

O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”

Júlio César França Lima

Este texto pretende discutir a atuação do Banco Mundial (BM) junto da Organização Mundial de Saúde (OMS) na perspectiva de formular e construir uma política de saúde global para o século XXI. Parte-se da premissa de que a construção de uma agenda hegemônica de homogeneização das políticas de saúde, especialmente do que passou a ser denominado de “sistemas de saúde eficazes”, só foi possível a partir do momento em que a OMS passou a participar efetivamente do grande consenso que os principais organismos e agências internacionais de desenvolvimento já haviam formulado no Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial (RDM) de 1993 do BM, sobre a necessidade de se compatibilizar a política de saúde com a doutrina neoliberal e de se adequar essa política às prioridades do ajuste fiscal.

O marco desse processo foi a elaboração do polêmico *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, aqui denominado Relatório OMS-2000, que pode ser visto também como um documento conjunto OMS–BM. A partir desse documento, e no contexto das discussões em torno da “crise da saúde pública” e da renovação da proposta de Saúde para Todos, vai sendo desenvolvida a ideia de um “novo universalismo”, com base no argumento central de que os recursos públicos para a saúde eram e continuarão sendo escassos, com o objetivo de ampliar o ingresso de capital privado na área de saúde – especialmente o

capital financeiro –, expandir os seguros de saúde privados e consolidar a burguesia de serviços de saúde, redefinindo, ao mesmo tempo, o papel dos Estados nacionais no setor.

O trabalho está organizado em três partes. A primeira parte recupera as ações do BM na área social, especialmente na área de saúde. A segunda discute o progressivo deslocamento do poder político e financeiro da OMS para o BM nas décadas de 1980-1990, a sua incorporação ao ideário neoliberal e a emergência do conceito de saúde global. Finalmente, apresenta as bases para a construção do “novo universalismo” ou do atual conceito de “cobertura universal de saúde”, uma proposta que aponta para a radicalização do processo de mercantilização e financeirização do setor saúde.

O Banco Mundial e a questão social

As iniciativas do BM na área social datam dos anos 1970. A partir dessa década, concomitantemente às suas ações voltadas para o financiamento da infraestrutura dos países, a instituição começou a abranger iniciativas no setor social, notadamente nas áreas de educação e saúde. Daí em diante, a questão social passa a ser incorporada no marco teórico e ideológico do BM, uma vez que, apesar do crescimento econômico experimentado por alguns países dependentes, a realidade demonstrava que o desenvolvimento econômico, longe de representar uma melhoria no padrão de vida das populações, realizava-se às custas de uma brutal concentração de renda, como no Brasil, que ampliava a diferença entre as classes sociais, ao mesmo tempo em que a quantidade de pobres no mundo aumentava, acentuando o fosso entre países ricos e pobres.

Se até a década de 1950 a concepção de desenvolvimento do BM foi entendida como crescimento econômico, isto é, subordinada à crença de que a promoção do crescimento das economias automaticamente levaria os países “subdesenvolvidos” a se tornarem “desenvolvidos”, com a conseqüente melhoria das condições de vida e do nível do emprego e renda, a partir dos anos 1960 e 1970 a concepção de desenvolvimento começou a adquirir novos contornos, mas sem abandonar sua concepção economicista. Nos anos 1960, incorporou não só a necessidade de investimentos em infraestrutura, como também a sua extensão para o campo industrial, agrícola e educativo. Nos anos 1970, durante a gestão de Robert McNamara no Banco Mundial (1968-1981), a concepção de desenvolvimento já não se esgotava no crescimento econômico. O BM começou a sustentar a ideia de que o crescimento deveria incluir aspectos sociais e políticos ligados ao planejamento familiar, à urbanização, ao desemprego e à educação como forma de aumentar o bem-estar social e ajudar na distribuição de renda. Inovação, geração de empregos e incremento à participação comunitária eram objetivos e critérios (ou novas condicionalidades) para a aprovação dos projetos.

Entretanto, a atuação do BM na área de saúde era pontual e residual, não fazendo parte de uma estratégia mais ampla de reformas. As primeiras iniciativas não se traduziram no financiamento de projetos específicos para a área, tal qual

ocorreu na de educação. Quando o setor começou a aparecer como uma área de interesse, a preocupação se restringiu ao controle demográfico, uma vez que, para McNamara, o aumento da população era um desafio à ordem capitalista em virtude da escassez relativa de poupança, capital e terra dos países, do déficit de alimentos e da necessidade de alocação de mais recursos para a infraestrutura e para as áreas sociais. A lógica perversa que embasava esse raciocínio era a de que o controle populacional, ou o controle da natalidade dos pobres, era uma estratégia importante para promover o crescimento econômico dos países em desenvolvimento, na medida em que, ao diminuir o número de pobres, diminuía também a necessidade de investimentos nas áreas sociais e, conseqüentemente, aumentavam os recursos para investimento nas áreas produtivas.

A recomendação geral era a de que os projetos voltados para infraestrutura, energia ou agricultura, financiados pelo BM, levassem em conta os seus efeitos deletérios para a saúde das populações próximas aos projetos em execução, como expresso no primeiro documento específico sobre a área, publicado em 1975, denominado de *Salud: documento de política sectorial*. Nesse documento, o BM rejeitava a alternativa de financiar projetos básicos na área de saúde, optando por um “progresso contínuo no aumento dos benefícios em matéria de saúde conforme as pautas atuais de financiamento” (Banco Mundial, 1975 apud Rizzotto, 2000, p. 116). Dessa forma, de início, sugeria somente a agregação de “componentes de saúde” aos projetos e passava a fazer empréstimos na área de planejamento familiar (Brown et al., 2006). Apenas eventualmente prestava apoio a projetos específicos de controle de doenças, principalmente nas áreas dos projetos dirigidos à população em idade de trabalhar e/ou que limitassem o uso de terras férteis.

Portanto, a partir dos anos 1970, diante do agravamento das condições de vida de uma grande parcela da população mundial, as preocupações da gestão McNamara passaram a girar em dois campos: apaziguar os pobres por meio da satisfação das “necessidades humanas básicas” e controlar a sua expansão sob a retórica do “combate à pobreza”. Para o BM, essas eram condições fundamentais para o bem-estar das populações e a equidade que, daí em diante, estariam sistematicamente presentes nos pronunciamentos dos seus dirigentes e técnicos. Na prática, para Rizzotto (2000), esse discurso, que aparentemente tornou equivalente desenvolvimento social e desenvolvimento econômico, constituiu um poderoso instrumento ideológico para a manutenção da divisão internacional do trabalho e do processo de acumulação do capital, uma vez que contribuiu para escamotear a relação de exploração e subordinação entre os países capitalistas centrais e os dependentes e, no interior desses, a relação entre proprietários e não proprietários dos meios de produção.

