, vice-ministro de Saúde (propostas 4,5 e 8 do Quadro 3).

4.3.2 Tipo de vinculação

Sendo que na Constituição não se determinou sobre a existência de diferentes tipos de vinculação ao sistema, observou-se que as propostas se dividem em três orientações diferentes. Uma delas é a que considera vinculação universal e subsídio do Estado para a população pobre como proposto por Julio Colmenares, pelo vice-ministro de saúde, Carlos Agudelo, pela equipe do ISS e por Álvaro Cardona, estas propostas não consideraram a existência de seguros complementares de saúde. Para Antonio Yepes, todos os habitantes deveriam contribuir, consolidando um sistema único oficial de atenção em saúde.

A outra tendência especificou asseguramento subsidiado pelo Estado para a população pobre e asseguramento complementar para a parcela mais rica da população. Essas foram as propostas elaboradas pela Fescol, por Guillermo Olano e pelo Departamento Nacional de Planejamento. Neste sentido, observam-se diferenças na orientação dentro do próprio governo, já que para o Ministério e o ISS a vinculação era igual para todos os cidadãos, mas para o DNP existe a possibilidade de asseguramento complementar. As Fundações Fescol e Corona também consideram este tipo de vinculação (Quadro 3).

4.3.3 Financiamento

Sobre a obtenção dos recursos para os serviços de saúde, praticamente existiu consenso geral em que deveria ser através das contribuições de trabalhadores e empregadores. Algumas propostas determinaram as porcentagens (33,3% dos trabalhadores e 66,6% dos empregadores, como Guillermo Olano e Carlos Agudelo). Além desses recursos, o Estado contribuiria com recursos dos níveis municipal e departamental e da Ecosalud (Empresa Colombiana de Recursos para La Salud). Esta empresa arrecadava recursos de lotéricas e de impostos sobre o álcool e o cigarro. Finalmente, especificam a necessidade de cobrar alguma porcentagem por cada serviço recebido segundo a capacidade de pagamento do usuário (co-pagamento) seguindo o modelo americano de seguro privado.

Hugo Lopez Castaño, economista da Universidade de Antioquia, propôs o financiamento por meio de impostos gerais progressivos, onde os ricos pagassem mais que os pobres. Os ricos comprariam apólices de seguros de saúde para suas famílias, sua proposta estava contra a privatização das asseguradoras e a favor de um monopólio estatal. Para ele

El sector privado no sirve para atender a la población pobre, es competitivo y responde bien a la demanda solvente y bien financiada, pero no garantiza la oferta cuando la demanda no está bien financiada, por eso, dejaría por fuera a los pobres (LOPEZ apud CARDENAS, 1992, p. 94).

O financiamento, portanto, seria garantido pelos trabalhadores e empregadores (como já acontecia no subsistema de seguridade social com o Instituto Colombiano de Seguro Social), acrescentando as contribuições dos trabalhadores independentes e o subsídio do Estado para a população pobre. Parte da definição do financiamento se fundamentou na solidariedade, entendida como uma característica dos seguros sociais geralmente excluída dos seguros privados:

No seguro social, a solidariedade implica a priori um mecanismo de compensação de custos e redistribuição das contribuições dentro de um sistema parafiscal. [...] Nos seguros sociais, pratica-se o princípio da equidade, exigindo de cada pessoa uma contribuição segundo sua capacidade e dando a cada um serviços segundo sua necessidade (JARAMILLO apud CARDENAS, 1992, p. 148-149).

4.3.4 Gestão dos recursos

A gestão dos recursos já tinha sido redefinida na lei 10 de 1990. Essa normatividade foi retomada nas alternativas de sistema que foram analisadas. Os fundos seccionais e locais de saúde como agências foram estabelecidos na lei 10 como sistemas descentralizados de captação dos recursos destinados a programas de saúde. Os fundos seriam as agências do sistema de seguridade social em saúde para a vinculação da população, objeto da assistência pública que não estava em condições de pagar a contribuição. Estes “agiriam como sistemas de subsídio à demanda de serviços de saúde e assegurariam à população com quotas de contribuição segundo classificação socioeconômica dos usuários” (JARAMILLO apud CARDENAS, 1992).

As agências seguradoras (posteriormente denominadas empresas Promotoras de Saúde) e os fundos locais e seccionais seriam os encarregados de arrecadar as contribuições, vincular os usuários, gerir os recursos e pagar os serviços prestados pelas instituições de saúde (JARAMILLO apud CARDENAS, 1992).

A existência do fundo também foi comum a todas as propostas, mas como operaria e quem administraria o fundo foi tema de grandes controvérsias. Assim, para Ivan Jaramillo (apud CARDENAS, 1992), o fundo “receberia as contribuições de todas as agências do sistema, operaria como seguro anti-déficit, no caso dos custos da atenção ser maiores que as contribuições num grupo social ou região determinados”. Álvaro Uribe propôs um fundo nacional administrado por uma junta tripartite de usuários, governo e empresários. Guillermo Olano disse que o fundo deveria também cobrir a ocorrência de catástrofes e financiar pesquisa e assessoria, além de funcionar como um banco central.

Los recursos de origen fiscal (situado fiscal³⁶, rendas cedidas, y otros recursos fiscales del municipio e del departamento) se usan exclusivamente como subsidio al aseguramiento de quienes no pueden pagar la cotización mínima. Los recursos originados en los aportes de los empleadores y los trabajadores se destinan a cubrir el costo de los riesgos de los cotizantes (JARAMILLO apud CARDENAS, 1992 p. 39).

