

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

VALENTINA SOFÍA SUÁREZ BALDO

SEGMENTAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA
ARGENTINA:

A tentativa de reforma por meio do Seguro Nacional de Saúde em questão

UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE

Niterói - RJ

2018

VALENTINA SOFÍA SUÁREZ BALDO

**SEGMENTAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA
ARGENTINA:**

A tentativa de reforma por meio do Seguro Nacional de Saúde em questão

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito para a obtenção do Título de Doutora em Política Social.

Área de Concentração: Avaliação de Políticas Sociais

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mônica de Castro Maia Senna

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marcela Beatriz Belardo

Niterói – RJ

2018

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG

S939s Suárez Baldo, Valentina Sofía
Segmentação e fragmentação do sistema de saúde na
Argentina: a tentativa de reforma por meio do Seguro Nacional
de Saúde em questão / Valentina Sofía Suárez Baldo ;
Mônica de Castro Maia Senna, orientadora ; Marcela Beatriz
Belardo, coorientadora. Niterói, 2018.
259 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGESS.2018.d.06177411746>

1. Sistema de saúde. 2. Argentina. 3. Fragmentação. 4.
Segmentação. 5. Produção intelectual. I. Título II.
Senna, Mônica de Castro Maia, orientadora. III. Belardo,
Marcela Beatriz, coorientadora. IV. Universidade Federal
Fluminense. Escola de Serviço Social.

CDD -

VALENTINA SOFÍA SUÁREZ BALDO

SEGMENTAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA ARGENTINA:
A tentativa de reforma por meio do Seguro Nacional de Saúde em questão

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito para a obtenção do Título de Doutora em Política Social.

Apresentada e aprovada em 29/10/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Mônica de Castro Maia Senna – Orientadora
Escola de Serviço Social (ESS) – Universidade Federal Fluminense

Prof^ª. Dr^ª. Tatiana Wargas de Faria Baptista – 1^ª Examinadora
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – Fiocruz

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues – 2^º Examinador
Instituto de Medicina Social (IMS) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Patty Fidelis de Almeida – 3^ª Examinadora
Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Universidade Federal Fluminense

Prof^ª. Dr^ª. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – 4^ª Examinadora
Escola de Serviço Social (ESS) – Universidade Federal Fluminense

Prof^ª. Dr^ª. Ingrid D'avilla Freire Pereira – Examinadora suplente
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Fiocruz

Prof^ª. Dr^ª. Luciene Burlandy Campos de Alcântara – Examinadora suplente
Escola de Nutrição (EN) – Universidade Federal Fluminense

Niterói – RJ, 2018

A minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à CAPES, que ainda em tempos de golpe, retrocesso e perda de direitos, me outorgou uma bolsa de doutorado durante quatro anos e uma bolsa sanduíche por quatro meses sem as quais teria sido impossível o desenvolvimento desta pesquisa e minha permanência no Brasil. A luta por educação pública, gratuita e de qualidade merece todos nossos esforços.

Às minhas orientadoras: Mônica de Castro Maia Senna, pela parceria de longa data, o carinho, a escuta, a paciência, a compreensão e as inúmeras contribuições e revisões de textos; Marcela Belardo, por sua amizade, sua gentileza, sua generosidade e os excelentes contatos que me facilitou durante o período de estágio sanduíche em Buenos Aires, e Claudia Danani, orientadora no estágio sanduíche no Instituto de Investigações Gino Germani (IIGG), da Universidade de Buenos Aires (UBA), por aceitar o convite, por seus comentários e indicações e pela intermediação para eu conseguir entrevistar atores fundamentais para a pesquisa.

Às(os) professoras(es) participantes da banca: Tatiana Wargas, Paulo Henrique Rodrigues, Patty Fidelis, Ingrid D'avilla, Lenaura Lobato e Luciene Burlandy, por ter aceitado o convite e pelas contribuições no exame de qualificação, nas aulas e nos vários encontros.

Às(os) integrantes do Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social. Também às funcionárias do Programa.

Às professoras(es) de outras instituições onde fiz disciplinas: Paulo Henrique Rodrigues, André Mendonça, Celia Kerstenetzky, Ligia Giovanella, Cristiani Vieira Machado, Isabela Soares Santos e Elizabeth Stein.

Aos entrevistados durante o período de estágio sanduíche em Buenos Aires, informantes-chave desta pesquisa: Aldo Neri, Mario Rovere, Guillermo Alonso, Jorge Mera, Hugo Arce, Rubén Torres, Javier Vilosio e Martín Langsam. Agradeço também os comentários de Liliana Findling, que talvez sem buscá-lo, acabaram mostrando a importância deste trabalho e a necessidade de fundamentar melhor sua relevância.

A minha família: meus pais, minhas irmãs, minhas tias Ale e Laura, Gustavo, Rosita e Pocha, pelo amor profundo, o apoio, a confiança, a segurança que me fazem sentir sempre. Especialmente às minhas irmãs, minhas companheiras, minhas melhores amigas.

Especialmente a Claudia, pelas orientações para a vida, por seu exemplo de militância e amor, pela acolhida em sua casa, por seu carinho e seus cuidados.

À família cordobesa: Cuqui, Titi, Norma, Dani, Gaby, Franco, Mili, Vilma, Tere, Javi, Lucía, Flavia, Fernando, Giuliana, Antonella, Brisa e Gabina. Também ao tio Jorge e sua família.

A Arthur Lobo Costa Mattos, pelo amor de todos esses anos. Pelas infinitas horas de conversa que nutriram esta tese. Por suas críticas, contribuições e revisões. Também a sua família tão querida: Lindalva Lobo, Philippe Lobo, Fernanda Faleiro e Gabriel.

A Mariana Pitasse, por sua amizade, pela acolhida, por seus cuidados e seu exemplo de dedicação ao trabalho. Também a sua família: Izabel, Katarina, Florzinha e Maria Filó.

Às(os) amigas(os) Gonzalo Ibáñez Mestres, Evangelina Martich, Vagner Caminhas Santana, Hugo Parra, Lais Volpe, Tainá Barboza, Alexandre Silva, Nathália Sanglard, Clarice Carvalhosa, Mariana Casoni, Franco Baier, Nora Rodríguez e Yanina Latiff.

Ao bloco revolucionário do proletariado Comuna que Pariu, que me ensina a disciplina, a militância e o amor. Especialmente ao Pestiscomitê, às(os) amadas(os) Bil Rait Buchecha, Belle Lopes, Amanda Caldas, Carol Soares, Raquel Fragoso, Luiz Guillermo Santos, Dani Zanotti, Andre Ciraudó, Filipe Boechat, Fanny, Nina Rosa, Andre Vieira, Marina Castro e Caio Martins.

Às(os) amigas(os) integrantes do ex Saúde com Afeto, hoje Só o Coletivo Salva: Leandro Gonçalves, Tais Vidaurre, Roberta Dornelles, Gabi Barreto, Ismael Silveira e Catalina Kiss.

Às(os) amigas(os) do grupo das Loucas&Putos, especialmente a Bettina Mattar, Gabriel Geluda, Cícero, Cecília, Conrado, Alejandra e Maitê.

Em La Plata e Buenos Aires, a Carola Hollander, Irina Mutti, Juli Durá, Fede Araneta e Silvia.

Finalmente, e como prometido, agradeço às(os) funcionárias(os) das bibliotecas onde fiz a coleta de dados para esta pesquisa: *Biblioteca del Congreso Argentino* e *Biblioteca de la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires*.

Madrugada Camponesa

Madrugada camponesa,
faz escuro ainda no chão,
mas é preciso plantar.
A noite já foi mais noite,
a manhã já vai chegar.

Não vale mais a canção
feita de medo e arremedo
para enganar solidão.
Agora vale a verdade
cantada simples e sempre,
agora vale a alegria
que se constrói dia-a-dia
feita de canto e de pão.

Breve há de ser (sinto no ar)
tempo de trigo maduro.
Vai ser tempo de ceifar.
Já se levantam prodígios,
chuva azul no milharal,
estala em flor o feijão,
um leite novo minando
no meu longe seringal.

Madrugada da esperança
já é quase tempo de amor.
Colho um sol que arde no chão,
lavro a luz dentro da cana,
minha alma no seu pendão.

Madrugada camponesa.
Faz escuro (já nem tanto),
vale a pena trabalhar.
Faz escuro, mas eu canto
porque a manhã vai chegar.

Thiago de Mello

RESUMO

Existe consenso na literatura acadêmica acerca do caráter fragmentado e segmentado do sistema de saúde argentino. Os conceitos de segmentação e fragmentação referem-se tanto à coexistência de vários subsistemas dentro do sistema de saúde, com distintas modalidades de financiamento e prestação de serviços destinados a segmentos populacionais também diferenciados, quanto ao baixo nível de integração entre tais subsistemas. Vários autores apontam o caso do sistema de saúde argentino como um dos mais fragmentados e segmentados do mundo.

Essa organização estratificada e desarticulada do sistema se traduz em uma multiplicidade de conseqüências negativas: iniquidades, ineficiência, descontinuidade dos cuidados, reprodução das desigualdades socioeconômicas, dificuldades dos trabalhadores da saúde para articular e negociar as demandas por melhores condições laborais, problemas para o planejamento das ações, ausência de espaços de socialização interclasses, entre outros.

Na segunda metade da década de 1980, no contexto do processo de redemocratização na Argentina, foram ensaiadas mudanças no desenho institucional do sistema de saúde. A reforma estrutural impulsionada pelo Poder Executivo, a partir da criação de um Seguro Nacional de Saúde, buscava reduzir o alto grau de segmentação e fragmentação da atenção à saúde e ampliar a intervenção do Estado, tanto na regulação como no financiamento e a prestação dos serviços. No entanto, o desfecho da tentativa de reforma foi a promulgação de duas leis que deixaram praticamente intocado o desenho que se pretendia alterar, e permitiram a manutenção da institucionalidade previamente consolidada.

Nesse sentido, o objetivo principal desta tese é analisar quais fatores impediram transitar de um sistema de saúde de tipo *bismarckiano* ou de seguros sociais compulsórios, altamente segmentado e fragmentado, a um modelo mais universal e com um grau maior de intervenção estatal no setor. A hipótese de trabalho é que o fracasso do Seguro pode ser explicado a partir dos condicionamentos impostos pelas instituições, tanto por seu legado histórico quanto pelas regras de jogo que estabelecem para a tomada de decisões. Explora-se, também, o papel das idéias e dos interesses dos atores que participaram e definiram o resultado dessa tentativa de reforma como variáveis explicativas do seu fracasso.

A análise faz uso de referenciais teórico-metodológicos do campo da avaliação de políticas públicas, do neo-institucionalismo histórico e do enfoque do ciclo de políticas, particularmente, dos momentos de formação da agenda e formulação da política. Utiliza métodos de produção e análise de dados de tipo qualitativo, a partir de fontes de informação primárias e secundárias: entrevistas individuais semi-estruturadas, referências bibliográficas, registros dos processos decisórios, normativas prévias e posteriores ao projeto de reforma e matérias da imprensa da época.

Os resultados sugerem a prevalência da herança institucional e do poder de pressão de grupos de interesse como variáveis explicativas do fracasso da tentativa de implementação do projeto de Seguro Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Sistema de saúde. Argentina. Segmentação. Fragmentação. Seguro Nacional de Saúde.

ABSTRACT

There is consensus in the academic literature about the fragmented and segmented nature of the Argentine health system. The concepts of segmentation and fragmentation refer to the coexistence of several subsystems within the health system, with different financing modalities and service provision for different segments of the population, as well as the low level of integration between these subsystems. Several authors point to the case of the Argentine health system as one of the most fragmented and segmented in the world.

This stratified and disjointed organization of the system translates into a multiplicity of negative consequences: iniquities, inefficiency, discontinuity of care, reproduction of socioeconomic inequalities, difficulties of some categories of health professionals to articulate and negotiate demands for better working conditions, problems for planning actions, lack of socialization spaces interclasses, among others.

In the second half of the 1980s, in the context of the redemocratization process, changes were made in the institutional design of the health system in Argentina. The structural reform promoted by the Executive, through the creation of a National Health Insurance, sought to reduce the high degree of segmentation and fragmentation of health care and to increase state intervention, both in regulation and in financing and the provision of services. However, the outcome of the reform effort was the enactment of two laws that left virtually untouched the design that was intended to change, and allowed the maintenance of previously consolidated institutions.

In that sense, the main objective of this thesis is to analyze which factors have prevented to move from a highly segmented and fragmented bismarckian type of health insurance or compulsory social insurance to a more universal model with a greater degree of state intervention in the sector. The working hypothesis is that the failure of the Insurance can be explained from the constraints imposed by the institutions, both by its historical legacy and by the rules of game that establish for the decision making. The role of the ideas and interests of the actors who participated and defined the result of this attempt to reform is also explored.

The analysis makes use of theoretical and methodological references in the field of public policy evaluation, historical neo-institutionalism and the focus of the policy cycle, particularly the moments of agenda formation and policy formulation. It uses methods of production and analysis of qualitative data, from primary and secondary information sources: individual semi-structured interviews, bibliographic references, records of decision-making processes and journal articles.

The results suggest the prevalence of institutional inheritance and the pressure power of interest groups as explanatory variables of the failure to attempt to implement the insurance project.

Keywords: Health system. Argentina. Segmentation. Fragmentation. National Health Insurance.

RESUMEN

Existe consenso en la literatura académica acerca del carácter fragmentado y segmentado del sistema de salud argentino. Los conceptos de segmentación y fragmentación se refieren tanto a la coexistencia de varios subsistemas dentro del sistema de salud, con distintas modalidades de financiamiento y prestación de servicios, destinados a segmentos poblacionales también diferenciados, cuanto al bajo nivel de integración existente entre tales subsistemas. Varios autores indican el caso del sistema de salud argentino como uno de los más fragmentados y segmentados del mundo.

La organización estratificada y desarticulada del sistema se traduce en una multiplicidad de consecuencias negativas: inequidades, ineficiencia, discontinuidad de los cuidados, reproducción de desigualdades socioeconómicas, dificultades de los trabajadores de la salud para articular y negociar demandas por mejores condiciones laborales, problemas para la planificación de las acciones, ausencia de espacios de socialización interclases, entre otros.

En la segunda mitad de la década de 1980, en el contexto del proceso de redemocratización en Argentina, fueron ensayados cambios en el diseño institucional del sistema de salud. La reforma estructural impulsada por el Poder Ejecutivo, a partir de la creación de un Seguro Nacional de Salud, buscaba reducir el alto grado de segmentación y fragmentación de la atención de la salud y ampliar la intervención del Estado, tanto en la regulación como en el financiamiento y la prestación de los servicios. Sin embargo, el resultado del intento de reforma fue la promulgación de dos leyes que dejaron prácticamente intocado el diseño que se pretendía alterar, y permitieron el mantenimiento de la institucionalidad previamente consolidada.

En ese sentido, el objetivo principal de esta tesis es analizar qué factores impidieron transitar de un sistema de salud de tipo *bismarckiano* o de seguros sociales compulsorios, altamente segmentado y fragmentado, a un modelo más universal y con un mayor grado de intervención estatal en el sector. La hipótesis de trabajo es que el fracaso del Seguro puede ser explicado a partir de los condicionamientos impuestos por las instituciones, tanto por su legado histórico cuanto por las reglas de juego que establecen para la toma de decisiones. Se explora, también, el papel de las ideas y de los intereses de los actores que participaron y definieron el resultado de ese intento de reforma.

El análisis hace uso de referenciales teórico-metodológicos del campo de la evaluación de políticas públicas, del neo-institucionalismo histórico y del enfoque de ciclo de políticas, particularmente, de los momentos de formación de agenda y formulación de la política. Utiliza métodos de producción y análisis de datos de tipo cualitativo, a partir de fuentes de información primarias y secundarias: entrevistas individuales semi-estructuradas, referencias bibliográficas, registros de los procesos decisorios, normativas previas y posteriores al proyecto de reforma y artículos de diarios de la época.

Los resultados sugieren la prevalencia de la herencia institucional y del poder de presión de grupos de interés como variables explicativas del fracaso del intento de implementación del proyecto de Seguro Nacional de Salud.

Palabras clave: Sistema de salud. Argentina. Segmentación. Fragmentación. Seguro Nacional de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Enviaram ao Congresso o projeto de Obras Sociais	131
Figura 2	Mensagens do Poder Executivo e projeto de SNS	132
Figura 3	O projeto do PE elimina o INOS e propicia um fundo de redistribuição (continuação do projeto de SNS)	132
Figura 4	Não se transferem bens sindicais (continuação do projeto de SNS)	133
Figura 5	O projeto do seguro de saúde	133
Figura 6	Cinco princípios para fundamentar um projeto	137
Figura 7	As disposições mais importantes do projeto de lei do SNS	152
Figura 8	Propaganda oficial sobre o projeto de SNS	152
Figura 9	Aprovaram as leis de Obras Sociais e do seguro de saúde	187
Figura 10	Leis de Obras Sociais e do Seguro de Saúde aprovadas	188
Figura 11	A lei não é contra ninguém	192
Figura 12	Severa advertência da CGT	194
Figura 13	O novo projeto de Obras Sociais. Reação da CGT	195
Figura 14	Entrevista com Saúl Ubaldini, secretario geral da CGT	195
Figura 15	Comunicado da Federação de Associações de Trabalhadores da Sanidade Argentina (FATSA)	196
Figura 16	Obras Sociais: a CGT denunciaria uma manobra eleitoral da UCR	197
Figura 17	A CGT luta pela aprovação de uma lei	198
Figura 18	CGT: nova reclamação pelas Obras Sociais	198
Figura 19	A CGT reclamou pelas Obras Sociais e pelo salário mínimo	199
Figura 20	Ubaldini: o Governo deve ser tão flexível com os trabalhadores como com os militares	199
Figura 21	Reclamo da CGT por dois projetos de lei	200
Figura 22	Ubaldini no Congresso. Incerteza sobre Obras Sociais	200
Figura 23	Apoio às Obras Sociais deficitárias	204
Figura 24	Vamos falar claro sobre a saúde	205
Figura 25	Lutam por tratar Obras Sociais	205
Figura 26	Crítica mercantil ao seguro de saúde	208

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos documentos selecionadas para integrar a amostra, por tipo de publicação	68
Gráfico 2	Cobertura por quintil de renda, % do total da população (2014)	74
Gráfico 3	Desigualdades sanitárias nas províncias argentinas (2008)	86
Gráfico 4	Tratamento dado nos materiais analisados aos atributos de segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Arenas decisórias, grupos de interesse e resultados das reformas em Suécia, França e Suíça	62
Quadro 2	Sistema de saúde na Argentina	73
Quadro 3	Trajatória histórica dos três subsistemas de saúde na Argentina	110
Quadro 4	Diferenças entre as leis 18.610 e 22.269	125
Quadro 5	Princípios do Seguro Nacional de Saúde	140
Quadro 6	Componentes do Seguro Nacional de Saúde	149
Quadro 7	Possíveis pontos de conflito com grupos de interesse	153
Quadro 8	Proposta de redução da segmentação e fragmentação do SNS	154
Quadro 9	Linha do tempo das leis e projetos de lei	156
Quadro 10	Relação do projeto de lei de Obras Sociais com seus antecedentes	161
Quadro 11	Modificações do projeto de lei de SNS em relação ao original	178
Quadro 12	Partidos Políticos e alianças do Congresso, anos 1987 e 1988	259

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Arrecadação média por beneficiário de obras sociais selecionadas e média do subsistema (junho de 2013)	77
Tabela 2	Quantidade de Obras Sociais do regime nacional (leis 18.610 e 22.269) e população coberta, segundo tipo de entidade (1984)	116
Tabela 3	Porcentagem de legisladores por partido político na Câmara e no Senado, anos 1987 e 1988	202
Tabela 4	Composição partidária da Câmara em 2, 16 e 22 de julho de 1987	258
Tabela 5	Composição partidária do Senado em 18, 24 e 25 de agosto de 1988	258
Tabela 6	Composição partidária da Câmara em 28 e 29 de dezembro de 1988	258

LISTA DE SIGLAS

ADEMP	Associação de Empresas de Medicina Pré-paga
ALAMES	Associação Latino-americana de Medicina Social
ANLIS	Administração Nacional de Laboratórios e Institutos de Saúde
ANMAT	Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica
ANSSAL	Administração Nacional do Seguro de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
ASE	<i>Acción Social de Empresarios</i>
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAME	Coordenadora de Atividades Mercantis Empresarias
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CGT	Confederação Geral do Trabalho
CIMARA	Câmara de Instituições Médico-Assistenciais da República Argentina
COFELESA	Conselho Federal Legislativo de Saúde
COFESA	Conselho Federal de Saúde
COMRA	Confederação Médica da República Argentina
CONFECILISA	Confederação das Clínicas, Sanatórios e Hospitais Privados
CONICET	Conselho Nacional de Investigações Científicas e Técnicas
COSSPRA	Conselho de Obras e Serviços Sociais Provinciais da República Argentina
DINOS	Direção Nacional de Obras Sociais
DNH	Departamento Nacional de Higiene
ENAPROSS	<i>Encuesta de Protección y Seguridad Social</i>
EPH	<i>Encuesta Permanente de Hogares</i>
FAM	Fundo de Assistência em Medicamentos
FATSA	Federação de Associações e Trabalhadores da Sanidade Argentina
FR	<i>Frente Renovador</i>
Frejuli	<i>Frente Justicialista de Liberación</i>
FSR	Fundo Solidário de Redistribuição
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IIGG	<i>Instituto de Investigaciones Gino Germani</i>
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas e Censos
INOS	Instituto Nacional de Obras Sociais
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSSJyP	Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionados
ISAGS	<i>Instituto Suramericano de Gobierno en Salud</i>
MINCyT	Ministério de Ciência e Tecnologia
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização de Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OPS	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
OSDE	<i>Organización de Servicios Directos Empresarios</i>
OSECAC	<i>Obra Social de Empleados de Comercio</i>
OSOCNA	<i>Obra Social de Comisarios Navales</i>
OSPACA	<i>Obra Social del Personal del Automóvil Club Argentino</i>
OSPECON	<i>Obra Social del Personal de la Construcción</i>
OSPLAD	<i>Obra Social para la actividad Docente</i>
OSPOCE	<i>Obra Social del Personal del Organismo de Control Externo</i>
PAHO	<i>Panamerican Health Organization</i>
PAMI	Programa de Assistência Médica Integral
PAN	Programa Alimentar Nacional
PI	<i>Partido Intransigente</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PJ	Partido Justicialista
PMO	Programa Médico Obrigatório
PNUD	Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento
SBC	Sociedade de Beneficência da Capital
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Saúde
SNS	Seguro Nacional de Saúde
SSS	Superintendência de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBA	Universidad de Buenos Aires
UCEDE	<i>Unión del Centro Democrático</i>
UCR	União Cívica Radical
UFF	Universidade Federal Fluminense

UNASUR	<i>Unión de Naciones Suramericanas</i>
UNLAM	<i>Universidad Nacional de La Matanza</i>
UNR	<i>Universidad Nacional de Rosario</i>
UNSAM	<i>Universidad Nacional de San Martín</i>
UOM	<i>Unión de Obreros Metalúrgicos</i>
UP	<i>Unión Personal</i>
URSS	União de Repúblicas Socialistas Soviéticas
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	20
1	MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL	35
1.1	Conceitos	35
1.1.1	<u>Política social</u>	35
1.1.2	<u>Welfare State</u>	39
1.1.2.1	Tipos ou Regimes de <i>Welfare States</i>	41
1.1.2.2	Padrão de proteção social latino-americano	43
1.1.3	<u>Políticas de proteção à saúde</u>	49
1.1.4	<u>Sistemas de saúde</u>	50
1.1.4.1	Modelos de proteção social em saúde	51
1.1.4.2	Segmentação e fragmentação de sistemas de saúde	54
1.1.4.3	Reforma de sistemas de saúde	55
1.2	Referenciais teórico-metodológicos	56
1.2.1	<u>Abordagem institucionalista</u>	56
1.2.2	<u>Ideias e interesses</u>	58
1.2.3	<u>Enfoque do ciclo de políticas e modelo de múltiplos fluxos de Kingdom</u>	59
1.2.4	<u>Antecedentes: as disputas políticas em torno do alargamento da intervenção governamental em saúde</u>	61
2	PROBLEMAS ASSOCIADOS À SEGMENTAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ARGENTINO	65
2.1	Indicadores do caráter segmentado do sistema de saúde argentino	68
2.1.1	<u>Subsistema público</u>	69
2.1.2	<u>Subsistema do seguro social</u>	70
2.1.3	<u>Subsistema privado</u>	71
2.2	Indicadores do caráter fragmentado do sistema de saúde argentino	75
2.2.1	<u>Algumas instancias de articulação e coordenação</u>	82
2.3	Consequências da fragmentação e da segmentação do sistema de saúde argentino: o que diz a literatura	83
2.4	Considerações finais do capítulo	94
3	INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE SEGMENTADO E FRAGMENTADO NA ARGENTINA	97
3.1	As origens: dispersão institucional	97

3.2	Hierarquização da saúde pública e expansão dos seguros sociais	102
3.3	Degradação da saúde pública, consolidação das obras sociais e crescimento do setor privado	105
4	O SEGURO NACIONAL DE SAÚDE: TENTATIVA FALIDA DE REDUÇÃO DA SEGMENTAÇÃO E A FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ARGENTINO	112
4.1	Situação social, política e econômica da Argentina na década de 1980	112
4.2	Situação de saúde	115
4.2.1	<u>Indicadores dos subsistemas</u>	115
4.2.1.1	Recursos para a atenção à saúde	118
4.2.2	<u>Institucionalidade do subsistema de Obras Sociais</u>	119
4.2.2.1	Lei 18.610 de Obras Sociais (1970)	119
4.2.2.2	Lei 22.269 de Obras Sociais (1980)	121
4.3	A política social do governo de Alfonsín	126
4.4	O projeto de Seguro Nacional de Saúde	130
4.4.1	<u>O conteúdo do projeto de lei de Seguro Nacional de Saúde</u>	137
4.4.1.1	Introdução	137
4.4.1.2	O conjunto de artigos	141
4.5	Do Seguro Nacional de Saúde às leis 23.660 e 23.661	154
4.5.1	<u>O projeto de lei de Obras Sociais</u>	157
4.5.2	<u>O projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde: diferenças em relação ao original</u>	165
4.5.2.1	Modificações favoráveis aos sindicatos (ou desfavoráveis para o Poder Executivo)	166
4.5.2.2	Modificações favoráveis ao Poder Executivo (ou desfavoráveis para os sindicatos)	174
4.5.2.3	Modificações relacionadas ao desdobramento do projeto original de SNS em dois	175
4.5.2.4	Outras mudanças interessantes	176
4.6	Os resultados: as leis 23.660 e 23.661	180
4.6.1	<u>A lei 23.660 de Obras Sociais</u>	180
4.6.2	<u>A lei 23.661 do Seguro Nacional de Saúde</u>	182
4.7	Os atores	188
4.7.1	<u>O Poder Executivo</u>	188
4.7.2	<u>O sindicalismo</u>	193
4.7.2.1	Breve resenha sobre as correntes políticas do sindicalismo peronista	200
4.7.3	<u>O Poder Legislativo</u>	201

4.7.4	<u>Os profissionais de saúde e suas organizações</u>	206
4.7.5	<u>As associações de empresas</u>	207
	CONCLUSÕES	209
	REFERÊNCIAS	218
	ANEXO A – Diferenças entre os projetos de lei de Seguro Nacional de Saúde e a lei 23.661	235
	ANEXO B – Diferenças entre o projeto de lei de Obras Sociais e a lei 23.660 ...	256
	ANEXO C – Composição partidária do Congresso nas sessões de tratamento dos projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde	258

INTRODUÇÃO

A presente tese de doutorado tem como temas centrais as características de segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino e a tentativa fracassada de reforma desses atributos durante a década de 1980, por meio da proposta de institucionalização do Seguro Nacional de Saúde. Para situar esse processo, torna-se necessário uma breve reconstrução histórica da trajetória da proteção social em saúde na Argentina.