Ao contrário da década anterior, os anos 1980 foram pautados cada vez mais por uma crescente articulação das ações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do BM com o objetivo de coordenar e supervisionar as políticas macroeconômicas dos países-membros, principalmente daqueles que recorriam ao fundo, mas também como forma de submeter o financiamento de projetos nas áreas de educação e saúde a

novas condicionalidades. Nessa década, o financiamento dos projetos começou a fazer parte de um consistente pacote de ajuste fiscal e reforma estrutural comum a todos os países latino-americanos. O Chile foi a experiência pioneira da ortodoxia neoliberal em 1973, com Pinochet, vindo depois a Argentina dos generais, em 1976. Nos anos 1980, seguem-se a Bolívia, em 1985, o México, em 1988 e, em 1989, novamente a Argentina de Menem e a Venezuela.

Essa articulação orquestrada se tornou cada vez mais necessária tendo em vista a implantação das políticas de ajuste neoliberal, que então prepararam o capitalismo para a sua nova fase, quando se verificou uma mudança de poder da produção para o mundo das finanças, principalmente após as eleições de Thatcher (1979-1990), na Inglaterra, e Reagan (1981-1989), nos Estados Unidos. Daí em diante, busca-se a hegemonia de um projeto social na ótica do capital e a consolidação de um amplo consenso em torno das suas metas principais: liberalização, desregulamentação e privatização. De fato, os desequilíbrios econômicos que começaram a ocorrer na década de 1970 na América Latina, em decorrência da estagflação das economias capitalistas centrais e dos dois choques do petróleo, agravaram-se subitamente em 1979, com o “Choque Volcker”, que esteve na base tanto da recessão americana quanto da ofensiva neoliberal na região, de forma a garantir a continuidade do fluxo de remessa de divisas em face da “crise da dívida externa”. Da noite para o dia, com a subida vertiginosa das taxas de juros americanos, criou-se uma situação de insolvência para os países devedores que beirava a falência, ao mesmo tempo em que o FMI e o BM se tornavam os centros de propagação e implantação do “capitalismo duro e livre de regras” e seu “fundamentalismo de livre mercado” na região.

As consequências desse pacote de reformas e suas metas integradas de liberalização, desregulamentação e privatização provocaram em muitos países, ao contrário do que se prometia, a estagnação de seus mercados internos, que se aliou ao crescimento intenso da própria dívida externa e, também, ao desequilíbrio do balanço de pagamentos. Tudo isso acompanhado da diminuição dos investimentos sociais e do salário real, além do aumento do desemprego, com o agravamento das desigualdades já existentes de distribuição de renda e o surgimento de novas exclusões sociais (Soares, 2002).

Enfim, um contexto social dramático provocado pela exacerbação do declínio do Produto Interno Bruto (PIB) e queda da produção industrial na maioria dos países, pela brutal recessão econômica e continuidade da crise da dívida externa, acompanhado pelo aumento das tensões sociais e políticas relacionadas à elevação do desemprego e de oposição e resistência às medidas restritivas. É isso que explica a metamorfose dos objetivos político-econômicos do FMI no decorrer dos anos 1980, do “ajuste, por meio de reformas, para o crescimento”, para o “ajuste, mas com crescimento” (Melo, 2004, p. 105).

Esse quadro foi determinante para que, nos anos 1990, a discussão sobre a “governabilidade” dos países e o “combate à pobreza” fosse atualizada e incorporada

à agenda neoliberal – não tanto pelas consequências sociais das medidas de ajuste, mas sim pela perspectiva de manter altas as taxas de crescimento e de acumulação dos países capitalistas centrais.

Nos anos 1980, a noção de “governabilidade” foi entendida como a limitação vigorosa do número de atividades submetidas ao poder regulador dos Estados, mas nos anos 1990, segundo Tavares e Fiori, passou a ser associada a “capacidade ou poder de formular e implementar políticas, obedecendo ao tempo e administrando conflitos” (1993, p. 134). Para os autores, essa mudança expressa uma preocupação com as condições institucionais indispensáveis à estabilização dos contratos e das expectativas, bem como à implantação consistente e sustentada das políticas de ajuste e liberalização econômica.

É nesse sentido que tal noção foi incorporada na agenda do BM e de outras instituições multilaterais, só que agora com o nome de *governance* ou *good governance*. Essa nova denominação não significou uma novidade conceitual, apenas serviu para indicar o que seria um governo pequeno e bom, mas principalmente confiável do ponto de vista da comunidade internacional. Para muitos credores do sistema financeiro, vocalizados pelo BM, as operações de ajuste e investimento nos países em desenvolvimento não eram efetivas porque impedidas por diversos fatores que contribuía para uma gestão ineficiente. Dentre esses fatores estavam instituições pouco sólidas, a falta de uma adequada estrutura jurídico-legal, a fragilidade dos sistemas públicos e privados, e as políticas incertas e variáveis. Assim, a discussão nos anos 1990 não se travou apenas em torno da “minimização do Estado”, mas, daí em diante, também se centrou na própria “reconstrução do Estado”, como sistematizado pelo banco no RDM 1997, denominado “O Estado num mundo em transformação”.

Dessa forma, após as experiências desastrosas das políticas de ajustes estruturais nos anos 1980, o discurso sobre a “pobreza” foi submetido ao imperativo da construção do “Estado efetivo”, da necessidade de “revigoramento das instituições públicas”, da “focalização” das políticas sociais, da mobilização da “sociedade civil”, da “participação do povo”, da “descentralização”, da separação entre financiamento e provisão dos serviços na área social, entre outros fatores.

É a partir das discussões sobre as “experiências exitosas” e as “lições aprendidas” com os experimentos neoliberais, entre elas o grave custo social dos ajustes e as tensões sociais e políticas daí decorrentes, que deve ser compreendida a discussão em torno da governabilidade dos países. Da mesma forma, a aproximação do BM às ideias da terceira via sistematizadas por Anthony Giddens para a reforma do Estado (Neves, 2005) e o retorno do discurso referente ao combate à pobreza sob o lema da “Educação para Todos”, desde o final dos anos 1980 (Melo, 2004), e do “novo universalismo”, no final dos anos 1990. A preocupação com a governabilidade do setor saúde vai se expressar na ênfase em construir a capacidade “reitora” do Estado para a implantação de reformas no setor veiculadas pela OMS e BM, a partir dos anos 2000.

A governança neoliberal da saúde global

Diversos estudos (Laurell, 1994; Matta, 2005; Brown et al., 2006; Fort et al., 2006; Navarro, 2006) permitem sustentar que, a partir dos anos 1980, ocorreu progressivamente um movimento de deslocamento do poder político e financeiro e de incorporação da OMS ao ideário neoliberal. Sob a pressão do governo norte-americano, principalmente na segunda metade dessa década, quando os Estados Unidos começaram a sair do quadro recessivo e a recuperar sua hegemonia no cenário internacional, foi se dando uma relação de associação e dependência financeira desse organismo internacional com o BM. Mais do que isso, o banco começou a pautar a própria agenda da OMS, o que faria mudar ao longo dos anos 1990 o próprio sentido político-ideológico de suas realizações até aquele momento. Daí em diante, a tendência seria a conformação de uma agenda hegemônica de homogeneização das políticas de saúde, assim como se verificaria na educação sob a influência da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), como parte do processo de crescente interdependência e integração econômica, política e social, acelerado pela mundialização do capital.