³⁶Situado fiscal: Definido pela Lei 60 de 1993 como a porcentagem de ingressos da nação que será entregue aos departamentos para a prestação de serviços públicos de saúde e educação (Colômbia, 1993).

Em algumas propostas, esses fundos só assegurariam a população pobre subsidiada pelo Estado, os outros cidadãos estariam vinculados a agências asseguradoras privadas (Ivan Jaramillo, Guillermo Olano, DNP).

A outra tendência (proposta 7, quadro 2) dá maior protagonismo a esses fundos locais:

Uma alternativa de funcionamento do SOSI (Sistema Obrigatório de Saúde Integral) a nível municipal será a Junta Municipal de Saúde e a execução estará a cargo da Prefeitura ou da Secretaria Municipal de Saúde. A Junta terá representantes do grêmio médico, comunidade de usuários, empregadores e trabalhadores, assim como, do governo municipal e departamental. O fundo administrará os recursos econômicos como foi previsto pela lei 10 de 1990. O fundo receberá as contribuições dos vinculados ao seguro e os dinheiros dos aportes e rendas municipal, departamental e nacional. A junta terá a seu cargo a administração das instituições e programas de saúde do município para atenção às pessoas e ao meio ambiente. O município contratará a prestação de serviços com entidades de saúde públicas autônomas, privadas ou profissionais independentes (MICHELSEN apud CARDENAS, 1992, p.186).

O Departamento Nacional de Planejamento propôs um fundo Nacional de Compensação que teria as funções de reassegurar contingências que ultrapassem limites estabelecidos previamente e de apoiar a função de solidariedade do sistema (DOCUMENTO DE TRABALHO, DNP apud CARDENAS 1992, p 237) e não faz referência a fundos municipais ou departamentais. Para o DNP, as seguradoras seriam entidades públicas ou privadas, não instâncias administrativas do governo como os fundos já descritos. Portanto, não existiria esse enfoque territorial na administração dos recursos para a prestação dos serviços individuais de saúde. Neste sentido, essa foi a proposta final que chegou à Lei 100.

4.3.5 Prestação de serviços

Sobre quem deveria oferecer os serviços de saúde, todas as alternativas incluem a concorrência em entidades públicas e privadas que venderiam os serviços às agências seguradoras.

As entidades que prestam serviços de saúde, públicas ou privadas, com ou sem ânimo de lucro, concorrem e competem pela prestação de serviços de toda a população assegurada. Para isso, as entidades públicas deverão se transformar em pessoas jurídicas, com autonomia administrativa e financeira

como estipulado no artigo 19 da lei 10 de 1990 (JARAMILLO apud CARDENAS, 1992, p. 28).

Ulpiano Ayala³⁷ no relatório inicial “Saúde e Seguridade Social” de maio de 1990, para o presidente Cesar Gaviria Trujillo, recomendou a utilização da concorrência e a liberdade de escolha por parte dos usuários para melhorar a eficiência dos prestadores de serviços. O financiamento das entidades públicas não seria, no novo sistema, por verbas históricas ou por populações adscritas e sim por venda de serviços.

Nas diversas alternativas, é relevante a ênfase dada à “empresalização”, o que significa que os hospitais públicos deveriam ser autônomos financeiramente, e obter recursos pela venda de serviços, contrário à tendência histórica na Colômbia até então.

Os hospitais públicos devem ser empresas de propriedade departamental ou municipal, produtoras de serviços de saúde, autônoma e auto-geridas com representação da comunidade no conselho diretivo. A cada mês, os hospitais passarão às direções locais ou seccionais de saúde os recibos pelos serviços prestados segundo as tarifas acordadas (CARDENAS, 1992, p147).

A participação da comunidade estaria garantida com a participação de usuários na cogestão, participando dos conselhos diretivos dos hospitais públicos e privados.

4.3.6 Planos de benefícios

Os planos de benefícios fazem referência aos serviços (consultas, procedimentos, exames laboratoriais e tratamentos) aos quais os assegurados teriam direito de receber das seguradoras. Na maioria de alternativas promovidas na primeira parte do processo, o tema dos planos de benefícios não foi relevante, foi discutido pouco e basicamente se fez referência ao tipo de serviços a serem incluídos no sistema. Assim, Michelsen e a equipe do ISS classificaram os serviços de saúde

³⁷ Engenheiro civil, doutor em Filosofia pelo Instituto Tecnológico de Massachusetts, pesquisador de Fedesarrollo.

em serviços pessoais e não-pessoais, a mesma classificação feita pelo BM. Definem os serviços não-pessoais como aqueles que beneficiam indiretamente os indivíduos, estando relacionados com o controle de fatores meio-ambientais como vetores biológicos de doenças, contaminação ambiental e prevenção de acidentes. Os serviços pessoais são os serviços prestados diretamente aos indivíduos, serviços primários, secundários e terciários. Estes são os serviços, objeto dos seguros de saúde. Há uma relação direta entre o pagamento de uma porcentagem por parte do assegurado e o cobrimento do custo econômico por parte do seguro (MICHELSEM apud CARDENAS, 1992, p.181).

