

Trajectoria das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015

Public-private relations in the Colombian health system from 1991 to 2015

Trayectoria de las relaciones público-privadas en el sistema de salud colombiano de 1991 a 2015

William Iván López Cárdenas ¹
Adelyne Maria Mendes Pereira ²
Cristiani Vieira Machado ¹

doi: 10.1590/0102-311X00114016

Resumo

O sistema de saúde da Colômbia representa um caso ilustrativo das reformas neoliberais na América Latina, caracterizado pela ampla participação do setor privado na administração dos recursos e na prestação de serviços de saúde. O sistema compreende um regime de benefícios para as pessoas com capacidade de pagamento e um pacote de serviços básicos com financiamento estatal para as pessoas pobres. A pesquisa teve por objetivo analisar os arranjos público-privados no sistema de saúde da Colômbia entre 1991 e 2015, abarcando as dimensões de asseguramento e financiamento. Realizou-se um estudo de caso que compreendeu revisão bibliográfica, análise documental e de dados secundários. Os resultados sugerem que a reforma de 1993 concebeu a saúde como um serviço público a ser provido pelos mercados. Houve mudanças no papel do Estado, que delegou funções da atenção à saúde ao setor privado mediante ações regulatórias e contratuais. A partir de 2000, reformas incrementais compreenderam mudanças instrumentais no sistema, e outras iniciativas buscaram expandir as responsabilidades do Estado na garantia do direito à saúde. Em termos de asseguramento, os principais avanços foram a expansão da cobertura do seguro e a igualação das cestas de benefícios entre regimes (ainda que tardios). Quanto ao financiamento, destacam-se as inequidades no gasto per capita entre regimes e a ineficiência da intermediação financeira. O caso colombiano evidencia limites na estruturação de sistemas de saúde com forte participação de mercados, contribuindo para a reflexão sobre os desafios da proteção social em saúde nos países da América Latina.

Parcerias Público-Privadas; Reforma dos Serviços de Saúde; Política de Saúde

Correspondência

W. I. López Cárdenas
Calle 46A 20 15 Olivos, 1 Sector, Soacha, Cundinamarca
000000, Colômbia.
williamlopez16@gmail.com

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

² Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

A América Latina é marcada por desigualdades na distribuição da riqueza, de bens e serviços sociais. As políticas sociais se estruturaram na região a partir de 1920, com diferenças entre os países¹. De tipo meritocrático e corporativo, estavam atreladas ao emprego formal e estratificavam os beneficiários por categorias ocupacionais. Em um contexto de baixo assalariamento, excluía grandes contingentes como populações rurais e aquelas não inseridas no mercado de trabalho formal^{2,3,4}.

O desenvolvimento dessas políticas na região foi influenciado pelas características dos Estados latino-americanos e sua posição nas relações de poder da esfera global⁵, bem como pela presença de regimes autoritários em vários países ao longo do século XX⁶. Os processos de redemocratização a partir dos anos 1980 demandaram dos Estados novas responsabilidades na garantia de direitos sociais^{3,4}. Por outro lado, o aumento da dívida externa, somado à crise econômica mundial nas décadas de 1970 e 1980, levou a críticas aos Estados protecionistas e desenvolvimentistas. As ideias neoliberais ganharam destaque, propondo-se a redução do tamanho e das funções do Estado mediante estratégias como a privatização, a desregulação e a reforma dos sistemas de bem-estar⁷.

A agenda de reforma dos Estados repercutiu sobre os sistemas de saúde na América Latina. A partir dos anos 1990, agências internacionais como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) intensificaram ações de apoio técnico e financeiro associadas a propostas de reformas na saúde baseadas em: focalização de serviços nos pobres; separação das funções de financiamento e provisão; especialização do Estado em ações regulatórias; criação de mercados com competição entre prestadores públicos e privados; redução do financiamento dos prestadores públicos, transformando os subsídios à oferta em subsídios à demanda; participação financeira dos usuários segundo capacidade econômica; e ênfase em ações básicas de saúde para racionalizar os gastos^{8,9,10}.

As reformas na saúde adquiriram configurações variadas nos países da América Latina, condicionadas por sua trajetória histórica, sistema político, luta de atores sociais e interação entre distintos projetos políticos⁴.

A Colômbia é um caso ilustrativo das reformas da saúde inspiradas por ideias neoliberais. O modelo de sistema de saúde implantado em 1993 com base no “pluralismo estruturado”¹⁰ incorporou diretrizes da agenda de reforma dos organismos de cooperação internacional, como: participação de empresas seguradoras na administração dos recursos e dos riscos em saúde; expansão da prestação privada de serviços; participação financeira dos cidadãos segundo capacidade de pagamento; adoção de pacotes básicos de benefícios e focalização nos pobres.

Em 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, em que a Colômbia foi destacada em primeiro lugar nas dimensões de equidade financeira e performance do sistema¹¹, expressando a disputa de projetos de sistemas de saúde para a América Latina.

Desde 2005, a estratégia de Cobertura Universal em Saúde vem sendo defendida pela OMS para fortalecer os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento¹². Argumenta-se que, diante da escassez de recursos, é necessário segurar os riscos financeiros relacionados ao atendimento à saúde. O financiamento estatal seria insuficiente para suportar o custo desses riscos e, portanto, transferir-los à administração privada por empresas seguradoras seria eficiente para garantir a cobertura da população em um pacote de serviços de saúde. A focalização do financiamento público nos pobres e a universalização de uma cesta de benefícios essenciais são concebidas como o caminho para atingir a equidade¹³.

Essa proposta reitera diretrizes incorporadas à reforma de saúde colombiana. Na América Latina, persiste a disputa quanto aos modelos mais adequados para melhorar a eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, diante dos desafios de transição demográfica e epidemiológica e de diferentes concepções quanto ao papel dos Estados e mercados na saúde.

Este artigo objetiva analisar as relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015, com foco nos componentes de asseguramento e financiamento, visando a contribuir para o debate sobre as possibilidades e limites das propostas de configuração dos sistemas de saúde latino-americanos.

Metodologia

Realizou-se um estudo de caso das reformas no sistema de saúde colombiano de 1991 a 2015.

A Colômbia foi escolhida por ser um país em que as diretrizes das agências internacionais foram incorporadas de maneira radical no período. Além disso, em 2014 era o terceiro país com a maior população (47.661.787 habitantes) e a quarta maior economia da América Latina (Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALStat. Base de datos y publicaciones estadísticas. http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp?idioma=-e, acessado em Dez/2015). É uma República Unitária, descentralizada, com autonomia das entidades territoriais, constituída como um Estado Social de Direito. A Colômbia está dividida em 32 departamentos e um distrito-capital, 1.102 municípios e vinte áreas povoadas não municipalizadas. O Estado colombiano compreende os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Além disso, existem órgãos de controle autônomos: Controladoria Geral da República e Ministério Público, conformados pela Procuradoria Geral da Nação e pela Defensoria do Povo.

Entre 1991 e 2013, houve queda na taxa de pobreza da Colômbia de 56,1% para 30,7% e na taxa de pobreza extrema de 26,1% para 9,1%, embora o país ainda seja um dos mais desiguais da América Latina (Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALStat. Base de datos y publicaciones estadísticas. http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp?idioma=-e, acessado em Dez/2015).

O período de estudo – 1991 a 2015 – foi definido em função de marcos normativos relevantes à compreensão das continuidades e mudanças nas reformas do sistema de saúde. Em 1991, foi proclamada a atual Constituição colombiana, que contemplou a saúde e a seguridade social como responsabilidades estatais. Em 1993, a *Lei nº 100*, que regulamentou o mandato constitucional da seguridade social e permitiu a participação do setor privado no sistema de saúde. No último ano do período, foi proclamada a *Lei Estatutária de Saúde nº 1.751* de 2015, com implicações para a composição público-privada instituída a partir de 1993.