No âmbito do setor saúde, depois do primeiro documento específico sobre a área, publicado em 1975, o BM começou a exercer maior influência, principalmente após a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, na qual foi aprovada a “Declaração de Atenção Primária à Saúde” e sua meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT-2000), que proclamava que a saúde exigia um enfoque que ia muito além das intervenções médicas e sublinhava que os fatores sociais, econômicos e políticos eram determinantes para a saúde. Em 1979, partindo da crítica ao caráter “irrealista”, do alto custo e da complexidade da atenção primária à saúde (APS), o BM, a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) propõem em seu lugar a atenção primária à saúde seletiva (APSS), uma proposta pragmática baseada em um número limitado de “intervenções seletivas rentáveis”.

Mais que isso, a nova ordem mundial que emerge nos anos 1980, pautada pelo neoliberalismo com a revalorização do mercado e o questionamento da responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços, inclusive saúde, “acarreta uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde” (Paim e Almeida Filho, 2000, p. 13), tornando inexecutável a meta de SPT-2000. Ao mesmo tempo, diferentemente do período anterior, o BM adota uma política de financiamento com empréstimos diretos aos países para reformas dos serviços de saúde, assim como mantém a política de destinar recursos para componentes de saúde de outros projetos.

Daí em diante, a direção do Unicef se afastaria das teses universalistas de Alma-Ata e o papel de liderança da OMS na formulação e na assessoria das políticas setoriais passaria para o BM, muito mais rico e influente.

Em contraste com a crescente autoridade do Banco Mundial, nos anos 80 o prestígio da Organização Mundial da Saúde estava começando a diminuir. Um sinal de dificuldade foi o voto, em 1982, da Assembleia Mundial da Saúde pelo congelamento do orçamento da OMS [...]. A isso seguiu-se a decisão dos Estados Unidos, em 1985, de pagar apenas 20 por cento da sua contribuição fixada para todas as agências da ONU [Organização das Nações Unidas], e de suspender sua contribuição ao orçamento regular da OMS, em parte como protesto contra o Essencial Drug Program (Programa de Medicamentos Essenciais) da OMS, ao qual se opuseram as principais empresas farmacêuticas baseadas nos Estados Unidos [...]. Esses eventos ocorreram em meio a crescentes tensões entre a OMS, a Unicef e outras agências, e à controvérsia sobre “atenção primária à saúde” – “seletiva” versus “integral”. (Brown et al., 2006, p. 634; grifado no original)

Nesse contexto, a OMS perderia a sua influência no cenário internacional: a sua missão foi se dispersando por outras agências da ONU e ela passaria a depender cada vez mais de recursos extraorçamentários para viabilizar as suas atividades, ou seja, havia a necessidade cada vez maior de captar recursos de outras fontes para o desenvolvimento de seus programas específicos. Não só os Estados Unidos, principal país financiador da OMS, retiraram o seu apoio, como a própria crise internacional que se abateu sobre os países-membros ou “doadores” não permitiria a continuidade do fluxo de recursos para a manutenção das suas atividades. Além da indústria farmacêutica, a indústria de alimentos também pressionaria o Congresso americano e questionaria as subvenções para a OMS, em razão da aprovação do Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno (Fort et al., 2006; Matta, 2005).

Limitada em suas ações e cada vez mais constrangida financeiramente, não foi por acaso que, em 1986, a XXXIX Assembleia Mundial de Saúde aprovaria a recomendação de se considerarem a saúde e a nutrição nos programas de ajuste estrutural (Laurell, 1994). Em 1987, por outra parte, a assembleia da OMS barrou momentaneamente a iniciativa mais emblemática do BM nesse contexto, a primeira proposta de reforma dos serviços de saúde, exposta no texto *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* (“Financiando serviços de saúde em países em desenvolvimento: uma agenda para reforma”). Essa vitória momentânea se viabilizou porque, no exato momento em que o banco apresentava a sua proposta de adequar a política de saúde dos países às prioridades do ajuste fiscal, ou seja, diminuir o gasto público em saúde, eclodia no mundo a epidemia de Aids. Esse evento inesperado, que mobilizou a opinião pública mundial e os países, associado ao conteúdo neoliberal ortodoxo e à insensibilidade diante da deterioração social e dos conflitos políticos que acompanhavam os processos de ajuste, provocou severas críticas à iniciativa do BM, inclusive da OMS. Entretanto, a pressão apenas adiou a investida do banco para o ano de 1993, quando apresentaria o RDM intitulado “Investindo em saúde”, analisado por Laurell (1994) e Rizzotto (2000).

Nos anos 1980, esses movimentos contraditórios que ora aproximam a OMS das propostas de ajuste estrutural do BM, ora induzem políticas que confrontam os interesses das indústrias farmacêutica e de alimentos, parecem ser expressão de movimentos de acomodação e resistência que não permitem, nesse período, aprovar uma agenda hegemônica de homogeneização das políticas de saúde difundida pelo BM. Nos anos 1990, no entanto, a OMS entrou numa crise que duraria até a posse de Gro Harlem Brundtland, em 1998. Nesse período, aumentou a dependência de recursos externos, e os países capitalistas centrais, assim como os organismos internacionais, criaram “vários programas ‘verticais’ mais ou menos independentes do restante dos programas da OMS e da estrutura de tomada de decisões” (Brown et al., 2006, p. 635-636), o que lhes possibilitaria controlar o uso da verba, ao mesmo tempo em que esvaziaria o poder de controle da administração central da entidade.

No início dos anos 1990, os fundos extraorçamentários, provenientes principalmente do BM, já haviam ultrapassado em US\$ 21 milhões o orçamento regular, contribuindo então com 54% do orçamento total da OMS. No final de 1996, “a carteira cumulativa de empréstimos do banco em saúde, nutrição e população alcançara 13,5 bilhões de dólares” (Brown et al., 2006, p. 637). Ou seja, a estratégia de programas verticais e específicos foi minando ainda mais a já precária influência política da OMS e sua capacidade de mobilizar recursos financeiros das agências internacionais e dos países-membros. Em outras palavras, foram se desenhando mecanismos de subordinação da OMS que preservariam o seu conhecimento técnico em matéria de saúde e medicina, enquanto o BM foi se tornando uma força dominante no cenário internacional tanto por sua capacidade de mobilizar recursos financeiros para a área de saúde quanto pelas condicionalidades que foi determinando aos países para o acesso aos empréstimos visando às reformas dos serviços de saúde.