Em outra das alternativas, afirma-se que o plano de benefícios a ser oferecido pelo seguro deve cumprir com o perfil epidemiológico do país e as diferentes regiões, assim como, com os objetivos e a política do sistema nacional de saúde. Deve prestar serviços de atenção primária gratuita, cobrir os principais fatores de risco, e implementar um modelo de atenção à saúde baseado na promoção da saúde e na prevenção da doença. O plano de serviços deve incluir atenção nos diferentes níveis de complexidade. Nesta proposta, o seguro básico e os seguros complementares são modalidades diferentes e independentes (AGUDELO apud CARDENAS, 1992, p. 128).

Os três níveis de complexidade da atenção em saúde estão definidos segundo o conhecimento e o grau de complexidade tecnológica para lhes dar resposta adequada. Um fato reconhecido é que aproximadamente 80% dos problemas de saúde se resolvem no nível primário e que a atenção primária é um dos fatores decisivos para modificar favoravelmente o perfil epidemiológico da população.

Em outra proposta (CARDONA; ALVARO apud CARDENAS, 1992, p. 201-205), as instituições deveriam prestar serviços de saúde integrais com enfoque na saúde da família, incluindo atividades de promoção da saúde, prevenção e atenção a doenças, e reabilitação, controlando os fatores de risco e fortalecendo os fatores protetores da saúde da população. Sobre o ingresso nos seguros, chama a atenção sobre a não discriminação de nenhum indivíduo por motivos de idade, sexo, nível socioeconômico, ideias políticas, religiosas, etc. Finalmente, especifica-se sobre a necessidade de que cada pessoa pague uma quota ao receber algum serviço do plano de seguros, como co-pagamento (Quadro 3).

Ao final, a proposta consensual que foi para votação nos aspectos principais é apresentada na figura 2 comparando-a com as principais características da proposta do Banco Mundial de 1987 e que se fundamentou no modelo de seguros para os trabalhadores. Esse modelo de seguro foi ampliado à população em geral ao garantir a universalidade por meio do subsídio desse seguro do Estado para os pobres.

O outro aspecto para garantir a viabilidade econômica do sistema e para evitar o uso descontrolado dos serviços foi o co-pagamento através de cotas. Este princípio apareceu em três das alternativas e se manteve no projeto de lei e na lei aprovada. A descentralização administrativa do setor saúde foi entendida como fundamental a partir da lei 10 e se manteve também em todas as alternativas de política, no projeto de lei e na lei aprovada. Finalmente, a proposta do Banco Mundial não fazia referência à administração dos hospitais públicos, mas já desde a Lei 10, foi identificada a necessidade do modelo gerencial nos hospitais e da sua autonomia financeira para poder garantir sua continuidade no novo contexto.

Em síntese, a análise da figura 2 revela que todas as ideias principais presentes na proposta do BM foram implementadas. Inclusive, a mudança gerencial dos Hospitais Públicos em direção ao auto-financiamento foi além do esperado pelo BM.

Figura 2. Processo de desenvolvimento da Lei 100: proposta de reforma do Banco Mundial à Lei aprovada.



4.4. Do clima político (*politics stream*)

Na definição do clima político, fazem parte elementos como o “sentimento nacional” (*public mood*), campanhas de grupos de pressão, resultados das eleições, tendências ideológicas e partidárias no congresso e mudanças da administração, novos eventos como uma maioria diferente no congresso ou uma nova administração (KINGDON, 1995).

O sentimento nacional no período era de dar espaço a forças políticas novas, relacionadas com o processo de paz que levou à participação no cenário político, partidos de esquerda como a Aliança Democrática M-19 e a União Patriótica, movimentos que estiveram representados na Assembleia Constituinte e no congresso. Nas eleições de maio de 1990, foi eleito Cesar Gaviria Trujillo com 47,8% dos votos. Além disso, 90% dos votantes foi a favor da Assembleia Nacional Constituinte, sendo este um fato político inquestionável, já que mesmo não estando contemplada essa possibilidade na constituição e não sendo contabilizados os votos oficialmente, os promotores da constituinte conseguiram apoio político para a convocatória à Assembleia Constituinte (SANTOS; IBEAS, 1995).

Con estos resultados, el Presidente electo, el liberal C. Gaviria, recibió el imperativo político de convocar la Asamblea Constituyente, haciendo suyos los anhelos de cambio político tanto tiempo postergados. De este modo, a comienzos de agosto, se reúne con los representantes de las fuerzas políticas más representativas y sella un acuerdo por el que se determinan las características de la futura Asamblea. Dicho pacto, concretado en el Decreto 1.926/90, intenta limitar el pleno ejercicio de la soberanía popular al establecer un temario restringido sujeto a reforma (SANTOS; IBEAS, 1995).

Em nove de outubro de 1990, a Corte Suprema declarou inexecutável o decreto que limitava o temário e as competências da constituinte e estabeleceu que a Assembleia, poder-se-ia ocupar, sem restrições, de qualquer questão constitucional. Também fixou a data de nove de dezembro de 1990 para as eleições dos membros da assembleia. As campanhas se centraram em temas básicos: nova carta de direitos, reforma da justiça, reforma do congresso e novos mecanismos de democracia participativa. Na conformação da assembleia é importante dar destaque à posição obtida pelas chamadas “terceiras forças” ou movimentos não tradicionais que em conjunto obtiveram 33,8% dos votos. Destas, a Aliança Democrática M-19³⁸ foi o maior votado e a segunda organização com maior respaldo popular. Esse partido foi o único em incrementar os votos relativos às eleições anteriores. Houve também presença de cristãos e indígenas, conformando-se um esquema político mais plural.