A pesquisa considerou duas dimensões: (i) trajetória institucional de reformas e organização do sistema de saúde; e (ii) relações público-privadas nas dimensões de asseguramento e de financiamento do sistema de saúde.

A primeira dimensão envolve a trajetória das normas e regras formais que regem as relações entre organizações e atores do sistema de saúde. Também abrange as implicações das características gerais do Estado colombiano para as políticas de saúde e a influência dos organismos financeiros internacionais sobre a proteção social à saúde. O marco legal e normativo considerado para analisar essa dimensão consta na Tabela 1.

Quanto à segunda dimensão, a análise do asseguramento envolveu a caracterização das entidades de administração do seguro de saúde por natureza jurídica, e da trajetória de cobertura dos diferentes regimes de benefícios. O financiamento diz respeito ao papel estatal de prover recursos para oferecer serviços de saúde, abrangendo mecanismos de arrecadação, promoção de solidariedade, alocação e execução dos recursos. O estudo privilegiou a análise da composição público-privada, dos critérios de financiamento e dos gastos em saúde por tipo de regime.

As técnicas de pesquisa compreenderam: revisão bibliográfica nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, LILACS e MEDLINE; análise documental e de dados secundários.

A análise documental considerou: (i) documentos técnicos do Ministério da Saúde e Proteção Social, Procuradoria da Colômbia, Controladoria da Colômbia, Defensoria do Povo, Superintendência Nacional de Saúde e da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL); (ii) leis, decretos e resoluções do Congresso, da Presidência da República e do Ministério de Saúde; (iii) jornais e revistas.

Para o levantamento de dados secundários, utilizaram-se as fontes: Sistema Integral de Informação da Proteção Social (Cubos del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO); CEPALStat; Observatório de Proteção Social da Colômbia; Observatório de Economia da Saúde da Universidade de Antioquia; censos e pesquisas por amostra de domicílios do Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE).

Tabela 1

Legislação, documentos e fontes de dados secundários relativos ao asseguramento e ao financiamento no Sistema Geral de Seguro Social de Saúde. Colômbia, 1993-2015.

Legislação e documentos (regras)	
Componente	Fonte/Ano
Regimes do Sistema Geral de Seguro Social de Saúde	<i>Lei nº 100</i> de 1993 e <i>Lei nº 508</i> de 1999. Acordo do CNSSS: 233 de 2002.
Requisitos de habilitação de EPS e para administrar o risco em saúde	<i>Decretos nº 1.485</i> de 1994, <i>nº 2.357</i> de 1995, <i>nº 1.804</i> de 1999 e <i>nº 506</i> de 2005. Acordos do CNSSS: 49 de 1996, 72 de 1997 e 415 de 2009. <i>Lei nº 1.122</i> de 2007.
Intermediação financeira de EPS: destinação dos recursos da UPC	Regime Contributivo: <i>Decreto nº 1.485</i> de 1994 e <i>Lei nº 1.438</i> de 2011. Regime Subsidiado: Acordos do CNSSS: 56 de 1997, 114 de 1997, 46 de 2000, 244 de 2003, 258 de 2004, 343 de 2006 e 415 de 2009; <i>Decreto nº 1.804</i> de 1999 e <i>Lei nº 1.438</i> de 2011.
Requisitos de acesso à atenção à saúde	Regime Contributivo: <i>Lei nº 100</i> de 1993, <i>Lei nº 755</i> de 2002, <i>Lei nº 1.122</i> de 2007, <i>Lei nº 1.468</i> de 2011, <i>Lei nº 1.438</i> de 2011; <i>Decretos nº 1.584</i> de 1994, <i>nº 806</i> de 1998, <i>nº 1.804</i> de 1999, <i>nº 2.400</i> de 2002; Sentença C-174 de 2009 e 1476 de 2011 do Conselho de Estado; e Acordo do CNSSS 08 de 1994. Regime Subsidiado: <i>Lei nº 1.438</i> de 2011; <i>Decretos nº 3.047</i> de 2013 e <i>nº 683</i> de 2013; Acordos 23 de 1995, 41 de 1996, 77 de 1997, 97 de 1997, 138 de 1999, 192 de 2001, 244 de 2003, 273 de 2004, 294 de 2005 e 415 de 2009; <i>Resoluções do Ministério da Saúde nº 2.042</i> de 2010 e <i>nº 2.635</i> de 2014.
Conteúdos do POS	<i>Lei nº 100</i> de 1993; e <i>Decreto nº 806</i> de 1998. Acordos do CNSSS: 008 e 009 de 1994; 23 de 1995; 49 de 1996; 53, 72, 74 e 83 de 1997; 226 de 2002; 254 de 2003; 259 e 282 de 2004; 289, 306 e 313 de 2005; 350 de 2006; 356 de 2007 e 395 de 2008. Acordos da CRES: 003 e 008 de 2009, 28 e 29 de 2011. <i>Resoluções do Ministério da Saúde: nº 5.261</i> de 1994, <i>nº 3.997</i> de 1996, <i>nº 412</i> de 2000, <i>nº 1.963</i> de 2008 e <i>nº 5.521</i> de 2013.
Equiparação dos conteúdos do POS entre regimes contributivo e subsidiado	Corte Constitucional da Colômbia: Sentença T-760 de 2008. Acordos da Comissão de Regulação em Saúde: 004 e 005 de 2009, 011 de 2010, 027 de 2011 e 032 de 2012.
Regras sobre copagamentos e coparticipações	Regime contributivo: Acordos do CNSSS: 08 de 1994, 30 de 1996 e 260 de 2004. Regime subsidiado: <i>Lei nº 1.122</i> de 2007; <i>Decreto nº 2.357</i> de 1995; Circular 0016 de 2014 do Ministério da Saúde; Acordos do CNSSS: 23 de 1995, 30 de 1996, 61 de 1997, 260 de 2004 e 365 de 2007.
Fontes de dados secundários (cobertura, gastos e composição público-privada)	
Componente	Fonte/Ano
Dados de cobertura do seguro de saúde 1995-2014	Regime subsidiado: período 1995 a 1998: Grupo de Economia da Saúde – Universidade de Antioquia; período 1999 a 2008: Ministério da Saúde, histórico de cobertura; 2009 a 2014: SISPRO, BDUA. Regime contributivo: informes do Ministério da Saúde ao Congresso 2002-2005, 2006-2009 e 2014; período 2009 a 2014: SISPRO-BDUA.
Dados de composição público-privada no asseguramento	SISPRO.
Dados de composição público-privada do financiamento	Composição do gasto em saúde: Relatório de Contas da Saúde da Colômbia 1994 a 2003 e 2004 a 2011 do Ministério da Saúde. Valor da Unidade de Pagamento por Capitação (UPC), porcentagens de ajuste e gasto per capita entre regimes: SISPRO (BDUA); Relatório de Contas da Saúde da Colômbia 1994 a 2003 e 2004 a 2011 do Ministério da Saúde; e o estudo de sustentabilidade financeira do setor saúde FEDESARROLLO em 2012. Acordos do CNSSS: 09, 11 e 12 de 1994; 20, 23 e 26 de 1995; 29 e 35 de 1996; 50, 72 e 84 de 1997; 119 e 130 de 1998; 159 de 1999; 161 e 186 de 2000; 218 de 2001; 229, 234 e 241 de 2002; 259, 267 e 282 de 2004; 291 e 322 de 2005; 336 e 351 de 2006; 360 de 2007; 379, 381, 403 e 404 de 2008. Acordos da CRES: 05 e 09 de 2009; 11 e 19 de 2010; 23, 25, 27 e 30 de 2011; 32/2012. Resoluções do Ministério da Saúde Colômbia: 4480 de 2012 e 5522 de 2013.
Dados de recursos gastos pelas EPS 2000-2005	DANE; Conta Satélite de Saúde 2000-2005.