Nesse contexto, tomou posse Gro Harlem Brundtland, “determinada a posicionar a OMS como um importante ator no cenário global”, com acento nas mesas de negociações, “capaz de monitorar e influenciar outros atores” e “fortalecer a situação financeira da OMS, especialmente pela organização de ‘parcerias globais’ e ‘fundos globais’” (Brown et al., 2006, p. 639), com doadores privados, governos e agências bilaterais e multilaterais, e concentrando-se em alvos específicos, tais como malária, tuberculose, tabagismo e vacinação. A partir de então, o que se verifica é uma aproximação cada vez maior com o BM e outros organismos internacionais, não só para o financiamento de projetos, como também para a própria definição de políticas de desenvolvimento, especialmente do que passou a ser denominado de “sistemas de saúde eficazes” – isto é, a construção de políticas de apoio às reformas do setor que priorizassem as intervenções de maior custo-benefício baseadas no “novo universalismo” e em parceria com o setor privado. Em outras palavras, a construção de uma política de saúde global pautada pela parceria público-privada e estimulada pela relevância do gasto mundial com saúde, que passou de US\$ 1,7 trilhão em 1990 (Rizzotto, 2000), para US\$ 2,985 trilhões em 1997 (Organización Mundial de la

Salud, 2000), valores que representavam, em média, cerca de 8% do PIB mundial nesses dois anos, o que significa um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização.

A noção de “novo universalismo”, atualmente denominada “cobertura universal de saúde”, foi utilizada pela primeira vez no primeiro relatório da gestão Brundtland – *Relatório sobre a saúde no mundo 1999: mudar a situação*. Essa noção emerge, talvez não por coincidência, no mesmo momento em que o termo “saúde global” começa a disputar espaço com o de “saúde internacional” (Brown et al., 2006). Esse termo parece manifestar pelo menos duas dimensões principais. A primeira é a que “indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses de nações em particular” (Brown et al., 2006, p. 625), como em casos de epidemias e pandemias, tais como a Aids, o vírus Ebola e a influenza A (H1N1), ou mesmo as denúncias do movimento ambientalista sobre a degradação ambiental mundial e o aquecimento global. A segunda se refere aos interesses das “forças do mercado” ou das corporações transnacionais na área de saúde. No primeiro caso, o seu uso está ligado à necessidade da criação de informações e sistemas de vigilância eficientes para reforçar o monitoramento e o alerta global sobre a circulação de doenças e sobre o meio ambiente. No segundo, tem a ver com a privatização dos serviços de saúde, com o controle dos fundos de pensões pelo capital financeiro e com a expansão dos seguros de saúde privados como “alternativa” à seguridade social pública, isto é, refere-se aos propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar em que possa gerar lucros.

Ao contrário do termo “mundial”, de origem francesa, que permite introduzir a ideia da importância de se construírem instituições políticas mundiais capazes de dominar o movimento de mundialização do capital, o termo “global”, de origem norte-americana, não é neutro, mas é um termo vago, pois cada um pode empregá-lo de acordo com a sua conveniência, e dar a ele o conteúdo ideológico que quiser. Ou seja, o termo mundialização procura diminuir “a falta de nitidez conceitual dos termos ‘global’ e ‘globalização’” (Chesnais, 1996, p. 24).

A globalização apresenta, por exemplo, o “progresso técnico” como um processo benéfico e necessário, estimula a adaptação das sociedades às novas exigências e obrigações e, sobretudo, descarta qualquer ideia de procurar orientar, dominar, controlar e canalizar esse processo. Apesar de possíveis inconvenientes que o processo de globalização possa gerar, a principal mensagem é que as sociedades precisam se “adaptar” ou serem “adaptadas” ou conformadas para não perderem o “bonde da história”.

Assim, não é trivial que o uso do termo “saúde global” tenha se tornado parte do vocabulário cotidiano na década de 1990, não apenas em razão da circulação de doenças intensificadas com o processo de mundialização do capital, mas também porque é nesse período que as reformas no setor saúde lideradas pelo capital financeiro se generalizam ou se tornam globais. Segundo Iriart (2008), as regulações impostas pouco a pouco pelos órgãos federais como resposta às demandas dos usuários e das

associações de consumidores e profissionais criaram uma limitação para os lucros das organizações de atenção gerenciada nos Estados Unidos. Desse modo, assiste-se, principalmente na segunda metade dessa década, à expansão das organizações de atenção gerenciada ou *managed care organizations* (MCOs) para outros países a fim de aumentar as opções de lucros.

O processo de transnacionalização no setor saúde envolve novos fenômenos, tais como o movimento de pacientes e de prestadores, a assistência transfronteiriça, o incremento das fusões e aquisições transfronteiriças de empresas com investimento externo direto (IED), o impulso da atenção gerenciada e as negociações e os acordos que vêm sendo discutidos no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). Apesar de incipiente, esses novos fenômenos têm avançado em decorrência do alto custo da atenção à saúde nos países capitalistas centrais, do aumento da demanda por assistência nesses países, devido ao envelhecimento da população, e da crescente disponibilidade de serviços de saúde nos países em desenvolvimento a preços mais baixos que naqueles e com padrões de assistência similares, inclusive no que se refere às modernas tecnologias médicas, como a telemedicina, o uso de raio laser etc.

É um processo que pressupõe o avanço e a consolidação do setor privado em saúde e da burguesia de serviços de saúde (Lima, 2010) nos países em desenvolvimento em resposta às diferenças de custo, sobretudo no que se refere aos custos da mão de obra. De maneira geral, como em outros setores da economia, envolve frequentemente alianças estratégicas entre empresas nacionais e transnacionais no campo de seguros, acompanhadas de exigências aos países e às empresas nacionais no que diz respeito à redução dos custos de produção e flexibilização do mercado de trabalho, com recomendações para o equilíbrio financeiro dos sistemas de saúde e à autorresponsabilização na proteção à saúde.

Nesse contexto, o marco para as parcerias globais da OMS foi a criação da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, em janeiro de 2000, presidida pelo economista Jeffrey Sachs, da Universidade de Harvard, e composta por ex-ministros de finanças, funcionários do BM, do FMI, da OMC e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), assim como lideranças da saúde pública, com a finalidade de avaliar o lugar que a saúde ocuparia no desenvolvimento econômico mundial (Organización Mundial de la Salud, 2002; Organización Mundial de la Salud e Organización Mundial del Comercio, 2002). Quanto à parceria setorial, o interlocutor privilegiado foi o BM e o seu RDM 1993, que serviu de documento de referência para o *Relatório sobre a saúde no mundo 2000: melhorar o desempenho dos sistemas de saúde*, ou Relatório OMS-2000, pois foi considerado o primeiro tipo de investigação que ampliou a análise da “combinação do cálculo dos custos com medidas de eficácia das intervenções e sua utilização para determinar prioridades” dos sistemas de saúde (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 59).

Portanto, foi com Brundtland que a OMS passou a participar efetivamente do grande consenso que os principais organismos e agências internacionais de desenvolvimento já haviam formulado no RDM 1993, sobre a necessidade de se

compatibilizar a política de saúde com a doutrina neoliberal e de se adequar essa política às prioridades do ajuste fiscal. É disso que fundamentalmente vai tratar o Relatório OMS-2000, estabelecendo assim a narrativa neoliberal como política oficial da OMS (Navarro, 2006).