Os antecedentes da proteção social em saúde na Argentina se encontram no século XIX, com a criação de instituições estatais preocupadas com o controle das condições sanitárias da população, principalmente nas capitais. Naquela época, existiam hospitais caritativos/filantrópicos e começaram a se organizar as primeiras associações de ajuda mútua, algumas das quais ofereciam assistência médica aos seus filiados. Só a partir do século XX foram implementadas ações coordenadas possíveis de serem qualificadas como de saúde pública no sentido forte, impulsionadas pelo Estado e preocupadas pontualmente por evitar a propagação de epidemias.

Na primeira metade deste século, produziu-se a expansão do modelo de proteção à saúde chamado de *bismarckiano*, caracterizado pela completa separação entre as funções de financiamento e prestação de serviços médicos, e baseado na existência de seguros de saúde compulsórios dirigidos aos assalariados formais e suas famílias, financiados através de aportes e contribuições destes e seus empregadores. A partir da década de 1930, alguns sindicatos começaram a prover serviços de saúde, que se constituíram na origem das então futuras *obras sociais* (seguros de saúde). O Estado, por sua parte, apoiava o processo tornando a afiliação aos seguros obrigatória e criando seus próprios institutos previdenciários para seus funcionários. Enquanto isso, a provisão de serviços públicos de saúde era subsidiária: o Estado coordenava intervenções de higiene pública e controle de doenças, e promovia as instituições privadas para a atenção aos setores de baixa renda. O poder público também outorgava subsídios a numerosas sociedades de beneficência responsáveis por serviços de atenção médica e assistência social.

No período das duas primeiras presidências de Juan Domingo Perón (1945-1955), o governo assumiu uma estratégia de desenvolvimento típica de pós-guerra, que consistia na aliança entre o governo e os sindicatos, no aumento do gasto público e da renda dos trabalhadores e no aproveitamento da situação econômica posterior à Segunda Guerra

Mundial para estimular o desenvolvimento de uma indústria capaz de contribuir à expansão do mercado interno. A política social passou a estar no centro da cena: houve expansão das intervenções sociais estatais, com eixo no crescimento econômico, na criação de emprego, no aumento dos salários e na consolidação dos instrumentos associativos da seguridade social¹. O contrato de trabalho passou a estar fortemente protegido pelo Estado. Nas negociações coletivas de trabalho, os assalariados eram apoiados pelo Estado e as empresas que aceitavam as melhores demandas pelos trabalhadores eram beneficiadas com políticas creditícias e fiscais.

O crescente número de trabalhadores afiliados aos sindicatos permitiu o acesso massivo aos benefícios que estes brindavam (hospitais, hotéis de turismo, clubes recreativos) e o aprofundamento da sua dimensão prestadora de serviços sociais (aposentadorias, serviços de saúde, primeiras prestações familiares). Em consequência, houve expansão do modelo de seguro social para a atenção à saúde. O governo peronista criou novas obras sociais por lei (sindicais e da administração pública) e as já existentes foram apoiadas mediante subsídios e construção de estabelecimentos de assistência à saúde.

Neste período produziu-se também um forte crescimento do setor público de saúde. A Secretaria de Saúde Pública, mais tarde transformada em Ministério, teve uma intensa atividade e foi responsável por mudanças positivas nos indicadores de saúde da população. Houve expansão dos recursos humanos e materiais e hierarquização dos seus serviços.

O governo da ditadura civil-militar iniciada na década de 1960 interveio decisivamente na estrutura e na regulamentação dos seguros sociais dirigidos aos trabalhadores, consolidando a institucionalidade desse modelo de financiamento e prestação de serviços médicos. No ano de 1970 foi sancionada a lei 18.610, a primeira norma legal destinada a regular o funcionamento das obras sociais, que possibilitou sua expansão. A lei criou o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS), encarregado de coordenar e regular o sistema de seguros de saúde, que determinou a incorporação obrigatória de toda a população formalmente assalariada, generalizando a afiliação às obras sociais.

A maior institucionalização das obras sociais foi um estímulo ao desenvolvimento do setor privado da medicina, na medida em que os recursos dos segurados eram canalizados à contratação de serviços de profissionais e estabelecimentos privados. Na década de 1970 produziu-se também a consolidação das empresas de seguros privados de saúde.

¹ Na Argentina, seguridade social faz referência ao conjunto de benefícios exclusivos dos trabalhadores com carteira assinada, financiados em forma contributiva. Atualmente, inclui aposentadorias, prestações familiares, seguro de saúde (obra social), seguro de desemprego e seguro de riscos de trabalho.

Enquanto isso, a saúde pública se encontrava em franca decadência desde o fim do governo peronista. Houve políticas de descentralização dos serviços, que incluíram a transferência de recursos assistenciais às províncias e municípios. Os governos posteriores buscaram limitar a intervenção do setor público de saúde, particularmente no tocante à atenção médica.

A sanção da primeira lei de Obras Sociais significou a consolidação da organização segmentada e fragmentada da atenção à saúde na Argentina, institucionalizando a existência de três subsistemas de saúde (público, privado e de obras sociais), cada um deles com uma modalidade diferenciada de afiliação, financiamento e prestação de serviços, estruturados para brindar serviços de atenção médica a distintos setores da população, e com um baixo nível de integração e coordenação entre si.

Na segunda metade da década de 1980, no contexto do processo de redemocratização iniciado em 1983, foram ensaiadas mudanças no desenho institucional do sistema de saúde. A reforma estrutural impulsionada pelo Poder Executivo, na figura do então Ministro de Saúde e Ação Social Aldo Neri, buscava reduzir, na concepção de seus formuladores, o alto grau de segmentação e fragmentação (estratificação e desarticulação) da atenção à saúde e ampliar a intervenção do Estado, tanto na regulação como no financiamento e a prestação dos serviços. Em 1985, Neri enviou ao Congresso o projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde (SNS), cujo objetivo era integrar o conjunto de obras sociais e o sistema público, para neutralizar as fortes desigualdades entre os seguros de saúde e incluir a população sem cobertura através de um seguro de saúde universal.

O projeto sofreu resistências, principalmente de parte de uma corporação com interesses na organização do sistema de saúde: os sindicatos. Estes últimos eram proprietários de quase 70% das obras sociais existentes na época, e o projeto de lei previa sua desvinculação administrativa e financeira. O setor sindical negociou modificações ao projeto de Seguro com o Poder Executivo, que acabou desdobrando a ideia original em duas propostas enviadas ao Congresso em 1987: os projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde. O desfecho da tentativa de reforma estrutural foi a promulgação de duas leis que não modificaram em nada a organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde e permitiram a perpetuação da institucionalidade consolidada a partir da lei 18.610 de Obras Sociais de 1970.

Considerando esse quadro, o objetivo principal da presente tese é analisar quais fatores impediram transitar de um sistema de saúde de tipo *bismarckiano* ou de seguros sociais compulsórios, altamente segmentado e fragmentado, a um modelo mais universal e com um

grau maior de intervenção estatal no setor, na Argentina, na segunda metade da década de 1980.

A hipótese de trabalho é que o fracasso do Seguro pode ser explicado a partir dos condicionamentos impostos pelas instituições, tanto por seu legado histórico quanto pelas regras de jogo que estabelecem para a tomada de decisões. Explora-se, também, o papel das ideias e dos interesses dos atores que participaram e definiram o resultado dessa tentativa de reforma como variáveis explicativas do seu fracasso.

Cabe aclarar que inicialmente o projeto de pesquisa que deu origem a essa tese de doutorado propunha um estudo comparado, buscando entender quais fatores permitiram transitar de um sistema de saúde de tipo *bismarckiano* a outro mais universal (ou *beveridgiano*) no Brasil na segunda metade da década de 1980, enquanto um processo parecido e contemporâneo na Argentina não foi possível.

Sintetizando a história, até meados da década de 1980, os caminhos institucionais dos sistemas de saúde nos dois países haviam seguido rumos parecidos. Em ambos era central a presença dos seguros sociais, baseados na inserção laboral das pessoas e financiados através de contribuições obrigatórias de trabalhadores formais e empregadores, enquanto a saúde pública ocupava um lugar residual. Na segunda metade da década de 1980, no contexto dos processos de redemocratização que seguiram as últimas ditaduras civis-militares, foram impulsionadas mudanças no desenho institucional dos sistemas de saúde nos dois países, com o objetivo de reduzir os altos graus de segmentação e fragmentação, universalizar a atenção e ampliar a intervenção do Estado, tanto na regulação como no financiamento e na prestação dos serviços. No entanto, os resultados dos processos de reforma foram diversos: enquanto no Brasil possibilitou a inclusão do direito à saúde na Constituição e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Argentina culminou na promulgação de duas leis que deixaram praticamente intocado o desenho institucional que se pretendia reformar.

Devido a que originalmente o objetivo do estudo era analisar histórica e comparativamente esses dois processos de mudança institucional dos sistemas de saúde, grande parte das ideias que orientaram esta pesquisa e inspiraram algumas conclusões surgiram a partir do exercício da comparação entre as experiências argentina e brasileira. A perspectiva de análise foi mudada, para passar a focar no caso argentino, a partir das oportunas sugestões da banca de qualificação, que avaliou como excessivo o volume de material que seria preciso analisar para dar conta de uma pesquisa comparada, considerando, sobretudo, a lacuna existente para o caso argentino.

Justificativa

Em primeiro lugar, por que uma tese sobre a segmentação e a fragmentação do sistema de saúde?

Argentina é o país com a classe trabalhadora mais tradicional, mais preparada teoricamente e mais combativa da América Latina (Crítica da Economia, 2018). Diariamente é possível constatar a presença nas ruas de manifestações a respeito das mais variadas pautas sociais: em defesa da educação pública, pelo aumento de salários, contra o corte de verbas para a assistência social, de oposição aos benefícios outorgados a repressores da ditadura encarcerados, a favor da legalização do aborto, entre tantas outras. No entanto, os problemas associados à organização do sistema de saúde não são um tema problematizado pela população na Argentina, exceto quando se trata de redução orçamentária para o setor público.

Em um seminário do Grupo País² realizado no extinto Ministério de Ciência e Tecnologia (MINCyT), na tarde de 6 de julho de 2017, o professor Carlos Vassallo³ abriu a conferência lamentando que existisse “aceitação, resignação e conformismo da sociedade argentina em relação ao sistema de saúde”. Por outra parte, um dos entrevistados para elaboração desta tese opinava que “claramente não há uma demanda explícita da sociedade pelos temas de saúde. A questão da saúde aparece na mídia quando alguém morre, quando a ambulância não chega, quando cai o teto de um hospital. Chega pelo médico, pelo assistencial, chega pelo lado mais esquecível”. Há indícios de que também era assim na década de 1980. No prólogo do único livro achado a respeito do Seguro Nacional de Saúde, o sanitarista e ex-ministro Aldo Neri⁴ começava dizendo que “os problemas do sistema de serviços de saúde costumam frequentemente constituir um campo mal compreendido e marginal na atenção política da sociedade. (...) Saúde é notícia pela anedota escandalosa ou superficial, e raramente pela discussão das suas questões fundamentais.” (Mera, 1988, p. 13). No mesmo livro, Mera (1988, p. 21) destacava que:

² Seminário “*Propuesta de fortalecimiento de la red pública de servicios de salud*”. Grupo PAÍS – Pacto Argentino por la Inclusión en Salud. Disponível em: <https://inclusionosalud.org/2017/06/03/seminario-del-pacto-argentino-por-la-inclusion-en-salud/>.

³ Carlos Vassallo é professor de Saúde Pública na *Universidad Nacional del Litoral*, Argentina. É autor de vários livros e artigos científicos sobre economia da saúde e políticas sanitárias. É membro do Grupo País.

⁴ Aldo Neri foi Ministro de Saúde e Ação Social durante o governo de Raúl Alfonsín (1983-1989). Elaborou, junto à sua equipe, o projeto de Seguro Nacional de Saúde que é objeto de estudo desta tese.

O sistema de atenção médica raramente ocupa os governos ou preocupa a população em igual medida que outros aspectos também desordenados ou pouco eficientes, como a estrutura educativa ou o regime de aposentadorias. Se excluirmos os conflitos médico-gremiais, os fatos que comovem a opinião pública e são veiculados pela imprensa se relacionam quase sempre com a escassez de recursos nos hospitais públicos. (...) É difícil desvendar as causas desta relativa indiferença que têm partilhado historicamente governos e governados.

A despeito da pouca presença da questão da organização do sistema de saúde na agenda pública, a segmentação e a fragmentação são características com múltiplas consequências problemáticas, seja para o acesso, a cobertura, o financiamento, os resultados ou a qualidade dos serviços. Provocam iniquidades, ineficiência, descontinuidade dos cuidados, reprodução das desigualdades econômicas, dificuldades na articulação das demandas dos trabalhadores da saúde, insatisfação da população com os serviços, por citar apenas alguns efeitos negativos. Entretanto, como poderá ser apreciado no Capítulo 2, existe uma lacuna na literatura acadêmica recente a respeito dessas características.

Em segundo lugar, por que uma tese sobre uma tentativa de reforma falida?

Para começar, o Seguro Nacional de Saúde (SNS) tem recebido pouco tratamento na literatura especializada em políticas e sistema de saúde na Argentina, há uma lacuna sobre esta tentativa de reforma estrutural do sistema.

Mera (1988) escreveu o quicá único livro existente sobre o SNS, que, se bem tem várias contribuições, está incompleto desde o ponto de vista do processo decisório que converteu o projeto original de Seguro nas duas leis que atualmente regem o subsistema de obras sociais. O livro acompanha o processo apenas até o primeiro tratamento na Câmara, perdendo dois tratamentos legislativos posteriores (um no Senado e um último na Câmara) e o resultado dos projetos convertidos em leis.

No livro titulado “Oportunidades perdidas”, Vilosio (2016) dedica uma seção dentro de um capítulo ao tratamento do SNS, caracterizando-o, como sugere o título, como uma das ocasiões desperdiçadas de transformação profunda da organização sanitária na Argentina.

Alonso (2000), no seu livro sobre política e seguridade social na Argentina da década de 1990, insere a tentativa de reforma “global” do sistema de saúde impulsionada pelo governo da restauração democrática como um capítulo da evolução histórica do regime de obras sociais, realizando importantes contribuições desde o ponto de vista das estratégias e lógicas de ação governamental.

Foi identificado também um artigo de Findling e Tamargo (1991) sobre as modalidades de articulação entre o Estado e a sociedade a partir da análise dos processos de formulação e regulamentação da lei do Seguro Nacional de Saúde. A pesquisa desenvolvida

pelas autoras procurou reconstruir o ciclo do SNS a partir da identificação e caracterização dos atores que participaram desses processos.

Fora essas referências, outras pesquisas sobre a história do sistema de saúde argentino se limitam a registrar o projeto de Seguro, sem aprofundar demasiado nas características da proposta ou nas causas do seu fracasso. Por citar alguns exemplos: nos dois volumes da monumental obra de Veronelli e Correch (2004), de 712 páginas no total, os autores dedicam menos de duas ao tratamento do SNS; no célebre livro “A atenção médica argentina no século XX”, Belmartino (2005) destina um parágrafo a comentar a tentativa de reforma de Neri e o desenlace nas leis 23.660 e 23.661; na exaustiva pesquisa de Arce (2010) sobre a história do sistema de saúde, o SNS ocupa apenas duas laudas em um total de quinhentas.

Por outra parte, embora o SNS represente uma tentativa falida de reforma do sistema de saúde, seu estudo permite:

- a) Identificar os fatores que obstaculizaram a redução da segmentação e da fragmentação como características problemáticas da organização do sistema, para aprender no caso de futuras tentativas;
- b) Refletir sobre as condições de possibilidade de uma reforma estrutural do sistema de saúde;
- c) Mostrar as ideias e estratégias de atores historicamente resistentes à reforma, que obstaculizam mudanças necessárias para tornar mais equitativo o acesso a serviços de saúde na Argentina;
- d) Apontar linhas de ação para futuros projetos de integração, que considerem o peso da herança institucional e o poder relativo dos atores, o que cada um deles estaria disposto a ceder na hora da negociação.

Metodologia e fontes de informação

A presente tese pretende desenvolver um estudo qualitativo de análise de políticas públicas. Por análise de políticas públicas, “entende-se o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas” (Arretche, 1998, p. 2). É um tipo de estudo que busca reconstituir as diversas características das políticas, para dar-lhes coerência e torná-las compreensíveis, ao mesmo tempo em que procura “apreciar os efeitos atribuídos à ação do governo” (Flexor e Leite, 2006, p. 11). No entanto, não se trata apenas de uma pesquisa

descritiva, no sentido de expor as características do sistema de saúde argentino e os atributos do que teria sido uma reforma estrutural de sua organização. Pelo contrário, o estudo busca interpretar quais fatores influenciaram na conformação dessa institucionalidade e impediram uma mudança nas relações de poder entre os atores nela envolvidos.

A perspectiva teórico-metodológica adotada demandou a utilização de métodos de produção e análise de dados de tipo qualitativo, a partir de fontes de informação primárias e secundárias. Foram empregadas técnicas de análise documental que serão descritas para cada capítulo. Os documentos são registros “que proporcionam informações em prol da compreensão dos fatos e relações, ou seja, possibilitam conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes” (Souza *et al.*, 2011, p. 223). Incluem vários tipos de registro, não apenas o escrito, podendo se apresentar também em formato gráfico (imagens, fotografias), de som ou audiovisual. A análise de documentos é um procedimento sistemático de revisão ou avaliação que, assim como outros métodos de investigação qualitativa, exige que as informações sejam interpretadas para elucidar significados e produzir dados (Bowen, 2009).

O primeiro capítulo da tese está dirigido a introduzir alguns conceitos fundamentais que embasaram a pesquisa e comentar perspectivas teóricas úteis para analisar a tentativa de reforma estrutural do sistema de saúde acontecida na Argentina na segunda metade da década de 1980, e os fatores que impediram seu sucesso. Por um lado, foram consultadas referências bibliográficas para definir conceitos principais para o desenvolvimento do argumento, tais como política social, *Welfare State*, política de proteção à saúde e sistema de saúde. Por outro lado, e partindo da hipótese de trabalho, segundo a qual o fracasso do Seguro Nacional de Saúde poderia ser explicado a partir dos condicionamentos impostos pelas instituições e pelos atores que participaram da tentativa de reforma, o capítulo aborda referenciais teórico-metodológicos do neo-institucionalismo histórico, perspectiva que enfatiza o papel das ideias e os interesses dos atores, bem como o enfoque do ciclo de políticas. Dentro desta última abordagem, foi particularmente útil o modelo de múltiplos fluxos de John Kingdom, dado que o objetivo desta tese é investigar o que poderiam ser consideradas como “etapas” de construção da agenda e de formulação da política prévias à aprovação das duas leis em que o projeto de Seguro original foi desdobrado. Finalmente, foram examinados dois antecedentes de pesquisas que analisaram as disputas políticas em torno do alargamento da intervenção governamental em saúde em diferentes países de Europa e América do Norte, com o objetivo de testar nesta tese as variáveis ressaltadas pelos autores como as mais influentes para explicar o sucesso ou fracasso de tentativas de reforma estrutural dos sistemas de saúde.

O segundo capítulo tem o objetivo de apresentar uma revisão da literatura acadêmica sobre a fragmentação e a segmentação do sistema de saúde argentino, enfatizando as consequências problemáticas que tais características trazem para a cobertura, o acesso, o financiamento, os resultados e a qualidade dos serviços. Se bem o capítulo inclui dados e traços do sistema adquiridos com posterioridade à tentativa de reforma por meio do Seguro Nacional de Saúde, que é o objeto de estudo da tese, procura-se justificar a importância da crítica à organização do sistema de saúde e demonstrar que, devido ao seu caráter problemático, iníquo e contrário à cidadania, a segmentação e a fragmentação são pontos de pauta obrigatórios em uma agenda de reforma sanitária no país. Na época, a proposta de Seguro buscou enfrentar a segmentação e a fragmentação já presentes no sistema, embora esses problemas não fossem conceitualizados dessa forma. Seu fracasso significou a perpetuação da organização estratificada e desarticulada da proteção à saúde, características que se aprofundaram na década de 1990. O capítulo serve, adicionalmente, para oferecer ao(a) leitor(a) uma descrição dos componentes e características atuais do sistema de saúde argentino.

Para a revisão foi utilizada a base de dados do Google Acadêmico, buscando ter acesso não apenas a artigos científicos, mas também a outros tipos de publicação. Foram selecionados os seguintes descritores: *fragmentación*, *segmentación*, *argentina* e *sistema de salud*. Os documentos podiam estar em qualquer língua e deviam ter sido publicados nos últimos cinco anos, ou seja, de 2013 a 2017. Nesta seleção, foram incluídos os trabalhos nos quais a fragmentação e a segmentação fossem características dos sistemas de saúde e que tratassem especificamente do sistema de saúde argentino. A busca inicial com as palavras chave permitiu identificar 784 publicações, das quais 147 atenderam aos critérios acima e foram selecionadas para integrar a amostra. A pergunta realizada a cada documento para construir os dados da pesquisa foi: quais as consequências da organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde na Argentina?

Foi feita a leitura e sistematização de todo esse material a partir de três matrizes de análise: uma primeira para identificar o que era dito sobre a segmentação e a fragmentação do sistema de saúde em cada documento (definições dos conceitos; consequências de esse tipo de organização; simples constatação da presença desses atributos); uma segunda matriz para agrupar as referências segundo as consequências atribuídas à organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde e calcular a prevalência de cada consequência identificada (p. ex. 57% dos documentos apontam iniquidades; quase 38% relacionam esses atributos à ineficiência; 10% os vinculam à descontinuidade dos cuidados; quase 24% das publicações

apenas constataam a presença dessas características no sistema de saúde argentino, sem associá-las a nenhuma consequência ou inferir algum resultado), e uma terceira matriz para classificar os documentos em função do tratamento dado aos atributos de segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino, utilizando uma escala de quatro “medidas”, do menor ao maior tratamento: (a) apenas constata essas características; (b) as desenvolve minimamente; (c) são uma questão importante, mas associada ao tema principal do trabalho; (d) são o tema principal do trabalho. A coleta, leitura, sistematização e análise da documentação demandaram sete meses de trabalho.

O terceiro capítulo apresenta um relato interpretativo da trajetória histórica da institucionalização do sistema de saúde argentino até a década de 1980, reconstruído a partir do estudo de referências bibliográficas. O objetivo é compreender os caminhos que conduziram ao desenvolvimento e à consolidação de uma configuração caracterizada por graus extremos de segmentação e fragmentação, no período que vai entre a criação das primeiras instituições estatais preocupadas com o controle das condições sanitárias da população, no século XIX, e a década de 1980, quando foi ensaiada uma proposta de reforma estrutural por meio do projeto de Seguro Nacional de Saúde. O capítulo foi construído acompanhando o desenvolvimento fragmentado dos subsistemas de saúde (público, privado e de obras sociais), e subdividido em três períodos, nos quais cada subsistema apresenta características que o diferenciam em relação ao período anterior. Assim, no primeiro período (1810-1945) observa-se dispersão institucional, com a presença de alguns estabelecimentos públicos, organizações dedicadas à beneficência, associações de ajuda mútua e médicos que ofereciam atenção em forma privada; no segundo período (1945-1955) houve um processo de hierarquização (crescimento e modernização) da saúde pública e expansão do modelo de seguro social (obras sociais) para a atenção à saúde, e no terceiro período (1955-1983) produziu-se a consolidação do sistema segmentado e fragmentado, a partir da generalização do acesso às obras sociais, da degradação da saúde pública e da expansão do setor privado de serviços médicos.

O quarto capítulo examina o projeto de Seguro Nacional de Saúde (SNS) impulsionado pelo governo da redemocratização como tentativa de redução dessas características, e analisa o processo entre o envio da proposta ao Congresso e sua transformação nas duas leis que atualmente regem o subsistema de obras sociais e que, contrariamente aos objetivos originais do Seguro, não modificaram em nada a organização institucional do sistema de saúde que se pretendia reformar. A elaboração do capítulo foi feita a partir da consulta de várias fontes de informação:

- a) Referências bibliográficas sobre o contexto social, político e econômico da década de 1980; a situação de saúde naquela época; a presidência de Raúl Alfonsín (1983-1989); a política social do governo; o Seguro Nacional de Saúde (SNS) e as leis finalmente sancionadas;
- b) As normativas legais prévias e os projetos de lei referidos às obras sociais e ao SNS: a lei 18.610 de Obras Sociais (de 1970); a lei 22.269 de Obras Sociais (de 1980); o projeto de lei do SNS; os projetos de lei de Obras Sociais e do SNS (nos quais foi transformado o projeto de Seguro original), e as leis finalmente sancionadas (23.660 e 23.661);
- c) Os registros dos processos decisórios: Diários de Sessões das jornadas de tratamento dos projetos de lei de Obras Sociais e do SNS na Câmara (2, 16 e 22 de julho de 1987, e 28 e 29 de dezembro de 1988) e no Senado (18, 24 e 25 de agosto de 1988), obtidos na Biblioteca do Congresso da Nação Argentina;
- d) Discursos de campanha do candidato a presidente Raúl Alfonsín; de posse do presidente em 1983; de envio do projeto de SNS ao Congresso, pronunciados por Alfonsín e o ministro Aldo Neri em 1985; de envio dos projetos de lei de Obras Sociais e de SNS (nos que foi desdobrado o projeto original de Seguro) pronunciado pelo ministro Conrado Storani em 1987;
- e) Matérias da imprensa da época, publicadas nos jornais mais importantes de Buenos Aires, *Clarín* e *La Nación*, com o objetivo de mapear atores cujo posicionamento e intervenção não são explícitos nos registros dos processos decisórios oficiais, e de avaliar a presença da tentativa de reforma na agenda informativa da imprensa hegemônica. Foram revisadas as edições de setembro de 1985 (mês de envio do projeto de lei de SNS ao Congresso) e de dezembro de 1988 (mês de aprovação dos projetos de lei de Obras Sociais e do SNS, nos quais havia sido desdobrado o projeto original de Seguro) de ambos jornais, na Hemeroteca da Legislatura da Província de Buenos Aires;
- f) Entrevistas individuais semiestruturadas realizadas com informantes-chave, posteriormente transcritas.

O acesso aos Diários de Sessões do Congresso, a consulta dos jornais *Clarín* e *La Nación* e as entrevistas com os informantes-chave foram realizadas entre abril e novembro de 2017, durante o período de estágio sanduíche, com recursos da CAPES, na cidade de Buenos Aires, no Instituto de *Investigaciones Gino Germani* (IIGG), pertencente à Universidade de Buenos Aires (UBA), sob a orientação da professora Claudia Danani.