BDUA: Base de Dados Única de Filiados; CNSSS: Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde (CNSSS); CRES: Comissão de Regulação em Saúde; DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estatística; EPS: Empresas Promotoras de Saúde; FEDESARROLLO: Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo; POS: Plano Obrigatório de Saúde; SISPRO: Sistema de Informação da Proteção Social; UPC: Unidade de Pagamento por Capitação.

Resultados e discussão

Trajetória de reformas e organização do sistema de saúde da Colômbia

Destacaram-se três momentos na trajetória de reformas e organização do sistema de saúde da Colômbia: a reforma constitucional de 1991; o momento de desenho e implantação da reforma do sistema de saúde entre 1993 e 2003; e as reformas incrementais entre 2004 e 2015 (Tabela 2).

A reforma constitucional de 1991 reconheceu a seguridade como direito social. Contudo, a partir de 1993, a lei que regulamentou a seguridade social incorporou as diretrizes da agenda neoliberal de reformas. Configurou-se um sistema de seguro de saúde com atores especializados nas funções de regulação, financiamento, intermediação e prestação de serviços; participação do setor privado na administração dos recursos do seguro social e na prestação dos serviços de saúde; focalização e segmentação de benefícios segundo a capacidade de pagamento da população; participação financeira dos usuários; e mudanças no financiamento dos prestadores públicos de saúde, substituindo o financiamento da oferta pelo financiamento da demanda.

A inflexão mais importante da reforma de 1993 foi a imposição da lógica mercantil à assistência à saúde, transformando-a em bem de consumo. Soma-se a redução do papel planejador e prestador do Estado, que se voltou para ações de regulação e contratualização. Negligenciaram-se aspectos como: desenvolvimento científico e tecnológico; formação, alocação e fixação de recursos humanos nos territórios; descentralização e regionalização da saúde. As ações de planejamento e programação em áreas estratégicas foram fragilizadas em comparação ao vasto número de regulamentações voltadas para o asseguramento e financiamento, considerados eixos estruturantes da organização do sistema de saúde.

As reformas de 2007, 2009 e 2011 tiveram caráter incremental, introduzindo mudanças instrumentais, sem romper com a configuração estrutural e a racionalidade econômica do sistema de saúde, vigentes desde 1993. Manteve-se a participação do setor privado na administração dos recursos do seguro social e na prestação de serviços de saúde, bem como a ênfase no Estado regulador e contratual.

A Sentença T-760 de 2008 da Corte Constitucional foi a primeira mudança contrária à mercantilização da saúde desde 1993. Em decorrência, reconheceu-se o direito constitucional à saúde; formalmente, equiparou-se o Plano Obrigatório de Saúde (POS) entre os regimes contributivo e subsidiado; definiu-se uma metodologia para a atualização bianual do POS e para garantir a prestação de serviços antes excluídos da cesta de benefícios; e aumentou-se o financiamento do regime subsidiado. Como desdobramento, regulamentou-se o direito fundamental à saúde mediante a *Lei Estatutária de Saúde*, aprovada em 2015. Apesar disso, manteve-se a segmentação do sistema de saúde.

Relações público-privadas no asseguramento e financiamento do sistema de saúde da Colômbia

• Relações público-privadas no asseguramento

O seguro de saúde foi concebido como o principal mecanismo que garantiria o acesso à saúde. As Empresas Promotoras de Saúde (EPS), criadas pela *Lei nº 100* de 1993, são encarregadas da intermediação financeira e da administração do risco em saúde dos segurados.

No regime contributivo, a intermediação financeira ocorre a partir da filiação de contribuintes e familiares. Envolve arrecadação compulsória das contribuições; transferência ao fundo comum de solidariedade da diferença entre as contribuições arrecadadas e o valor *per capita* que a seguradora recebe para administrar o POS; contratação e pagamento dos serviços de saúde utilizados pelos segurados.

No regime subsidiado, a intermediação financeira é realizada mediante um instrumento de contratualização entre seguradoras e secretarias de saúde ou prefeituras. O contrato especifica um número de vagas a serem preenchidas pelos beneficiários selecionados pelos mecanismos de focalização do Estado. A seguradora filia as pessoas e recebe da prefeitura o valor *per capita* correspondente ao número de usuários segurados para garantir a prestação do POS.

Tabela 2

Trajetória de reformas do sistema de saúde colombiano.

Momentos	Marcos institucionais, contexto, características e efeitos
1991 a 1993: reforma constitucional de 1991	<p>Marco institucional: Constituição Política de 1991, <i>Lei nº 10</i> de 1990.</p> <p>Contexto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos sociais e políticos demandam intervenção estatal na área social; - Incorporação à vida política de grupos de ex-guerrilheiros; - Início da descentralização do Estado e da saúde; - Agenda neoliberal de reformas do Estado na América Latina. <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridade social incluída como parte dos direitos sociais na Constituição (ambiguidade de conteúdos). - Saúde definida como um serviço público, sob a coordenação do Estado e com participação do setor privado na prestação de serviços. <p>Efeitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política corporativista e excludente: aposentadorias e riscos laborais beneficiam a população vinculada ao mercado formal de trabalho; regimes de saúde diferenciados em benefícios e gasto <i>per capita</i>.
1993 a 2003: desenho e implantação da reforma do sistema de saúde	<p>Marco institucional: <i>Lei nº 60</i> de 1993 e <i>Lei nº 100</i> de 1993.</p> <p>Contexto:</p> <p>Três propostas em disputa pela regulamentação da seguridade social:</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Expansão do seguro de saúde com financiamento público para os não vinculados ao mercado formal de trabalho, administrado pelo Instituto de Seguros Sociais; ii) Sistema de seguro de saúde, descentralizado, administrado pelas secretarias de saúde dos departamentos; iii) Seguro de saúde ofertado por mercados regulados, participação privada na administração dos fundos do seguro social, na prestação de serviços e focalização do financiamento público nos mais pobres (segundo as diretrizes da agenda neoliberal de reformas da saúde). <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criação do Sistema Geral de Seguro Social de Saúde, organizado em quatro funções com atores especializados na execução: <ol style="list-style-type: none"> i) Financiamento: governo define valor anual do prêmio de seguro e administra um fundo único de arrecadação de recursos financeiros. <ul style="list-style-type: none"> ii) Asseguramento/intermediação: empresas seguradoras públicas e privadas administram os recursos financeiros e o risco em saúde. População segmentada em regimes com pacotes de serviços de saúde (POS) diferenciados segundo a capacidade de pagamento: regimes contributivo e subsidiado (o pacote de serviços é financiado pelo Estado). Criou-se um grupo de não segurados que compreende as pessoas pobres em lista de espera para vaga no regime subsidiado. Manteve-se o regime de exceção, que compreende as forças militares, o Magistério e empresas públicas como Ecopetrol e o Banco da República. Esse regime não pertence ao sistema de seguro, tem financiamento estatal e serviços mais abrangentes do que os outros regimes, embora as cestas de benefícios variem segundo a entidade. iii) Prestação de serviços: hospitais públicos transformados em empresas autônomas, competição com prestadores privados pela venda de serviços. iv) Regulação: realizada pelo Ministério da Saúde e agências independentes (Superintendência Nacional de Saúde) no nível nacional; alguns aspectos delegados para os governos da esfera departamental e municipal. v) Ações de saúde coletiva (consideradas como bens públicos): são excluídas do seguro de saúde e ofertadas pelo Estado. <p>Efeitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concepção mercantil da saúde. - Segmentação e focalização concebidas como estratégias para garantir a cobertura universal do seguro e o acesso à atenção à saúde. - Acentua-se a fragmentação institucional e da prestação de atenções individuais e coletivas. - Fragilidade do planejamento Estatal prejudica áreas estratégicas: ciência e tecnologia, medicamentos, recursos humanos, descentralização e regionalização da saúde. - Experimentalismo no desenho e implantação da reforma.