O vínculo existente é tão forte que esse relatório pode ser visto como um informe conjunto OMS-BM, já ensaiado no Relatório OMS-1999. Julio Frenk,¹ então diretor executivo de Provas Científicas e Informação para as Políticas da OMS, foi o presidente do comitê de orientação do Relatório OMS-2000. Fizeram parte do comitê, entre outros, Dean Jamison, responsável pela direção dos trabalhos da equipe que deu origem ao RDM 1993, assim como Christopher Murray e Philip Musgrove, membros dessa mesma equipe. Além disso, o uso de expressões como “panorama em mutação” e “novas funções” do setor saúde no Relatório OMS 2000 se relacionam com os mesmos termos utilizados no RDM 1997. Nesse relatório, segundo Melo (2004), a utilização dessas expressões significa o reconhecimento da presença de atores sociais públicos e privados, ora como parceiros, ora como clientes, na relação com o Estado, cujas opiniões devem ser respeitadas, cujas demandas têm que ser dirigidas e cuja parceria deve ser estimulada na direção do desenvolvimento e da estabilização econômica mundiais.

Para o BM, a crise do Estado previdenciário teria exigido um novo direcionamento estratégico do Estado ou uma reforma do Estado, levando-o a assumir novas responsabilidades. Partindo do pressuposto de que “um Estado eficiente é vital para a provisão dos bens e serviços, bem como das normas e instituições – que permitem que os mercados floresçam e que as pessoas tenham uma vida mais saudável e feliz” (Banco Mundial, 1997, p. 1) –, o BM sugere duas estratégias para tornar o Estado um parceiro mais confiável e eficiente para a comunidade internacional.

A primeira é “ajustar a função do Estado à sua capacidade”, entendida como “a capacidade de promover de maneira eficiente ações coletivas, em áreas tais como lei e ordem [leia-se: a garantia da propriedade privada], saúde pública e infraestrutura básica” (Banco Mundial, 1997, p. 3), sendo a eficiência traduzida como o resultado obtido pela capacidade de se atenderem às demandas desses bens no interesse da sociedade. Nesses termos, identificam-se cinco tarefas fundamentais para o desenvolvimento dos países e a redução da pobreza: a formação de uma base jurídica, a manutenção da estabilidade macroeconômica, o investimento em serviços sociais básicos e infraestrutura, a proteção dos grupos vulneráveis e a proteção do meio ambiente.

A segunda estratégia é “aumentar a capacidade do Estado, revigorando as instituições públicas”, para se combaterem ações arbitrarias do próprio Estado e a corrupção, para submeter o setor público a uma maior concorrência, visando “aumentar a sua eficiência”, e para viabilizar maior descentralização, participação e parceria com o “corpo cívico” (leia-se sociedade civil) e a empresa privada.

¹ Médico mexicano, conhecido como “o privatizador”, de 2000 a 2006 exerceu o cargo de ministro da Saúde do governo Vicente Fox e, em 2006, foi candidato derrotado para o cargo de diretor-geral da OMS. Atualmente é decano da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard e conselheiro da Fundação Bill e Melinda Gates.

Essas estratégias não apontam simplesmente para a redução do Estado, como referido anteriormente, mas para uma redefinição das responsabilidades do Estado, para uma reforma “que envolve mudanças drásticas no modo de pensar e agir dos órgãos de governo” (Banco Mundial, 1997, p. 14). A nova mensagem é que “o Estado é essencial para o desenvolvimento econômico e social, não como promotor direto do crescimento, mas como parceiro, catalisador e facilitador” (Banco Mundial, 1997, p. 1) da sociedade civil e do mercado. É um Estado que deixa de ser empreendedor, como no modelo anterior de desenvolvimento, para ser um Estado com função regulatória e de focalização na área social, que se apoia no novo modo de acumulação de capital sob a égide do capital financeiro e na elevada liquidez internacional para sustentar internamente a estabilidade monetária e a abertura comercial com desregulação financeira e desregulamentação do mercado de trabalho.

Desse ponto de vista, para o BM, os mercados, a sociedade civil e os governos devem ser complementares, visto que “o Estado é essencial para a implantação dos fundamentos institucionais apropriados para os mercados”, assim como dos fundamentos sociais para reduzir a pobreza e a desigualdade, pois com frequência “as políticas e programas desviam recursos e serviços daqueles que mais necessitam deles” (Banco Mundial, 1997, p. 4), em razão da “influência política” dos mais ricos em detrimento dos mais pobres e marginalizados da sociedade. Portanto, as políticas e os programas devem gerar crescimento, mas também assegurar os benefícios do crescimento fomentado pelo mercado, particularmente por meio de investimentos em serviços básicos de educação e saúde, com a participação da comunidade, aproveitando a sua reserva de “capital social” (Banco Mundial, 1997, p. 11) e “fazendo com que os cidadãos e as comunidades participem da prestação dos bens coletivos essenciais” (Banco Mundial, 1997, p. 3).

Com a síntese dessas proposições do RDM 1997 se buscou mostrar que a análise aí realizada converge com a análise do Relatório OMS-2000. Ajustar a função do Estado à sua capacidade se traduz, na área da saúde, pela construção de um sistema de saúde eficiente baseado no “novo universalismo” e na expansão da capacidade de pagamento do conjunto da população, inclusive dos pobres, por meio da ampliação dos planos de pré-pagamento como forma de proteger toda a população contra os custos financeiros da enfermidade. Essa é a grande novidade do Relatório OMS-2000 em relação ao RDM 1993, justificada da seguinte forma:

A cada dia se anuncia um novo medicamento ou tratamento ou um novo avanço da medicina e da tecnologia em saúde. O ritmo dos avanços só é comparável com o ritmo com que cresce o afã da população por beneficiar-se deles. O resultado é um aumento da demanda e das pressões que têm de suportar os sistemas de saúde, tanto do setor público quanto do privado, em todos os países, ricos ou pobres. Sem dúvida, a capacidade dos governos para financiar e prestar serviços tem limites. Com o presente relatório, se deseja estimular a adoção de políticas públicas que reconheçam as limitações que sofrem os governos. Se eles forem prestar serviços para todos, não é possível

oferecer todos os tipos de serviços. (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. xvi)

Diferentemente do RDM 1993, busca-se delinear uma política de saúde global que amortize os custos sociais e políticos do ajuste com um discurso social centrado na redução das desigualdades e no combate à pobreza, mas ao mesmo tempo incorporando os pobres ao mercado privado de saúde, com o argumento de se priorizar a demanda, ou “fazer com que o dinheiro siga o paciente”.

Quanto à segunda alternativa, de aumentar a capacidade do Estado revigorando as instituições públicas, ela se traduz na ênfase que se dá à construção da função reitora dos sistemas de saúde, implicada na própria reforma do Estado. Isso significa a capacidade de se estabelecerem as regras do jogo e fazê-las serem cumpridas, proporcionando orientação estratégica aos distintos atores envolvidos, como as empresas de planos de pré-pagamento, as seguradoras de saúde e as organizações não governamentais (ONGs). Na língua inglesa, reitoria significa uma “gestão cuidadosa e responsável de algo cujo cuidado se confia a alguém” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 49). Portanto, o pressuposto é de que o Estado não é o único responsável pela “cobertura universal de saúde” ou pela “universalidade” e que o próprio setor público deve ser submetido à concorrência.