Las elecciones de mayo abrieron esperanzas de cara a los nuevos cambios que embrionariamente se estaban dando, en particular si consideramos el éxito de la consulta sobre la Constituyente, los resultados del M-19 y la consolidación de la elección popular de alcaldes. Estos cambios dependieron de la actitud del presidente (presidencialismo colombiano) y de los resultados que se obtuvieron en la conformación de la Constituyente y que quedaron reflejados en la nueva Constitución (SANTOS; IBEAS, 1995).

A nova constituição respondeu à necessidade de modernização das instituições políticas e de legitimação do regime político, diminuiu o peso do Executivo, favoreceu o papel do Legislativo e fortaleceu o poder judiciário, a participação popular, a transparência democrática e a garantia de direitos (SANTOS; IBEAS, 1995).

Em junho de 1991, Gaviria e constituintes líderes dos partidos liberal, AD-M19 e Movimento de Salvação Nacional acordaram a dissolução do congresso e a

³⁸ Partido conformado por ex-guerrilheiros do movimento 19 de abril (M19) que se reincorporou à vida civil em 1989 como resultado de um acordo de paz com o governo de Virgílio Barco.

convocatória para novas eleições no último semestre desse mesmo ano. Também se estabeleceu a incompatibilidade entre constituintes e candidatos ao futuro parlamento e se decidiu que, até que o novo congresso funcionasse, um grupo de 36 constituintes assumiria as funções legislativas. O grupo foi escolhido pela própria assembleia em coordenação com o Presidente da República. No novo congresso eleito, manteve-se o mapa partidário praticamente igual, exceto pela presença da AD-M19.

En conclusión, se han incorporado una serie de medidas impulsadas por los sectores más progresistas del país, con el objetivo de modernizar y democratizar el régimen político, para enfrentar una crisis de representación, pero, paradójicamente, ha disminuido la participación electoral. Con ella ha caído el voto amarrado por el clientelismo; paralelamente, es de suponer que ha aumentado el voto de opinión. En definitiva, se ha conseguido una relegitimación del régimen político y se ha superado la crisis de gobernabilidad en la que se encontraba sumido el país. Aún quedan por definirse la trascendencia de estos cambios para el futuro del país. (SANTOS; IBEAS, 1995).

Nessa nova conformação política, o partido AD-M19 teve espaço no ministério da saúde desde o início do governo Gaviria até agosto de 1993, significando, nesse período, a continuidade do enfoque internacional promovido pela OPS/OMS, com programas de promoção da saúde, atenção primária, municípios saudáveis, comunicação para a saúde e participação social em saúde. Inclusive o último ministro do AD-M19 do governo Gaviria, Gustavo de Roux antes de ser ministro foi consultor da OPS. O apoio da OPS levou a realização da Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Bogotá, em novembro de 1992. (COLOMBIA MS, 1992, p. 27-90 apud OPS, 2002 p. 267).

A presença do AD-M19 no governo, especificamente no Ministério da Saúde, foi parte do acordo político de Gaviria com os líderes dos partidos liberal, Nova Força Democrática e AD-M19, que se comprometeram a apoiar quarenta projetos de lei do Executivo (EL TEMPO, 7 de julho de 1992). Essa participação do AD-M19, porém, não significou uma influência ideológica significativa na formulação de alternativas do sistema de saúde, processo que foi mais influenciado pelo Departamento Nacional de Planejamento, que já em janeiro de 1992 tinha uma proposta bastante próxima do projeto levado pelo governo ao congresso (Proposta 9 do Quadro 3).

4.4.1 Novos atores na sociedade civil

Cabe destacar que no primeiro semestre de 1992, conformou-se a Associação Colombiana de Empresas de Medicina Pré-paga – Acemi. Nesse momento, o grupo afirmava ter 500.000 mil afiliados. As empresas fundadoras da Acemi foram Colmena, Colpatria, Colsanitas, Fesalud, Medisalud, Servital, Previsalud, Coomeva, Salud de Antioquia. “Como grêmio, Acemi espera aportar ao Governo nacional soluções que permitam resolver os problemas de saúde dos colombianos” (EL TIEMPO, 1992).

O interesse da Acemi era garantir o mercado livre e aberto, regulado pela livre concorrência, evitando a intervenção estatal no seguro e na prestação de serviços de saúde. Isso, segundo eles, para garantir a qualidade, oportunidade e desenvolvimento do setor. Assim, defendia a exclusão de pacientes com doenças previamente diagnosticadas, a não obrigatoriedade de aceitar a todos os solicitantes e a possibilidade de negar a oferta de tratamentos demasiadamente caros, para garantir a estabilidade financeira do sistema (BORRERO, 2008, p. 98).

Esse grêmio com seus membros posteriormente passou a ter a função de asseguradoras, de gestoras dos recursos da saúde assim como de prestadoras de serviços. No segundo semestre de 1992, em matéria do El Tiempo, a ACEMI propõe ao governo que lhes sejam entregues os hospitais com déficit econômico para administrá-los e dar atenção a baixo custo (EL TIEMPO, set, 1992). Posteriormente, a ACEMI participou da equipe coordenada pelo Ministério de Saúde que elaborou o projeto 155 pelo qual se estruturava o sistema de saúde, portanto, assumindo posição no Estado colombiano. Nessa equipe, também participaram representantes do Ministério do Trabalho, o ISS, Serviços de saúde regionais e os parlamentares Álvaro Uribe Velez e María del Socorro Bustamante, coordenadores dos debates na Câmara e no Senado. (URIBE, 2009, p. 137).