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Momentos	Marcos institucionais, contexto, características e efeitos
2004 a 2007: reformas incrementais	<p>Marco institucional: <i>Lei nº 1.122</i> de 200.</p> <p>Contexto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultados negativos na primeira década de implantação da reforma em termos de cobertura, financiamento, prestação de serviços e indicadores de saúde. - Diversos atores políticos e organizações da sociedade civil propondo mudanças no sistema de saúde. Vários projetos de reforma discutidos no Congresso, sendo aprovado o da coalizão de governo. - Expansão de empresas seguradoras e prestadores de serviço privados e enfraquecimento de seguradoras e prestadores de serviços públicos. <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financiamento e asseguramento norteiam a reforma de 2007, reiterando a lógica mercantil e a organização do sistema proposta em 1993, com mudanças instrumentais em: <ul style="list-style-type: none"> i) Regulação: criação da Comissão de Regulação em Saúde para definir conteúdos do POS e o valor do prêmio de seguro; esclarecimento das competências da Superintendência Nacional de Saúde. ii) Prestação de serviços: medidas para melhorar o fluxo de recursos financeiros aos prestadores públicos e para fortalecer a rede hospitalar pública (especialmente em territórios com baixa densidade populacional sem interesse para os mercados). iii) Saúde pública: implantação do Plano Nacional de Saúde Pública em 2007. <p>Efeitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desmonte e liquidação do Instituto de Seguros Sociais em 2007. - Intermediação financeira é mantida apesar dos problemas de ineficiência, ações orientadas ao lucro e crise financeira dos prestadores de serviços de saúde.
2008 a 2012: reformas incrementais e pontos de ruptura	<p>Marco institucional: Sentença T-760 de 2008, Decretos da emergência social em saúde (4.975 e 4.976 de 2009; 073, 074, 075, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134 e 135 de 2010) e <i>Lei nº 1.438</i> de 2011.</p> <p>Contexto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demandas sociais pelo reconhecimento do direito à saúde; incremento das ações judiciais pela violação do direito à saúde. - A partir da Sentença T-760 emergem propostas de Lei estatutária para regular o direito à saúde e de Lei Ordinária para mudar a organização do sistema de saúde: nova arena política de disputa entre setores como a sociedade civil, a academia e a coalizão de governo. <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2008: Corte Constitucional emite a Sentença T-760 que esclareceu o caráter constitucional do direito à saúde e a responsabilidade do Estado como garantidor, obrigado a realizar: equiparação progressiva dos planos de benefícios entre os regimes contributivo e subsidiado; definição de mecanismo para atualizar o POS e para autorizar a prestação de serviços excluídos requeridos pelos cidadãos; e implementação de mecanismos financeiros para garantir a cobertura universal do seguro de saúde. - 2009: Declaração de Estado de Emergência Social - tentativa antidemocrática do Executivo reformar o sistema de saúde mantendo a intermediação financeira e a focalização de benefícios: emissão de 13 decretos-lei declarados inconstitucionais em 2010 pela Corte Constitucional. - 2011: Asseguramento e financiamento são eixos norteadores dessa reforma. Medidas instrumentais similares às de 2007: reitera as competências de inspeção, vigilância e controle da Superintendência Nacional de Saúde; mecanismos como repasse direto de recursos às EPS e IPS e planos para garantir a suficiência financeira, pagamento de obrigações dos hospitais públicos. Criação da Política Decenal de Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde é mencionada como eixo estruturador do sistema de saúde (porém não foi regulamentada em 2015). <p>Efeitos-elementos de mudança:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento da saúde como direito fundamental e ações decorrentes da Sentença T-760: proposta de equiparação do POS entre regimes em 2012 e atualização bianual de conteúdos, garantia da prestação de serviços não inclusos no POS requeridos pelos cidadãos e coberturas do seguro maiores que 95%.

EPS: Empresas Promotoras de Saúde; IPS: Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde; POS: Plano Obrigatório de Saúde.

A administração do risco em saúde deve seguir regulamentações sobre números mínimo e máximo de segurados e proibição da seleção adversa. Existem mecanismos como a obrigatoriedade do resseguro de doenças catastróficas e ajustes realizados ao pagamento *per capita* em razão do risco e da distribuição geográfica. O conjunto de riscos segurados é determinado pelo conteúdo e exclusões explícitas do pacote de benefícios que compõe o POS.

O asseguramento expressa as estratégias de focalização e segmentação, usadas para atingir a cobertura universal. Segundo a reforma de 1993, a cobertura universal e a equiparação do POS entre regimes deveriam ser alcançadas até o ano 2000. Porém, a população foi estratificada nos seguintes grupos, segundo os benefícios em saúde recebidos: regime de exceção (destinado a profissionais de poucas carreiras estratégicas); regime contributivo; regime subsidiado; regime de subsídio parcial; pessoas não seguradas classificadas nos níveis de pobreza 1, 2 e 3 do instrumento de focalização do governo; e não segurados classificados nos níveis de pobreza 4, 5 e 6 deste instrumento.

Os regimes contributivo e de exceção, de caráter corporativo e meritocrático, apresentam maior gasto *per capita*, mais benefícios em saúde e prestações econômicas (auxílios de doença, paternidade e maternidade). Os quatro grupos restantes têm gasto *per capita* mais baixo, menores benefícios em saúde e carecem de auxílios econômicos. Os regimes subsidiado e de subsídios parciais tinham um pacote de serviços estabelecido, menor do que o regime contributivo; os não segurados da categoria de pobreza 1, 2 e 3 não tinham cesta de serviços definida e eram atendidos em hospitais públicos, realizando copagamentos; os classificados nos grupos 4, 5 e 6 não tinham direito à atenção no setor público (excetuam-se urgências) por serem considerados com capacidade de pagamento para filiar-se ao regime contributivo.

A Sentença T-760 de 2008 trouxe inflexões na regulamentação do POS, obrigando o Executivo a equiparar os serviços inclusos e seu custo para as três categorias de beneficiários, atualizá-los a cada dois anos, e garantir a prestação de serviços àqueles não inclusos no POS, se forem requeridos pelos usuários. O governo realizou um processo de equiparação gradativa das cestas de benefícios por faixa etária entre 2009 e 2012, de maneira que, ao final, o regime de subsídios parciais foi extinto. Contudo, embora haja um único pacote de benefícios para os regimes contributivo e subsidiado, permaneceram diferenças no seu custo.

As regras do asseguramento expressam a concepção de saúde como bem de consumo, condicionando o acesso ao pagamento da contribuição, cujo atraso era punido com suspensão da prestação dos serviços, desfiliação e perda dos períodos de carência acumulados no regime contributivo. Ainda configuravam-se como barreiras de acesso para os dois regimes: demonstração da titularidade do benefício em bases de dados e com cartão de identificação, atendimento de baixa complexidade exclusivamente no município de residência; negação ou exigência de autorização para serviços de média e alta complexidades, mesmo inclusos no POS; e a existência de copagamentos (com isenção para indígenas e moradores de rua).