Os informantes-chave entrevistados foram:

- a) Aldo Neri (Ministro de Saúde e Ação Social no período 1983-1986, durante a presidência de Raúl Alfonsín. Junto com sua equipe, foi autor do projeto de lei de SNS enviado ao Congresso em 1985. Havia sido diretor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Buenos Aires. Participou na comissão redatora do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), implementado na década de 1970. É autor de várias publicações sobre políticas sociais e políticas de saúde);
- b) Jorge Mera (formava parte da equipe de Aldo Neri no Ministério de Saúde e Ação Social. Foi quem preparou o esboço do projeto de lei do SNS. Durante a gestão de Neri, foi interventor do Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS). É autor do livro *“Política de salud em la Argentina. La construcción del Seguro Nacional de Salud”*, entre outras publicações sobre políticas de saúde. Atualmente é membro da Comissão Diretiva do Conselho de Certificação de Profissionais Médicos, Academia Nacional de Medicina, Argentina);
- c) Mario Rovere (é um dos sanitaristas mais prestigiosos da Argentina. Autor de numerosas publicações sobre saúde pública, saúde coletiva, políticas de saúde, entre outros temas. Foi consultor da OPAS. Na década de 1980 foi docente na Escola de Saúde Pública da UBA e Diretor de Planejamento da Secretaria de Saúde da ex-Prefeitura de Buenos Aires. A fins da década de 1990 foi funcionário do Ministério de Desenvolvimento Social. Atualmente é Decano Organizador do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Nacional de La Matanza (UNLAM); membro da Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES); Diretor do Mestrado em Saúde Pública, Instituto Lazarte, Universidade Nacional de Rosário (UNR), e Diretor da Sede Buenos Aires da Organização *El Ágora*);
- d) Hugo Arce (é autor de várias publicações sobre políticas de saúde. Foi secretário técnico do Conselho Federal de Saúde (COFESA) a fins da

- década de 1980. Na mesma década, foi autor de um projeto alternativo ao do Seguro Nacional de Saúde, chamado “Saúde: Projeto Matriz”. Atualmente é diretor do Departamento de Saúde Pública do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Fundação H. A. Barceló);
- e) Guillermo Alonso (é investigador do Conselho Nacional de Investigações Científicas e Técnicas (CONICET) e professor da Escola de Política e Governo da Universidade Nacional de San Martín (UNSAM). É autor de várias publicações sobre políticas sociais, seguridade social, obras sociais, capacidades institucionais, entre outros temas);
 - f) Rubén Torres (atualmente é Reitor na Universidade Isalud. Foi superintendente na Superintendência de Serviços de Saúde (SSS). É autor de várias publicações sobre política sanitária, obras sociais, entre outros);
 - g) Javier Vilosio (ocupou diversos cargos de gestão na obra social e no Ministério de Saúde da Província de Rio Negro, chegando a ser Secretário de Saúde dessa jurisdição. Foi subsecretário no Ministério de Saúde da Nação a fins da década de 1990. Atualmente é professor na Escola de Medicina do Hospital Italiano da cidade de Buenos Aires. É autor do livro “Oportunidades perdidas” sobre tentativas falidas de reforma sanitária na Argentina);
 - h) Martín Langsam (é Secretário de Ciência e Técnica e professor na Universidade Isalud, Buenos Aires, Argentina).

Procurando ter representatividade nas vozes convocadas para informar esta pesquisa, tentou-se a realização de entrevistas com dois atores do setor sindical da época da proposta do Seguro – Luis Barrionuevo e Carlos West Ocampo, ambos ainda hoje atuando nos sindicatos dos trabalhadores gastronômicos e da sanidade, respectivamente – mas não foi possível marcar um encontro com eles.

O roteiro das entrevistas continha a seguinte lista de perguntas:

- a) Para os entrevistados de mais idade (Aldo Neri, Jorge Mera, Mario Rovere, Hugo Arce e Rubén Torres): a que se dedicava na década de 1980? Qual era sua inserção institucional na época? Para os mais jovens (Guillermo Alonso, Javier Vilosio e Martín Langsam): qual é seu vínculo com o estudo das políticas de saúde, do sistema de saúde argentino? Qual é sua trajetória profissional nesse sentido?;

- b) Qual era sua visão acerca do projeto de Seguro do ministro Aldo Neri as propostas em que foi finalmente desdobrado? Eram necessários? Eram suficientes para enfrentar os problemas de organização e financiamento do sistema de saúde?
- c) Que atores havia em torno de Aldo Neri? O projeto saiu “de sua cabeça” ou estava ligado a sua relação com outros atores?
- d) De que forma o Seguro passou a formar parte da agenda governamental? Por que a saúde estava na agenda do governo da redemocratização?
- e) Como se explicam as importantes diferenças existentes entre o projeto original de Seguro e as leis finalmente aprovadas? Qual foi o papel dos atores (sindicatos, empresários, associações de profissionais, partidos políticos etc.)?
- f) Que aconteceu entre 1985 e 1987 para que o projeto fosse finalmente tratado no Congresso? Como entrou na agenda decisória? Por que o Poder Executivo insistiu?
- g) Alguma sugestão sobre outras pessoas que seria interessante entrevistar?

Na primeira parte do capítulo foram analisadas a situação social, política e econômica e a situação de saúde da Argentina na década de 1980, a partir da consulta de referências bibliográficas e do exame minucioso e comparado das duas normativas que regulamentavam o subsistema de obras sociais na época, que era o que, de fato, o projeto de SNS pretendia reformar: as leis 18.610 e 22.269.

Logo após, foi resenhada a política social do governo de Raúl Alfonsín, da qual o projeto de SNS fazia parte. A seção foi construída a partir da consulta de referências bibliográficas, da leitura da plataforma eleitoral do partido do candidato vencedor das eleições presidenciais (União Cívica Radical – UCR), e da análise do discurso de posse de Alfonsín e das definições dos entrevistados.

Em seguida, foi examinado o projeto de Seguro Nacional de Saúde em profundidade, com base em referências bibliográficas, no próprio texto do projeto, nos discursos de envio da proposta ao Congresso pronunciados pelo presidente Alfonsín e seu Ministro de Saúde e Ação Social Aldo Neri e em matérias de imprensa da época. No final da seção, foram sintetizados os componentes da proposta de SNS, possíveis pontos de conflito com grupos de interesse que o projeto colocava e os aspectos em que o Seguro representava uma redução da segmentação e a fragmentação do sistema de saúde.

Posteriormente, foi descrita a trajetória que converteu o projeto original de Seguro nos dois projetos de lei que foram finalmente sancionados, a partir de referências bibliográficas e da comparação entre o projeto de lei do SNS, os projetos de lei de Obras Sociais e do SNS (nos quais foi transformado o projeto de Seguro original), e as leis finalmente sancionadas (23.660 e 23.661). Na seção é apresentada uma síntese das diferenças entre o projeto original, os projetos subsequentes e as leis sancionadas; os quadros comparativos completos podem ser consultados nos Anexos A e B.

Por último, foi realizada uma resenha das ideias e dos interesses dos atores que participaram e definiram o resultado da tentativa de reforma estrutural do sistema de saúde, a partir da consulta de referências bibliográficas, da análise de matérias da imprensa da época, dos registros dos processos decisórios e das declarações dos entrevistados.

Nas conclusões da tese, por fim, são sintetizados os fatores que impediram transitar de um sistema de saúde de tipo *bismarckiano* ou de seguros sociais compulsórios, altamente segmentado e fragmentado, a um modelo mais universal e com um grau maior de intervenção estatal no setor, na Argentina, na segunda metade da década de 1980. Antecipando os resultados, é possível afirmar que entre as variáveis que parecem explicar o fracasso do Seguro Nacional de Saúde como tentativa de reformar estruturalmente o sistema de saúde se destacam a herança das instituições e o poder de pressão dos grupos de interesse.

1 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

A finalidade do presente capítulo é introduzir alguns conceitos fundamentais que embasaram a pesquisa – tais como política social, sistema de saúde, segmentação e fragmentação, entre outros – e comentar perspectivas teóricas úteis para analisar a tentativa de reforma estrutural do sistema de saúde acontecida na Argentina na segunda metade da década de 1980, e os fatores que impediram seu sucesso.

A abordagem teórica escolhida para a análise foca nas instituições e sua dinâmica como variáveis explicativas dos resultados. Busca explorar, também, o papel das ideias e dos interesses dos atores que participaram e definiram o desfecho dessa tentativa de reforma.

Complementando esta perspectiva de análise, são incorporados aportes teórico-metodológicos do enfoque do *ciclo de políticas* e do modelo de múltiplos fluxos de John Kingdom, uma vez que o objetivo desta tese é investigar o que poderiam ser consideradas como “etapas” de construção da agenda (reconhecimento de um problema como de relevância pública) e de formulação da política prévias à aprovação das leis de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde na Argentina.

Finalmente são comentados dois antecedentes de estudos que analisam as disputas políticas em torno do alargamento da intervenção governamental em saúde.

1.1 Conceitos

1.1.1 Política Social

Fleury e Ouverney (2012) definem política social como ação de proteção social, que visa ao desenvolvimento de responsabilidades públicas – estatais ou não – na promoção do bem-estar da população e a construção de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais. Ações de proteção social incluem iniciativas de natureza diversa, como a distribuição de recursos e oportunidades, a promoção da igualdade e dos direitos de cidadania, e a afirmação de valores para a organização da sociedade. Na mesma linha, Falappa e Andrenacci (2009) definem política social como as intervenções públicas que

regulam as formas em que a população se reproduz e socializa e que a protegem de situações que colocam em risco esses processos, ou ao menos neutralizam seus efeitos não desejados. Os autores também consideram a política social como uma ferramenta de construção de cidadania.

Como postulado por Marshall (1967), a cidadania é um *status* próprio de todos os indivíduos integrantes de uma comunidade política. O autor decompôs a noção em três elementos constitutivos: o civil, o político e o social. O elemento social da cidadania refere-se a “tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social, e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade” (*op. cit.*, p. 63-64). Historicamente, a noção de cidadania surge como resposta à ruptura dos vínculos tradicionais de solidariedade decorrente das transformações promovidas pela Revolução Industrial. Sua emergência como possibilidade se desenvolveu em relação ao estabelecimento dos Estados nacionais e à instituição do capitalismo, entre os séculos XVI e XVIII. O processo de construção da dominação burguesa e as concepções liberais em voga na época exigiam um novo padrão de organização social, desta vez baseado no *status* de igualdade entre os indivíduos, em função das necessidades da nascente economia de mercado (Fleury & Ouverney, 2012).

Seguindo a tese de Polanyi (1992), é possível pensar as políticas sociais como uma expressão do “contramovimento” protetivo que a sociedade empreende para se contrapor aos efeitos prejudiciais da expansão do mercado como mecanismo dominante da vida econômica e da subsistência da humanidade, pelo menos desde o século XVIII. O estabelecimento da economia de mercado, que o autor caracterizou como a *grande transformação*, significou a progressiva subordinação do sistema econômico ao controle e regulação dos mercados e implicou um novo padrão institucional, segundo o qual a renda e os meios de subsistência das pessoas deviam ser resultado da venda de alguma coisa aos outros. Nesse processo de transformação surgiram as chamadas mercadorias fictícias, ou seja, elementos que embora em uma economia de mercado se comprem e se vendam, originalmente não foram produzidos para ser vendidos nem comercializados. É o caso, por exemplo, do homem, da terra e do dinheiro.

Nesse contexto de estabelecimento da economia de mercado, o autor observou um fenômeno que chamou de *duplo movimento*, referindo-se a duas forças contrárias de organização da sociedade, cada uma com seus próprios objetivos institucionais, com seus métodos distintivos e apoiadas por grupos sociais diferenciados:

Um era o princípio do liberalismo econômico, que buscava o estabelecimento de um mercado autorregulado, contava com o apoio das classes comerciais, e usava como métodos o *laissez-faire* e, em grande medida, o livre comércio; o outro era o princípio da proteção social, que buscava a conservação do homem e a natureza, bem como da organização produtiva, que contava com o apoio variável da maioria de aqueles imediatamente afetados pela ação nociva do mercado – sobre tudo a classe trabalhadora e a classe terratenente, mas não exclusivamente – e que recorria aos métodos da legislação protetora, as associações restritivas e outros instrumentos de intervenção (Polanyi, 1992, p. 139).

Como expressão do contramovimento de proteção, começaram a surgir leis preocupadas com os problemas sociais derivados das condições de trabalho na indústria, tentando “salvaguardar algum interesse público contra os perigos inerentes em tais condições ou no método de mercado utilizado para sua resolução” (*op. cit.*, p. 151).

Seguindo o argumento acima, também é possível pensar as políticas sociais como mecanismos de proteção que a sociedade utiliza para evitar a mercantilização de aspectos da subsistência que não são mercadorias senão em um sentido fictício, e que, de outra forma, seriam inteiramente subordinados aos artificios do mercado.

Desde uma perspectiva centrada no Estado, a política social é um tipo de política pública. Vianna (2002, p. 2) a define como “ação governamental com objetivos específicos relacionados com a proteção social”. Como toda política pública, as políticas sociais acontecem imersas em determinados contextos políticos e históricos. Esses contextos, por sua vez, são determinantes em relação aos significados atribuídos à política social, dificultando a formulação de definições precisas do termo. Para ilustrar esta questão, Vianna (2002) descreve três grandes fases da política social na Europa Ocidental, com o objetivo de mostrar como as dimensões políticas e históricas do contexto produzem diversas definições da política social e do seu objeto. As fases representam, em forma esquemática e como tendências gerais, a evolução histórica da política social.

Entre os séculos XVI e XVII, na época da consolidação dos modernos Estados nacionais, começam a ser produzidas “ações governamentais com objetivos voltados para a proteção social” (*op. cit.*, p.2), visando intervir sobre o principal risco social do momento: a pobreza. Em um contexto de instituição do capitalismo, mercantilização da produção e ruptura dos mecanismos de solidariedade tradicionais, a pobreza tornou-se um fenômeno manifesto e incômodo. Em grande parte dos países europeus foram promulgadas Leis dos Pobres, cujo objetivo de proteção social tinha duplo sentido: por um lado, procuravam proteger a sociedade do perigo representado pela pobreza, que era associada ao crime, à doença e à imoralidade; por outra parte, buscavam proteger os pobres, seja mediante a

distribuição de alimentos, a complementação da renda, a internação em asilos ou o recrutamento para o trabalho.

A segunda fase da política social inicia na segunda metade do século XIX, quando a expansão da produção industrial começou a precisar quantidades crescentes de mão de obra, e as Leis dos Pobres passaram a ser alvo de fortes críticas. Neste contexto, o risco social predominante era a recusa ao assalariamento. Em vários países da Europa foi implementada uma nova modalidade de proteção: os seguros sociais compulsórios, destinados a enfrentar os riscos associados ao trabalho assalariado (acidentes, doenças, perda da capacidade laborativa). O primeiro foi instituído na Alemanha na década de 1880, com um objetivo mais político que de proteção social. Com a implementação do seguro social, o chanceler conservador Otto Von Bismarck procurava conter o avanço da social-democracia e controlar o movimento operário alemão, trocando benefícios pelo cerceamento da atividade sindical. Inclusive, os problemas mais urgentes para os assalariados, que implicavam a intervenção pública em relação às condições de trabalho e ao contrato com as empresas, não foram alcançados pela nova legislação social.

A última fase identificada por Vianna (2002) começa após a Segunda Guerra Mundial, em um contexto de avanço da democracia, chegada dos partidos trabalhistas e social-democratas ao Parlamento, fortalecimento dos movimentos operários, vitória da experiência socialista na União Soviética (URSS) e valorização do planejamento e a intervenção estatal no campo da teoria econômica. Na nova modalidade de proteção social, os elementos a ser protegidos passaram a ser o *status* de cidadania das pessoas e os direitos sociais, visando enfrentar o risco da desintegração social. Em vários países da Europa ocidental foram criados sistemas de proteção social públicos, estatais ou fortemente regulados pelo Estado, que procuravam a garantia dos direitos sociais de toda a população com base na ideia de cidadania. Assim, mediante a institucionalização da proteção social, foi se configurando o surgimento do que se convencionou em chamar de Estados de Bem-Estar Social.

Desde outra perspectiva, as políticas públicas podem ser entendidas como a síntese dos interesses das várias forças políticas que participam nas organizações de governo do Estado. Em outras palavras, são o resultado do enfrentamento entre diferentes atores sociais, que se resolve em uma arena de negociação de interesses representada pelo Estado (Findling & Tamargo, 1991).

1.1.2 *Welfare State*

Como foi dito anteriormente, o conceito de *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social nasce com base na concepção de que existem direitos sociais indissociáveis à existência de qualquer cidadão, cuja garantia é de responsabilidade estatal.

Para Draibe (1993, p. 7) são características comuns das definições de *Welfare State*:

- a) “A referência à ação estatal na organização e implementação das políticas sociais, independente do grau em que se efetiva a participação do Estado em cada uma de elas”;
- b) “Uma determinada relação entre o Estado e o mercado, na qual o primeiro tende a alterar o livre movimento assim como os resultados socialmente adversos do segundo”;
- c) “A noção de substituição de renda, quando esta é perdida temporária ou permanentemente, dados os riscos normais próprios das economias de mercado” (desemprego ou perda da capacidade de trabalho por velhice, doença, maternidade);
- d) “A manutenção ou integração da renda tomando como referência um patamar mínimo considerado satisfatório para o atendimento das necessidades sociais vitais dos indivíduos e das famílias”.

Na perspectiva de Esping-Andersen (1995), o *Welfare State* é, sobretudo, um projeto de integração nacional:

Significou mais do que um simples incremento das políticas sociais no mundo industrial desenvolvido. Em termos gerais, representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política. Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da exigência de extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos de cidadania; moralmente, a defesa das ideias de justiça social, solidariedade e universalismo. Politicamente, o *welfare state* foi parte de um processo de construção nacional, a democracia liberal, contra o duplo perigo do fascismo e do bolchevismo. Muitos países se autoproclamaram *welfare states*, não tanto por designarem desse modo as suas políticas sociais, quanto por promoverem uma integração social nacional. (Esping-Andersen, 1995, p. 73).

Considerando o grande número de tentativas de definição do Estado de Bem-estar Social que se encontram na literatura especializada, contribuindo a tornar o objeto impreciso, Kerstenetsky (2012) opta por delimitá-lo a partir da identificação de “condições mínimas de

existência” histórica. “Esses mínimos serão estabelecidos a partir da ruptura com um estado de coisas anterior: no nosso caso, o paradigma da assistência social pública descentralizada” (*op. cit.*, p. 3). Seguindo a sugestão de Christopher Pierson, a autora propõe três fatos que marcariam o nascimento de um *Welfare State*, quais sejam: a data da introdução da seguridade social no país (momento a partir do qual o Estado assume como dever a garantia contra a perda da capacidade de gerar renda dos cidadãos, superando a perspectiva puramente assistencial); a data de introdução do sufrágio universal masculino (considerando que no modelo anterior os beneficiários de assistência não estavam habilitados para votar); o momento em que o gasto social público alcança o patamar de 3% do produto.

Quais as forças que impulsionaram essa mudança no âmbito de intervenção estatal, possibilitando o nascimento e posterior desenvolvimento de *Welfare States*, é uma questão sem consenso no mundo acadêmico, que recebe respostas às vezes diferenciadas e contraditórias. Draibe e Aureliano (1989 *apud* Vianna, 2000) reduzem o conjunto de hipóteses a três grandes grupos:

- a) As que explicam a emergência de Estados de Bem-estar em decorrência do alto grau de industrialização e urbanização que foram atingidos na época;
- b) As que a relacionam aos interesses do capital, no sentido de socializar os custos de reprodução da força de trabalho,
- c) As que privilegiam as pressões exercidas pela mobilização e organização operária.

Para Vianna (2000), a ativa intervenção estatal dos países com capitalismo avançado na organização (ou alargamento) de sistemas de proteção social públicos decorreu da expansão da produção capitalista ocorrida em meados do século XX.

Na visão de Offe (1992), as bases para a redefinição do papel do Estado e o surgimento de *Welfare States* encontravam-se já nas mudanças no processo de acumulação econômica ocorridas na década de 1930, a partir das quais foi preciso pensar mecanismos dirigidos a compatibilizar a coexistência da democracia de massas (sufrágio universal combinado com formas de governo parlamentares ou presidenciais) e do sistema de produção capitalista (baseado na propriedade privada e a força de trabalho livre).

Kerstenetzky (2012) argumenta que a variedade empírica dos Estados de Bem-estar “realmente existentes” dificulta o estabelecimento de hipóteses gerais para explicar sua implantação, a despeito das várias teorias disponíveis, que podem ser:

“industrialista”, “desenvolvimentista”, “democratista”, “institucionalista”, “recursista”, segundo a ênfase nesta ou naquela variável explicativa, a saber: industrialização, nível de desenvolvimento econômico, democracia, presença de conjuntos variados de instituições, sobretudo de natureza política, recursos de poder e mobilização de classe (*op. cit.*, p. 13).

Embora não seja possível estabelecer um padrão único para explicar o surgimento dos Estados de Bem-estar, a autora destaca que todas as teorias coincidem em colocar na origem desses arranjos “o elemento comum de voluntarismo político, no contexto de uma agenda reformista mobilizada por um evento crucial, seja ele crise, guerra, construção do Estado nacional ou subdesenvolvimento.” (*op. cit.*, p. 14).

1.1.2.1 Tipos ou Regimes de *Welfare States*

Considerando a variedade empírica dos Estados de Bem-estar que se desenvolveram na Europa do pós-guerra, cujos arranjos institucionalmente diferenciados promoveram *status* de cidadania também diferentes, vários autores construíram tipologias que procuram organizar “em grupos as características que, em geral, aparecem em conjunto nos sistemas de proteção social” (Fleury & Ouverney, 2012, p. 31). Alguns desses autores são Harold Wilensky e Charles Lebeaux, Richard Titmuss e Gosta Esping-Andersen.

A pesar da existência de outras tipologias de *Welfare States*, esta tese dialogará apenas com a de Esping-Andersen (1991), a mais citada no Brasil e em geral na literatura contemporânea, que agrupa casos históricos concretos a partir da análise de três grandes eixos: as relações entre Estado e mercado, o *Welfare State* como um sistema de estratificação, e os direitos sociais *versus* a desmercantilização da política social (Pereira, 2011). Assim, a tipologia construída considera três tipos de Estado de Bem-estar, cujo elemento comum é o papel ativo dado à política social.

No modelo *liberal* o Estado interfere, única e temporariamente, quando falham os mecanismos “naturais” de satisfação de necessidades (o mercado, a família, as organizações comunitárias), cedendo ao mercado o papel principal na provisão de bem-estar. Neste tipo de regime o Estado financia, apenas, serviços assistenciais dirigidos a aqueles que comprovam sua situação de pobreza, através de magras transferências que atingem principalmente à população de baixa renda. As consequências da implementação deste modelo são a mercantilização do bem-estar, o aprofundamento da estratificação e o não reconhecimento dos

direitos sociais. Exemplos históricos de países com modelos de *Welfare State* liberal são Estados Unidos, Canadá e Austrália.

No regime *conservador-corporativo*, os direitos não são já ligados à comprovação da pobreza, mas ao desempenho no trabalho ou ao tipo de vínculo laboral, o que contribui a reproduzir a estratificação existente no mundo de trabalho e consolidar divisões entre os assalariados. Em relação ao financiamento, prevalecem os esquemas contributivos, o que significa que os benefícios dependem das contribuições. Neste modelo de Estado de Bem-estar, o Estado subsidia outras instituições intermediárias (diferentes do mercado) para a satisfação de necessidades, por exemplo, a Igreja e as organizações comunitárias. Países que adotaram esse modelo são, por exemplo, Itália, Alemanha e França.

Por fim, no regime de *Welfare State social-democrata* o Estado é o principal agente da provisão social, desenvolvendo serviços universais afastados da lógica do lucro e da rentabilidade privada. É caracterizado pela produção de bens e serviços fora do âmbito do mercado, que são garantidos a toda a população com um critério cidadão. Oferece benefícios básicos e iguais para todos, “independente de ganhos, contribuições ou atuação anteriores no mercado” (Esping-Andersen, 1991, p. 103). Um exemplo de país que adotou este regime é Suécia.

A partir de meados da década de 1970, impulsionados principalmente pela crise econômica (mundial e regional) e suas consequências políticas e sociais (que alguns resumem no termo “ofensiva neoliberal”), os Estados de Bem-Estar Social sofreram modificações fundamentalmente de caráter qualitativo, que na literatura especializada são normalmente englobadas no conceito de “crise do *Welfare State*”. Tais mudanças foram no sentido da “diminuição relativa da função de seguridade social e aumento relativo dos serviços sociais” e no “avanço de políticas sociais privadas” (Kerstenetzky, 2012, p. 59-60), indicando certa capacidade de resistência dos Estados de Bem-Estar ao contexto de austeridade, aumento da desigualdade e crescimento do desemprego que caracteriza, *grosso modo*, o período. Inclusive em países menos desenvolvidos e sem instituições de bem-estar consolidadas, como o Brasil, observa-se um movimento de expansão da proteção social, ainda que mercantilizada e privatizada.

1.1.2.2 Padrão de proteção social latino-americano

A respeito das especificidades dos Estados de Bem-estar latino-americanos, Laurell (1998) afirma que nossos sistemas de proteção social têm se afastado historicamente de padrões de serviços universais e equitativos¹, ao mesmo tempo em que sustentaram privilégios corporativos dirigidos a trabalhadores formais. As instituições de bem-estar em América Latina constituíram-se como parte de um “pacto social” entre Estado, empresas privadas e sindicatos, no contexto do modelo de acumulação conhecido como de substituição de importações, que prevaleceu desde o pós Segunda Guerra Mundial até a década de 1980. As políticas sociais nesse período, embora seletivas, dotaram os trabalhadores formais de novos direitos e abriram ampla oferta de serviços e benefícios sociais para partes crescentes da população, incluindo políticas de assistência social dirigidas a aqueles indivíduos situados à margem do mercado de trabalho formal.

Para Filgueira (2015), as diferentes formas que adquiriram as políticas de proteção social na região estão relacionadas às modalidades de acumulação econômica, à estrutura social e às formas de organização e dinâmicas políticas de cada momento histórico. Nesse sentido, o autor distingue quatro etapas dos modelos de Estado social latino-americanos, vinculadas às respectivas etapas de desenvolvimento:

- a) O Estado social minimalista, correspondente ao modelo exportador primário;
- b) O Estado social de base contributiva durante o modelo de substituição de importações;
- c) O Estado social refratário e a incorporação do mercado nas questões sociais, na época do Consenso de Washington;
- d) Atualmente, ou pelo menos até 2015, um momento expansivo do Estado social, relacionado com um modelo de desenvolvimento aberto e exportador, mas com participação estatal renovada.

¹ A tentativa de generalizar características mais ou menos comuns dos sistemas de proteção social latino-americanos não implica negar especificidades nacionais. O mencionado afastamento histórico de padrões de serviços universais como característica *mais ou menos* comum dos Estados de Bem-estar tensiona, por exemplo, no caso do sistema educativo na Argentina e no caso do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, estabelecido na Constituição de 1988 no contexto da redemocratização como um sistema que tem como um dos seus princípios “a universalidade do acesso a serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (Lei Orgânica da Saúde, 1990, art. 7º).

A primeira etapa, correspondente ao chamado Estado social minimalista, abarca o período entre 1870-1880 e 1930. Nela se produziu a consolidação dos emergentes Estados nacionais e a incorporação de suas economias ao comércio internacional mediante um modelo exportador de matérias primas e importador de bens de consumo e de capital.

Até então, a questão social na região havia se restringido ao controle, exercido pelos Estados e suas forças armadas, e à filantropia, nas mãos da igreja católica e de associações de caridade. Mas a partir de 1870, e até os inícios do século XX, se produziram três novidades significativas na política social: (a) a expansão da educação laica e estatal; (b) autoridades sanitárias que substituíram as ações religiosas e caritativas, e (c) o surgimento dos primeiros sistemas de seguros laborais e previdenciários, dirigidos especialmente aos funcionários civis e militares dos Estados. Entre 1910 e 1930, estes fatores se intensificam nos países pioneiros e começam a se desenvolver nos que iniciaram mais tardiamente seus processos de modernização.

No âmbito educativo, a expansão era baseada na ampliação da oferta de educação primária e na crescente obrigatoriedade da assistência como mecanismo de disciplina e formação de capital humano. O financiamento era predominantemente público. Os principais objetivos desta expansão eram a disciplina e integração ao mercado laboral dos imigrantes e dos migrantes rurais, e a construção do Estado-nação através do enfrentamento de seus principais adversários: a igreja e os poderes locais.

No campo das políticas de saúde, houve o avanço dos modelos estatais higienistas e a criação das primeiras autoridades centrais ou ministérios de sanidade e higiene. Em relação às prestações e serviços de saúde, três medidas fundamentais foram adotadas nesta etapa: (a) o surgimento de uma rede coletiva de atenção público-privada na forma de hospitais e postos de saúde; (b) políticas de controle de doenças contagiosas através de campanhas de vacinação e combate aos vetores, e (c) a transformação das cidades mediante obras de saneamento básico e provisão de água potável. “Da mesma forma que o impulso educativo do Estado é parte do germen do Estado social moderno na região, o seu outro pilar é a aliança entre higienismo e urbanismo” (Filgueira, 2015, p. 56).