4.4.2 O projeto de Lei definitivo e a mudança no clima político

Na equipe que elaborou o projeto de Lei levado pelo governo ao Parlamento, foi definitiva a participação do novo ministro de saúde Juan Luis Londoño, quem antes de ser ministro fez parte da equipe do DNP. Nesse departamento foi desenvolvida uma das propostas de alternativa (proposta 9 no Quadro 3). Londoño foi um ator

individual importante que apresentou as características de empreendedor do novo sistema (Kingdon, 1995). No projeto, conseguiu-se manter as diretrizes indicadas por Gaviria para diminuir a participação do Estado no setor e abri-lo à concorrência do mercado. No momento em que foi levado o projeto ao congresso em 1993, o cenário havia se transformado. O movimento AD-M19 tinha saído do Ministério da Saúde e a fração liberal que estava contra as reformas gravuristas tinha saído do ISS, consolidando-se a tendência que dava ênfase aos aspectos técnico-econômicos. (URIBE, 2009, p.139). Essa mudança no clima político foi fundamental para o percurso do projeto no congresso.

No final de 1992, o governo apresentou o projeto ao Congresso que, durante dez meses, foi debatido nas Comissões Sétimas da Câmara e do Senado. O senador que apresentou o projeto à Plenária do Parlamento foi Álvaro Uribe Velez em 29 de Julho de 1993. Segundo ele, a discussão nas comissões, “de portas abertas, teve sempre a presença de organizações sindicais, gremiais, acadêmicas e de diversas ordens, muitos lugares da pátria foram cenários onde se realizaram foros sobre o tema” (GACETA DEL CONGRESO, 30 de jul. 1993).

Na introdução do Projeto de Lei apresentado ao Congresso, argumentou-se que o novo sistema de Seguridade Social permitiria ter mais poupança pública e privada, que somados produziram mais poupança nacional, aumentando o investimento, melhorando a tecnologia produtiva, elevando a competitividade do país e finalmente, garantindo grande progresso no nível de vida dos colombianos. Assim, para Álvaro Uribe: “a participação social isenta o projeto de qualquer conotação neoliberal e lhe dá um conteúdo de capitalismo popular”.

Na análise feita no congresso, afirma-se que no âmbito da seguridade social o problema mais grave era a saúde; o segundo, o risco econômico do setor público e o terceiro; o risco econômico do setor privado, fazendo referência às reservas para a previdência no ISS e no Cajanal.

Nesse projeto de lei se faz uma exposição detalhada da natureza jurídica do direito à seguridade social. Neste sentido retoma a Constituição Nacional, na qual, os direitos são definidos como de primeira geração (direitos fundamentais), segunda geração onde estão seguridade social e saúde (direitos econômicos, sociais e culturais) e terceira geração (direitos coletivos). Sobre os direitos fundamentais, diz:

Tienen un contenido axiológico e inherente a la persona humana. Son entendidos por la Doctrina como un grupo especial de facultades otorgadas al individuo, cuya jerarquía obedece a una preocupación generalizada en este siglo, de ubicar en un nuevo plano a los miembros de la sociedad civil frente al Estado. Su eficiencia es directa, la sola consagración en la Carta le otorga al particular la facultad de ejercerlo y al Estado la correlativa obligación de respetarlo (GACETA CONGRESO, 30 de jul. 1993).

Segundo essa classificação, o direito à seguridade social é um direito de segunda geração, que foi definido como:

Son derechos en cuanto a las personas –de acuerdo con lo que establezca el derecho aplicable- tienen la aptitud de demandar que el Estado respete esos derechos brindando los medios necesarios para ello. Pero no pueden suponer- -con carácter general- la facultad directa e inmediata de exigir, concreta y específicamente al Estado, la prestación que está en la esencia del reconocimiento del derecho. La obligación del Estado radica en el imperativo deber de dedicar, dentro de sus posibilidades económicas y financieras, los recursos necesarios para la satisfacción de esos derechos económicos, sociales y culturales (GACETA CONGRESO, 30 de jul. 1993).

Essas definições são posteriormente explicadas no mesmo projeto a partir das constituições da Alemanha de 1949 e da Espanha de 1978, as quais compartilham essas definições. Portanto, se assume o direito à seguridade social e à saúde como direito social de prestação, sobre o qual o Estado deve prestar a maior disposição para desenvolvê-lo através das normas legais e regulamentares.

Posteriormente, na descrição do Sistema de Seguridade Social em saúde, são definidos os princípios, sendo estes nesta ordem: eficiência, universalidade, solidariedade, equidade, obrigatoriedade, proteção integral, livre escolha, autonomia das instituições, descentralização administrativa e participação social. Chama a atenção como a obrigatoriedade foi definida a partir do princípio de universalidade. A vinculação ao sistema é obrigatório para todos os habitantes da Colômbia. “É dever de todo empregador a vinculação de seus trabalhadores ao sistema e dever do Estado, facilitar a vinculação dos desempregados” (GACETA CONGRESO, 30 de jul. 1993).

No projeto, também se definem os integrantes do sistema, reestruturando algumas instituições e criando outras. Este também estabeleceu organismos de direção, vigilância e controle: Ministérios da Saúde e do Trabalho, Conselho Nacional de Seguridade Social e Saúde e Superintendência Nacional de Saúde. Os organismos de administração e financiamento se constituíram como as entidades

promotoras de saúde, direções seccionais, distritais e locais de saúde e Fundo de Solidariedade e Garantia. Também foram estabelecidas as características e funções das instituições prestadoras de serviços, assim como as funções, deveres e direitos dos empregadores, trabalhadores formais e profissionais autônomos e liberais.