Algumas dessas regras sofreram mudanças no período estudado: em 2007, outros grupos de pobres e vulneráveis foram eximidos de copagamentos para serviços inclusos no POS. Em 2011, proibiu-se a exigência do cartão de identificação para acessar os serviços, eliminaram-se períodos de carência para média e alta complexidades e proibiu-se a desfiliação como punição frente ao atraso no pagamento. Em 2013, regulamentou-se a portabilidade nacional do direito ao atendimento, garantindo a prestação dos serviços às pessoas que mudam de município de residência.

A análise das ações judiciais por violação do direito à saúde como proporção das ações judiciais impetradas pelos cidadãos entre 1999 e 2013 sugere barreiras de acesso impostas pelo esquema de asseguramento. Em 2008, o indicador atingiu o maior valor do período (41,5%), desencadeando a reação da Corte Constitucional, expressa na Sentença T-760 de 2008. Em 2013, as EPS foram acionadas em 79% dessas ações judiciais, em uma elevada proporção por serviços inclusos no POS e negados pelas seguradoras (65% no regime contributivo e 76% no subsidiado). Um estudo detalhado dos serviços solicitados mostrou que 99% das consultas, 95% dos exames, 93% das imagens diagnósticas e 84% das cirurgias demandadas nas ações faziam parte do POS¹⁴.

Em relação à trajetória da cobertura do asseguramento, a Figura 1 permite evidenciar que o objetivo de cobertura universal não foi atingido em 2000, já que 44% da população não estava segurada naquele ano. A partir de 2008, a cobertura alcançou 90%. Já em 2012, logo depois da equiparação do POS entre os regimes, identificou-se uma cobertura maior que 95%, próxima à cobertura universal, porém expressando estratégias de focalização e segmentação de beneficiários.

A proporção de segurados em cada regime depende da inserção no mercado formal de trabalho. Em 1993, projetou-se que 70% da população estaria filiada ao regime contributivo, e 30% seria beneficiada pelo financiamento focalizado do Estado. A Figura 1 mostra que, em 2004, a cobertura do regime subsidiado já era superior à do regime contributivo, tendência que se manteve até 2015, com 42% da população no regime contributivo e 48% no subsidiado. Essa distribuição é condizente com a alta proporção de empregos informais na Colômbia, que impede o aumento de segurados no regime contributivo.

A análise da composição público-privada do asseguramento evidenciou que a participação do setor privado na administração do seguro de saúde tornou-se majoritária ao longo do período de estudo. Em 1996, 75% dos segurados no regime contributivo estavam filiados a EPS públicas. Já em 2002, a situação mostra-se invertida, com 32% dos segurados em EPS públicas e 68% em EPS privadas. A partir do desmonte do Instituto de Seguros Sociais em 2007, não existiram EPS de natureza pública no regime contributivo, e o setor privado concentrava 99,7% dos segurados. O restante correspondia a serviços de saúde de empresas estatais não transformados em EPS em 1993.

No regime subsidiado também é majoritária a participação de seguradoras privadas. Em 2009, as EPS privadas concentravam 75% dos usuários e as EPS públicas 25%. Em 2014, essa proporção mudou para 65% nas EPS privadas e 23% nas EPS públicas, em função da criação de EPS de natureza jurídica mista, que agruparam 12% dos usuários.

• **Relações público-privadas no financiamento**

Uma das consequências mais importantes da reforma de 1993 foi o aumento dos gastos governamentais em saúde. A Figura 2 mostra que a proporção do gasto público no gasto total em saúde cresceu de 48% em 1993 para 76% em 2011. A participação relativa do gasto privado em saúde, que representava 52% do gasto total em saúde em 1993, diminuiu para 24% em 2011. O financiamento do seguro de saúde representa o maior componente do gasto público (acima de 80% entre 2008 e 2011), enquanto a maior parte do gasto privado corresponde a desembolsos diretos dos usuários.

O sistema de saúde compreende fontes de financiamento fiscal e contribuições obrigatórias. As primeiras contemplam recursos fiscais do orçamento nacional; transferências nacionais com destinação específica à saúde; *royalties*; participação estatal no lucro de empresas de apostas; impostos e taxas variadas sobre o consumo. As contribuições obrigatórias incidem sobre a folha de salários e as

Figura 1

Cobertura do Sistema Geral de Seguro Social de Saúde. Colômbia, 1995-2015.

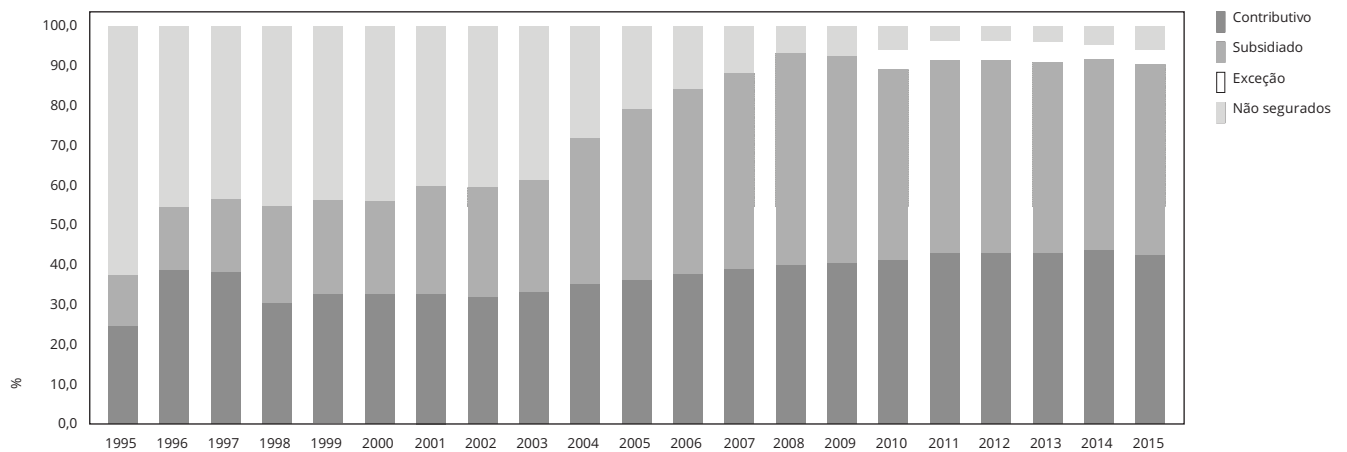
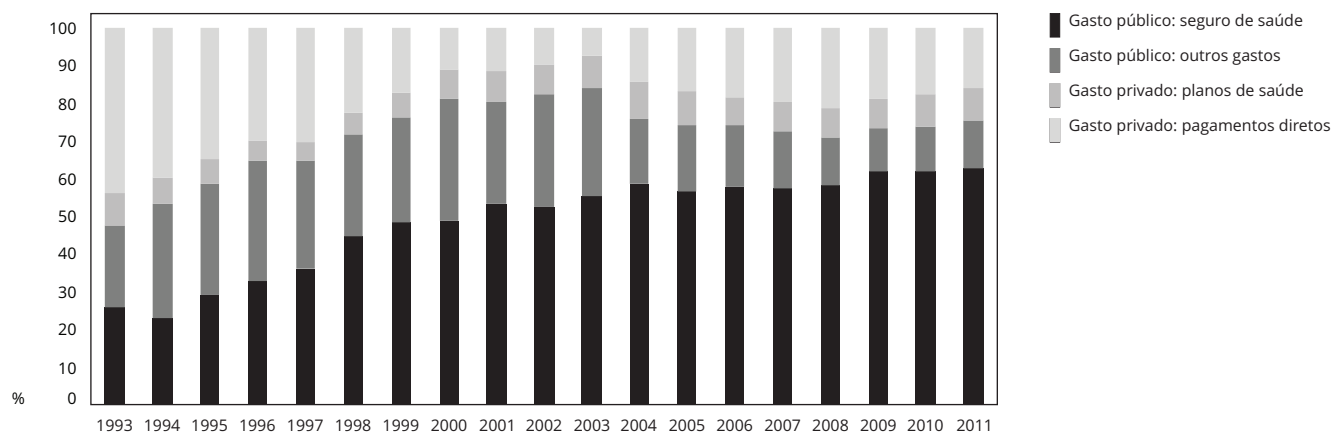


Figura 2

Composição do gasto total em saúde. Colômbia, 1993-2011.



caixas de compensação familiar. A composição média dos recursos entre 2003 e 2010 foi de 68% para as contribuições obrigatórias e 32% para as fontes fiscais.