Nesta etapa surgiram, também, os primeiros esquemas de seguros sociais, particularmente os de aposentadoria, invalidez e acidentes de trabalho, sendo os militares, os funcionários públicos e mais tarde os professores, as primeiras categorias profissionais a terem acesso a esses esquemas. Inicialmente o financiamento foi público, evoluindo para modelos contributivos de poupança individual e de repartição intergeracional. A assistência social aos pobres, viúvas e doentes era desenvolvida pela igreja e associações de caridade.

No tocante à regulamentação das relações laborais, a ação estatal caracterizava-se pela repressão das tentativas de organização dos trabalhadores e pela praticamente inexistência de legislação laboral. Predominava uma ideia de intervenção mínima do Estado, que se remitia à proteção da propriedade privada, não interferindo nas relações entre patrões e trabalhadores. No final do período produziram-se alguns avanços na legislação laboral, embora restringidos aos trabalhadores das regiões urbanas, e no reconhecimento da legalidade da ação sindical.

Em síntese, o Estado social do período liberal exportador não se baseia em conceitos de direitos cidadãos ou do trabalhador. O que cambia é o tratamento do risco vinculado às populações perigosas (de puramente repressivo a disciplinar e preventivo) e a compreensão a respeito da necessidade da presença do Estado na produção de certos bens antes considerados privados. Agora começam a ser tratados como bens públicos, dadas as externalidades em matéria econômica, social e de ordem que gera o seu consumo (essencialmente, saúde e educação) (Filgueira, 2015, p. 57).

A partir da década de 1930, começou na América Latina uma nova etapa de desenvolvimento, o chamado modelo de substituição de importações, como consequência da crise mundial de 1929 e das pressões que as nascentes classes médias e trabalhadoras impunham ao modelo de Estado oligárquico do regime liberal-exportador. Em alguns países da região o Estado ganhou um rol protagonista, assumindo funções reguladoras, empreendedoras e sociais, buscando promover a modernização econômica e social, legitimar sua ação e redefinir sua inserção na economia internacional. Para o autor, as principais novidades no âmbito das políticas sociais nesta etapa, que abarca o período entre 1930-1940 e 1970-1980, incluíram: (a) a criação de sistemas de saúde que combinavam prestações oferecidas desde o setor público e atenção médica através de seguros sociais; (b) a massificação e universalização da educação primária e o crescimento da educação média e superior; (c) a consolidação dos seguros sociais de base contributiva, e (d) o aparecimento das primeiras regulamentações e direitos trabalhistas. Os principais beneficiários destes avanços em matéria de proteção social foram os setores urbanos formalmente empregados, e dentre estes, os trabalhadores estatais, os industriais e os de “colarinho branco”, ficando à margem a população rural e os trabalhadores urbanos da economia informal.

A educação adquiriu um sentido diferente: passou de ser um dispositivo disciplinar a se constituir em uma marca de cidadania econômica e política, aparecendo como uma peça chave para o desenvolvimento industrial e a esperança de mobilidade social ascendente. O financiamento do sistema continuou sendo predominantemente público. A família, a igreja e as alternativas privadas de educação foram perdendo espaço frente à ação estatal, que investia

em recursos humanos, infraestrutura e capacidades administrativas. A educação alcançou, nesta etapa, a condição de direito fundamental e responsabilidade estatal.

Durante a vigência do modelo de substituição de importações, as políticas de saúde na região passaram por três processos de reforma: (a) o fortalecimento das autoridades sanitárias em ações massivas de atenção e prevenção; (b) o crescimento da rede de hospitais e centros de atenção pública, e (c) a expansão dos seguros sociais de saúde mediante a incorporação do componente de atenção médica nos sistemas de seguros sociais.

Por sua parte, os sistemas de seguros sociais passaram por uma transformação fundamental nesta etapa: o modelo de desenvolvimento teve impacto no crescimento da população assegurada através de regimes de seguros sociais de base contributiva, tanto na modalidade bipartite (com financiamento de empregados e empregadores) quanto tripartite (que agregava aportes estatais). Para além da proteção tradicional, em casos de aposentadoria, invalidez e acidentes de trabalho, alguns seguros passaram a oferecer, também, cobertura de saúde. Para o autor, “os sistemas de seguros sociais da região eram formas de cidadania laboral e regulada, nas quais o direito não era baseado nem na necessidade, nem em formas puras de cidadania, mas na inscrição laboral formal e nos aportes realizados ao sistema” (Filgueira, 2015, p. 65).

Em relação à assistência social, em alguns países surgiram prestações de caráter semi-contributivo (como as prestações familiares) e não contributivo (no caso das prestações assistenciais por necessidade, baseadas no teste de renda), e políticas sociais dirigidas a melhorar o acesso aos alimentos (subsídios, preços regulados ou simples distribuição).

Com referência à regulamentação das relações laborais, o período combinou o aparecimento dos primeiros direitos trabalhistas (jornada laboral de oito horas, descanso semanal, benefícios em caso de demissão, salário mínimo etc.) e a consolidação das instâncias de negociação coletiva entre sindicatos, empregadores e o Estado. No entanto, estes direitos tinham vigência para apenas uma parte da população trabalhadora: a diretamente vinculada às atividades econômicas estratégicas do modelo de substituição de importações.

Em síntese, nesta etapa se produziu o “primeiro esforço de construção de cidadania social na América Latina” (Filgueira, 2015, p. 65), apoiado em uma cidadania básica em matéria educativa e em um modelo dual em saúde (que combinava atenção através de seguros sociais e uma esfera pública universal, mas incompleta e de menor qualidade que os regimes de seguros contributivos), e em uma cidadania regulada e estratificada vinculada à condição de trabalhador formal.

A partir da década de 1970 houve a emergência de um novo modelo de desenvolvimento – ou o ressurgimento do liberalismo-exportador –, que em matéria econômica propunha abertura comercial, desregulamentação financeira e do mercado de trabalho, privatização de empresas públicas, políticas monetárias conservadoras e baixa carga e gasto fiscal. Essa transformação no modelo de desenvolvimento, somada aos limites de sustentabilidade econômica do Estado social e às forças internacionais e internas dos países, foram fatores que impulsionaram a reforma das políticas sociais do antigo modelo de substituição de importações.

As diretrizes básicas do que deveriam ser as novas características da proteção social estatal podem ser sintetizadas como segue: (a) regimes de capitalização individual em lugar de sistemas de seguros contributivos e solidários; (b) focalização de ações em setores de extrema pobreza; (c) administração descentralizada; (d) incorporação de provedores privados e mecanismos de mercado, e (e) transição de políticas sociais baseadas na oferta a políticas baseadas na demanda.

Os sistemas educativos foram os que menos sentiram o impacto das reformas. A mudança fundamental, com diferenças de intensidade segundo o país de que se trate, foram os mecanismos de descentralização, presentes, por exemplo, na transferência de estabelecimentos aos níveis subnacionais e no financiamento da oferta privada de serviços educativos.

As políticas de saúde buscaram implementar dois tipos de estratégias: a substituição dos seguros sociais de saúde por sistemas de seguros individuais vinculados a prestadores privados, e, na área da saúde pública, a focalização de ações na população pobre através de programas ou projetos de duração limitada. Contudo, nesta etapa se produziu uma melhora no acesso a serviços de saúde por parte dos setores que haviam permanecido à margem no modelo de desenvolvimento do período anterior, por exemplo, as populações rurais e indígenas.

A transformação mais importante na proteção social deste renovado período liberal-exportador ocorreu nos sistemas de seguros sociais, onde houve a passagem do regime estatal de solidariedade intergeracional para modalidades totais ou parciais de capitalização individual, com a incorporação de empresas privadas administradoras dos fundos de pensão.

No tocante aos direitos laborais e à regulamentação das relações de trabalho, foram adotados vários mecanismos cuja consequência foi a desproteção dos trabalhadores formais, dentre eles, a flexibilização dos contratos de emprego, a supressão dos diversos formatos de

negociação coletiva e, nos países que sofreram governos ditatoriais, a proibição de direitos trabalhistas fundamentais, como o de associação e o de greve.

A presença de altos níveis de pobreza e desigualdade, somada aos resultados negativos do modelo liberal-exportador em matéria econômica, entre outros fatores, propiciaram o surgimento de uma nova etapa de desenvolvimento na América Latina a partir do século XXI. Neste período, se bem persiste o tom “aperturista” do modelo anterior, o Estado voltou a assumir um papel protagonista no desenvolvimento social e econômico: “se propõe um novo Estado fiscal (expansionista e redistributivo), um renovado Estado regulador e proprietário (transformações laborais, ação desenvolvimentista, administração e propriedade dos recursos naturais) e um novo Estado social” (Filgueira, 2015, p. 73).

No âmbito educativo, continua a expansão da cobertura em todos os níveis – fundamental, médio e superior – e observa-se, também, a ampliação do rango de idades incluídas no sistema, incorporando as crianças de entre três e seis anos, e em certos casos, de entre zero e dois anos. Por outra parte, em alguns países se revisaram e corrigiram os processos de descentralização administrativa e de estabelecimento de quase-mercados.

Com relação à saúde, se verifica uma expansão do regime de seguros sociais, possível graças à combinação de políticas focalizadas não contributivas (seguros públicos) e do alargamento da cobertura dos sistemas contributivos clássicos, como consequência das melhoras no mercado laboral e da ampliação dos critérios de elegibilidade dos seguros.

Vinculado ao ponto anterior, o sistema de seguros sociais (aposentadorias, invalidez, acidentes de trabalho) também se expande, a partir do aumento da cobertura para a população de mais de 65 anos e o incremento da população ocupada que contribui ao sistema. Uma parte importante deste crescimento se deve às melhoras na qualidade dos empregos e no aprofundamento das funções de controle e regulação estatal. No período observa-se, também, a expansão das modalidades não contributivas de prestações.

Com referência à assistência social, a inovação mais importante da etapa é a criação ou alargamento de programas de transferências condicionadas de renda, não contributivas, dirigidas geralmente a famílias pobres com crianças e adolescentes.

Por último, em relação aos direitos trabalhistas, vários países da região tem promovido o fortalecimento de suas políticas de proteção e promoção dos trabalhadores de ambos os gêneros, com ações que abarcam desde o aumento de cobertura do seguro de desemprego até a ampliação das licenças por gravidez, nascimento e parto.

1.1.3 Políticas de proteção à saúde

Os serviços de saúde, sejam os dirigidos à saúde coletiva, bem como os que atendem aos indivíduos, são elementos importantes do conjunto de instituições chamado de “proteção social”. “Este conjunto de instituições tem a propriedade não apenas de expressar as solidariedades vigentes na sociedade, quanto de promovê-las, induzi-las ou reforçá-las” (Veronelli & Correch, 2004, p. 23).

Existem diversas formas de estabelecer o que é uma política de saúde. Adequando uma das definições de política social apresentadas na seção anterior, é possível dizer que uma política de saúde é, de forma geral, uma ação governamental com objetivos específicos relacionados com a proteção da saúde das pessoas.

Uma definição abrangente entende a política de saúde como a resposta social (que pode ser ação ou omissão) de uma organização, por exemplo o Estado, em face das condições e dos determinantes de saúde dos indivíduos e da população, assim como as atividades que envolvem a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que impactam na saúde das pessoas e no meio ambiente (Paim & Teixeira, 2006). Para estes mesmos autores (*op. cit.*, p. 74),

políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (*politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). (...) Enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas.

Desde o ponto de vista da sua função, a política de saúde é “um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde” (WHO, 1998, p. 10), adequando as ações aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas.

Enfatizando o aspecto instrumental, Fleury e Ouverney (2012, p. 40) definem as políticas de saúde como “as decisões, estratégias, instrumentos e ações (programas e projetos) que se orientam para o cumprimento de determinadas metas” relacionadas à proteção à saúde e à melhora da qualidade de vida da população.

Por fim, uma abordagem que analisa a política de saúde como estrutura de delimitação de atores

supõe pensar as relações de poder que se estabelecem no interior do campo como produto da interação entre agentes dotados de interesses e capacidades específicas (médicos, funcionários, sindicalistas, profissionais de saúde, empresas). Cada um desses agentes atua em uma rede de alianças, conflitos, pressões, negociações e debates que se desenvolvem em um marco legal e institucional tomado lógicamente e analiticamente como prévio à sua interação, e ao mesmo tempo como ordenador da mesma, mas não como algo imutável. As leis que ordenam o campo de conflito são o resultado de lutas anteriores e podem ser modificadas a partir de uma transformação na atual relação de forças. (Belmartino, 1992, p. 146 *apud* Fleury & Ouverney, 2012, p. 51)

1.1.4 Sistemas de saúde

De modo geral, sistema de saúde pode ser definido como aquele que abarca “todas as pessoas e todas as medidas que se adotam com a finalidade principal de melhorar a saúde” (OMS, 2000, p. 1). É a soma das instituições, as organizações e os recursos destinados a dar resposta às condições de saúde da população, incluindo a prevenção de doenças, a promoção de hábitos saudáveis, a oferta de serviços de cura e reabilitação, a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária. Compreende todos os recursos que uma sociedade dedica à proteção da saúde das pessoas e inclui todas as atividades cujo objetivo principal seja promover, restabelecer ou atender a saúde.

Lobato e Giovanella (2012, p. 89) definem sistema de saúde como

o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.

O desenvolvimento histórico dos sistemas de saúde se vincula ao reconhecimento das condições de saúde como uma questão de caráter social, cuja resolução é responsabilidade da coletividade. A sua consolidação se dá no marco da crescente intervenção dos Estados nacionais no bem-estar das populações, acontecida em meados do século XX.

Todo sistema de saúde tem uma série de componentes básicos que se relacionam entre si, conferindo ao sistema certa dinâmica. Por sua vez, tanto os componentes como a dinâmica do sistema são históricos, e se vinculam aos atributos políticos, econômicos e culturais do país ao qual pertencem. Os principais componentes de um sistema de saúde são a cobertura, os recursos e as organizações. A cobertura refere-se tanto ao conjunto de pessoas com direito a

acessar os serviços, quanto à cesta de ações que são oferecidas à população. Os recursos são os meios materiais, humanos, tecnológicos, científicos e organizacionais que possibilitam o funcionamento da atenção à saúde. Incluem recursos econômicos, profissionais e técnicos, bem como equipamentos, medicamentos e a rede de serviços. As organizações são as agências e institutos, públicos e privados, encarregados das funções dos sistemas de saúde, quais sejam: a alocação de recursos, a prestação de serviços, a gestão e a regulação (*op. cit.*).

Os sistemas de saúde movimentam enormes quantidades de recursos econômicos e financeiros, constituindo setores produtivos de bens e serviços de grande peso na economia dos países. Por isso as autoras os caracterizam também como “arenas políticas de disputa de poder e recursos nas quais ocorrem conflitos distributivos” (*op. cit.*, p. 90-91), envolvendo atores sociais diversos que de alguma forma participam dos sistemas: associações de profissionais, sindicatos, burocratas, empresários, movimentos sociais etc.

1.1.4.1 Modelos de proteção social em saúde

Os modelos de proteção social em saúde se referem às formas de organização e intervenção estatal no financiamento, na prestação de serviços e na regulação do sistema de saúde. A classificação mais tradicional, baseada na experiência europeia, distingue entre os modelos de tipo *bismarckiano* e *beveridgiano*.

Nos sistemas de saúde de tipo *bismarckiano* (por Otto von Bismarck, chanceler alemão durante cujo governo foi criado o Seguro Social) a fonte de financiamento principal são contribuições compulsórias dos trabalhadores e empregadores, calculadas mediante taxas de contribuição proporcionais ao salário. Neste tipo de sistema existe completa separação entre as funções de financiamento e prestação (na Alemanha, por exemplo, as contribuições são dirigidas às caixas, cuja função é estritamente financeira, enquanto as prestações são realizadas por médicos privados e hospitais públicos que estabelecem contratos com as caixas; a prestação direta de serviços de saúde é vetada às caixas). A regulação nesta modalidade é delegada pelo Estado aos atores diretamente envolvidos, os quais se organizam em corporações para negociar (por exemplo, no setor ambulatorial do referido caso alemão, as relações oferta/demanda são reguladas mediante negociações de grupo entre associações de

médicos credenciados às caixas, associações de caixas e comissões conjuntas de médicos e caixas).

Já nos sistemas de saúde de tipo *beveridgiano* (por William Beveridge, redator do informe que serviu de base para a criação do sistema de saúde inglês, implementado em 1948) o financiamento é principalmente público, proveniente da arrecadação de impostos, e ocasionalmente também de contribuições sociais. Em decorrência, o acesso é universal e gratuito. Neste tipo de sistema não existe separação entre as funções de financiamento e prestação: os provedores de bens e serviços sanitários de todos os níveis também são públicos. A regulação é responsabilidade de agências estatais. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (*apud* Lobato & Giovanella, 2012, p. 92), “os sistemas de saúde nacionais universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde”.

Immergut (1992) propõe uma classificação de três diferentes modalidades de intervenção governamental no setor saúde, também baseada nas trajetórias históricas dos sistemas de saúde europeus, segundo o papel do Estado como financiador de serviços médicos. Na visão desta autora, "quatro dimensões juntas afetam a habilidade do poder público para governar o setor saúde" (Immergut, 1992, p. 55): as características e a extensão do financiamento público, a regulação do setor, a contratação de médicos e a propriedade de serviços de saúde.

Na modalidade de *subsídios estatais para associações voluntárias de ajuda mútua* o governo outorga recursos diretamente às organizações, ou as beneficia através de isenções fiscais, ganhando em troca o direito de exercer ação regulatória. Constitui a forma mais limitada de intervenção pública. O financiamento estatal em geral é mínimo, contribuindo para baixar o custo de afiliação ao seguro, e possibilitando assim o aumento da cobertura. O Estado não regula nem os pacientes (pois a afiliação é voluntária) nem os médicos (que estabelecem contratos e negociam diretamente com as mútuas), e não é proprietário de hospitais ou outro tipo de serviços médicos. Segundo a autora, é a forma de intervenção estatal preferida pela corporação médica, devido ao baixo grau de ingerência do poder público na autonomia dos profissionais. As primeiras leis de regulação de fundos de doença das mútuas são inglesas, do ano de 1793. Mais tarde (principalmente durante o século XIX) outros países, como Espanha, Bélgica, França, Suécia, Dinamarca e Suíça (este último caso em 1911), estabeleceram normas similares.

A modalidade de *Seguro Nacional de Saúde* implica um grau mais elevado de intervenção estatal nos mecanismos de financiamento do setor saúde, e conseqüentemente, na

regulação das outras dimensões do sistema. Neste caso, o Estado cria programas de seguros públicos e determina quais grupos serão cobertos por eles. Para os cidadãos pertencentes a esses grupos, a afiliação aos seguros é compulsória, e em geral são compulsórias também as contribuições de empregados e empregadores (calculadas como porcentagem do salário), que são a principal fonte de recursos do sistema. Os seguros públicos são encarregados de administrar as contribuições dos segurados e contratar serviços de saúde. O Estado não emprega médicos nem é proprietário de serviços, mas regula os afiliados (ao determinar a obrigatoriedade da afiliação e contribuição) e as seguradoras. Ademais, o maior grau de monopsonia estatal (concentração da demanda, posição dominante do Estado como comprador) característico destes programas possibilita maior controle dos preços pagos aos provedores de bens e serviços. O modelo de seguros sociais compulsórios foi introduzido pela primeira vez na Alemanha em 1883. Mais tarde, outros países implementaram modalidades similares à alemã: Áustria em 1888, Inglaterra em 1911, França em 1928, Suécia em 1946, Dinamarca em 1971.

Por último, na modalidade de *Serviço Nacional de Saúde* o financiamento e a propriedade dos serviços de saúde são públicos, e os médicos são empregados diretamente pelo Estado. O modelo é mais equitativo e solidário, pois o acesso aos benefícios independe da contribuição e da capacidade de pagamento dos cidadãos, e os recursos, que são obtidos a partir da arrecadação de impostos, são distribuídos – na forma de serviços de saúde – segundo as necessidades entre a população. O Estado atinge posição quase monopsonia: é o comprador dominante. Isso se traduz em maior capacidade de regulação estatal dos provedores de serviços médicos, dos pacientes, e inclusive da formação profissional dos médicos. Logo após a Segunda Guerra Mundial diversos países europeus universalizaram suas políticas de saúde. Alguns deles transformando os antigos sistemas de seguros sociais em serviços nacionais de saúde. A experiência pioneira foi a inglesa, com a implementação do *National Health Service* (NHS) em 1948, modalidade que foi mais tarde adotada também em Itália (1978), Espanha (1986) e, *de fato*, em Suécia (1969).

1.1.4.2 Segmentação e fragmentação de sistemas de saúde

Duas categorias centrais para caracterizar os sistemas de saúde são a segmentação e a fragmentação. São características que se apresentam em maior ou menor grau nos sistemas de saúde. São atributos possíveis de sua organização institucional.

Para a OPS (2007, p. 319), a *segmentação* é a “coexistência de subsistemas com distintas modalidades de financiamento, afiliação e provisão de serviços de saúde, cada uma ‘especializada’ em diferentes segmentos da população de acordo a sua inserção laboral, nível de renda, capacidade de pagamento e posição social”. Refere-se à presença de vários subsistemas responsáveis pela atenção a distintos grupos populacionais, com estruturas assistenciais, redes de serviços e condições de acesso diferenciadas para cada segmento (Giovanella, 2013).

Em sistemas de saúde segmentados, a existência de subsistemas “especializados” em diferentes segmentos da população é uma forma de consolidar a estratificação social existente e reproduzir as iniquidades. Neste sentido, a relação entre política social e estratificação não é novidade. Talvez uma das maiores contribuições de Esping-Andersen (1991, p. 104) seja lembrar-nos de que “o *Welfare State* não é apenas um mecanismo que intervém – e talvez corrija – a estrutura da desigualdade. É, em si mesmo, um sistema de estratificação, (...) é uma força ativa no ordenamento das relações sociais”. No caso particular do sistema de saúde argentino, que é segmentado, Isuani e Mercer (1988, p. 31) apontam que

parece existir uma relação estreita entre o nível socioeconômico da população e o acesso institucional aos serviços de saúde. Em termos globais os setores de maior renda acessam a uma prática médica privada, tanto por via direta como através de seguros privados; os setores assalariados de renda média recebem a atenção oferecida por esquemas de seguro social, e os setores sociais de menores recursos normalmente possuem, como única opção, os serviços do setor público, cujos meios de operação são, sem dúvida, os mais precários.

Por outra parte, a *fragmentação* refere-se à “coexistência de várias unidades ou estabelecimentos não integrados dentro da rede sanitária assistencial” (OPS, 2007, p. 319). Esta característica implica ausência de articulação e coordenação entre subsistemas, níveis assistenciais ou instituições dentro de um sistema de saúde. Expressa uma falta de coerência e racionalidade organizativa em termos sanitários. Para Montenegro e Romero (2014, p. 152), os sistemas de saúde integrados – diferentemente dos fragmentados – são aqueles em que, apesar da segmentação, “a coordenação institucional e administrativa evita a duplicidade,

diminui custos e favorece a igualdade na provisão de serviços das múltiplas instituições”.

Não existem definições unívocas dos conceitos de fragmentação e segmentação nem convergência na sua utilização entre os autores. Há quem diferencie os termos, enquanto outros fazem um uso indistinto ou utilizam apenas um deles. A escolha das definições de OPS (2007) para esta pesquisa, a despeito da existência de outras, se relaciona com a capacidade analítica que oferecem: são diferenciadas – segmentação e fragmentação não são sinônimos – e referem-se a aspectos tanto dos componentes da estrutura organizativa dos sistemas nacionais de saúde, quanto das relações existente entre esses componentes.

A falta de coordenação e articulação dos serviços de saúde impede a conformação de um sistema propriamente dito (Ríos Ferreira, 2014; Niembro *et al.*, 2016). No caso da Argentina, a fragmentação é tão grande que resulta difícil falar em sistema de saúde, pois um sistema implica um nível mínimo de coerência para conseguir integração, coordenação e governabilidade (Fidel & Valencia Lomelí, 2012). Divergindo dessas considerações, Arce (2013, p. 163) aponta que, “em termos de um enfoque sistêmico, o conjunto de recursos de uma área geográfica determinada poderia receber a qualificação de sistema, embora não se cumpram mínimos requisitos de articulação entre seus componentes”. Desde essa mesma perspectiva, Artaza Barrios (2017, p. 30) destaca que um sistema de saúde “é aquele cujo propósito primário é promover, restaurar ou manter a saúde da população, sem que a definição implique nenhum nível de integração, de modo que cada país tem algum sistema de saúde, por mais fragmentado que seja”.

1.1.4.3 Reforma de sistemas de saúde

Para Almeida (2012), reforma de um sistema de saúde implica em um processo de mudança da estrutura institucional e organizacional da atenção à saúde, que normalmente se vincula a transformações mais amplas da sociedade, sejam no contexto político, econômico, social ou ideológico (Almeida, 2012).

PAHO/WHO (2004, p. 3) a define como

um processo que tem o objetivo de introduzir câmbios substantivos nas diferentes instituições do setor saúde e nos papéis que desempenham, para aumentar a equidade na distribuição dos seus benefícios, na eficiência na administração e na satisfação das necessidades de saúde da população. É um processo dinâmico,

complexo e deliberado, se realiza em um marco temporal preciso e se baseia em condições que o tornam necessário e viável.

Existem dois tipos de reformas em função da sua profundidade (Barba Solano, 2012):

- a) As estruturais ou sistêmicas, que são mais complexas, procuram transformar profundamente os sistemas vigentes, tentam reduzir sua fragmentação e produzem uma nova institucionalidade;
- b) As parciais ou incrementais, que, ao contrário das estruturais, não requerem câmbios nas instituições existentes nem criação de outras novas, seu objetivo principal é melhorar as funções dos sistemas de saúde através de mudanças relativamente menores.

1.2 Referenciais teórico-metodológicos

1.2.1 Abordagem institucionalista

De modo geral, teóricos do neo-institucionalismo histórico definem instituições como “os procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política” (Hall & Taylor, 2003, p. 196). São restrições produzidas para estruturar as interações políticas, econômicas e sociais, podendo ser formais, como as leis, as constituições e os direitos estabelecidos, ou informais, no caso das sanções, os costumes e as tradições. A principal função das instituições na sociedade é criar ordem e reduzir a incerteza dos intercâmbios, através do estabelecimento de marcos estáveis para as interações (North, 1991). As instituições podem ser entendidas também como as regras do jogo que enquadram as relações entre indivíduos, grupos e governos, determinando as possibilidades de vinculação entre os diferentes setores, e estruturando os incentivos para o intercâmbio, seja social, político ou econômico. As mudanças institucionais definem a forma em que a sociedade evolui através do tempo, constituindo-se, portanto, em uma chave para entender os câmbios históricos (North, 1990).

As perspectivas que incorporam variáveis institucionais na análise de políticas geralmente destacam fatores como a estrutura do Estado, os processos de tomada de decisões, as características do sistema de partidos e a herança de políticas precedentes. A utilização

destas perspectivas nos estudos comparados enfatiza nas diferenças institucionais entre países e em como essas divergências resultam em padrões de política também diferenciados (Hall, 1997).

As abordagens neo-institucionalistas buscam, através de métodos de análise diversos, compreender o papel desempenhado pelas instituições nos processos políticos. Na vertente histórica, as instituições são uma variável principal, mas não a única interessante para ser analisada, destacando-se também o papel dos atores, seus interesses e a distribuição de poder entre eles (Thelen & Steinmo, 1992). Para estes autores, as instituições cumprem a dupla função de ser, ao mesmo tempo, agentes e produtos da história.

Um conceito central para o neo-institucionalismo histórico é a chamada *dependência de trajetória* (*path dependence*), que se refere à influência que os eventos passados têm sobre as decisões políticas presentes. A herança institucional estabelece parâmetros para as possibilidades de estabilidade ou mudanças subsequentes. Decisões prévias em relação às políticas traçam determinados caminhos e influenciam as futuras escolhas (Pierson, 2004). Outro conceito importante é o de *conjuntura crítica*, utilizado para identificar períodos históricos nos quais se produzem câmbios institucionais significativos como consequência da crise nas formas organizativas previamente vigentes (Belmartino, 2005). No caso de reforma estrutural do sistema de saúde analisado nesta tese, o contexto de transição à democracia pode ser interpretado como uma conjuntura crítica, como será argumentado ao longo do trabalho.