As características fundamentais foram basicamente as mesmas tratadas nas diferentes alternativas de política, no referente ao tipo de seguro, à administração, à prestação dos serviços e à definição do plano de benefícios (Quadro 3).

5 Discussão

O governo de Cesar Gaviria (1990-1994) foi capaz de conduzir a transição na crise de direção ocorrida na sociedade colombiana durante a segunda metade do século XX. Gerou-se a esperança de mudança, organizaram-se elementos de consenso sobre políticas concretas e as soluções a serem implementadas pelo novo governo constituindo-se em uma nova hegemonia, inclusive no setor saúde. Ou seja, construiu-se uma nova institucionalidade que permitiu manter a dominação e gerar o consenso, dando espaço a novas forças políticas.

Outro aspecto relevante para a construção da direção foi que, como a maioria dos ministros e dos congressistas era do mesmo partido do presidente, pode-se observar que, mesmo havendo um processo amplo de debate sobre a estruturação do sistema, este satisfaz a ideologia de fortalecimento da economia, imperante durante esse período. Como foi manifestado, os recursos da previdência terminaram indo para os grupos financeiros e “ativando” a economia.

Alguns legisladores aprofundaram nas discussões sobre as noções de direito e de serviço público, mas a interpretação da Constituição orientou-se na via da privatização, da defesa dos interesses particulares na prestação e administração dos recursos da saúde e previdência. O Executivo também não teve oposição organizada e fortalecida no Legislativo, que tinha maioria liberal e que conseguiu fazer coalizões com os outros partidos representados para apoiar as iniciativas do Governo.

Além disso, a presença de forças políticas de esquerda na Assembleia Constituinte, no Ministério da Saúde e no Congresso não foram suficientes para alterar de forma significativa os planos que o Executivo tinha para a reforma do Sistema de Seguridade Social incluindo a saúde. Estes grupos não ocuparam posições na estrutura do Estado, para produzir influências ideológicas. Portanto, não se configurou uma contra-hegemonia, ou seja, não se apresentou um processo de construção por parte das classes subalternas de uma ideologia própria para dar direção ao novo sistema de saúde e previdência. Segundo Gramsci (1978, p. 55), a classe dirigente tradicional, que tem um numeroso pessoal preparado que pode retomar o controle do que lhe foge, com uma rapidez maior do que a que se verifica entre as classes subalternas.

Por outro lado, atores sociais como Acemi que acabou ocupando posições ao interior do Estado, influenciou na formulação da Lei. Evidenciou-se que a reforma do

sistema de saúde foi um dos objetivos do Programa de Governo Gaviria e esse propósito se manteve ao longo do seu governo e se concretizou com a formulação e posterior implementação da Lei 100 em curso.

No caso do SNS (o Sistema de Saúde colombiano que funcionou entre 1972 e 1993), foram múltiplas as análises econômicas divulgadas por diferentes atores, a maioria na via da reforma com orientação privatista. Os burocratas e analistas fazem análises, divulgam informes e outros documentos que fazem parte da preparação da comunidade política para futuras ações, mesmo não tendo resultados concretos no momento (KINGDON, 1995). Isso aconteceu já desde o governo de Virgílio Barco (1986-1990).

Desde a estrutura econômica, o capitalismo continua tendo a obtenção de lucro privado como objetivo, o que explica a utilização cada vez maior de economistas, analistas de mercado, especialistas e consultores de administração no setor da saúde, evidenciando a racionalidade orientada para o lucro (MILLIBAND, 1982). A partir dessa lógica, foi assim avaliado, pelos atores envolvidos, o SNS, assinalando a crise econômica do setor como argumento para a necessidade de mudar o sistema e apresentando o mercado regulado pelo Estado e administrado pela iniciativa privada, como a melhor solução possível.

A ideologia norte-americana está marcada pelo protagonismo da iniciativa privada na construção da nação e as propostas que procuram, por exemplo, a implementação de um serviço nacional público de saúde não são consideradas com seriedade, conforme afirma Kingdon (1995 p.134) “nossa ética é a iniciativa privada, e quando o governo tenta fazer algo diferente, as pessoas gritam socialismo”. Na Colômbia, a ideologia é relativamente hegemônica no mesmo sentido, pois apenas duas das nove propostas estruturaram-se no sentido de formular um sistema público estatal de saúde. Nesse sentido, na Colômbia a disputa entre a posição liberal e a tendência “comunista” estatista também estava em decadência como acontecia em todo mundo no final dos anos 80. No processo de reforma da Seguridade Social na Colômbia, os grupos de interesse que se organizaram, não procuraram manter o sistema vigente, mas sim manter os benefícios que o sistema representava para estes, como foi o caso dos trabalhadores da Ecopetrol, dos professores (Magistério) e das universidades, confirmando as evidências de Kingdon (1995).