Existe um fundo único de arrecadação – o Fundo de Solidariedade e Garantia (FOSYGA) – que compreende cinco subcontas: financiamento do regime contributivo; financiamento do regime subsidiado; promoção e prevenção; eventos catastróficos e acidentes de trânsito; e pagamento de dívidas das EPS com as Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS). Em 2011, foi criado o Fundo de Salvamento e Garantias para o Setor Saúde a fim de pagar as obrigações dos hospitais públicos em liquidação.

O principal mecanismo de alocação de recursos para o seguro de saúde é a Unidade de Pagamento por Capitação (UPC), que diz respeito ao valor *per capita* anual repassado às EPS como prêmio de seguro para garantir a prestação dos serviços que compõem o POS.

A segmentação e as iniquidades entre regimes se expressam nos valores da UPC, ajustados em razão da faixa etária, gênero, perfil epidemiológico, dispersão populacional ou concentração em grandes cidades. A análise da trajetória dos ajustes evidenciou que privilegiou-se o regime contributivo, que ainda recebe um valor adicional de 4% da UPC para ações de promoção e prevenção. A UPC dos regimes subsidiado e de subsídios parciais não foi objeto de todos os ajustes mencionados e as porcentagens de ajuste foram menores do que as do regime contributivo.

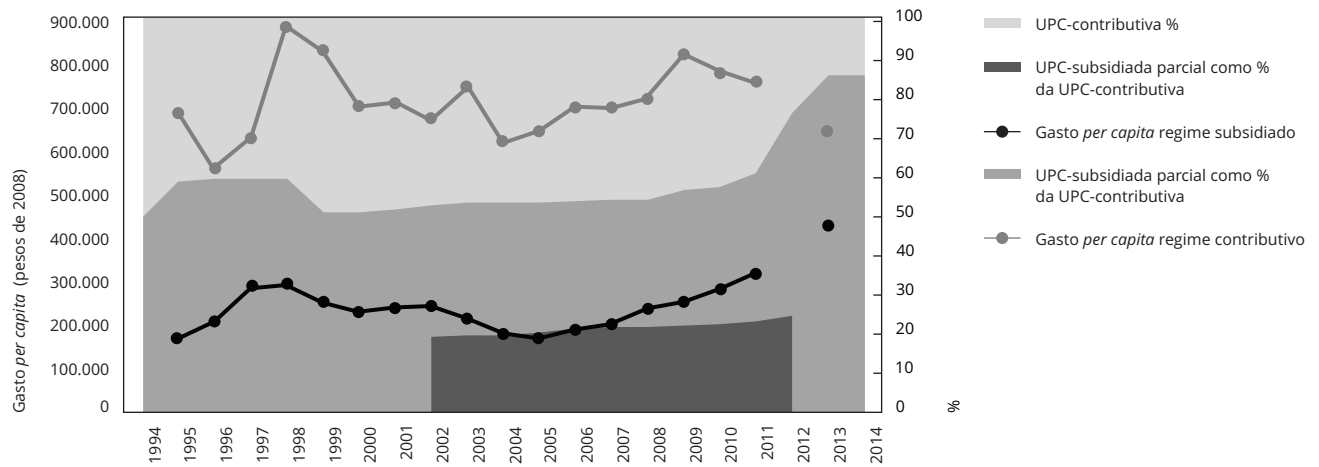
A Figura 3 compara a UPC subsidiada e dos subsídios parciais com a proporção da UPC contributiva e o gasto *per capita* dos regimes contributivo e subsidiado entre 1994 e 2014. Entre 1994 e 2008, o valor da UPC subsidiada equivaleu a menos de 60% do valor da UPC contributiva. A proporção da UPC subsidiada ultrapassou 60% da UPC do regime contributivo a partir de 2008, e atingiu o maior valor da série histórica em 2014, com 86%. Entre 2002 e 2012, a UPC dos subsídios parciais representou de 19% a 25% do valor da UPC contributiva.

Em relação ao gasto *per capita* dos regimes contributivo e subsidiado entre 1995 e 2013, evidencia-se que a média do gasto *per capita* para o regime subsidiado foi equivalente a somente 33% do gasto do regime contributivo, expressando as diferenças do valor da UPC entre os regimes e o privilégio do regime contributivo por meio de ajustes à UPC e dos benefícios de auxílio-doença, maternidade e paternidade.

A iniquidade do financiamento do sistema é maior quando se considera o regime de exceção. Em 2010, o regime de exceção participava com 5% dos segurados do sistema e 10% do gasto total do segu-

Figura 3

Gasto *per capita* nos regimes contributivo e subsidiado, 1995-2013, e proporção da Unidade de Pagamento por Capitação (UPC) dos regimes contributivo, subsidiado e de subsídios parciais. Sistema Geral de Seguro Social de Saúde, Colômbia, 1994-2014.



ro de saúde; o regime contributivo com 44% dos segurados e 61% do gasto total do seguro de saúde; e o regime subsidiado abrangia 51% dos segurados e apenas 29% do gasto total em saúde.

A partir de 2008, o gasto *per capita* do regime subsidiado aumentou em decorrência da equiparação do POS e da expansão do seu financiamento, atingindo o maior valor da série em 2013, equivalente a 66% do gasto do regime contributivo. Contudo, cabe questionar se a equiparação do POS promoveu a equidade entre os regimes, já que o financiamento se manteve diferente.

Outro traço característico do financiamento é a participação financeira dos beneficiários (copagamentos) como instrumento de racionalização do uso. Poucos serviços (promoção e prevenção, tratamento de doenças transmissíveis, de alto custo e atendimento de urgências) estão isentos de copagamento.

Existem tabelas de copagamentos para serviços inclusos e não inclusos no POS em cada regime, baseadas em faixas de renda ou níveis de pobreza. A porcentagem de copagamentos por serviços inclusos no POS-subsidiado é proporcionalmente menor do que a do regime contributivo, porém, o valor dos copagamentos por serviços não inclusos no POS-subsidiado é maior, levando à iniquidade. Dessa maneira, a população subsidiada do nível de pobreza 2 desembolsa copagamentos equivalentes aos que possuem rendimentos superiores a cinco salários mínimos no regime contributivo.

Além disso, as medidas de isenção de copagamentos por serviços POS para populações vulneráveis adotadas desde 2007 foram insuficientes para promover equidade, já que os conteúdos restritos do POS-subsidiado e suas poucas atualizações entre 1995 e 2008 fizeram com que a população isenta continuasse realizando copagamentos pelos serviços excluídos. A partir da equiparação do POS entre regimes em 2012, a medida de isenção pôde favorecer a equidade.

Destaca-se ainda o comportamento das EPS orientado à geração de lucro, que se mostra ineficiente e contrário ao interesse público, bem como a insuficiência das regulamentações sobre a intermediação financeira e o tratamento desigual entre EPS contributivas e subsidiadas no período estudado.