O “novo universalismo” para o século XXI

Para compreender essa proposta, é necessário resgatar as gerações de reforma em saúde que, segundo o Relatório OMS-2000, foram implantadas ao longo do século XX. A reforma de primeira geração se refere à “Atenção universal à saúde”, caracterizada pela criação de sistemas nacionais de saúde abrangentes nos anos 1940 e 1950, primeiramente nos países mais ricos e que depois se estenderam progressivamente aos países mais pobres. Nos anos 1960, de acordo com o Relatório OMS-2000, esses sistemas foram submetidos a grandes pressões financeiras pela elevação dos custos, especialmente pelo aumento do volume e da intensidade da atenção hospitalar, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Entretanto, o grande problema dos sistemas de cobertura universal para toda a população, de acordo com o relatório, é que

[...] quem mais utilizava os serviços de saúde eram os que tinham melhor situação econômica, e as tentativas para chegar aos pobres costumavam ser incompletas. Muitas pessoas continuavam dependendo de seus próprios recursos para pagar os serviços de saúde, e às vezes só podiam obter atenção de pouca qualidade. (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 15-16; nossa tradução)

Para o Relatório OMS-2000, essas “falhas” provocaram os países a buscarem sistemas mais eficazes em razão dos custos, mais equitativos e mais acessíveis, o que implicou o surgimento da segunda geração de reforma, realizada sob o mote

da atenção primária à saúde (APS). Os elementos básicos que a caracterizaram eram o compromisso para que todos os habitantes recebessem um nível mínimo de serviços de saúde, alimentos e educação, e o fornecimento suficiente de água potável e saneamento básico, além de medidas de saúde pública relativas à atenção clínica, prevenção de doenças, medicamentos essenciais e educação sanitária por meio de trabalhadores comunitários de saúde.

Entretanto, segundo o Relatório OMS-2000, o termo “primário” adquiriu vários significados, tanto técnicos (primeiro nível do sistema, tratamentos simples realizados por trabalhadores com pouco treinamento etc.) quanto políticos (dependendo da ação intersetorial e da participação comunitária), o que explicaria, para a OMS, o fato de não existir um modelo único de atenção primária e a dificuldade de se reproduzirem os exemplos exitosos de determinados países. Com base nisso, o Relatório OMS-2000 afirma que a maioria das experiências fracassou parcialmente. Entre os motivos enumerados, estão o financiamento inadequado, o pouco tempo para os trabalhadores se dedicarem à prevenção e à comunidade, o treinamento inadequado, os equipamentos insuficientes para resolver os problemas e a ausência de mecanismos de referência e contrarreferência. Todos esses entraves acabam caracterizando para o Relatório OMS-2000 não uma atenção “primária”, mas uma atenção “primitiva”, o que conseqüentemente leva as pessoas a se dirigirem diretamente aos hospitais, bem como os países pobres a continuarem investindo neles. Em nenhum momento, o relatório relaciona os “fracassos” ou “entraves” ao processo de ajuste fiscal a que foram submetidos os países, com as conseqüentes diminuição e reestruturação do gasto público na área de saúde e, de maneira geral, na área social.

Ao contrário da desarticulação existente entre os níveis do sistema de saúde da maioria dos países, a OMS indica que, nos países desenvolvidos:

[...] a atenção primária tem se integrado melhor na totalidade do sistema, talvez porque foi associada mais com o exercício da medicina geral e familiar e com prestadores de menor nível como as enfermeiras de atenção direta e os assistentes médicos. Uma maior dependência deste tipo de pessoal forma o núcleo dos programas atuais de reforma de muitos países desenvolvidos. A chamada atenção regulada (*managed care*), por exemplo, procura, sobretudo, fortalecer a atenção primária e evitar os tratamentos desnecessários, especialmente a hospitalização. (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 17; nossa tradução)

A principal crítica que o Relatório OMS-2000 faz a ambas as gerações de reformas – atenção universal à saúde e atenção primária à saúde – é que elas deram muito pouca atenção à “demanda” das pessoas por assistência à saúde e se concentraram quase exclusivamente nas “necessidades presumidas”. As razões para a incongruência entre esses dois conceitos são de duas ordens, segundo a OMS. A primeira é a pobreza; a outra é que ambas as gerações de reformas foram regidas pela oferta de serviços de saúde.

Ao contrário, a preocupação com a demanda das pessoas é característica da terceira geração de reformas “atualmente em marcha em muitos países, a qual inclui reformas tais como fazer com que o dinheiro siga o paciente e abandonar o costume de simplesmente dar aos fornecedores um orçamento, que por sua vez está habitualmente determinado pelas necessidades presumidas” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 17; nossa tradução), tal qual ocorreu no Reino Unido com a reforma do setor público de saúde.

O Relatório OMS-2000 considera a terceira geração uma conquista que converge para o que denomina de “novo universalismo”. Uma noção que significa que, em lugar de oferecer toda a atenção à saúde possível para a toda população, oferece a todos uma atenção essencial ou prioritária de alta qualidade, em vez de uma atenção mais simples e básica para os pobres, como na APS, e que deve ser definida principalmente pelo critério de eficácia em razão dos custos.

E isso conduz a uma seleção explícita das prioridades entre as intervenções, respeitando o princípio ético de que talvez seja necessário e eficiente limitar os serviços, porém é inadmissível excluir grupos inteiros da população. Sem dúvida, um conjunto definido de intervenções que venha a beneficiar de preferência os pobres e, se aplicadas integralmente a toda a população, garante mais facilmente que a maioria dos pobres se beneficiem, [...] [pois os] serviços de atenção à saúde prestados pelo governo, apesar de em geral serem destinados aos pobres, frequentemente são usados pelos mais ricos. (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 18; nossa tradução)

Nessa linha de argumentação, a terceira geração de reformas pressupõe atribuir maior importância às finanças públicas, porém a prestação de serviços de saúde não necessariamente deve ser garantida pelo poder público. Esse tipo de reforma, ao incorporar a ideia de responder às demandas, trata cada vez mais de possibilitar o acesso dos pobres aos serviços de saúde por meio de subsídios, em especial mediante o financiamento privado de seguro e/ou planos de pré-pagamento, em diferentes graus a depender do país, e não somente pela prestação de serviços pelo poder público.

As justificativas para esse tipo de reforma, segundo a OMS, se devem, em parte, às profundas mudanças políticas e econômicas ocorridas no mundo no final da década de 1980. Entre elas, estão a transformação das economias centralizadas em economias de mercado, como é o caso da China, da Europa Central e da ex-União Soviética; a perda de credibilidade da acentuada intervenção estatal na economia, que conduziu à venda ou à liquidação das empresas do Estado; a promoção de maior competição no interior dos países e entre eles; a redução dos controles e das regulamentações governamentais; e, em geral, a liberação das “forças do mercado”. Para a OMS, do ponto de vista ideológico, essas mudanças significaram a atribuição de maior importância à capacidade de decisão e à responsabilidade individual, e do ponto de vista político, significaram a limitação das promessas e das expectativas acerca da capacidade dos governos, em particular pela condução das receitas

gerais, para ajustar-se melhor à “verdadeira” capacidade financeira e de organização do Estado.