Chama a atenção que no caso colombiano, a política de Seguridade Social – previdência e saúde – foi tratada como alta política (*high politics*), já que foi entendida

pela comunidade política e pela sociedade política como “estando relacionada a questões-chave ou fundamentais para o interesse nacional e relacionada com os objetivos do Estado no longo prazo” (EVANS; NEWNHAM, 1992, p. 127-184 apud WALT, 2006, p. 42). Assim, para Walt (2006), em geral, a política de saúde é uma baixa política (*low politics*) e, portanto, é razoável analisar o processo de sua formulação como um processo pluralista mais do que como um processo elitista. Porém, no caso colombiano, ao se tratar de uma macro política ou de uma política sistêmica de nível nacional, pode-se entender como um processo elitista ou mais especificamente como um processo corporativista. Neste sentido, já que, foi a lei 100 que fortaleceu os grupos de interesse na indústria da saúde, observou-se que o modelo de *policy-making* mais próximo neste caso é o de comunidades de política, as quais são comunidades cada vez mais especializadas, restritas e com tendências oligárquicas, nas quais predominam representantes da burocracia estatal qualificados legal e politicamente (LABRA, 1999, p. 163). Essa comunidade política, que desenhou as alternativas, esteve conformada por atores da sociedade civil e da sociedade política dentro do próprio Executivo, que agiram como empreendedores no processo no sentido de Kingdon (1995) ou como intelectuais orgânicos no sentido de Gramsci (PORTELLI, 2002, P.111).

Essa política afetou vários interesses. Primeiro, de toda a população, ao estabelecer novas formas de ter acesso aos serviços de saúde; segundo, da empresa privada empregadora e dos trabalhadores, já que alterou as regras de jogo sobre a vinculação e a contribuição; terceiro, das seguradoras de saúde e previdência e, portanto, do setor financeiro, já que criou e regulamentou estes mercados; quarto, do setor público de saúde porque alterou sua natureza jurídica; e quinto, do Estado em geral porque redefiniu sua estrutura e seus objetivos no setor, agora mais restrito.

Sobre as reformas neoliberais na América Latina, Draibe (2006, p.16) descreve mudanças significativas no plano dos valores nestas sociedades, com a emergência de novos mapas cognitivos e valorativos referentes ao Estado, à economia, à liberdade, à justiça social, aos papéis e às relações desejáveis entre o Estado, a economia, e os indivíduos. Assim, mudanças vêm se aprofundando em direção a valores liberais, cosmopolitas, mas, sobretudo individualistas e competitivos. Espalharam-se, entre as elites e as classes médias, valores anti-estatistas bastante fortes, contaminando a legitimidade de instituições públicas decisivas para a manutenção e expansão da coesão social (DRAIBE, 2006, p. 16).

A “seguridade social” foi definida na Constituição de 1991 como o conjunto de políticas públicas, inspiradas nos princípios de justiça social de “dar a cada um, segundo suas necessidades básicas”, para garantir a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital socialmente estabelecido, onde o acesso depende unicamente da necessidade dos indivíduos. Nesse sentido, as políticas sociais têm um papel redistributivo para corrigir as desigualdades geradas no mercado. Esse modelo faz parte da ideologia social-democrata e se fundamenta no princípio de justiça (ROWLS, 2000). Contraditoriamente, no caso colombiano, funcionou como modelo para implementação da política neoliberal na seguridade social.

Assim, a política pública (Lei 100) estabeleceu “regras de jogo”, que influenciaram a alocação de recursos econômicos e políticos, facilitando a formação ou expansão de grupos particulares, encorajando determinadas ações e bloqueando outras (GONÇALVES, 2009). Além disso, deu-se continuidade ao modelo médico assistencial privatista, mas dando elementos jurídicos para a incorporação em grande escala do *modelo de atenção gerenciada*, modelo fundamentado na economia, nas análises custo-benefício e custo-efetividade, e na medicina baseada em evidência (PAIM, 2008). Neste modelo, considera-se a saúde/doença como uma mercadoria, é biologistica, implica a subordinação do consumidor e incorpora a visão “preventivista”, já que, dessa forma pode baixar os custos e aumentar os lucros das empresas de saúde (PAIM, 2008).

No processo de avaliação de alternativas e de tomada de decisão, foram necessários os acordos sobre alguns temas que afetavam diretamente grupos organizados. Para Gramsci (1978), o fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que se devem levar em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais a hegemonia será exercida. É necessário que se forme certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativista. Contudo, também é indubitável que os sacrifícios e o compromisso não se relacionam com o essencial, pois se a hegemonia é ético-política também é econômica. Ou seja, não pode deixar de se fundamentar na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da atividade econômica.

Diferentemente do Brasil, a Colômbia já possuía nos anos 90 um SNS estruturado com rede de serviços própria, ou seja, uma ampla estrutura pública para a prestação de serviços de saúde, por um lado, para a assistência aos pobres, com uma rede de hospitais públicos importante e, por outro lado, com a estrutura de

centros e clínicas do ISS que chegava a maioria dos municípios do país. Além disso, diferentemente do ocorrido no Brasil, a implementação dos silos³⁹ nos anos 70 não se constituiu em espaço de formação de quadros políticos no setor saúde (professores universitários, profissionais de saúde ou população), capazes de, nas décadas seguintes, se posicionarem em uma contra-hegemonia, ou ocupando espaço na estrutura do Estado (guerra de posição).

A reforma do setor nos anos 90 com a privatização do setor saúde na Colômbia segundo Drake (1994, apud OPS, 2002) deve ser entendida também como resultado da expansão dos mercados de seguro-saúde no marco do crescimento das empresas transnacionais, com a especialização do setor financeiro nesses serviços que encontraram na Colômbia terreno fértil para essa expansão.