As EPS contributivas são autorizadas a realizar gastos com publicidade e investimentos relacionados com o seu objeto social, e as subsidiadas a realizar investimentos caso exista diferença a favor da seguradora depois de ter pago suas obrigações. Entre 1997 e 2011, a regulamentação não definiu a porcentagem dos recursos *per capita* recebidos que as EPS do regime contributivo deveriam destinar para o atendimento dos segurados e para gastos administrativos. No regime subsidiado foram defi-

nidas porcentagens para gastos administrativos ou para atendimento dos segurados, que variaram no período.

Essas lacunas normativas permitiram que as EPS de ambos os regimes fizessem uso dos recursos com fins diferentes da atenção à saúde. As EPS do regime contributivo apresentaram níveis de gastos administrativos de 33% em 1997 e de 17% a 27% entre 2000 e 2005. Os níveis de gasto administrativo das EPS subsidiadas oscilaram entre 22% e 27% entre 2003 e 2005, mais do que o dobro do valor máximo autorizado pela norma (10% da UPC). Os valores gastos pelas EPS com fins diferentes da atenção à saúde entre 2000 e 2005 foram maiores do que o gasto nacional em ações de saúde pública do mesmo período, demonstrando a ineficiência da intermediação financeira realizada pelas EPS.

A corrupção das EPS é outro problema. O maior desfalque da história do sistema de saúde colombiano foi realizado pela maior EPS do regime contributivo (Saludcoop EPS) na década de 2000. A Superintendência Nacional de Saúde identificou diversas irregularidades na administração das contribuições dos segurados da Saludcoop EPS em 2010. Posteriormente, a Controladoria da República identificou que a seguradora fez uso indevido dos recursos destinados à atenção à saúde entre 2002 e 2010 (montante equivalente a 1,3 trilhão de pesos), num esquema que incluiu a criação de 43 empresas para a realização de contratações milionárias, criação de colégios, escolas de golfe, condomínios e sua expansão como seguradora a países como México, Equador, República Dominicana e Panamá ^{15,16}. Em maio de 2011, a Superintendência Nacional de Saúde ordenou a intervenção administrativa na seguradora e sua liquidação em 2015 ¹⁷. Depois do escândalo da Saludcoop EPS, o Legislativo determinou que a partir de 2011 as EPS do regime contributivo poderiam usar até 10% da UPC recebida com gastos administrativos, e as EPS do regime subsidiado até 8%.

O segundo aspecto que favoreceu desvios dos recursos da saúde está relacionado à cobrança que as EPS devem realizar ao FOSYGA pela prestação de serviços não incluídos no POS, tendo sido descoberto um esquema de desvio de recursos próximo dos quatro trilhões de pesos em 2011 ¹⁸. Um estudo contratado pela Procuradoria em 2014 constatou que entre 2006 e 2012 as EPS realizaram cobranças indevidas ao FOSYGA superiores a 500 bilhões de pesos, por medicamentos incluídos no POS. Segundo o estudo, as cobranças têm relação com as imprecisões na definição dos conteúdos do POS e as poucas atualizações feitas entre 1994 e 2008 ¹⁹.

Outro problema é a prática de superfaturamento dos gastos relacionados com a atenção à saúde pelas EPS para forçar o aumento do valor da UPC, já que o registro de gastos das empresas é o principal critério usado pelo governo para definir o valor anual do prêmio de seguro ²⁰.

Considerações finais

O sistema de saúde da Colômbia é um caso icônico de reforma radical, que incorporou as diretrizes da agenda neoliberal de reformas da década de 1990, propagada por agências internacionais ²¹. A reforma adotou uma concepção mercantil da saúde, a participação do setor privado no asseguramento e prestação de serviços, a focalização do financiamento estatal nos pobres e a segmentação de benefícios como estratégias para atingir a cobertura universal do seguro de saúde, acentuando a histórica fragmentação institucional, os traços corporativistas e a segmentação do sistema de saúde anterior. Os resultados deste estudo foram consoantes com trabalho de Cantu ²², que aponta o papel do mercado como alocador de serviços sociais após as reformas da década de 1990; e com Iriart et al. ²³ e Amada et al. ²⁴, que argumentam que a agenda de reformas da saúde na América Latina permitiu a expansão de empresas seguradoras privadas na administração dos fundos do seguro de saúde.

As reformas de 2007, 2009 e 2011 evidenciam a continuidade da lógica da reforma de 1993, mantendo a racionalidade mercantil na organização do sistema, as estratégias de focalização e segmentação e a ênfase na atuação do Estado no financiamento, regulação e contratualização, com fragilidades no planejamento estatal em todas as esferas de governo. As mudanças ao longo do período estudado, de caráter incremental, tentaram responder a problemas que surgiram durante a implantação da reforma.

As mudanças incrementais da década de 2000 privilegiaram as funções de financiamento e asseguramento, assumidas como estruturantes do sistema de saúde. Em conjunto, os arranjos nesses dois âmbitos materializam as estratégias de focalização e segmentação de benefícios propostas no modelo

de Pluralismo Estruturado. O financiamento do sistema de saúde mantém caráter corporativo e ainda expressa iniquidades no gasto *per capita* entre os regimes de exceção, contributivo e subsidiado.

Apesar das crises de intermediação financeira das EPS terem evidenciado problemas estruturais do sistema de saúde, ineficiências e incongruências do modelo com o interesse público, diferentes governos têm defendido a continuidade das seguradoras privadas como administradoras dos fundos do seguro social de saúde. Na prestação de serviços de saúde destaca-se a irracionalidade do modelo de atenção, caracterizado pela fragmentação entre atenção individual, provida pelo mercado, e coletiva, sob responsabilidade dos municípios e prestadores públicos. O acesso e a integralidade são fragilizados devido à escassez de profissionais na atenção básica em municípios de menor porte, à concentração de serviços de média e alta complexidades em grandes cidades, e à limitada capacidade do governo para gerir a organização do setor privado, orientada para o lucro.

Os resultados desta pesquisa condizem com outros estudos sobre a trajetória das reformas da saúde na Colômbia^{25,26}. Tais estudos evidenciaram avanços graduais em aspectos como o aumento da cobertura do seguro, diminuição de desembolsos diretos, melhor focalização dos subsídios estatais, maior equidade no asseguamento entre populações rurais e urbanas, equiparação das cestas de benefícios e fortalecimento da condução estatal do sistema. Porém, os autores argumentam que as reformas conceberam a saúde como bem de consumo, afiançaram a lógica econômica e o equilíbrio financeiro como aspectos medulares do sistema de saúde e fortaleceram empresas seguradoras e prestadores de saúde privados. Assim, as reformas não atingiram problemas estruturais, como iniquidades no acesso entre diferentes regimes de asseguamento, equidade de resultados em saúde, qualidade dos serviços, fragmentação, falhas na intermediação financeira e corrupção^{25,26}.

A continuidade das características estruturais do sistema de saúde colombiano nos diferentes momentos de reformas tem sido explicada por autores como Hernandez²⁷, Uribe²⁸ e Vega et al.²⁹, apontando a disputa entre vários projetos de reforma de diversos atores. Destaca-se o predomínio de coalizões de governos de perfil liberal no poder entre 1993 e 2011, que têm defendido a implantação da agenda neoliberal de reformas na saúde.

Mudanças como a intervenção do poder judiciário em 2008 e a *Lei Estatutária de Saúde* de 2015 configuram-se como a principal inflexão relativa ao modelo proposto em 1993, favorecendo avanços em termos de equidade e reconhecimento do direito à saúde (ainda que tardios) e possibilitando um novo patamar de disputas por uma reforma estrutural contrária à mercantilização da saúde. Contudo, Useche³⁰ aponta dilemas da *Lei Estatutária da Saúde* para a correção dos mecanismos de mercado adotados no sistema de saúde. Embora a lei reconheça a saúde como direito fundamental, incluiu-se o equilíbrio financeiro como princípio do sistema e manteve-se a intermediação financeira por empresas seguradoras.