Lima *et al.* (2015) apontam alguns aspectos que mostram a importância de considerar as instituições na análise das políticas de saúde:

- a) Existem regras formais e informais que limitam as escolhas dos atores e condicionam suas preferências;
- b) As políticas públicas são afetadas tanto por regras mais gerais como por regras específicas de cada política; nesse sentido, é importante considerar que existem regras próprias do setor saúde;
- c) A posição ocupada pelos atores nas diferentes redes institucionais e organizacionais influencia seus interesses;
- d) As instituições podem exercer influência nos resultados de uma política, embora não sejam o único fator interveniente.

1.2.2 Ideias e interesses

Uma abordagem focada nos interesses como variáveis explicativas das políticas ressalta os objetivos de caráter material dos atores, sejam estes individuais ou coletivos. Desde esta perspectiva, a trajetória de uma política poderia ser explicada a partir da forma como mudam os interesses econômicos ou eleitorais de grupos e indivíduos ocupando posições de poder, que os levam a formar e extinguir coalizões de apoio – ou rejeição – a determinadas políticas. Por outra parte, uma abordagem que salienta o papel das ideias na produção de políticas pode chamar a atenção para aspectos de natureza diversa, como as características culturais dos países, as concepções dos atores sobre quais as estratégias mais apropriadas ou as melhores práticas, e até as principais teorias que estão em voga. Este tipo de abordagem também explica os resultados referindo-se à difusão que determinadas ideias têm entre comunidades de intelectuais e *policymakers* (Hall, 1997).

Faria (2003) apresenta, de forma sucinta, as perspectivas que enfatizam o papel das ideias e do conhecimento no processo das políticas, frisando o baixo impacto que esta vertente analítica tem alcançado no Brasil. Do seu ponto de vista, o conhecimento, “entendido como a instrumentalização de dados, ideias e argumentos” (Faria, 2003, p. 22), é um elemento endógeno ao processo de produção de políticas, cuja análise pode ser particularmente útil para a compreensão do momento de formação de agenda. O autor aponta que as vertentes mais úteis são as que combinam a análise de ideias e interesses, entre as que se destacam:

- a) A abordagem das *advocacy coalitions*, que procura entender as mudanças nas políticas públicas, tendo como principais expoentes a Paul A. Sabatier e Hank Jenkins-Smith;
- b) O estudo sobre as comunidades epistêmicas, desenvolvido por Peter Haas, que considera o impacto das redes de *experts* na produção de políticas;
- c) A proposta de Judith Goldstein e Robert Keohane, que defende o poder explicativo das ideias quando as interpretações baseadas em interesses se mostram insuficientes para dar conta de mudanças nas políticas;
- d) O modelo dos *multiple-streams*, elaborado por John Kingdon e utilizado em análises sobre a produção de políticas públicas, com ênfase nos processos de formação de agenda e de definição de políticas alternativas.

1.2.3 Enfoque do ciclo de políticas e modelo de múltiplos fluxos de Kingdom

Do ponto de vista do chamado *ciclo de políticas*, perspectiva de análise que identifica diferentes momentos no desenvolvimento de uma política pública, esta pesquisa busca produzir um estudo das etapas de construção da agenda (reconhecimento de um problema como de relevância pública) e de formulação da política prévias à aprovação das leis de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde na Argentina. Alguns interrogantes centrais para tentar responder através da investigação destas fases são, por exemplo: por que a saúde era parte da agenda da política governamental no governo da redemocratização; de que forma a saúde passou a integrar a agenda decisória do governo; de onde surgiram as alternativas para a tomada de decisões; como foi a escolha de uma dessas alternativas; quem participou do processo de formulação e decisão.

Lindblom (*apud* Baptista & Rezende, 2015, p. 230) define agenda como “a lista de assuntos e problemas sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção em um determinado momento”. O conceito de agenda governamental ou institucional refere-se às questões que atraem a atenção do governo, mas ainda não são colocadas na mesa de decisão. Por outra parte, a noção de agenda decisória abarca o conjunto de problemas que são considerados e que efetivamente receberão tratamento nos processos decisórios.

Para o politólogo John Kingdom, cujo modelo de fluxos múltiplos foi destacado por Faria (2003) por combinar a análise de ideias e interesses, o processo de entrada de novos problemas na agenda decisória não é necessariamente incremental, mas resultado de uma combinação de fluxos independentes que perpassam as estruturas de decisão: o fluxo de problemas (*problem stream*), o fluxo de soluções e alternativas (*policy stream*) e o fluxo da política (*politics stream*) (Baptista & Rezende, 2015).

O primeiro fluxo refere-se ao surgimento ou reconhecimento de um problema pela sociedade, ou seja, a forma em que uma questão determinada se torna um problema. Uma questão é uma situação social percebida, mas que não necessariamente provoca uma ação em contrapartida. O fluxo de problemas analisa de que modo as questões são reconhecidas e os motivos que as levam a compor a agenda governamental. O segundo fluxo, de soluções e alternativas, inclui as ideias e propostas em disputa para resolver ou atender os problemas identificados, elaboradas por especialistas, políticos, funcionários públicos, grupos de interesse etc., que passam por um processo competitivo de seleção para ser consideradas no momento da tomada de decisões. Nesse processo nem todas as propostas recebem o mesmo

tratamento, algumas são consideradas, outras permanecem intocadas ou desaparecem. Por último, o fluxo da política denomina o contexto político, administrativo e legislativo favorável ou não ao desenvolvimento de alguma ação para resolver o problema identificado. É composto por elementos tais como: a opinião pública, grupos de pressão, resultados eleitorais, composição partidária no Congresso e mudanças na administração. Inclui a formação de coalizões de defesa e oposição às soluções e alternativas, construídas a partir de acordos e negociações. Neste fluxo, três elementos são considerados: o clima nacional (compartilhamento das questões relevantes na sociedade, que cria um ambiente favorável para sua entrada na agenda decisória); as forças políticas organizadas (pressões exercidas por grupos de interesse), e as mudanças no governo (p. ex. alterações na composição do Congresso, mudanças de gestão, início de um governo, que propicia a entrada de novas demandas na agenda). No momento em que os três fluxos convergem se criam as chamadas “janelas de oportunidade” (*policy window*), que denominam o conjunto de condições favoráveis para a criação ou reforma de políticas públicas (Almeida *et al.*, 2013; Baptista & Rezende, 2015; Gottens *et al.*, 2013).

No modelo de fluxos múltiplos, os atores envolvidos no processo também são determinantes na conformação da agenda decisória. Há os atores governamentais (políticos dos poderes executivo e legislativo, funcionários públicos) e os não-governamentais (grupos de interesse, pesquisadores, consultores, partidos políticos) (Almeida *et al.*, 2013).

Em um estudo sobre a aplicabilidade do modelo de múltiplos fluxos de Kingdom na análise de políticas de saúde, Gottens *et al.* (2013) identificam as seguintes contribuições:

- a) Incorpora o caráter ambíguo das decisões;
- b) Valoriza a consistência das ideias contidas nas propostas;
- c) Busca analisar as diferentes interpretações sobre os problemas que têm os tomadores de decisão;
- d) Considera a influência da macropolítica, das relações intergovernamentais e da sociedade civil na formação da agenda pública;
- e) Investiga o papel dos atores nos processos decisórios e nas arenas políticas.

1.2.4 Antecedentes: as disputas políticas em torno do alargamento da intervenção governamental em saúde

Ellen Immergut e Jacob Hacker são exemplos de autores que estudaram, comparativamente, distintos grupos de países que promoveram reformas em seus sistemas de saúde para ampliar a intervenção estatal no setor, utilizando, em suas análises, perspectivas particularmente interessadas nos condicionamentos criados pelas instituições.

Immergut (1992; 1996) aponta a questão da mudança como um dos pontos centrais que a análise institucional procura entender. Usando como exemplo processos de criação de seguros nacionais de saúde em três países europeus (França, Suíça e Suécia), investiga como as instituições podem explicar tanto a estabilidade quanto a mudança de políticas. Nos três casos analisados, o ponto de partida das reformas foi similar: propostas apresentadas no parlamento pelo poder executivo. Por outra parte, a resposta da categoria profissional central do setor, os médicos, foi contrária às reformas nos três países, desde que os programas de seguro nacional são vistos pela classe médica como ameaça a sua independência profissional e autonomia econômica. No entanto, as disputas políticas em torno da aprovação desses programas tiveram como resultado diferentes desenhos institucionais, com atribuições para o Estado também diferenciadas em cada caso.

Para esta autora, a análise das instituições – as regras de jogo, as arenas legislativas, as dinâmicas de tomada das decisões, as oportunidades de veto – parece proporcionar a interpretação mais satisfatória para entender a resolução das disputas políticas em cada caso. A configuração institucional define o grau de concentração ou dispersão do poder decisório. Pelo contrário, argumentos centrados apenas nos atores ou nas possibilidades de pressão de grupos de interesse não são suficientes para explicar a estabilidade ou a mudança das políticas. Atores e grupos de interesse submetem suas ações – apoio ou bloqueio de políticas – às regras de jogo impostas pelas instituições.

As dinâmicas dos processos de tomada de decisão são definidas por normas institucionais, que estabelecem regras para a atuação dos diferentes atores envolvidos. Elas explicam as diferenças tanto na habilidade dos governos para impor suas propostas, quanto na capacidade dos grupos de interesse para exercer influência.

As decisões políticas não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo; ao contrário, são o resultado final de uma sequência de decisões tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais. [...] As decisões

políticas requerem um acordo em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes arenas políticas. A sorte de uma proposta legislativa, como a que se refere a um sistema nacional de seguro de saúde, depende do número e da localização de oportunidades de veto distribuídas ao longo dessa cadeia. (Immergut, 1996, p. 5)

Contudo, tais oportunidades de veto (*veto points*) não são acontecimentos incertos, mas mecanismos formais criados por lei (como a existência de duas câmaras legislativas, ou a possibilidade de que a decisão final sobre uma política seja tomada através de um plebiscito) ou previstos em função da composição partidária das arenas políticas. Oferecendo distintos caminhos para a ação, as instituições estabelecem as opções políticas disponíveis (*decision points* e *veto points*) e o mapa de atores relevantes. As normas institucionais que regem os processos decisórios estabelecem limites e possibilidades tanto para a ação do governo, quanto para a influência dos grupos de interesse, elas criam o ambiente no qual acontecerá a formulação de políticas.

Para ilustrar o argumento da autora, no Quadro 1 são resumidos os processos de tomada de decisão que conduziram as reformas dos sistemas de saúde nos três países, enfatizando as características das arenas decisórias, os pontos de veto, o espaço aberto para a influência dos grupos de interesse, e os resultados.

Quadro 1 – Arenas decisórias, grupos de interesse e resultados das reformas em Suécia, França e Suíça

	Suécia	França	Suíça
Ano da reforma	1946	1928	1911
Arenas decisórias e veto points	<p>Arena legislativa, que na época era conformada majoritariamente pelo partido do Executivo (social-democrata).</p> <p>A própria configuração institucional da Suécia propicia esses cenários de congruência entre as orientações políticas do Executivo e o Legislativo, fato que cria um “padrão de predominância do Executivo” (p. 7) e o transforma na verdadeira arena decisória.</p> <p>A proposta governamental não encontrou obstáculos no parlamento para ser aprovada</p>	<p>Arena legislativa, caracterizada pela existência de coalizões parlamentares instáveis e indisciplina partidária.</p> <p>Esses aspectos significaram obstáculos para o Executivo, cujas propostas eram normalmente contestadas por outras maiorias.</p> <p>Nessa conjuntura, as oportunidades de veto situavam-se nas próprias câmaras legislativas.</p>	<p>Arena legislativa.</p> <p>As decisões do legislativo podiam ser contestadas pelo mecanismo do referendo popular, convocados por quaisquer associações através da simples reunião de assinaturas.</p> <p>O plebiscito constituía-se em uma oportunidade de veto.</p>
Possibilidade de influência de grupos de	Muito baixa, pois não tinham como influenciar o ator que estava propondo a reforma, e não	Alta, na medida em que as características singulares da arena parlamentar	Alta, na medida em que podiam empurrar a decisão legislativa para sua

interesse	contavam com outras instâncias de veto.	(instabilidade e indisciplina partidária) a tornavam mais sensível as pressões. No entanto, esses mesmos atributos beneficiaram alguns setores e prejudicaram outros, em função da importância de cada grupo para os integrantes das coalizões.	retificação no âmbito eleitoral. No país, os referendos populares normalmente se posicionavam pelo “não”, tendência aproveitada pela classe médica para exercer pressão contra a aprovação da reforma no legislativo.
Resultado	O Executivo conseguiu não só criar o seguro público de saúde, mas transformá-lo posteriormente em um serviço nacional (1969). O Estado oferece atendimento médico diretamente a população, através de hospitais públicos e profissionais contratados. É um dos sistemas de saúde mais socializados da Europa.	O programa de seguro público compulsório conseguiu ser aprovado a partir de uma mudança na Constituição que permitiu ao Executivo driblar o poder de veto do Parlamento. O Estado remunera os médicos particulares e regulamenta os preços das consultas.	O seguro nacional de saúde foi finalmente rejeitado no plebiscito. A Suíça tem um dos sistemas de saúde mais privatizados da Europa. A intervenção estatal é limitada ao subsídio de seguros privados.

Fonte: elaboração própria, com base em Immergut (1992; 1996).

Como é possível perceber a partir do Quadro 1, e a diferença do que normalmente se pensa, nos três casos analisados os grupos de interesse não tiveram poder *em si*, em função da posse de recursos políticos ou econômicos. A sua influência não é suficientemente explicada a partir de características próprias. Pelo contrário, foram as instituições que outorgaram poder e alteraram o peso relativo dos atores em cada processo de tomada de decisões, proporcionando ou denegando oportunidades de veto, e permitindo a interferência nos diferentes momentos da formulação das políticas.

Em um estudo que analisa comparativamente o desenvolvimento das políticas de saúde na Inglaterra, Canadá e Estados Unidos, Hacker (1998) aponta que a introdução de níveis crescentes de intervenção governamental nos sistemas de atenção médica foi conflitiva em toda parte; em nenhum país o processo foi sem controvérsias. A despeito das disputas terem sido similares nos três casos analisados, cada uma delas resultou em uma conformação do sistema de saúde institucionalmente diferente. Enquanto Canadá e Inglaterra possuem serviços estatais de saúde, que garantem acesso universal à atenção médica e são financiados majoritariamente com recursos públicos, nos Estados Unidos o sistema é considerado residual, pois o financiamento é predominantemente privado, a prestação de serviços é feita através de seguradoras, e existem dois programas públicos que cobrem apenas àqueles sem capacidade econômica para comprar assistência médica no mercado.

Hacker (1998) analisa o desenvolvimento das políticas de saúde nos três países desde uma perspectiva histórica e institucional que, assim como Immergut (1992; 1996), considera os incentivos e constrangimentos criados pelas instituições, mas enfatiza a relevância da dimensão histórica, ou seja, a trajetória (a sequência temporal) e o legado das políticas. Entre as características institucionais apontadas pelo autor como mais influentes nas perspectivas de intervenção estatal em saúde se destacam: as capacidades administrativas do Estado, o federalismo e a estrutura de governo, particularmente o contraste entre tipos de regimes parlamentaristas e presidencialistas. Com relação à sequência histórica, Hacker (1998) aponta três tipos de políticas importantes de serem consideradas para avaliar as chances de “triunfo” de uma reforma sanitária de caráter universalista: o grau de desenvolvimento prévio atingido pelos seguros de saúde, o perfil dos beneficiários dos programas públicos, e as preferências do poder público em relação à disjuntiva entre reforçar a sofisticação tecnológica da medicina ou aumentar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Hacker mostra, ademais, que os argumentos utilizados com maior frequência – os que enfatizam as variáveis relacionadas ao nível de desenvolvimento econômico, os que focam em aspectos culturais e idiossincráticos dos países, e os que explicam a divergência em função do poder de grupos de interesse – são insuficientes para explicar por si só o desenvolvimento de políticas de saúde. É preciso considerar a relevância das heranças institucionais e das consequências políticas das políticas já institucionalizadas, pois como apontam Skocpol e Amenta (1986), “não são só *politics* que criam *social policies*; *social policies* também criam *politics*”. As políticas existentes definem regras e padrões de conflito entre os diferentes atores, estruturam relações de poder e arranjos institucionais.

2 PROBLEMAS ASSOCIADOS À SEGMENTAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ARGENTINO

Existe consenso na literatura acadêmica acerca do caráter fragmentado e segmentado do sistema de saúde argentino (Ballesteros, 2015a, 2016b, 2017; Bang, 2015; Barrenechea, 2013; Belló & Becerril-Monteiko, 2011; Calabria & Rottenschweiler, 2015; Calmels *et al.*, 2015; Cetrángolo, 2014; Giovanella, 2013; Hernández Álvarez, 2004; Ríos Ferreira, 2014; Isuani & Mercer, 1988; Lifschitz *et al.*, 2017; Maceira *et al.*, 2015; Meritano *et al.*, 2016; OPAS, 2008; Ortega & Espósito, 2017; PNUD, 2011; Ponce, 2013; Sigliano, 2013; Tobar *et al.*, 2012, Tripodoro, 2016, entre outros). Como definido no Capítulo 1, os conceitos de segmentação e fragmentação referem-se tanto à coexistência de vários subsistemas dentro do sistema de saúde com distintas modalidades de financiamento e prestação de serviços destinados a segmentos populacionais também diferenciados, quanto ao baixo nível de integração entre tais subsistemas. Vários autores apontam o caso do sistema de saúde argentino como um dos mais fragmentados e segmentados do mundo. Mais ainda, referem tratar-se de uma variedade extrema de organização estratificada e desarticulada (Artaza Barrios, 2017; Atun *et al.*, 2015; CEPAL, 2006; Fidel & Valencia Lomelí, 2012; L'Hopital, 2017; Maceira, 2010; OPS, 2017), ou ainda um exemplo paradigmático (Báscolo & Blejer, s/d; Stolkiner *et al.*, 2011).

Na classificação proposta por Londoño e Frenk (1997), o sistema de saúde na Argentina corresponde a um modelo atomizado e corporativo, estruturado em torno de seguros contributivos, administrados por uma multiplicidade de entidades asseguradoras. Na classificação de Mesa Lago (2005), corresponde ao modelo tripartite, composto por três subsistemas com mecanismos de financiamento e prestação próprios e particulares (público, privado e de seguro social) e com baixa coordenação entre eles.

Não obstante, o caso da Argentina não difere dos outros países da região, cujos sistemas de saúde são também fragmentados e segmentados (Bang, 2015; Ewig, 2015; Fidel & Valencia Lomelí, 2012; Giovanella, 2013; Gómez Sabaíni *et al.*, 2014; Londoño & Frenk, 1997; L'Hopital, 2017; Artaza Barrios, 2017; OPAS, 2008; Sigliano, 2013; Sojo, 2017; Stolkiner *et al.*, 2011; Tripodoro, 2016). Para Giovanella *et al.* (2015), as principais características dos sistemas de saúde na América Latina são a segmentação da cobertura, a fragmentação organizacional e a privatização, tanto no financiamento quanto na prestação de serviços de saúde. Cetrángolo *et al.* (2015) coincidem apontando que nos sistemas de saúde

da América Latina os direitos concedidos, a cobertura e a organização institucional variam segundo o grupo populacional de que se trate, existindo, ademais, falta de coordenação entre esses diferentes subsistemas.

Os sistemas de saúde baseados no financiamento contributivo, como é o caso argentino, costumam ser segmentados, priorizando, naturalmente, a cobertura dos contribuintes, que são os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal (Cetrángolo *et al.*, 2015). Os sistemas mais solidários são aqueles financiados predominantemente com recursos fiscais, de preferência vinculados a um mandato legal que os proteja de mudanças políticas ou econômicas, e dirigidos à totalidade da população, sem distinções laborais ou de renda (Frenk, 2015).

O caráter problemático de sistemas de saúde segmentados e fragmentados é apontado pela maior parte dos autores do campo (Barillas, 1997; Artaza Barrios, 2017; Báscolo & Blejer, s/d; Cardozo, 2015; Cetrángolo, 2014; Conill *et al.*, 2010; Meritano *et al.*, 2016; OPAS, 2008; Tobar *et al.*, 2012, Tobar *et al.*, 2014; Vázquez, 2015, entre outros). A segmentação e a fragmentação são apontadas como debilidades intrínsecas dos sistemas de saúde da América do Sul (Gomes Temporão & Faria, 2014; Atun *et al.*, 2015).

Considerando esse quadro, o presente capítulo tem o objetivo de apresentar uma revisão da literatura acadêmica sobre a fragmentação e a segmentação do sistema de saúde argentino, enfatizando as consequências problemáticas que tais características trazem para a cobertura, o acesso, o financiamento, os resultados e a qualidade dos serviços. Se bem o capítulo inclua dados e traços do sistema adquiridos posteriormente à tentativa de reforma por meio do Seguro Nacional de Saúde, que é o objeto de estudo da tese, procura-se justificar a importância da crítica à organização do sistema de saúde e demonstrar que, devido ao seu caráter problemático, iníquo e contrário à cidadania, a segmentação e a fragmentação são pontos de pauta obrigatórios em uma agenda de reforma sanitária no país. Na época, a proposta de Seguro buscou enfrentar a segmentação e a fragmentação já presentes no sistema, embora problemas de tal ordem não fossem conceitualizados dessa forma. Seu fracasso significou a perpetuação da organização estratificada e desarticulada da proteção à saúde, características que se aprofundaram na década de 1990. O capítulo serve, adicionalmente, para oferecer ao(à) leitor(a) uma descrição dos componentes e características atuais do sistema de saúde argentino.

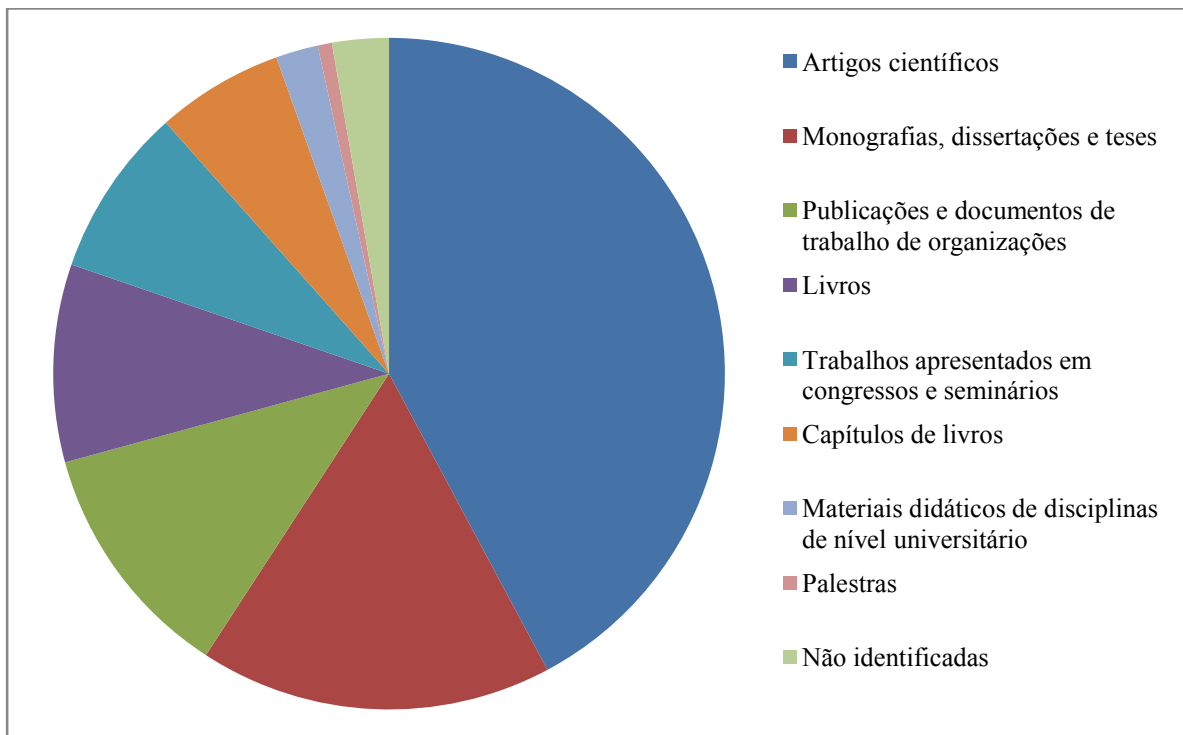
Para a revisão da literatura foi utilizada a base de dados do Google Acadêmico, buscando ter acesso não apenas a artigos científicos, mas também a outros tipos de publicação. Foram selecionados os seguintes descritores: *fragmentación*, *segmentación*,

argentina e sistema de salud. Os documentos podiam estar em qualquer língua e deviam ter sido publicados nos últimos cinco anos, de 2013 a 2017. Nesta seleção, foram incluídos os trabalhos nos quais a fragmentação e a segmentação fossem características dos sistemas de saúde e que tratassem especificamente do sistema de saúde argentino. A pergunta realizada a cada documento para construir os dados da pesquisa foi: quais as consequências da organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde na Argentina?

A busca inicial com as palavras chave permitiu identificar 784 publicações, das quais 147 atenderam aos critérios acima e foram selecionadas para integrar a amostra. Desse total, 62 eram artigos científicos, 25 trabalhos de conclusão de curso (monografias, dissertações e teses), 17 publicações e documentos de trabalho de organizações (OMS, OPS, PNUD, CEPAL, Ministério da Saúde argentino, ISAGS/UNASUR entre outras), 14 livros, 12 trabalhos apresentados em congressos e seminários, 9 capítulos de livros, 3 materiais didáticos de disciplinas de nível universitário, 1 palestra e 4 publicações não identificadas. Foi feita a leitura e sistematização de todo esse material, cuja coleta e análise demandaram sete meses de trabalho.

O Gráfico 1 mostra a distribuição das publicações selecionadas para integrar a amostra:

Gráfico 1 – Distribuição dos documentos selecionadas para integrar a amostra, por tipo de publicação



Fonte: elaboração própria.

Na primeira parte do capítulo são analisadas as particularidades da segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino e desenhados alguns indicadores dessas características; na segunda, são apresentados os resultados da revisão da literatura, destacando-se as múltiplas consequências negativas derivadas do caráter fragmentado e segmentado da organização do sistema de saúde na Argentina.

2.1 Indicadores do caráter segmentado do sistema de saúde argentino

O sistema de saúde argentino é segmentado porque é conformado por três subsistemas, cada um deles com uma modalidade diferenciada de afiliação, financiamento e prestação de serviços, e são estruturados para brindar serviços de atenção médica a distintos setores da população (Giovanella, 2013; Messina, 2015):

- a) Subsistema de serviços públicos de saúde;

- b) Subsistema de seguros sociais obrigatórios (popularmente conhecidos como *obras sociais*);
- c) Subsistema privado de empresas de medicina pré-paga e prestadores privados independentes.

Passa-se agora a caracterizar cada um desses subsistemas.

2.1.1 Subsistema público

A cobertura do subsistema de serviços públicos é universal e gratuita para toda a população, independentemente de posição no mercado de trabalho e capacidade de pagamento. No entanto, o setor que utiliza exclusivamente seus serviços é aquele que não possui seguro social ou privado: trabalhadores não registrados ou desempregados sem capacidade de pagamento, equivalente a 36% da população (OPS, 2017). O subsistema é financiado através de fontes internas – impostos provenientes dos três níveis de governo – e externas – recursos de organismos internacionais de crédito, como o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), geralmente destinados a programas sanitários (OPS, 2017; Touceda *et al.* s/d). A prestação de serviços é de responsabilidade dos governos nacional, provinciais e municipais e realizada em hospitais e postos de saúde públicos¹.