A constituição de um novo pacto no país favoreceu a legitimação dos objetivos e interesses corporativos das agências asseguradoras da previdência, de saúde e de saúde do trabalhador, o que significou o desenho e posterior implementação de uma política que universalizou o seguro-saúde enquanto bem individual e não de interesse coletivo. Assim, dentro do Estado Social de Direito instaurado à época, a saúde e a previdência ajudaram a dinamizar o setor econômico.

Na análise do processo de agenda e formulação da Lei 100, este estudo teve como lacuna importante a pouca aproximação às posições contra-hegemônicas, por um lado, pela pouca participação desses atores nos espaços legitimados pelo sistema político colombiano e, por outro, pela ausência de dados primários como entrevistas junto a atores-chave representantes de grupos subalternos. Outra lacuna evidente é a discussão sobre a relação entre o público e o privado no âmbito da garantia dos direitos. Além disso, o presente estudo não se aprofundou nas relações entre os poderes executivo e legislativo que poderiam explicar alguns caminhos na formulação de propostas políticas para a saúde, conforme aponta Baptista (2010).

Segundo o Banco Mundial (1987), o investimento privado melhoraria a eficiência e qualidade dos serviços como consequência da concorrência entre seguradores e prestadores de serviços. Cabe responder a essa questão com estudos que avancem na análise dessa implementação neste país específico.

³⁹Sistemas Locais de Saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, J. *Cultura Política e Hegemonia* In: Anais do IV Compolítica. Apresentado no GT Cultura Política, Comportamento e Opinião Pública sob coordenação de Luciana Veiga (UFPR), abril de 2011.
2. BANCO MUNDIAL. *El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo: Una Agenda para la Reforma*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 6, n. 103, p. 695-739, 1987.
3. BAPTISTA, T. *Análise da produção legislativa em Saúde no Congresso Nacional Brasileiro (1990-2006)*. Cadernos de Saúde Pública, 2010. 25(1):97-109.
4. 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.
5. CARDENAS, Miguel; OLANO, Guillermo. *Reforma de la Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Fundación Friedrich Ebert de Colombia – FESCOL, Fundación para la Educación Superior, Fundación Corona, Fundación Restrepo Barco, 1992.
6. CARRASQUILLA, G. Intervención en el conversatorio sobre la cooperación OPS-Estado Colombiano desde una perspectiva regional. 5 de junio de 2002. Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali. (Inédito).
7. COLOMBIA. Constitución (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá, DC: Asamblea Nacional Constituyente, 1991.
8. COLOMBIA. Ley 10, de 10 de enero de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 39.137, Bogotá, DC, 10 ene. 1990.
9. COLOMBIA. Ley 100, de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148, Bogotá, DC, 23 dic. 1993.
10. COLÔMBIA. Ley 60, de 12 de agosto 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. Diario Oficial 40.987, Bogotá, DC, 12 ago. 1993.
11. CRUZ, L.F. El sistema de salud pública de Cali. In: *Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en grandes ciudades*. FES-Fundación para la Educación Superior. S.c.: FES: 133-146, 1990.

12. FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução de Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.
13. GONÇALVES, T. M. *Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde*. Locus: revista de história, Juiz de Fora, v. 15, n. 2 p. 47-69, 2009.
14. GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
15. HERNÁNDEZ, M. *Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia*. Cad. Saúde Pública 18(4): 991-1001, 2002.
16. JARAMILLO, I. *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 cinco años después*. 4ª ed. Santa Fe de Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona, 1999.
17. KINGDON, J. *Agendas, Alternatives, and public policies*. New York: Logman, 1995.
18. LABRA, Maria. 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.
19. MARX, K. Introdução à Crítica da Economia Política. In: MARX, K. *Os Pensadores*. São Paulo: Nova cultura, 1996.
20. MEDICINA Prepagada Quiere administrar Hospitales. *El Tiempo*, Información General, Bogotá, 06 set. 1992. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-195383>. Acesso em: 12 abr. 2011.
21. MILIBAND, R. *O Estado na Sociedade Capitalista*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
22. MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
23. NOMBRADO Director en Acemi. *El tiempo*, Información General, Bogotá, 06 mar. 1992. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-56538>. Acesso em: 12 abr. 2011.
24. ORGANISACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *OPS y el Estado Colombiano: 100 años de Historia, 1902-2002*. Bogotá, 2002. Disponível em: http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPSestado100_print.htm. Acesso em: 24 out 2011.

25. PAIM, J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (org); ESCOREL, S. (org.); LOBATO, L. V. C. (org.); DE NORONHA, J. C. (org.); CARVALHO, A. I. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p. 547-573.
26. PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*. 2007. P.300. Tese de Doutorado Saúde Pública-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
27. PORTELLI, Huges. *Gramsci e o Bloco Histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
28. POULANTZAS, N. *Poder político e classes sociais*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
29. ROWLS, John. *Justiça e Democracia*. Ed. Martins Fontes, 2000.
30. SANTOS, Antonia; IBEAS, Juan. Elecciones y Reforma Política en Colombia (1990-1991). *Revista de Derecho Político* – Universidad Complutense, Madrid, n. 40, p. 341-378, 1995.
31. UN Ministerio divide al M-19. *El tiempo*, Información General, Bogotá, 07 jul. 1992. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-152376>. Acesso em: 04 jan. 2012.
32. 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 del México.
33. WALT, G. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. 8. ed. London: Zed Books Ltd, 2006.