A análise das características do sistema de saúde colombiano contribui para o debate atual sobre os distintos projetos em disputa para os sistemas de saúde dos países latino-americanos. As diretrizes da proposta de Cobertura Universal em Saúde das agências internacionais³¹ buscam substituir os conceitos de direito à saúde, necessidades em saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde, que constituem o núcleo dos sistemas universais e de seguros sociais de saúde abrangentes, pela lógica mais restrita de proteção financeira contra riscos mediante diferentes tipos de seguros^{12,31}.

O estudo sugere que a opção pela focalização da ação direta do Estado nos pobres e pela universalização de um pacote básico de serviços de saúde, provido mediante a participação de seguradoras privadas, fortalece os mercados, limita a garantia do direito à saúde e desvirtua o exercício da cidadania social. A adoção desse tipo de modelo na América Latina, portanto, tende a reiterar a histórica fragmentação e segmentação dos sistemas de proteção social da região.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a não realização de entrevistas, que seriam necessárias para explorar os atores envolvidos, processo político e condicionantes nacionais e internacionais das reformas setoriais, temas enfocados por outros autores^{27,28,29}. Além disso, a análise das relações público-privadas se restringiu às dimensões do asseguamento e financiamento, não sendo abordada neste artigo a dimensão da prestação de serviços de saúde. O estudo também não aprofundou as características mais gerais do modelo de desenvolvimento, nem de outras políticas sociais, aspectos relevantes para a compreensão dos arranjos entre Estado e mercados na proteção social.

Colaboradores

W. I. López Cárdenas participou do levantamento dos dados, da sistematização e análise dos resultados, da concepção e da redação do artigo. A. M. M. Pereira e C. V. Machado participaram da análise dos resultados, da concepção, da redação, e da revisão final do artigo.

Referências

1. Mesa-Lago C. *Reassembling social security*. New York: Oxford University Press; 2008.
2. Haggard S, Kaufman R. *Development, democracy and welfare state*. Princeton: Princeton University Press; 2008.
3. Fleury S. *Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2002.
4. Draibe S. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. *São Paulo Perspect* 1997; 11:3-15.
5. Kerstenetzky C. *O Estado de Bem Estar Social na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
6. Mejía-Ortega LM, Franco-Giraldo A. Protección social y modelos de desarrollo en América Latina. *Rev Salud Pública* 2007; 9:471-83.
7. Majone G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. *Revista do Serviço Público ENAP* 1999; 50:5-36.
8. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington DC: Banco Mundial; 1993.
9. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:905-25.
10. Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997. (Documento de Trabajo).
11. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2000.
12. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2010.
13. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2013.
14. Defensoría del Pueblo. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013*. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2014.
15. Consejo de Estado. Auto 81, de 10 de julio de 2012. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=48560> (acessado em Jan/2016).
16. Saludcoop, el desfalco de la historia. *Revista Semana* 2013; 23 nov. <http://www.semana.com/nacion/articulo/desfalco-de-salucoop/365644-3> (acessado em Dez/2015).

17. Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 2414, 24- nov-2015. Bogotá: Supersalud; 2015.
18. Muñoz López OL. Gobierno descubre “carrusel” y “cartel” en la salud. *El Pulso* 2011; 12(153). <http://www.periodicoelpulso.com/html/1106jun/debate/debate-01.htm>.
19. Peñalosa E, Ortegón J. Recobros al sistema general de seguridad social en salud 2006-2012. Bogotá: Procuraduría de Colombia; 2014.
20. Universidad Nacional de Colombia. Informe del cálculo de la Unidad de Pago por Capitalización: nota técnica. Bogotá: Universidad Nacional; 2011.
21. De Groot T, De Paepe P, Unger J. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2007; 25:106-17.
22. Cantu R. Depois das reformas: os regimes de proteção social latino-americanos na década de 2000. *Revista de Sociologia e Política* 2015; 23:45-73.
23. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:95-105.
24. Amada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv* 2001; 31:729-68.
25. Franco A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. *Rev Salud Pública* 2012; 14:865-77.
26. Yepes Luján FJ. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100-1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2010; 9:118-23.
27. Hernández M. Propuestas de reforma a la ley 100 de 1993 opciones sociopolíticas en debate. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2010; 9:180-90.
28. Uribe M. Los vaivenes de las políticas sociales en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay: neo o posneoliberalismo? México DF: Editorial Porrúa; 2011.
29. Vega M, Eslava J-C, Arruba D, Hernández M. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2012; 11:58-84.
30. Useche B. La reforma de salud: un paso adelante y 100 pasos atrás! *Revista Deslinde* 2015; 57:16-20.
31. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:847-9.

Abstract

The case of Colombia's health system exemplifies the neoliberal reforms conducted in Latin America, characterized by the private sector's broad participation in the administration of resources and provision of health services. The system includes a set of benefits for persons that can afford to pay and a package of basic services with state financing for poor persons. This study aimed to analyze the public-private arrangements in the Colombian health system from 1991 and 2015, including the dimensions of insurance and financing. A case study was performed that included a literature review and analysis of documents and secondary data. The results suggest that the 1993 reform conceived of health as a public service to be provided by the market. There were changes in the state's role, delegating health care functions to the private sector through regulatory and contractual measures. Beginning in 2000, incremental reforms included instrumental changes in the system, while other initiatives aimed to expand the state's responsibilities in guaranteeing the right to health. In terms of health insurance, the main advances were the expansion of insurance coverage and harmonization of baskets of benefits between different insurance systems (although late). As for financing, there are important inequities in per capita spending between the different insurance systems and inefficiency in the financial intermediation. The Colombian case underscores the limits of structuring health systems with heavy market participation, and the study contributes to the debate on the challenges for social protection in health in Latin American countries.

Public-Private Sector Partnerships; Health Care Reform; Health Policy

Resumen

El sistema de salud colombiano representa un caso ilustrativo de las reformas neoliberales en Latinoamérica, caracterizado por la amplia participación del sector privado en la administración de recursos y prestación de servicios de salud. El sistema comprende un régimen de beneficios para las personas con capacidad de pago y un paquete de servicios básicos con financiación estatal para las personas pobres. La investigación tuvo como objetivo analizar los acuerdos público-privados en el sistema de salud de Colombia entre 1991 y 2015, abarcando las dimensiones de aseguramiento y financiación. Se realizó un estudio de caso que abarcó la revisión bibliográfica, análisis documental y de datos secundarios. Los resultados sugieren que la reforma de 1993 concibió la salud como un servicio público que debía ser promovido por los mercados. Hubo cambios en el papel del Estado, que delegó funciones de la atención a la salud en el sector privado, mediante acciones regulatorias y contractuales. A partir del 2000, el creciente número de reformas implicaron cambios instrumentales en el sistema, y otras iniciativas buscaron expandir las responsabilidades del Estado en la garantía del derecho a la salud. En términos de aseguramiento, los principales avances fueron la expansión de la cobertura del seguro y la igualación de las cestas de beneficios entre regímenes (aunque tardíos). En cuanto a la financiación, se destacan las inequidades en el gasto per cápita entre regímenes y la ineficiencia de la intermediación financiera. El caso colombiano evidencia límites en la estructuración de sistemas de salud con una fuerte participación de los mercados, contribuyendo a la reflexión sobre los desafíos de la protección social en salud en los países de Latinoamérica.

Asociaciones entre el Sector Público y el Privado; Reforma de la Atención de Salud; Política de Salud

Recebido em 30/Jun/2016
Versão final reapresentada em 10/Set/2016
Aprovado em 21/Set/2016