O setor público também cumpre a função de controle e regulação do sistema de saúde através de organismos descentralizados dependentes do Ministério de Saúde nacional: a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT), a Administração Nacional de Laboratórios e Institutos de Saúde (ANLIS) e a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS), que controla e regula boa parte dos seguros que compõem os subsistemas do seguro social e privado. Entre outras funções, a SSS controla o cumprimento do Programa Médico Obrigatório (PMO), cesta básica de bens e serviços de saúde obrigatória que devem oferecer os seguros. O PMO cobre 95% das causas de consulta ambulatoria, atenção cirúrgica e hospitalar, atenção odontológica, saúde mental, reabilitação e cuidados paliativos (OPS, 2017).

¹ Argentina é um país de estrutura estatal federal, composto por 23 províncias e um distrito federal, a Cidade Autônoma de Buenos Aires, e 2171 municípios (Giovannella, 2013).

2.1.2 Subsistema do seguro social

O subsistema de seguro social é conformado pelas chamadas *obras sociais*: mutualidades de trabalhadores organizadas por categoria profissional (PNUD, 2011) que oferecem diversos serviços aos seus filiados, dentre eles, e principalmente, serviços de saúde. Funcionam como seguros solidários: os filiados contribuem com valores proporcionais ao salário em um fundo comum, que é redistribuído de tal forma que os mais “fortes” (os que mais recebem, são mais saudáveis ou mais jovens) acabam socializando sua contribuição com os mais “débeis” (pessoas com salários menores, mais doentes, mais velhas). Integram o subsistema:

- a) Mais de 200 obras sociais nacionais (sindicais, da administração estatal e de empresas públicas, mistas, de empresários, do pessoal de direção, por convênio com empresas) (OPS, 2017);
- b) O Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e *Pensionados* (INSSJP), mais conhecido como PAMI (Programa de Assistência Médica Integral);
- c) 24 obras sociais para os funcionários públicos provinciais (uma por cada uma das 23 províncias, mais a da Cidade de Buenos Aires);
- d) As obras sociais dos trabalhadores de universidades nacionais, as das forças armadas e de segurança pública e as dos poderes legislativo e judiciário.

O subsistema alcança 62,4% da população (Calabria & Rottenschweiler, 2015), composto por trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho (assalariados e autônomos), suas famílias e os trabalhadores aposentados. As obras sociais provinciais cobrem funcionários públicos das administrações provinciais e municipais e suas famílias, correspondente a 25% do setor da população coberto por seguros sociais (Canale *et al.*, 2014). O PAMI cobre aposentados e beneficiários de pensões com suas famílias, sendo a obra social com maior número de filiados do país: mais de 4,3 milhões (ENAPROSS, 2011), equivalente a 8,3% da população (PNUD, 2011). Para Artaza Barrios (2017), o PAMI representa um caso paradigmático em relação à segmentação, pois para além de todos os “estratos” existentes no sistema, agrega um por idade.

O financiamento do subsistema provém, no caso das obras sociais nacionais, de aportes dos trabalhadores e contribuições dos empregadores, ambas de caráter obrigatório e calculadas sobre o valor do salário: 3% para o empregado e 6% para o empregador. A contribuição tem valores fixos estabelecidos por lei no caso dos trabalhadores domésticos e dos *monotributistas*²; os autônomos não são obrigados a contribuir. Já o PAMI financia-se através de um sistema de repartição, composto por aportes e contribuições obrigatórias dos trabalhadores ativos e seus empregadores (total de 5% do salário, sendo 3% do trabalhador e 2% do empregador) e dos próprios aposentados (entre 3% e 6%, segundo o valor da aposentadoria), e de recursos do Estado Nacional (*Tesoro Nacional*). No caso das obras sociais provinciais, os recursos originam-se em contribuições obrigatórias dos trabalhadores (3-5% do salário) e dos Estados provinciais como empregadores (4-6%), e em recursos repassados pelos governos provinciais (Gómez Sabaíni *et al.*, 2014).

Historicamente, cada trabalhador contribuía, obrigatoriamente, na obra social correspondente a sua atividade profissional. No entanto, a partir da chamada desregulamentação das obras sociais (decretada em 1993, mas implementada só a partir de 1997), cada assalariado pode contribuir em qualquer obra social que seja de sua preferência, ou seja, não é mais cativo ao seguro social da sua categoria (Ballesteros, 2016a; Messina, 2015).

Na prática, as obras sociais funcionam basicamente como financiadoras que contratam serviços de prestadores privados credenciados (estabelecimentos e profissionais independentes). Existem também clínicas próprias das obras sociais destinadas exclusivamente aos seus beneficiários, embora sejam poucos casos, 1% do total de estabelecimentos (Pereyra & Micha, 2016).

2.1.3 Subsistema privado

O subsistema privado é integrado por seguros privados de saúde (empresas de medicina pré-paga, planos médicos de hospitais de comunidades ou privados, mutuais, cooperativas), estabelecimentos privados (hospitais, clínicas e centros de diagnóstico e tratamento) e profissionais independentes. Neste caso, o acesso depende da capacidade

² *Monotributo* é um regime impositivo simplificado e de baixo custo para trabalhadores sem vínculo empregatício.

individual de pagamento. Cobrem basicamente a associados voluntários sem relação laboral de dependência, embora existam casos de dupla cobertura (trabalhador assalariado ou autônomo que tem obra social e contrata, adicionalmente, um plano privado de saúde). O subsistema assegura também a trabalhadores que optam por transferir sua contribuição da obra social a uma empresa de medicina privada (Giovanella, 2013). Por sua vez, as obras sociais podem contratar empresas de medicina pré-paga para administrar as contribuições dos seus afiliados e prestar os serviços. A cobertura atinge 8% da população (OPS, 2017)³.

O subsistema financia-se através do pagamento de cotas às empresas de medicina pré-paga e mediante pagamento direto (*out of pocket*) no caso dos prestadores privados independentes. Os seguros privados cobrem principalmente a população com maior renda e mais jovem (e, portanto, com menos risco de doenças) e estão concentrados nos grandes centros urbanos, sobretudo na cidade de Buenos Aires e sua região metropolitana (Ballesteros, 2016b). Existem cinco grandes empresas responsáveis por 60% do mercado, 65 empresas agrupadas em câmaras, e umas 300 pequenas (PNUD, 2011). Os prestadores são clínicas e hospitais próprios das empresas de medicina privada e prestadores privados credenciados (estabelecimentos e profissionais independentes).

Em forma sintética, os subsistemas podem ser caracterizados como apresentado no Quadro 2. Observe-se que tanto a cobertura, quanto a prestação e o financiamento do sistema são segmentados:

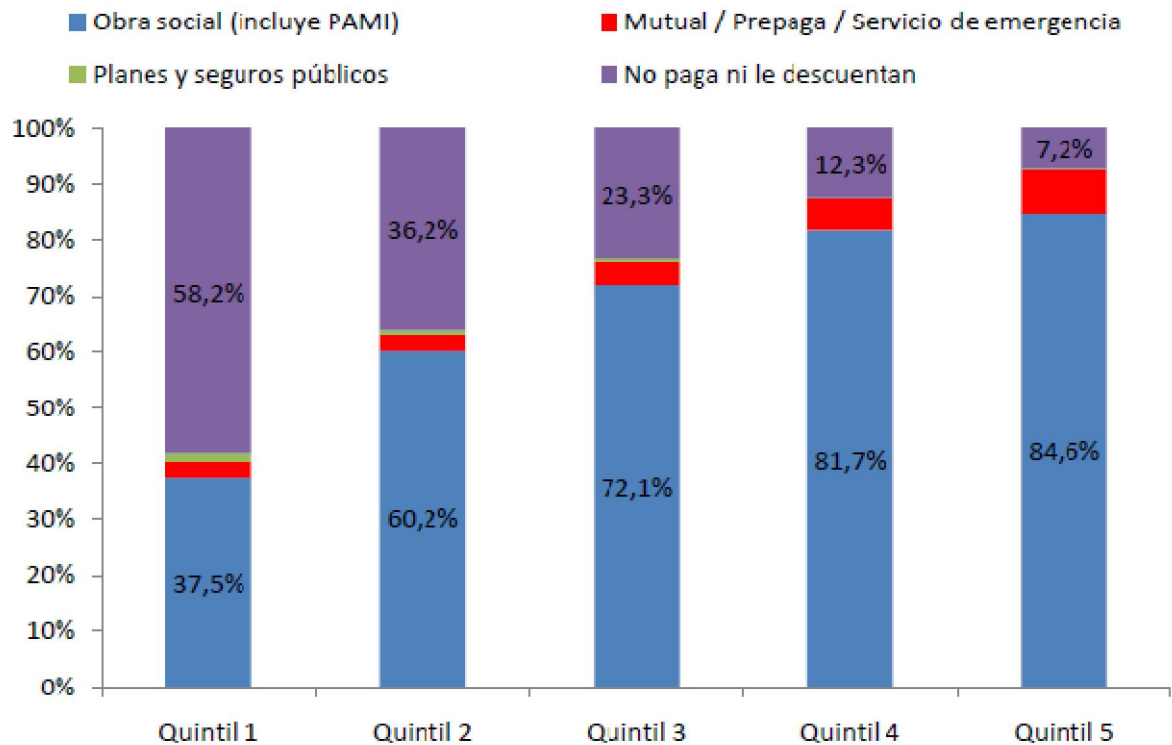
³ Para Giovanella (2013), a cobertura do sistema privado alcança 5% da população, mais 11% que contrata indiretamente através das obras sociais.

Quadro 2 – Sistema de saúde na Argentina

Subsistema	Público	Obras Sociais			Privado
		Nacionais	PAMI	Provinciais	
Financiamento	Impostos provenientes das três esferas de governo. Arrecadação de hospitais de autogestão.	Contribuições obrigatórias de trabalhadores e empregadores proporcionais ao valor do salário (3% e 6%). Co-pagamentos. Cotas dos afiliados voluntários.	Contribuições de trabalhadores (3%) e empregadores (2%), e dos próprios aposentados (3-6%). Co-pagamentos.	Contribuições obrigatórias de trabalhadores e Estados provinciais (como empregadores) proporcionais ao valor do salário (3-5% e 4-6%). Co-pagamentos. Cotas dos afiliados voluntários.	Cotas correspondentes ao risco individual. Pagamento direto aos profissionais de saúde.
Prestadores	Estabelecimentos públicos das três esferas de governo.	Estabelecimentos das próprias obras sociais (poucos casos, 1% do total de estabelecimentos). Prestadores privados credenciados.			Seguros privados. Prestadores privados credenciados. Prestadores privados independentes.
Beneficiários	Totalidade da população	Trabalhadores formais (assalariados e autônomos), aposentados (voluntário) e família sob responsabilidade. Afiliados voluntários.	Aposentados e pensionistas nacionais e suas respectivas famílias.	Funcionários públicos provinciais e municipais, aposentados e família. Afiliados voluntários.	Afiliados voluntários.
Cobertura	100% Usa 36% (OPS, 2017)	62,4% (Calabria & Rottenschweiler, 2015)			8% (OPS,2017)
		38,8% (PNUD, 2011)	8,3% (PNUD, 2011)	13,7% (PNUD, 2011)	9% (PNUD, 2011)
Gasto (% do PIB)	2,2 (OPS, 2017)	1,59 (OPS, 2017)	0,75 (OPS, 2017)	0,74 (OPS,2017)	3 (OPS,2017)

Fonte: elaboração própria, várias fontes.

O Gráfico 2 mostra a segmentação do sistema de saúde argentino, ou seja, a existência de subsistemas “especializados” em diferentes estratos sociais (representadas nos quintis de renda):

Gráfico 2 – Cobertura por quintil de renda, % do total da população (2014)⁴

Fonte: Calabria & Rottenschweiler (2015), com dados da EPH⁵ IV Trimestre de 2014.

É possível observar no Gráfico 2 como a porcentagem das pessoas que não pagam por um seguro de saúde nem contribuem através do salário (cor roxa) é muito alta no quintil mais pobre (58,2%) e muito baixa no quintil mais rico da população (7,2%). Provavelmente seja o grupo que utiliza o setor público como única opção de atendimento (exceto nos quintis de renda maior, onde podem existir pessoas que acessam o sistema unicamente através de pagamentos de bolso). Da mesma forma, a quantidade de pessoas que recebem atendimento através de programas sanitários públicos (cor verde) é pouca no quintil mais pobre, mas praticamente inexistente no mais rico. Por outra parte, a porcentagem que paga por seguros privados (cor vermelha) cresce nos quintis 4 e 5, os mais ricos. Finalmente, o setor coberto por obras sociais (cor azul) é 2,25 vezes maior no quintil 5 (84,6%) que no quintil 1 (37,5%), o que aponta para iniquidades no acesso ao sistema de saúde.

⁴ No Gráfico 2, a categoria “Obra social (inclui PAMI)” corresponde ao subsistema de seguro social; “Mutua/Pré-paga/Serviço de Emergência” se refere ao subsistema privado; “Planos e seguros públicos” denominam programas de saúde implementados em hospitais, maternidades e centros de atenção primária públicos, como o *Nacer* e o *Sumar*, e a categoria “Não pagam nem são descontados” inclui pessoas que não pagam planos privados de atenção médica nem contribuem através do seu salário a uma obra social.

⁵ *Encuesta Permanente de Hogares*.

2.2 Indicadores do caráter fragmentado do sistema de saúde argentino

O sistema de saúde argentino é fragmentado porque os três subsistemas que o conformam são pouco integrados entre si, e fragmentados também no seu interior (Barrenechea, 2013; Belló & Becerril-Monteiko, 2011; Cardozo, 2015; Giovanella, 2013; Canale *et al.*, 2016b, 2016c; Maceira *et al.*, 2015). Existe pouca coordenação entre as instituições públicas, as do seguro social e as privadas, e entre os níveis de atenção. No subsistema público, há dificuldades para coordenar políticas entre as jurisdições provinciais (Alonso & Di Costa, 2015). O setor dos seguros, sejam sociais ou privados, se caracteriza pela heterogeneidade e a desarticulação entre seus componentes. Também há dificuldades nos mecanismos de coordenação e de complementaridade de recursos e ações.

Para PNUD (2011), a fragmentação característica do sistema de saúde argentino manifesta-se de três formas: institucional, territorial e de direitos. Cada um dos subsistemas está dirigido a um “sujeito” diferente e implica, portanto, distintos direitos: o sujeito do setor privado é o consumidor ou cliente; o do setor das obras sociais é o trabalhador formal, e o do subsistema público é o cidadão (Calmels *et al.*, 2015). Artaza Barrios (2017) adiciona a dimensão regulatória da fragmentação. Canale *et al.* (2014b) mencionam a dimensão normativa. É possível agregar, ainda, a dimensão informativa⁶.

Os subsistemas também são fragmentados no seu interior. No setor público, a fragmentação é consequência do seu caráter descentralizado nos níveis subnacionais e do tipo de estrutura federal do país⁷ com alta autonomia política e financeira das províncias (Giovanella, 2013). Os Estados provinciais exercem com autonomia as funções de reitoria, financiamento e prestação dos serviços de saúde públicos. Os Ministérios de Saúde de cada província têm poder para administrar os recursos que pertencem a sua jurisdição e para desenvolver a estratégia sanitária (OPS, 2017).

⁶ Cada uma das dimensões da fragmentação se refere a um “âmbito” desarticulado do sistema. Assim, a dimensão regulatória alude à dispersão do poder de decisão, à debilidade da autoridade sanitária para orientar o sistema. A dimensão normativa está vinculada à inexistência de uma lei geral ou federal de saúde que regule o sistema; há uma série de normas das três jurisdições (nacionais, provinciais e municipais) que estabelece responsabilidades diversas. A dimensão informativa diz respeito à fragmentação da informação sanitária e epidemiológica em sistemas independentes pertencentes a múltiplas instituições dos três subsistemas.

⁷ Diz “tipo de estrutura federal do país” porque a organização federal em si não é um obstáculo a coordenação do sistema. Em outros países, como Brasil e Canadá, a organização federal não significa um impedimento à integração do sistema de saúde (Echegoyemberry & Castiglia, 2017). A crítica de que o federalismo afeta as possibilidades de ter bons resultados de saúde no país não é correta se compararmos com outros países também federais (Artaza Barrios, 2017).

Além disso, as províncias têm atribuições para legislar, outorgar matrículas profissionais e habilitar estabelecimentos de saúde (Artaza Barrios, 2017). As orientações provenientes da autoridade nacional têm uma incidência mediada nos sistemas de saúde provinciais, ficando sujeitas a sua incorporação nos ordenamentos legais locais (Ortega & Espósito, 2017). A interferência da autoridade nacional é limitada (Cardozo, 2015).

Por outra parte, a maior parte dos estabelecimentos e dos recursos humanos de cada jurisdição é administrada pelo respectivo governo provincial: em 2012, 62% dos estabelecimentos públicos de saúde eram provinciais (5.815, com e sem internação), 38% municipais (3.571) e apenas 19 eram nacionais (Giovannella *et al.*, 2012; Barrenechea, 2013), sem articulação entre as diferentes jurisdições.

Existem importantes diferenças entre os subsistemas públicos provinciais (Niembro *et al.*, 2016). As características da cobertura são heterogêneas, dependendo das condições socioeconômicas regionais e dos arranjos organizacionais e financeiros particulares de cada sistema de saúde pública provincial, graças à referida autonomia. Ballesteros (2015b) aponta que as capacidades econômicas desiguais das várias jurisdições e as distintas respostas locais ao processo de descentralização determinam grandes diferenças nas características dos serviços do setor público segundo sua localização. Neste sentido fala-se em fragmentação territorial, pois os cidadãos de um mesmo país têm acessos diferenciados ao setor público, de qualidade também variada, em função da sua localização geográfica. Rovere (2004, p. 4) afirma que “há tantas cidadanias como províncias, sem contar as diferenças dentro de cada província”.⁸

Por sua vez, no interior do subsetor do seguro social obrigatório existem importantes diferenças na cobertura e na qualidade dos serviços segundo a obra social de que se trate. As obras sociais são heterogêneas em relação à quantidade de afiliados, recursos financeiros por afiliado, estrutura populacional atendida (em relação à idade e gênero), modalidades de operação e rede de serviços que contratam (Ballesteros, 2017; Canale *et al.*, 2016a). Por outra parte, como mostra a Tabela 1, dado que as obras sociais normalmente agrupam trabalhadores de um mesmo setor produtivo (apesar da possibilidade de livre escolha), os recursos de que dispõem têm relação com o nível salarial do setor, haja vista que a contribuição do trabalhador é proporcional ao seu salário. Assim, existem obras sociais mais “ricas” e outras mais “pobres” segundo o nível salarial do grupo de trabalhadores que asseguram (Sigliano,

⁸ Rovere (2004, p. 4) salienta que “em quanto em Canadá a diferença da renda pública por habitante entre a província mais rica e a mais pobre (considerando à província mais pobre como base 1) atinge uma proporção de 1 a 1,7, em Argentina essa mesma diferença estende-se de 1 a 8,4”.

2013). A qualidade depende também do local de residência (Cetrángolo, 2014), considerando que existem 24 obras sociais para os funcionários públicos provinciais (uma por cada uma das 23 províncias, mais a da cidade de Buenos Aires) com características também heterogêneas.

Tabela 1 – Arrecadação média por beneficiário de obras sociais selecionadas e média do subsistema (junho de 2013)

Obra social	Arrecadação média por beneficiário, em pesos
ASE (obra social de pessoal de direção)	1417,95
OSDE (obra social de pessoal de direção)	1417,5
OSOCNA (obra social de comissários navais)	1285,29
OSPOCE (obra social do pessoal do organismo de controle externo, conformada, em sua origem, pelos trabalhadores da Auditoria Geral da Nação e unidades de auditoria interna)	879,66
Caminhoneiros	779,4
OSPACA (obra social dos trabalhadores do Automóvel Clube Argentino)	657,81
Petroleiros	632,43
UP (obra social da União do Pessoal Civil da Nação)	629,46
Média do subsistema	615,96
Sanidade	530,19
UOM (obra social dos metalúrgicos)	529,56
OSPLAD (obra social de docentes)	482,67
OSECAC (obra social dos empregados de comércio)	342,81
OSPECON (obra social dos trabalhadores da construção)	327,6
Gastronômicos	301,68
Rurais	244,53

Fonte: Torres, 2015

Da mesma forma que o subsistema do seguro social, o subsistema privado é fragmentado no seu interior, em função da variedade de empresas e planos que atuam nesse mercado. As características também divergem segundo a região geográfica (Ortega & Espósito, 2017). Ainda que haja heterogeneidade entre os planos privados segundo quantidade de afiliados e recursos por afiliado, cobrem principalmente à população mais rica e mais jovem, e se concentram nos grandes centros urbanos (Ballesteros, 2016b). A particularidade em relação aos seguros sociais é a presença um elemento de distorção, qual seja, a vinculação da cobertura de serviços ao valor da mensalidade (Canale *et al.*, 2016a).

O sistema de saúde argentino tem características que mostram a falta de integração e coordenação entre os subsistemas, e que podem ser interpretadas como indicadores de sua

fragmentação:

- a) Existência de uma dupla institucionalidade, uma associada ao setor público e outra aos seguros sociais (Cetrángolo, 2014);
- b) Falta de instrumentos de gestão comuns (Canale *et al.*, 2016b), existem poucas inter-relações entre os subsistemas (Ponce, 2013);
- c) Inexistência de registros unificados sobre a cobertura dos subsistemas. Não há padrão de beneficiários nem disponibilidade de dados oficiais e atualizados sobre cobertura. “A informação disponível não permite apresentar a evolução da população beneficiária de seguros de saúde, [e] a ausência de articulação impede contar com um único sistema de registro da população assegurada.” (Cetrángolo, 2014, p. 164);
- d) Existência de casos de múltipla cobertura, que ocorrem quando uma mesma pessoa tem direito e/ou acesso a diferentes tipos de cobertura (p. ex.: setor público + obra social; ou setor público + obra social + plano privado; ou setor público + obra social 1 + obra social 2, no caso dos filhos de dois assalariados contribuintes, ou dos casais de contribuintes). Enquanto para um setor expressivo da população a única opção de atendimento disponível é a dos serviços públicos, as pessoas com acesso à cobertura de seguro social e/ou privado continuam tendo o direito de utilizar também o setor público em caso de necessidade, emergência ou realização de tratamentos complexos;
- e) Dificuldades para calcular o total do gasto em saúde. No ano de 2014, Cetrángolo (p. 166-167) advertia que “desde 2009 não existe uma consolidação do gasto público dos três níveis de governo e dos seguros sociais; os indicadores provinciais são muito heterogêneos e os municipais quase inexistentes”;
- f) Altos níveis do gasto chamado de *out of pocket*, ou seja, saído do próprio bolso das pessoas. Na Argentina corresponde a 34% do gasto total em saúde, que recai de forma desproporcionada sobre os setores mais pobres (Messina, 2015). Os gastos de bolso são alheios à lógica da solidariedade e são realizados de forma fragmentada, normalmente ao prestador do serviço (Sojo, 2017). Não se integram ao financiamento dos objetivos da política de saúde nem cumprem funções redistributivas. Representam um caso de desproteção financeira;

- g) Heterogeneidade das características e a qualidade dos serviços oferecidos pelos distintos subsistemas (Belló & Becerril-Monteiko, 2011);
- h) Ausência ou insuficiência dos mecanismos de referência e contrarreferência entre níveis de atenção (Giovannella, 2013; Laspiur, 2016);
- i) Dificuldades dos sistemas de informação epidemiológica e de vigilância sanitária. A informação está fragmentada em sistemas independentes que pertencem a múltiplas instituições dos três subsistemas. Não há um sistema comum de informação para monitorar resultados de saúde (OPS, 2017) nem sistemas de vigilância consolidados (Tripodoro, 2016). Há escassez de dados estatísticos sobre o setor saúde (Pereyra & Micha, 2016). Também falta registro centralizado dos recursos humanos disponíveis no sistema (Maceira *et al.*, 2015);
- j) Dispersão normativa. Se bem o direito à saúde é reconhecido na Constituição através dos tratados internacionais com hierarquia constitucional e de menções diretas e indiretas em vários artigos⁹, não existe uma lei de saúde geral ou federal que regule o sistema, mas uma série de normas nacionais, provinciais e municipais que estabelece responsabilidades diversas em relação à proteção da saúde da população (Listovsky, 2014; Pecheny, 2014). Não há marcos regulatórios comuns. Existem, por exemplo, uma lei para uma parte das obras sociais, à qual podem aderir outras voluntariamente; obras sociais com leis específicas fora desse sistema; normas que legislam especificamente sobre a cobertura das pessoas com deficiência em qualquer dos três subsistemas; uma lei que impõe o Programa Médico Obrigatório (PMO) para as entidades dos setores privado e do seguro social¹⁰ (Gotlieb *et al.*, 2016; Canale *et al.*, 2016a); diversidade de legislações provinciais e municipais sobre o funcionamento do setor público (Ballesteros, 2015b). Para Artaza Barrios (2017), existe desarmonia entre o acumulado de legislação sanitária

⁹ A Constituição aponta nos artigos 14° bis e 75°, inciso 23, a obrigação estatal de garantir seguridade social médica aos cidadãos. A reforma constitucional de 1994 incorporou o direito à saúde, indiretamente, em dois artigos: o 41°, que estabelece o direito ao meio ambiente saudável, e o 42°, que determina o direito à proteção à saúde de consumidores e usuários de bens e serviços em geral.

¹⁰ O PMO é obrigatório apenas para as obras sociais nacionais e as empresas de medicina pré-paga (planos privados); seu cumprimento não é exigido às obras sociais provinciais, a um setor dos planos privados e ao subsistema público, que é regulado nos níveis provincial e municipal (OPS, 2017).

sancionada pelo Estado nacional e as províncias. A regulação do exercício profissional dos trabalhadores da saúde também não é única nem articulada, pode ser atribuição do Ministério de Saúde nacional, dos ministérios provinciais ou ainda dos conselhos profissionais (autorregulação corporativa) (Giovanella, 2013);

- k) Debilidade da autoridade sanitária para regular e orientar o sistema (Pecheny, 2014; Vázquez, 2015). Existe dispersão do poder de decisão. Devido à autonomia das províncias e aos poucos recursos que administra – menos do 1% dos estabelecimentos públicos (Giovanella *et al.*, 2012) – a autoridade nacional não tem grande capacidade de intervir nas jurisdições subnacionais e tem dificuldades para impor inovações legislativas. Para fazê-lo precisa de consensos muito amplos (OPS, 2017). Para Artaza Barrios (2017), a reitoria do Ministério de Saúde, que é uma condição necessária para fortalecer os arranjos institucionais que organizam o setor, na Argentina tem estado crônica e criticamente ausente.

Para a OPAS (2008), a segmentação de um sistema de saúde é condicionante de sua fragmentação. Inclusive, a debilidade da capacidade de reitoria da autoridade sanitária em contextos de segmentação pode intensificar os problemas associados à fragmentação, porque as necessidades de articulação e coordenação em sistemas segmentados são maiores.

Cabe destacar que as reformas neoliberais que acompanharam as políticas de ajuste estrutural da década de 1990 aprofundaram a segmentação, fragmentação e privatização do sistema de saúde na Argentina (Báscolo & Blejer, s/d; Berra *et al.*, 2013; Giovanella *et al.*, 2015; Güemes, 2015; Ortega & Espósito, 2017; Cardozo, 2015; Stolkiner *et al.*, 2011 entre outros). Inserindo este processo em um contexto regional, um elemento em comum que aparece entre as reformas sanitárias das décadas de 1980 e 1990 na América Latina foi a introdução das chamadas “condições de mercado”, seja através da desregulamentação, da descentralização ou da introdução de mecanismos de mercado submetidos à regulamentação estatal (Franco-Giraldo, 2014), como a concorrência, por exemplo (Ewig, 2015).

As reformas na Argentina, assim como em vários países da América Latina, foram orientadas a:

descentralizar a provisão de serviços públicos; outorgar um papel mais importante ao setor privado; separar as funções de reitoria, asseguramento, financiamento e provisão; permitir a liberdade de escolha do provedor por parte do assegurado;

aumentar a eficiência, autonomia e rendição de contas do sistema de saúde, especialmente dos hospitais; criar cestas básicas de prestações, e atingir sustentabilidade financeira (Mesa Lago, 2005).