Pautada pelo economicismo e pelo pragmatismo, a análise efetuada no Relatório OMS-2000 introduz uma sutileza nas suas argumentações, na medida em que são as “provas científicas” e as “experiências exitosas” acumuladas por especialistas competentes que legitimam a correção de seus diagnósticos e proposições. Dessa forma, o BM vai direcionando, ao mesmo tempo, um novo ordenamento e harmonização das políticas de saúde, bem como novas condicionalidades para empréstimos, tais como a construção da capacidade reitora do Estado ou sua transformação em Estado gerente nos vários âmbitos de sua atuação e na saúde em particular, agora com o respaldo técnico-científico da OMS.

Foge do escopo a análise das inumeráveis “provas científicas” apresentadas no Relatório OMS-2000 – que, aliás, foi submetido a duras críticas, dirigidas principalmente à inconsistência metodológica dos indicadores utilizados para a comparação e a classificação do desempenho dos sistemas de saúde dos 191 países-membros e, conseqüentemente, para o resultado do *ranking* geral do desempenho deles (Ugá et al., 2001). No entanto, entre as “provas científicas”, vale ressaltar aquela que é considerada uma das mais importantes, do ponto de vista do BM, e que mostra a radicalização do processo de mercantilização e financeirização do setor saúde. Essa “prova” esclarece a direção da reforma na saúde emanada do Relatório OMS-2000, que articula a proposta do “novo universalismo” com a expansão dos planos de pré-pagamento e a reforma das instituições públicas, com base no princípio de que “o dinheiro segue o paciente”. A “prova científica” se expressa nos seguintes termos:

O presente relatório apresenta provas convincentes de que o pré-pagamento constitui a forma mais idônea de recolhimento de receitas, ao passo que os pagamentos diretos tendem a ser bastante regressivos e muitas vezes impedem o acesso à atenção à saúde [dos pobres]. [...] Os dados correspondentes a numerosos sistemas de saúde mostram que o pré-pagamento mediante sistema de seguro conduz a uma maior equidade no financiamento. O principal desafio em matéria de recolhimentos de receitas consiste em ampliar os sistemas de pré-pagamento, atribuindo um papel central ao financiamento público ou ao seguro obrigatório. No que respeita à partilha de receitas, a criação de um fundo comum o mais amplo possível é fundamental para repartir o risco financeiro envolvido na atenção à saúde, e reduzir assim o risco individual e o espectro de empobrecimento por gastos em saúde.

Nos planos de seguros se combinam os recursos de contribuintes individuais e de outras fontes a fim de repartir os riscos na população. [...] É necessário formular estratégias para ampliar essa partilha de riscos e aperfeiçoar o sistema de subsídios. [...]

Se não existem mecanismos viáveis de organização para aumentar os níveis de pré-pagamento, tanto os doadores quanto os governos devem estudar outras opções para criar mecanismos que permitam desenvolver ou consolidar

grandes fundos comuns. Os planos de seguro concebidos, sobretudo para a população pobre, seriam, ademais, uma interessante maneira de canalizar a assistência externa para a saúde, paralelamente à receita fiscal. [...]

Os países de baixa renda poderiam fomentar diferentes formas de pré-pagamento – vinculadas ao emprego, à comunidade ou aos provedores – como parte de um processo preparatório de unificação dos fundos comuns pequenos em outros maiores. É necessário que os governos fomentem a tarifação comunitária (todos os membros da comunidade pagam o mesmo prêmio), um conjunto comum de benefícios e o caráter transferível dos benefícios entre os planos de seguros, e deveriam ser utilizados recursos públicos para cobrir a inclusão da população pobre nesses planos.

Nos países de renda média, a política para alcançar sistemas justos de pré-pagamento é fortalecer os planos de seguro obrigatório, com frequência importantes, que estão baseados na receita e nos riscos, tendo cuidado também de aumentar o financiamento público para incluir os pobres. Embora a maioria dos países industrializados já contem com altos níveis de pré-pagamento, algumas dessas estratégias também são pertinentes para eles. (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. xxi-xxii; nossa tradução)

A partir dos argumentos em torno da iniquidade de acesso dos pobres à atenção à saúde, o Relatório OMS-2000 introduziu como uma das metas dos serviços de saúde “a equidade das contribuições financeiras”, tendo em vista a criação de capacidade financeira, principalmente dos pobres dos países capitalistas dependentes. Essa meta é justificada porque, para “surpresa” da OMS, nos países de baixa renda a maior parte da população, em particular os pobres, tem que pagar do seu bolso pela assistência médica precisamente quando cai doente e mais necessita de dinheiro. São eles também que menos se beneficiam dos sistemas de pré-pagamento associados ao emprego, e seu acesso aos serviços subsidiados pelo Estado é menor do que o dos setores mais ricos da população, configurando dessa forma a iniquidade de acesso dos pobres.

Assim, a responsabilidade do governo não é apenas melhorar a saúde e responder às expectativas da população, mas também “reduzir a carga regressiva colocada pelos pagamentos diretos para a atenção à saúde, ampliando para eles [para os países de baixa renda, mas não só] os planos de pré-pagamento, que distribuem os riscos financeiros e atenuam a ameaça dos gastos sanitários catastróficos” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. xi).

Portanto, a meta de “equidade das contribuições financeiras” fornece as premissas para universalizar o acesso de toda a população ao mercado setorial, isto é, ampliar a mercantilização dos serviços de saúde por meio da iniciativa privada, assim como para criar grandes fundos de saúde subsidiados pelo setor público para serem administrados pelo capital financeiro. Além disso, o Relatório OMS-2000 chama a atenção para o fato de que o “‘financiamento equitativo’ nos sistemas de saúde significa que os riscos que corre cada família devido aos custos do sistema

de saúde se distribuem segundo a capacidade de pagamento e não segundo o risco da enfermidade” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 38; nossa tradução). Ou seja, como destaca Laurell (1997), é um tipo de financiamento que se baseia no princípio de equivalência e não no princípio de solidariedade. Isso significa que o segurador recebe benefícios equivalentes ao pagamento realizado, característico do seguro social do Estado de bem-estar liberal norte-americano, e não com base em fundos comuns e divididos segundo as necessidades de cada um, independentemente da contribuição individual, que caracteriza o Estado de bem-estar socialdemocrata.

Concomitantemente, o Estado também tem a responsabilidade de empreender um processo público e explícito de estabelecimento de prioridades a fim de determinar o conteúdo do conjunto de intervenções em saúde do “novo universalismo” ou da “cobertura universal de saúde” para toda a população, considerando, entre outros critérios, as doenças prioritárias em âmbito local, a eficácia em razão dos custos e a aceitabilidade social. Para isso, a função reitora é considerada fundamental no sentido de coletar e combinar informações sobre os fatores de risco, a carga de morbidade e os padrões de utilização dos serviços pela população destinatária; sobre os serviços existentes e as intervenções oferecidas; e sobre o número, o tipo de provedores e a estrutura do mercado privado.