No setor público argentino, no ano de 1992, foram transferidos vinte hospitais que ainda administrava o Estado nacional (Chiara, 2015), completando de uma política de descentralização e desresponsabilização do Estado nacional que tinha começado quase quarenta anos atrás, a partir de 1955. O resultado deste processo foi o enfraquecimento do subsistema público de saúde e o aprofundamento de sua fragmentação. A transferência dos estabelecimentos e dos recursos humanos não foi acompanhada por mecanismos de compensação financeira e significou um ônus para as administrações provinciais (Arcidiácono *et al.*, 2014; Giovanella, 2013). Não foram consideradas as diferentes capacidades financeiras e de gestão dos estados provinciais nem as desigualdades entre jurisdições (Ortega & Espósito, 2017). O processo de descentralização acabou contribuindo à consolidação de 24 sistemas de saúde pública provinciais praticamente autônomos (Cardozo, 2015).

Neste período foram criados os chamados hospitais de autogestão, modalidade de gestão hospitalar que buscou promover a autonomia dos estabelecimentos para gerar seus próprios recursos (Güemes, 2015). Os hospitais de autogestão administram seu orçamento, fazem suas próprias compras e são autorizados para cobrar pelos serviços prestados aos beneficiários de obras sociais e planos privados.

No setor dos seguros sociais, no ano de 1993 foi decretada a chamada desregulamentação da obras sociais (implementada só em 1997), que permite a cada assalariado optar por contribuir em qualquer obra social de sua preferência, não ser mais cativo de um seguro em função da atividade profissional. Foi introduzido um mecanismo de mercado, a concorrência, no subsistema de obras sociais. O processo de desregulamentação das obras sociais teve como consequência a concentração do setor. As pessoas com salários mais altos migraram para obras sociais que ofereciam melhores serviços, com independência de sua categoria profissional (Messina, 2015)

Outra consequência da desregulamentação do setor, associada à criação do Programa Médico Obrigatório (PMO), foi o aumento do nível de segmentação interna da população coberta por obras sociais (Arcidiácono *et al.*, 2014). O PMO, decretado no ano de 1996, é um conjunto mínimo de prestações que devem ser garantidas pelas obras sociais e pelos planos privados aos seus afiliados. O que seria um mínimo de cobertura obrigatório, um piso de proteção, acabou servindo como uma ferramenta para oferecer coberturas diferenciais aos afiliados segundo o nível da sua contribuição. O PMO serve como referencia de cesta básica

de serviços para os que menos aportam, enquanto os trabalhadores que realizam contribuições maiores têm direito a mais serviços de melhor qualidade. Assim, algumas obras sociais oferecem planos diferenciados segundo o volume da contribuição, situação que produz desigualdades nas características da cobertura para as pessoas asseguradas por uma mesma obra social (Ballesteros, 2016b, 2017). As modalidades de provisão de serviços de saúde passam a ser diferenciadas dentro de uma mesma obra social, cada uma delas “especializada” em um setor distinto de afiliados, promovendo a segmentação do subsistema (segmentação ao interior das obras sociais, planos diferenciados para distintos grupos de afiliados).

2.2.1 Algumas instâncias de articulação e coordenação

Existem algumas instâncias institucionais de articulação e produção de consensos, sobretudo entre as províncias: o Conselho Federal de Saúde (COFESA), órgão de coordenação de políticas de saúde formado pelos ministros de saúde dos governos provinciais, é uma instância de integração dentro do subsistema público; o Conselho de Obras e Serviços Sociais Provinciais da República Argentina (COSSPRA), que integra as 24 obras sociais provinciais e é uma das poucas, senão a única, instância de articulação dos seguros sociais, e o Conselho Federal Legislativo de Saúde (COFELESA), que agrupa os legisladores nacionais e provinciais que participam nas comissões parlamentares de saúde.

Existe também o Fundo Solidário de Redistribuição (FSR), financiado com entre 10% e 20% do total de aportes e contribuições dos trabalhadores formais e seus empregadores, destinado ao tratamento de doenças de alto custo e baixa incidência e à redistribuição de recursos para as obras sociais com menores receitas (Gómez Sabaíni, 2014).

A partir de 2002, houve reformas dirigidas a fortalecer a Atenção Primária da Saúde (APS), seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Organização de Nações Unidas (ONU). No entanto, as mudanças não refletiram em modificações estruturais do sistema (Stolkiner, 2009). Passaram a ser implementados programas nacionais, como o *Nacer* e o *Sumar*¹¹, que têm servido como

¹¹ O *Plan Nacer* era um programa de saúde materno-infantil destinado a grávidas, puérperas até 45 dias e crianças menores de 6 anos sem obra social, implementado em forma conjunta pelo Estado nacional e as províncias nos hospitais, maternidades e centros de atenção primária. O programa *Sumar* foi a ampliação do *Plan Nacer*, que alargou a cobertura para incorporar crianças e adolescentes de 6 a 19 anos e mulheres até 64 anos sem obra social.

mecanismos de coordenação federal através do repasse de recursos nacionais (incentivos) para o financiamento de serviços específicos prestados no nível provincial, fortalecendo a capacidade de reitoria do governo nacional (Arcidiácono *et al.*, 2014). Esses programas conseguiram articular planos nacionais de atenção e serviços essenciais em todas as jurisdições (Giovanella, 2013). Se bem esses programas deram maior participação ao Estado nacional, não mudaram em nada as regras institucionais estruturais de funcionamento do sistema. As características de fragmentação e segmentação permaneceram intactas.

2.3 Consequências da fragmentação e da segmentação do sistema de saúde argentino: o que diz a literatura

Como explicitado no início, o objetivo deste capítulo é apresentar uma revisão da literatura acadêmica sobre a fragmentação e a segmentação do sistema de saúde argentino, enfatizando os impactos problemáticos que tais características trazem para a cobertura, o acesso, o financiamento, os resultados e a qualidade dos serviços. Embora não seja possível atribuir exclusivamente à segmentação e à fragmentação os impactos problemáticos identificados, ou seja, pode não existir uma relação linear entre esses atributos do sistema de saúde argentino e tais consequências, um dos argumentos desta tese é que a segmentação e a fragmentação são traços do sistema que se apresentam como determinantes, ou seja, são atributos que contribuem a aprofundá-las. À continuação, seguem as consequências identificadas a partir da revisão:

a) *Iniquidades no acesso, cobertura, financiamento, resultados de saúde e qualidade da prestação dos serviços.*

É a consequência mais citada na literatura revisada, pouco mais de 57% dos trabalhos apontam a falta de equidade como resultado da organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde na Argentina, e se manifesta em diferentes aspectos.

Pela segmentação do sistema, a população tem diferentes coberturas de saúde não em função das suas necessidades, mas das condições econômicas ou de trabalho (Báscolo & Blejer, s/d; Ewig, 2015). Para cada segmento da população, segundo o local de moradia, os serviços cobertos e os prestadores são diferentes, conformando subsistemas de saúde de

distinta classe (Giovannella *et al.*, 2015). A disponibilidade e a qualidade dos serviços dependem da inserção das pessoas no mercado laboral, da sua capacidade de pagamento (nível de renda) e da sua localização geográfica dentro do país. Além disso, enquanto algumas pessoas possuem múltipla cobertura de saúde, combinando a proteção universal do setor público e uma adicional de seguro (social e/ou privado), os setores de renda baixa, sem obra social e com dificuldades para acessar os serviços do subsistema público, com frequência devem custear suas necessidades de atenção e medicamentos mediante recursos do seu próprio bolso, levando ao extremo a iniquidade do sistema (Cetrángolo, 2014). Não existe um nível básico de cobertura único para todos os habitantes do país (Tripodoro, 2016).

Nos subsistemas de obras sociais e privado, onde também há iniquidades territoriais, a cobertura alcançava a 64% dos argentinos em 2010, sendo que na região nordeste a população assegurada era de apenas 49%, enquanto na cidade de Buenos Aires atingia pouco mais de 80% (Niembro *et al.*, 2016).

A segmentação e fragmentação da cobertura da atenção médica determinam um acesso desigual dos diferentes grupos sociais ao sistema de serviços de saúde. As características do acesso divergem em função do tipo de cobertura que as pessoas possuem, da capacidade de pagamento (ou nível de renda) e de fatores territoriais vinculados ao seu local de residência (Ballesteros, 2015a; Güemes, 2015). Há ao mesmo tempo casos de múltipla cobertura e falta de acesso. Um indicador do acesso diferenciado pela segmentação e a fragmentação do sistema é, por exemplo, o tempo de espera para conseguir atendimento (Ballesteros, 2016b).

Segmentação e fragmentação produzem também iniquidades nos mecanismos de financiamento do sistema de saúde. Os setores de baixos recursos sem obra social e com dificuldades no acesso ao serviço público são os que pagam mais caro, pois acabam resolvendo as necessidades mais urgentes mediante pagamentos de bolso, que representam uma carga sobre a já magra renda (Gómez Sabaíni *et al.*, 2014).

Os gastos de bolso, também conhecidos como *out of pocket*, são uma reconhecida fonte de iniquidades (Cetrángolo, 2014; Gómez Sabaíni *et al.*, 2014), cujo aumento está relacionado à fragmentação e segmentação dos sistemas de saúde (Sojo, 2017). No caso argentino, 34% do gasto total em saúde correspondem a gastos de bolso (Messina, 2015), representando 2% do PIB (OPS, 2017). A importante participação do gasto de bolso no financiamento do sistema de saúde é produto das limitações da cobertura dos seguros sociais contributivos, das restrições fiscais do subsistema público e da presença de barreiras de acesso a bens e serviços, tanto na atenção pública como no setor de seguros (Báscolo & Blejer, s/d; Cetrángolo *et al.*, 2015). Assim, o financiamento do sistema de saúde tem efeitos regressivos

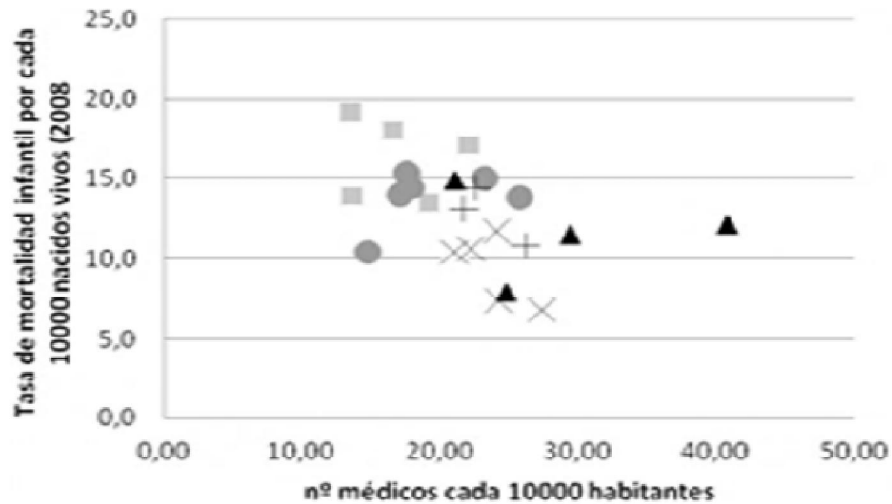
e um impacto limitado na redistribuição de renda, pois o setor da população com menos recursos acaba pagando mais caro e enfrentando maiores obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Os gastos de bolso podem se constituir, inclusive, em um determinante da queda em situação de pobreza, no caso, por exemplo, de doenças catastróficas¹² (Tobar *et al.*, 2014).

No subsistema do seguro social, a partir da desregulamentação das obras sociais, o financiamento tem restrições em seus mecanismos de redistribuição, devido, sobretudo, ao chamado “descreme” do sistema (a preferência por planos privados por parte daqueles com renda maior e mais jovens – e, portanto, mais saudáveis). No setor público, dada a administração descentralizada, o financiamento e a disponibilidade de recursos estão atreladas às capacidades econômicas e à política sanitária de cada província, fato que provoca iniquidades territoriais (Ballesteros, 2016b; Báscolo & Blejer, s/d; Barrenechea, 2013; Messina, 2015). No ano de 2009 o gasto per capita em saúde da província de Santa Cruz (o máximo do país) foi seis vezes maior que o da província de Misiones (o mínimo). O gasto per capita das províncias com mais habitantes, excetuando a cidade autônoma de Buenos Aires (Córdoba, Buenos Aires, Mendoza e Santa Fé), estava por baixo da média nacional.

Existem desigualdades nas condições humanas e materiais disponíveis para garantir o acesso aos serviços nas diversas regiões do país (OPS, 2017). Se considerarmos a taxa de mortalidade infantil como indicador de condições sanitárias e o número de médicos por habitante como indicador dos recursos disponíveis, é possível observar a desigualdade territorial existente nos serviços de saúde, assim como mostra o Gráfico 3:

¹² Denominam-se doenças catastróficas a “um conjunto limitado de enfermidades que não apenas matam ou incapacitam àqueles que as sofrem, mas também empobrecem as pessoas e suas famílias” (Tobar *et al.*, 2014, p. 13).

Gráfico 3 – Desigualdades sanitárias nas províncias argentinas (2008)



- | | | |
|---|-------------------|--|
| ▲ | Região Pampeana | Córdoba, Santa Fé, Buenos Aires e La Pampa |
| □ | Região Nordeste | Formosa, Chaco, Misiones, Corrientes e Entre Ríos |
| ● | Região Noroeste | Jujuy, Salta, La Rioja, Tucumán, Catamarca e Santiago del Estero |
| X | Região Cuyana | San Juan, San Luis e Mendoza |
| + | Região Patagônica | Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz e Tierra Del Fuego |

Fonte: Messina (2015), com dados de PNUD.

No Gráfico 3, podemos observar que as províncias do norte do país, historicamente mais pobres, têm os piores indicadores sanitários: dominam a esquina superior-esquerda do gráfico, que indica as maiores taxas de mortalidade infantil e a menor quantidade de médicos cada mil habitantes.

Há significativas brechas regionais em relação aos resultados de saúde (Apiazu, 2017). Enquanto a taxa de mortalidade materna nacional foi de 3,7 cada 1000 nascidos vivos no ano de 2014, na província de La Rioja foi de 15,9/1000, em Formosa 9,6/1000 e em Santiago del Estero 7,2/1000 (OPS, 2017). Em relação às principais causas de morte, nas regiões mais pobres predominam as mortes por doenças infecciosas, enquanto nas províncias mais ricas prevalecem as causas não infecciosas. No ano de 2014, a taxa de mortalidade por causas infecciosas foi duas vezes maior na província do Chaco (63,2/1000 hab.) que na cidade de Buenos Aires (28,1/1000 hab.). No sentido inverso, a taxa de mortalidade por causas não infecciosas atingiu 221/1000 hab. em Córdoba, enquanto em Jujuy foi de 90,8/1000 hab. (OPS, 2017).

Os sistemas de saúde segmentados, como no caso da Argentina, têm tendência a refletir a segmentação na qualidade dos serviços: os estratos mais pobres têm acesso à atenção à saúde de pior qualidade (Cecchini *et al.*, 2015). Existem grandes iniquidades na prestação de serviços entre subsistemas e entre âmbitos urbanos e rurais (Cetrángolo *et al.*, 2015).

b) *Ineficiência na utilização dos recursos.*

Fragmentação e segmentação são apontadas como causas de ineficiência na provisão de serviços de saúde. É a segunda consequência mais citada na literatura revisada – em quase 38% dos documentos – depois da produção de iniquidades (Cetrángolo, 2014; Cetrángolo *et al.*, 2015, Chiara & Ariovich, 2013; Cortés & Kessler, 2013; Giovanella, 2013; Messina, 2015; OPS, 2017; Pecheny, 2014, entre outros).

Argentina é um dos países de América Latina com maior renda per capita e maior gasto per capita em saúde, cujo gasto total supera 8,5% do PIB (OPS, 2017)¹³; no entanto, os resultados não são condizentes com o nível de investimento (Ierace, 2013). Outros países da região destinam menos recursos e conseguem melhores resultados em termos de indicadores básicos de saúde (Cortés & Kessler, 2013; Messina, 2015).

O gasto em saúde na Argentina não é muito mais baixo que o dos países desenvolvidos, existe proteção financeira de saúde para todos e o nível de investimento é elevado, mas a multiplicidade de atores, a fragmentação e as falhas na estrutura de gestão dos recursos afetam a qualidade dos serviços (Bolfson, 2013; Calabria & Rottenschweiler, 2015; Cetrángolo, 2014; Artaza Barrios, 2017). Sistemas de saúde segmentados e fragmentados geram custos de transação e de administração que atentam contra a eficiência: gastos duplicados, financiamentos superpostos, subsídios cruzados, dispersão de esforços (Báscolo & Blejer, s/d; Cid *et al.*, 2016; Giovanella, 2013; Pecheny, 2014; Sigliano, 2013).

c) *Descontinuidade dos cuidados.*

A segmentação e a fragmentação do sistema de saúde se traduzem em descontinuidade da atenção (Chiara, 2015) e provocam a dissolução da responsabilidade pelos cuidados da população. Quando um sistema combina vários responsáveis – nenhum deles sendo o

¹³ Para Touceda *et al.* (s/d), os elevados níveis de gasto em saúde na Argentina, em comparação com outros países da região, devem-se à quase universalidade da cobertura e à multiplicidade de coberturas para uma importante porção da sociedade.

principal – e ausência de um plano de divisão de trabalho explícito e coordenado, a tendência é que ninguém seja responsável (Tobar *et al.*, 2014). No setor público, por exemplo, existem responsabilidades de nível nacional e provincial (Calabria & Rottenschweiler, 2015), sendo dos governos provinciais a maior parte das responsabilidades na provisão de serviços (Báscolo & Blejer, s/d). Há problemas de desarticulação na abordagem e no tratamento oferecido às pessoas (Barcala, 2015). Tais problemas se tornam mais expressivos quando se trata de pacientes com doenças crônicas (Listovsky, 2014).

A informação sanitária está fragmentada em sistemas independentes que pertencem a múltiplas instituições dos três subsistemas, não havendo um padrão único de beneficiários nem historia clínica digital. Essas deficiências na informação sobre os beneficiários também têm consequências negativas para a continuidade dos cuidados (Donato, 2013).

A descontinuidade a atenção se produz também diante das modificações na inserção laboral das pessoas: quando estão formalmente empregadas, são cobertas pelo subsistema de obras sociais; quando estão desempregadas ou inseridas no mercado informal de trabalho, devem procurar atenção à saúde no subsetor público, que não coordena ações com os outros subsistemas (Sojo, 2017);

d) *Obstáculos para a implementação da Atenção Primária da Saúde (APS).*

Fragmentação e segmentação impõem fortes condicionamentos ao desenvolvimento da APS (Osorio & Álvarez, 2013; Ríos Ferreira, 2014, 2015; Padula Anderson *et al.*, 2016; Vázquez, 2015). São características que se constituem em barreiras para a integração da APS na rede de serviços de saúde (Giovanella *et al.*, 2015). Isso porque a segmentação e a fragmentação dificultam a produção de estratégias de intervenção articuladas entre subsistemas (Bang, 2015). A implementação da APS demanda coordenação e cooperação entre as organizações de atenção à saúde, obriga a uma intersectorialidade que rompe com os modelos tradicionais de organização do sistema (Castrillo, 2013).

e) *Ineficácia.*

Altos níveis de segmentação e fragmentação dificultam o alcance dos objetivos sanitários (Calleja, 2016), comprometem o sucesso das políticas de saúde (Touceda *et al.*, s/d), e nesse sentido, acabam se constituindo, também, em obstáculos para a garantia do direito à saúde.

f) *Dificuldades para a intervenção do Estado, para a produção normativa e a regulamentação do sistema.*

A segmentação e a fragmentação do sistema de saúde são obstáculos para o fortalecimento do papel da autoridade sanitária (Artaza Barrios, 2017). Impõem dificuldades para orientar e regulamentar transversalmente o sistema – “passando” por todos os três subsistemas – (Arce, 2013), por exemplo, no caso da utilização de tecnologia sanitária (Lifschitz *et al.*, 2017). No contexto da alta segmentação e fragmentação do sistema de saúde, a produção de estratégias de intervenção articuladas entre subsistemas se torna complexa. É o caso, por exemplo, da Lei Nacional de Saúde Mental, sancionada em 2010, mas com problemas de implementação, entre outras coisas, pela dificuldade de articular os distintos subsistemas em uma estratégia de ação comum (Bang, 2015). A implementação da lei também encontra obstáculos na autonomia das províncias, que opõem resistências para transformar as práticas nos seus âmbitos e estabelecimentos de saúde (Calmels *et al.*, 2015);

g) *Reprodução das desigualdades socioeconômicas.*

Para Pecheny (2014), a segmentação do sistema de saúde traduz na cobertura e qualidade dos serviços as desigualdades socioeconômicas e regionais preexistentes na estrutura social. Na medida em que a saúde é uma construção social, se o sistema de saúde é segmentado é porque a estrutura social também é segmentada (Artaza Barrios, 2017). A segmentação produz uma estratificação no acesso aos serviços que tem um caráter tanto social quanto espacial: “parece existir uma estreita relação entre o nível socioeconômico da população, local de residência, tipo de cobertura e acesso institucional aos serviços e, em definitiva, possibilidades de saúde” (Artaza Barrios, 2017, p. 25). As múltiplas formas de seguro e prestação de serviços refletem brechas na distribuição de renda e desigualdades produzidas no mercado de trabalho (Bronzo & Repetto, 2015; Cecchini, 2016; Maceira, 2015). Nesse sentido, a segmentação reduz os efeitos redistributivos das políticas sociais.

h) *Dificuldades de algumas categorias de profissionais da saúde para articular e negociar as demandas por melhores condições de trabalho.*

Devido à configuração fragmentada e segmentada do sistema de saúde, há fortes contrastes nas condições de trabalho segundo a localização territorial e o subsistema de que se trate. Como mercado de trabalho, o setor saúde se caracteriza pela diversidade e heterogeneidade: os trabalhadores do setor têm âmbitos de inserção, condições laborais, regulamentações e representações sindicais heterogêneas segundo o subsistema e a jurisdição provincial ou municipal na qual desempenham suas tarefas (Aspiazu, 2017).

Existem diferenças não só entre os âmbitos público e privado, mas também ao interior dos subsectores. Dentro do subsistema público, a heterogeneidade se vincula às divergências existentes entre jurisdições, por exemplo, em relação aos salários (Pereyra & Micha, 2016). No setor privado, as diferenças na inserção laboral estão relacionadas ao tamanho e o capital das empresas, assim como do segmento de mercado (classe social) ao qual oferecem seus serviços (Esquivel & Pereyra, 2017).

A inserção no setor público é tida como mais formal e estável, embora de difícil acesso; no setor privado é mais frequente a precariedade contratual, especialmente quando se trata de empresas pequenas (Pereyra & Micha, 2016).

A fragmentação da inserção laboral dos profissionais da saúde, especialmente das categorias mais subordinadas, como a enfermagem, reflete na fragmentação e dispersão da estrutura de representação sindical, fator que dificulta a articulação de demandas e a negociação por melhores condições de trabalho (Aspiazu, 2017; Esquivel & Pereyra, 2017b; Pereyra & Micha, 2016). As negociações são fragmentadas por subsistema (público e privado) e, no setor público, por jurisdição provincial.

A estrutura da representação sindical do setor, também fragmentada, dificulta a articulação de demandas, a sua nacionalização e a obtenção de melhoras em forma homogênea para a totalidade dos trabalhadores da categoria (Esquivel & Pereyra, 2017a). Para Maceira *et al.* (2015), a fragmentação e segmentação do sistema tem impossibilitado o desenvolvimento de políticas nacionais de recursos humanos no setor saúde. Não existem condições de trabalho equitativas, pelo contrário, há diversas modalidades de contratação laboral, regimes de emprego heterogêneos e desigualdades geográficas. Por outra parte, devido à inexistência de um marco federal, cada jurisdição detém o controle das matrículas profissionais, situação que dificulta a circulação dos trabalhadores. Há situações de trabalho

informal (em 2005 era de 24,3%) e pluriemprego (em 2006, 43% dos trabalhadores da saúde tinham dois ou mais empregos).

O pluriemprego, no marco de um sistema fragmentado e segmentado, implica que os trabalhadores devam, com frequência, responder a empregadores pertencentes a diferentes subsistemas, com consequências para a organização sindical e a defesa de melhores condições de trabalho. Por outra parte, as diferenças jurisdicionais em matéria de salários e condições de emprego favorecem a migração dos trabalhadores. Os profissionais mais qualificados preferem as jurisdições que oferecem melhores condições de remuneração e trabalho, reforçando as iniquidades territoriais. Existe concentração de trabalhadores da saúde nos grandes centros urbanos, atraídos pelas oportunidades de inserção laboral e desenvolvimento profissional (Maceira *et al.*, 2015).

i) *Problemas para o planeamento de ações em saúde.*

Aspectos da fragmentação do sistema de saúde – como a falta de um padrão de beneficiários, a inexistência de registros unificados sobre a cobertura dos subsistemas, as dificuldades para calcular o total do gasto em saúde e as insuficiências dos sistemas de informação epidemiológica e de vigilância sanitária – trazem problemas para o planeamento em saúde e a tomada de decisões. Há dificuldades para planejar gastos futuros e alocar recursos, na medida em que existem responsabilidades nos níveis nacional e subnacionais (Calabria & Rottenschweiler, 2015).

j) *Aumento das possibilidades de judicialização.*

Como consequência da fragmentação de responsabilidades, se multiplicam as possibilidades de início de processos judiciais por falhas na cobertura (Tobar *et al.*, 2014). Sojo (2017, p. 183) levanta a hipótese de que a natureza e o volume da judicialização estariam relacionados com a organização dos sistemas de saúde:

quanto mais universais e públicos e, em princípio, abertos à totalidade da população, haveria menos litígios; quanto mais fragmentados e baseados em mecanismos de concorrência e com financiamento ou prestações predominantemente privados, maior seria a judicialização.

k) *Ausência de espaços de socialização interclasses.*

A segmentação e a fragmentação do sistema de saúde diminuem as possibilidades de encontro das classes sociais em instituições comuns, fator que tende a prejudicar a qualidade dos serviços dirigidos aos setores mais pobres. As políticas universais favorecem a solidariedade interclasses (Bronzo & Repetto, 2015).

Se a escola e o hospital se transformam em lugares onde apenas os semelhantes se encontram (e por caso os mais pobres), a socialização entre atores de diferentes classes e estratos sociais diminui e se rompe sua capacidade integradora com base em experiências compartilhadas. Processos de fragmentação e segmentação fazem com que os sujeitos fiquem expostos a experiências de socialização que reforçam as tendências ao fechamento social, à estigmatização e à violência (...) (Güemes, 2015, p. 445-446).

l) *Impossibilidade da portabilidade de benefícios.*

A fragmentação do sistema e interior dos subsistemas impede a portabilidade dos benefícios em caso de mudança de status laboral, ou seja, quando a pessoa se aposenta, vira trabalhadora autônoma ou passa a estar desempregada (Giovanella, 2013).

m) *Complexidade para a realização de grandes reformas.*

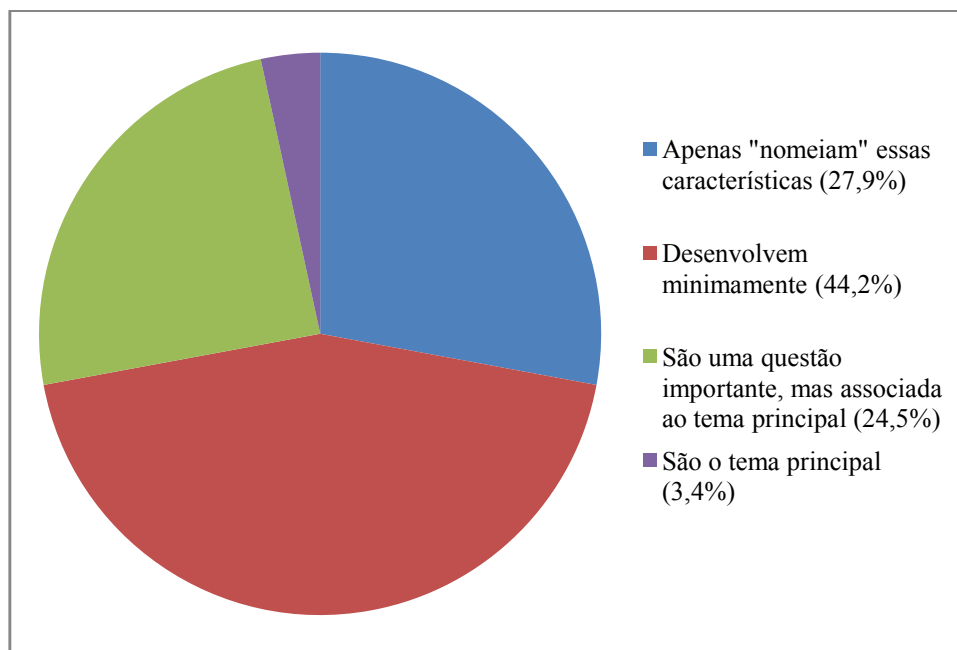
A autoridade sanitária nacional tem capacidade limitada para influenciar nos arranjos provinciais e carece de poder suficiente para impor inovações legislativas, os consensos necessários precisam do acordo de uma multiplicidade de atores (Artaza Barrios, 2017).