Nesse sentido, a tendência esboçada é a de que o Estado fique responsável prioritariamente pelas medidas de saúde pública com grandes externalidades e por aquelas que incidam sobre mudanças dos comportamentos individuais. O conjunto da assistência clínica, inclusive as intervenções definidas sob o “novo universalismo”, devem ficar sob a responsabilidade do setor privado. Isso porque se a definição de prioridades cabe à esfera pública, a prestação de serviços pode ser realizada pelas instituições públicas e/ou privadas.

O Estado deve ter a capacidade de impor prioridades (capacidade de reitoria) mediante regulamentação, exigindo, por exemplo, que todas as apólices de seguros privados incluam um conjunto de serviços essenciais, mas não necessariamente realizar a prestação de serviços. Pode também apoiar financeiramente as ONGs para atuar juntamente com a população de baixa renda no desenvolvimento de medidas de grande externalidade, como prevenção de doenças, educação em saúde, controle de vetores etc. Assim, parece que o “novo universalismo” é uma política que rejeita o “fundamentalismo de mercado” – uma vez que não são as “forças de mercado” que determinam as prioridades ou a oferta, mas que nem por isso deixa de privilegiar os interesses dos prestadores privados e do capital financeiro. Em outras palavras, o “novo universalismo” aponta para a ampliação da burguesia de serviços de saúde, na medida em que as ações de saúde pública, antes de competência exclusiva do Estado, são transferidas para a iniciativa privada, juntamente com a expansão dos planos de pré-pagamento e das seguradoras de saúde.

Considerações finais

A proposta do “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde” deve ser entendida no contexto das transformações produzidas no capitalismo comandado pelo capital financeiro, da reforma do Estado e dos sistemas de saúde que ocorrem desde meados da década de 1980. Ademais, é parte de um movimento que desde a década de 1990 vem discutindo alternativas para a “crise da saúde pública” sob a iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da OMS, em torno de propostas tais como a “Nova Saúde Pública” e as “Funções Essenciais de Saúde Pública” (Paim e Almeida Filho, 2000; Paim, 2006).

Sintonizadas com o movimento mais amplo de reforma do Estado, compõem a agenda reformadora na saúde, que é orientada por dois eixos centrais: a contenção de custos da assistência médica pela busca de maior eficiência e a reestruturação do *mix* público-privado através da descentralização de atividades e responsabilidades para os níveis subnacionais de governo e para o setor privado, assim como prevê o aumento da participação do usuário no custeio dos serviços de saúde. Sendo assim, pressupõe medidas que redirecionem as práticas de saúde para a atenção ambulatorial, atendimento domiciliar e a ênfase na atenção primária e saúde pública; a separação entre provisão e financiamento de serviços com fortalecimento da capacidade reguladora do Estado; a introdução de mecanismos competitivos; e a utilização de subsídios e incentivos diversos visando à reestruturação do *mix* público-privado com a quebra do monopólio estatal na área (Almeida, 1999).

Essa lógica reformadora está presente no Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008 “Cuidados de saúde primários – agora mais que nunca” e em documentos sobre a educação profissional em saúde, os quais recomendam reformas educacionais e institucionais visando à formação de uma nova geração de profissionais de saúde, tal qual expresso no relatório *Profissionais de saúde para um novo século: transformação da educação para o fortalecimento dos sistemas de saúde em um mundo interdependente* (Frenk e Chen, 2011). Elaborado em 2010 pela Comissão para a Educação de Profissionais de Saúde para o Século XXI – uma Iniciativa Global Independente, foi patrocinado pela Fundação Bill e Melinda Gates, pela Fundação Rockefeller e pelo China Medical Board (CMB), visando às reformas do ensino e da pesquisa nas áreas de medicina, enfermagem e saúde pública.

Em todas essas iniciativas o que se apreende é que em lugar da defesa da universalização do direito à saúde e da busca do fortalecimento e da melhoria dos serviços públicos, a agenda homogeneizadora construída pela OMS com apoio do BM e seus parceiros indica a universalização da atenção à saúde por meio da privatização das instituições públicas, das parcerias público-privadas e das modalidades de planos de pré-pagamento e seguros-saúde. Em outras palavras, aponta para a construção de um modelo de proteção social em saúde de matriz liberal e não para a constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. Parece ser esse o principal sentido do “novo universalismo” ou da “cobertura universal de saúde” – universalidade sim, mas sob a direção das forças do mercado.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Célia. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- BANCO MUNDIAL. *Salud: documento de política sectorial*. Washington, DC: Banco Mundial, 1975.
- _____. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial: o Estado num mundo em transformação*. Washington, DC: Banco Mundial, 1997.
- BROWN, Theodore M. et al. A transição de saúde pública “internacional” para “global” e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, jul.-set. 2006.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 417-442.
- CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
- FORT, Meredith et al. (org.). *El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. Barcelona: Paidós, 2006.
- FRENK, Julio; CHEN, Lincoln (org.). *Profissionais de saúde para um novo século: transformação da educação para o fortalecimento dos sistemas de saúde em um mundo interdependente*. Rio de Janeiro: RETS–Comissão para a Educação de Profissionais de Saúde para o Século 21, 2011. Disponível em: <http://www.healthprofessionals21.org>. Acesso em: 29 jan. 2013.
- IRIART, Célia. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1.619-1.626, 2008.
- LAURELL, Asa Cristina. La salud: de derecho social a mercancía. In: _____ (org.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Cidade do México: UAM-Xochimilco, 1994. p. 9-31.
- _____. A privatização seletiva na seguridade social e na saúde. In: MALAGUTI, Manuel Luiz et al. (org.). *A quem pertence o amanhã? Ensaio sobre o neoliberalismo*. São Paulo: Loyola, 1997. p. 133-140.
- LIMA, Júlio César França. *Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem*. 2010. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- MATTA, Gustavo Corrêa. A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.
- MELO, Adriana Almeida Sales de. *A mundialização da educação: consolidação do projeto neoliberal na América Latina. Brasil e Venezuela*. Maceió: Edufal, 2004.
- NAVARRO, Vicente. *¿Qué está ocurriendo en la Organización Mundial de la Salud?* Trad. Blanca Aragoncillo Cascón e Bárbara Cruz Oliva. 2006. (Mimeo.).
- NEVES, Lucia Maria Wanderley (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca*. Genebra: OMS, 2008.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Genebra: OMS, 2000.

_____. *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Genebra: OMS, 2002.

_____; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC). *Los acuerdos de la OMC y la salud pública: un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC*. Washington, DC: OMC, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: Edufba, 2006.

_____; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SOARES, Laura Tavares. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TAVARES, Maria da Conceição; FIORI, José Luís. *(Des)ajuste global e modernização conservadora*. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

UGÁ, Maria Alicia D. et al. Considerações metodológicas sobre o Relatório 2000 da Organização Mundial de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 705-712, 2001.