Outras consequências da segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino achadas na revisão de literatura são: perda de qualidade da atenção, dos serviços (Donato, 2013; Cecchini *et al.*, 2015; Sojo, 2017; Canale *et al.*, 2016a, entre outros), falta de congruência entre as necessidades da população e a organização dos serviços de saúde (Chiara, 2015; Cingolani & Herrada, 2013; OPS, 2017; Cortés & Kessler, 2013), dificuldades para o acesso a serviços de saúde (Ortega & Espósito, 2017; Vázquez, 2015; Ballesteros, 2015a, 2015b; Laspiur, 2016, entre outros), impacto econômico sobre as instituições financiadoras (Tobar *et al.*, 2014), insatisfação da população com os serviços (Báscolo & Blejer, s/d; Laspiur, 2016), obstáculos para alcançar cobertura universal de saúde (Padula

Anderson *et al.*, 2016; Artaza Barrios, 2017), debilidade do poder de negociação com os prestadores (Canale *et al.*, 2014a, 2016a, 2016b).

O Gráfico 4 mostra o tratamento dado nos materiais analisados aos atributos de segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino utilizando uma escala de quatro “medidas”, do menor ao maior tratamento: (a) apenas constata essas características; (b) as desenvolve minimamente; (c) são uma questão importante, mas associada ao tema principal do trabalho, e (d) são o tema principal do trabalho. Observa-se um número significativo de publicações (27,9%) que apenas constata a presença da segmentação e a fragmentação como atributos ou características do sistema de saúde argentino, sem associá-las a nenhuma consequência ou inferir algum resultado. Por outra parte, foram identificados 106 trabalhos (pouco mais de 72%) que desenvolvem minimamente a questão da segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino, enquanto nos 28% restantes é um dos assuntos principais ou o tema central do documento (apenas em 3,4% dos casos).

Gráfico 4 – Tratamento dado nos materiais analisados aos atributos de segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino



Fonte: elaboração própria.

2.4 Considerações finais do capítulo

Os resultados da revisão mostram uma variedade de efeitos negativos decorrentes da organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde argentino: iniquidades no acesso, cobertura, financiamento, resultados de saúde e qualidade da prestação dos serviços; ineficiência na utilização dos recursos; descontinuidade dos cuidados; obstáculos para a implementação da Atenção Primária da Saúde (APS); ineficácia; dificuldades para a intervenção do Estado, para a produção normativa e a regulamentação do sistema; reprodução das desigualdades socioeconômicas; dificuldades de algumas categorias de profissionais da saúde para articular e negociar as demandas por melhores condições de trabalho; problemas para o planejamento das ações em saúde; aumento das possibilidades de judicialização; ausência de espaços de socialização interclasses; impossibilidade da portabilidade de benefícios; complexidade para a realização de grandes reformas; perda de qualidade da atenção, dos serviços; falta de congruência entre as necessidades da população e a organização dos serviços de saúde; dificuldades para o acesso a serviços de saúde; impacto econômico sobre as instituições financiadoras; insatisfação da população com os serviços; obstáculos para alcançar cobertura universal de saúde, e debilidade do poder de negociação com os prestadores.

Os resultados desta pesquisa sugerem que vários dos problemas do sistema de saúde relacionados à cobertura, acesso, financiamento, indicadores básicos e qualidade da atenção podem ser resolvidos não necessariamente através da introdução de mais recursos ou do aumento do gasto, mas a partir da reorganização institucional do sistema, da redução dos níveis de segmentação e fragmentação. Para Pecheny (2014), a reforma sanitária é uma dívida pendente da democracia na Argentina, não no sentido do aumento da porcentagem do PIB investida em saúde, mas da racionalização da estrutura institucional do sistema para atingir metas de eficiência e equidade.

Apesar de estas características serem pontos de pauta obrigatórios em uma agenda de reforma sanitária na Argentina, há uma lacuna na literatura acadêmica recente. Observa-se que a maior parte dos trabalhos aqui analisados apenas constata a presença destes atributos na organização institucional do sistema de saúde ou desenvolve minimamente esse assunto. As produções que analisam especificamente os problemas associados a essas características e que aprofundam na discussão das estratégias para sua superação são minoria: menos de 4% dos

documentos tratam a segmentação e a fragmentação do sistema de saúde argentino como tema principal.

As redes de serviços aparecem com frequência como uma estratégia para diminuir a fragmentação do sistema de saúde, como uma das formas de dar resposta ao problema da falta de integração institucional (Ariovich & Crojethovic, 2016; Chiara, 2015; Chiara & Ariovich, 2013). Vários autores destacam experiências de redes de serviços que “desafiam as complexidades de um sistema altamente fragmentado” (Chiara & Ariovich, 2013, p. 105). No entanto, essas redes geralmente são integradas por instituições, estabelecimentos ou níveis de atenção unicamente do setor público. Em nenhum caso essas alternativas conseguem ligar os subsistemas entre si para uma atuação conjunta e coordenada. Por outra parte, dentro do setor público, as redes são normalmente formadas por prestadores provinciais e municipais; os prestadores nacionais raramente participam. Desde o ponto de vista do financiamento, por exemplo, o sistema de saúde da Argentina integra o grupo dos que têm baixa ou nula articulação entre recursos públicos e dos seguros sociais, a diferença de casos como o da Costa Rica, que tem estratégias para combinar financiamento contributivo e não contributivo, e o do Brasil, que financia os serviços mediante recursos públicos unicamente (CEPAL, 2006).

A partir de 2003 foi implementada uma série de programas sanitários que deram maior participação ao Estado nacional – como o Programa de Saúde Sexual e Procriação Responsável, o *Nacer*, o *Sumar*, o *Remediar*¹⁴ e a Lei de Prescrição de Medicamentos por Nome Genérico – mas que não mudaram em nada as regras institucionais de funcionamento do sistema. Ainda que estes programas buscassem, entre outros objetivos, diminuir a fragmentação, o certo é que não deixaram de ser estratégias de integração restritas ao setor público.

Autores como Cecchini (2016) apontam que são os usuários os que, finalmente, integram o sistema através de suas práticas. As pessoas não se relacionam com as políticas sociais em forma fragmentada, mas consideram recursos disponíveis tanto no Estado, quanto na família e no mercado na procura de atenção à saúde. Contudo, não cabe às famílias a responsabilidade individual da integração dos serviços. O desenvolvimento histórico dos sistemas de saúde está vinculado justamente ao reconhecimento do assunto como uma questão de caráter social, cuja resolução é responsabilidade da coletividade.

¹⁴ O programa *Remediar* era uma estratégia de distribuição de medicamentos essenciais através de estabelecimentos públicos do primeiro nível de atenção (provinciais e municipais), destinado a pacientes sem outra cobertura de saúde.

À continuação, o Capítulo 3 traçará um percurso histórico que permitirá compreender como foi produzida a institucionalidade segmentada e fragmentada da proteção à saúde na Argentina desde suas origens, no contexto da constituição do Estado nacional, até a década de 1980, momento no qual foi ensaiada uma tentativa de reforma do sistema que procurou reduzir essas características problemáticas.

3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE SEGMENTADO E FRAGMENTADO NA ARGENTINA

O presente capítulo apresenta um relato interpretativo da trajetória histórica da proteção à saúde no país, tentando reconstruir os caminhos que conduziram ao desenvolvimento e à consolidação de uma institucionalidade com altos graus de segmentação e fragmentação.

O relato abarca o período entre o nascimento do Estado nacional argentino e a década de 1970. As características do sistema na década de 1980 serão tratadas no Capítulo 4 como parte do contexto de criação do projeto de Seguro Nacional de Saúde, cuja proposta e posterior fracasso serão analisados em profundidade nessa oportunidade.

3.1 As origens: dispersão institucional

O processo de constituição do Estado nacional argentino começou no ano de 1810, a partir da revolução que tornou independente o território do Vice-reinado do Rio da Prata da dominação da monarquia espanhola. Tanto na época da colônia quanto nas primeiras décadas do período independente, a atenção à saúde caracterizava-se pela dispersão institucional: existiam organizações dedicadas à beneficência, associações de ajuda mútua, médicos que ofereciam atenção em forma privada e alguns estabelecimentos públicos concentrados principalmente na cidade de Buenos Aires.

Uma das primeiras intervenções das autoridades nacionais na proteção da saúde da população foi o impulso à criação da Faculdade Médica e Cirúrgica em 1913, que pouco tempo depois foi transformada no Instituto Médico Militar. Por aqueles tempos, a principal preocupação oficial em matéria de saúde era a atenção dos soldados (Isuani & Mercer, 1988).

Em 1823 foi criada a Sociedade de Beneficência da Capital (SBC) pelo então Ministro de Governo da Província de Buenos Aires, Bernardino Rivadavia, para administrar estabelecimentos assistenciais já existentes dirigidos a mulheres e crianças, alguns deles herança do período colonial: o Colégio de *Niñas Huérfanas*, a Casa de *Niños Expósitos*, o Hospital de Mulheres e várias escolas para meninas na capital do país. A sua criação significou o início da secularização da proteção social, na medida em que a função foi

praticamente arrebatada à Igreja Católica por um ministro com conhecida oposição a tal instituição religiosa. O Estado passou a ser o principal financiador das atividades e a administração foi deixada nas mãos de mulheres da classe alta. Nos inícios do século XX, a SBC administrava asilos e escolas de órfãos, a *Casa de Niños Expósitos*, o Hospital de Homens, o Hospital de Mulheres, hospitais neuropsiquiátricos, centros de recuperação de tuberculosos e maternidades. Em 1934, chegou a administrar 25 instituições sanitárias e assistenciais (Golbert, 2010), que dirigiam suas ações aos “pobres, míseros e proletários” (Moreno, 2013, p. 8). A SBC teve vigência por mais de um século, foi dissolvida só em 1947, durante o governo de Juan Domingo Perón (1945-1955).

Na segunda metade do século XIX, a incidência de doenças transmissíveis como a cólera e a febre amarela significou um potente estímulo para o aparecimento de instituições encarregadas especificamente da proteção à saúde coletiva (Veronelli & Correch, 2004). Em 1867, uma epidemia de cólera causou a morte de 8000 pessoas, aproximadamente 5% dos habitantes da cidade de Buenos Aires. Em 1871, a febre amarela deixou um saldo de quase 14.000 mortos, sobre 90.000 habitantes que tinha a cidade nessa época (Golbert, 2010). Nesse contexto, no ano de 1880, foi criado o Departamento Nacional de Higiene (DNH), vinculado ao Ministério do Interior, que atuou pela primeira vez nas condições sanitárias dos portos e trens, analisou os problemas de saúde pública da população (desinfecção, vacinação, saneamento básico) e promoveu o controle do exercício da prática médica e das farmácias (Falappa & Andrenacci, 2009). O DNH desenvolveu uma base de conhecimentos sanitários e epidemiológicos que serviu de orientação para combater as epidemias e, se bem significou o estabelecimento de um âmbito de referência nacional para as províncias, suas intervenções ficaram concentradas sobretudo no porto de Buenos Aires. No interior do país os serviços de saúde continuaram sob a responsabilidade dos governos locais (Isuani & Mercer, 1988). O surgimento do DNH configurou o ponto de partida das políticas sanitárias estatais (Aguilo, 2005).

A partir de 1890, começou a funcionar em Buenos Aires a Assistência Pública, instituição municipal que tinha como função a atenção médica dos mais pobres e implementava serviços sanitários, como vacinas e tratamento de doenças infecciosas. A Assistência Pública criou em 1892 o Patronato da Infância, cujos objetivos eram a proteção de crianças, bem como seu desenvolvimento físico e intelectual. As principais atividades consistiam na atenção médica, a educação e o asilo. O Patronato não era financiado diretamente com recursos públicos oficiais, mas recebia doações do Estado (terrenos, edifícios, subsídios) e recursos da Loteria Nacional (Golbert, 2010).

Ao final do século XIX, a Argentina incorporou-se ao mercado econômico mundial como país exportador de matérias primas, especificamente as produzidas pela atividade agropecuária, no intuito de aproveitar as novas oportunidades que se abriam pelo desenvolvimento do capitalismo mundial. Como consequência dessa mudança, o funcionamento da economia ganhou uma dinâmica inédita na história do país: houve expansão do comércio interior e exterior, aumento geral da riqueza, crescimento das atividades estatais, construção de obras públicas necessárias para o desenvolvimento comercial (p. ex. ferrovias) e um incipiente começo da indústria. No entanto, para fortalecer e expandir o novo modelo adotado e inserir o mercado argentino na divisão internacional do trabalho, era preciso aumentar a disponibilidade de mão de obra, fator da produção escasso por aqueles tempos no país. Com o objetivo de multiplicar a oferta de trabalhadores, o Estado estimulou, através de diversas políticas, a chegada massiva de imigrantes europeus. Adamovsky (2012, p. 27) aponta que

em apenas vinte seis anos, entre 1869 e 1895, a população total do país passou de pouco menos de 1.800.000 a quase quatro milhões de habitantes; em 1914 o número havia-se dobrado novamente, chegando a mais de oito milhões. O ingresso foi tão numeroso que em 1914 quase um terço da população argentina (e a metade dos habitantes de Buenos Aires) era estrangeira.

Na transição do século XIX ao XX, a massiva quantidade de imigrantes foi protagonista principal de duas mudanças que interferiram decisivamente na conformação da proteção social da época: o crescimento da população urbana e o aparecimento das primeiras organizações de autoproteção dos trabalhadores. Grande parte das famílias vindas para ocupar o extenso território nacional não conseguiu trasladar-se para o campo e ficou estabelecida em Buenos Aires e outras cidades da região *pampeana*¹, incrementando o tamanho e a densidade da população urbana. O censo realizado em 1914 registra mais da metade da população vivendo em cidades (Golbert, 2010). O número de habitantes de Buenos Aires cresceu também por causa da migração interna de trabalhadores acompanhados de suas famílias, que preferiam as condições de emprego da cidade, especificamente o assalariamento, ao invés da relação laboral quase servil que predominava nas regiões do interior do país. O rápido e desordenado crescimento da população urbana inseriu a questão sanitária na agenda da proteção social. O Censo Municipal da Cidade de Buenos Aires de 1904 revelou que mais de 10% da população total da cidade morava em cortiços, amontoada em habitações com pouca

¹ A região *pampeana* é composta pelas províncias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fé e La Pampa, que gozam de uma localização geográfica estratégica desde o ponto de vista econômico, pela proximidade ao principal porto do país e a presença de grandes extensões de terra fértil apta para atividades agropecuárias.

ventilação, muitas das vezes sem banheiro (Golbert, 2010). A partir da década de 1870, começou a manifestar-se a influência do pensamento higienista. “A sanidade urbana e a especialização da atenção da doença nos hospitais se tornaram elementos centrais da saúde pública” (Falappa & Andrenacci, 2009, p. 20-21). Os higienistas conseguiram dar impulso a campanhas de vacinação, à expansão da rede de água potável, ao controle dos alimentos e à coleta de lixo (Golbert, 2010).

Por outra parte, a imigração trouxe da Europa ideias anarquistas e experiência em organização sindical e em formas associativas de proteção coletiva, influenciando a aparição de associações de trabalhadores na Argentina, que se conformavam segundo a origem nacional dos trabalhadores ou a atividade laboral desenvolvida. Os serviços oferecidos pelas organizações de coletividades e as sociedades de ofícios procuravam satisfazer diversas necessidades, desde atenção médica e provisão de medicamentos, até pagamento dos funerais, educação das crianças e recepção dos imigrantes recém-chegados. As organizações de operários também estabeleceram esquemas de fundo coletivo para segurar os associados em caso de perda de renda ou gastos inesperados, e defenderam melhoras relativas às condições de trabalho dos associados, sendo responsáveis pelas primeiras experiências de reivindicações coletivas no país. Em 1857, formou-se a primeira organização operária da Argentina, a Sociedade Tipográfica Bonaerense, que associava trabalhadores da imprensa; em 1858, apareceram duas importantes instituições de ajuda mútua baseada na origem nacional dos imigrantes: a Sociedade Espanhola de Socorros Mútuos, e a organização italiana *Unione e Benevolenza*, e em 1878 foi criado o primeiro sindicato do país, a União Tipográfica (Adamovsky, 2012).

A partir da Lei Sáenz Peña, aprovada em 1912, inaugurou-se um novo período histórico do país, caracterizado pela ampliação dos direitos políticos. A lei incorporou o voto universal, secreto e obrigatório, unicamente para os homens, acabando com a restrição massiva à participação política e os mecanismos fraudulentos institucionalizados através dos quais eram eleitos os representantes. Significou a entrada massiva de setores médios e populares à vida política do país. Em 1916 ocorreram as primeiras eleições democráticas para a Presidência da República.

Durante as primeiras décadas do século XX, a SBC prosseguiu administrando importantes instituições de saúde, como o Hospital Rivadavia. Existiam profundas desigualdades entre a oferta assistencial da capital e a do interior do país. Nas províncias de Córdoba e Tucumán havia sociedades de beneficência similares à da Capital, criadas na segunda metade do século XIX para administrar um escasso número de hospitais e asilos em

relação à densidade populacional e aos índices de pobreza (Golbert, 2010). Na época, havia alta incidência de doenças infectocontagiosas, como tuberculose, sífilis, paludismo e diarreia nas crianças, que gerava elevados índices de mortalidade infantil. No entanto, a atenção médica continuou dispersa, combinando a atenção privada, os serviços das organizações de ajuda mútua e as instituições filantrópico-caritativas.

O *crack* de Wall Street, produzido em setembro de 1929, desencadeou uma crise mundial que impactou na estrutura econômica argentina, gerando um conjunto de problemas de ordem econômica, social e política que legitimou a primeira intervenção autoritária a um governo eleito democraticamente, dentre uma série de vários golpes que configuraram o cenário de instabilidade política da Argentina no século XX². O peso da crise caiu sobre os trabalhadores: houve aumento do desemprego e da pobreza. Modificaram-se as bases do modelo de desenvolvimento que girava em torno da exportação de matérias primas agropecuárias. A queda nas exportações e a consequente falta de divisas para importar bens favoreceram o aparecimento de uma indústria local capaz de substituir importações, observando-se uma expansão, sobretudo na chamada “indústria *liviana*” (p. ex. a têxtil). Os novos estabelecimentos localizaram-se nas principais cidades da região *pampeana*: Buenos Aires, região metropolitana de Buenos Aires, Rosário e Córdoba.

O Estado começou a regular os mercados financeiro e dos bens exportáveis, e criou novos impostos. O fluxo imigratório acabou, mas foi substituído pela migração interna de trabalhadores às cidades *pampeanas*, sendo atraídos pela nova indústria. O perfil laboral do país sofreu uma profunda modificação a partir desta etapa. As relações salariais expandiram-se.

Nesta época apareceram os primeiros esquemas de seguros sociais. Alguns sindicatos começaram a prover serviços de saúde, que se constituíram na origem das futuras *obras sociais* (seguros sociais de atenção médica). O Estado, por sua parte, apoiava o processo tornando a afiliação aos seguros obrigatória e criando seus próprios institutos previdenciários para funcionários públicos. Enquanto isso, a provisão de serviços públicos de saúde continuou

² No ano de 1930 foi dado o primeiro golpe do século XX a um governo eleito democraticamente. A ditadura civil-militar instaurada desde então ficou no poder até 1946, quando foi eleito por vias democráticas o presidente Juan Domingo Perón. Depois de quase dez anos no governo, Perón sofreu um golpe em 1955 e foi substituído por uma ditadura civil-militar que se autoproclamou “Revolução Libertadora”. Em seguida, entre 1958 e 1966, houve um período pseudo democrático, pois se bem havia eleições, o partido seguidor de Perón, Partido Justicialista (PJ), que era a força política majoritária, era proibido de participar delas. Em 1966 houve um novo golpe de Estado, desta vez chamado de “Revolução Argentina”, que se prolongou até 1973, ano em que houve eleições democráticas e o *peronismo* resultou vencedor, governando o país até a última ditadura, que começou no ano de 1976 e acabou em 1983.

sendo subsidiária: o Estado coordenava intervenções de higiene pública e controle de doenças, e promovia as instituições privadas para a atenção aos setores de baixa renda. O Estado também outorgava subsídios a numerosas sociedades de beneficência responsáveis por serviços de atenção médica e assistência social.

Para Isuani e Mercer (1988, p. 9),

só a partir de 1943 iniciou-se uma transformação importante em matéria de organização dos serviços de saúde estatais. Até então, o Departamento Nacional de Higiene tinha sido mais uma dependência do Ministério do Interior, com a consequente des hierarquização da saúde pública, sendo considerada uma questão da ordem interna e não uma necessidade social. Em 1943 o Departamento foi convertido na Direção Nacional de Saúde Pública e Assistência Social. Este foi o primeiro passo no reconhecimento da saúde pública como um assunto de interesse específico, fato que se confirmou em 1946 com a criação da Secretaria de Saúde Pública e posteriormente com o estabelecimento do Ministério de Saúde Pública em 1949.

3.2 Hierarquização da saúde pública e expansão dos seguros sociais

No período das duas primeiras presidências de Juan Domingo Perón (1945-1955), o governo assumiu uma estratégia de desenvolvimento típica de pós-guerra, que consistia na aliança entre o governo e os sindicatos, no aumento do gasto público e da renda dos trabalhadores, e no aproveitamento da situação econômica posterior à Segunda Guerra Mundial para estimular o desenvolvimento de uma indústria capaz de contribuir à expansão do mercado interno. Configurou-se um esquema redistributivo financiado com a lucratividade das exportações agropecuárias da região *pampeana* (Falappa & Andrenacci, 2009).

A política social passou a estar no centro da cena. Houve expansão das intervenções sociais estatais, com eixo no crescimento econômico, na criação de emprego, no aumento dos salários e na consolidação dos instrumentos associativos da seguridade social³. O contrato de trabalho passou a estar fortemente protegido pelo Estado. Nas negociações coletivas de trabalho, os assalariados eram apoiados pelo Estado, e as empresas que aceitavam as melhoras demandadas pelos trabalhadores eram beneficiadas com políticas creditícias e fiscais. O crescente número de trabalhadores afiliados aos sindicatos permitiu o acesso massivo aos benefícios que estes brindavam (hospitais, hotéis de turismo, clubes recreativos) e o

³ Na Argentina, seguridade social faz referência ao conjunto de benefícios exclusivos dos trabalhadores com carteira assinada, financiados em forma contributiva. Atualmente, inclui aposentadorias, prestações familiares, seguro de saúde (obra social), seguro de desemprego e seguro de riscos de trabalho.

aprofundamento da sua dimensão prestadora de serviços sociais (aposentadorias, serviços de saúde, primeiras prestações familiares). Entre 1946 e 1951, o número de trabalhadores sindicalizados cresceu de 430.814 a 2.334.000, pouco mais de 541% (Golbert, 2010). Em consequência, houve expansão do modelo de seguro social para a atenção à saúde – chamado de *obras sociais* – estimulada, por outra parte, pelo forte apoio estatal à incorporação de serviços de saúde na estrutura sindical (Giovanella, 2013).

O governo peronista criou novas obras sociais por lei (sindicais e da administração pública) e as já existentes foram apoiadas mediante subsídios e construção de estabelecimentos de assistência à saúde. Isuani e Mercer (1988) apontam que a expansão das obras sociais neste período deveu-se à confluência de dois elementos: por uma parte, a decisão política do governo de fortalecer as organizações sindicais; por outra, as demandas dos próprios sindicatos, para quem as obras sociais significavam, ao mesmo tempo, poder econômico e instrumento de legitimidade perante os trabalhadores.

Ao mesmo tempo, houve um importante crescimento do setor público de saúde. A Secretaria de Saúde Pública, e posteriormente o Ministério correspondente, eram dirigidos pelo médico sanitarista Ramón Carrillo, que teve intensa atividade e foi responsável por mudanças positivas nos indicadores de saúde da população: houve campanhas contra doenças endêmicas, como malária, febre amarela, febre tifoide, difteria e varíola; caiu a mortalidade infantil de 80,1/mil em 1943 a 66,5/mil em 1953, e aumentou a esperança de vida de 61,7 anos em 1947 a 66,5 anos em 1953 (Golbert, 2010). Durante sua administração, o médico sanitarista buscou aumentar a regulação estatal do setor saúde e tornar a atenção médica mais acessível para os pobres. Houve um importante crescimento dos serviços de saúde pública: o número de leitos disponíveis no setor público aumentou 70% em nove anos, passou de 63.000 em 1946, a 108.000 em 1955 (Isuani & Mercer, 1988). Ao final do período das presidências de Perón, a estrutura hospitalar do país era predominantemente pública (Rovere, 2004). O Plano de Saúde Pública de Carrillo organizava o território em seis regiões sanitárias, em todas as quais foram instalados hospitais e serviços ambulatoriais. O objetivo era vincular as instituições de seguro social e o hospital público, fazendo com que este último se tornasse uma opção não apenas para os mais pobres. Para isso procurou hierarquizar seus serviços, expandindo seus recursos humanos e materiais (Isuani & Mercer, 1988).

Neste período ocorreu, também, o primeiro intento, por parte do Estado, de unificação e generalização a toda a população dos benefícios exclusivos dos trabalhadores formais e

administrados pelos sindicatos. O projeto original, previsto no Primeiro Plano Quinquenal⁴, era unificar os fundos provenientes das contribuições dos trabalhadores em um sistema de nacional de seguridade social e destinar parte desses recursos à criação de um sistema de saúde pública para os não contribuintes, que eram desprovidos de proteção mutualista: desempregados, não assalariados e trabalhadores informais. Carrillo propôs a criação de um Fundo Nacional de Saúde Pública, que seria financiado através de uma espécie de “imposto sanitário” (Carrillo, 1974 *apud* Rovere, 2004), e elaborou o Código Sanitário e de Assistência Social e o Plano Analítico para executá-lo. Tais medidas implicavam em um compromisso com a equidade e a universalidade do acesso a serviços de atenção à saúde, baseado na reforma constitucional efetuada durante o próprio governo de Perón, que incluiu por primeira e única vez na Carta Magna argentina referência a direitos sociais dirigidos à totalidade da população, e não apenas aos trabalhadores formais⁵. No entanto, o projeto foi alvo de forte resistência por parte dos sindicatos, pois pretendiam manter sua autonomia e o controle sobre os recursos econômicos. Os grêmios médicos e alguns setores do próprio Estado também se opuseram, considerando que o projeto trazia “o risco da semi-socialização da medicina” (Rovere, 2004, p. 2). Mais tarde, o próprio governo desistiu do projeto de unificação em benefício do aprofundamento da função assistencial dos sindicatos, como expressado no Segundo Plano Quinquenal e em discursos do presidente Perón (Golbert, 2010). Perpetuou-se, assim, uma estrutura de atenção à saúde diferenciada para trabalhadores formais, fragmentada, por sua vez, em corporações profissionais.

O setor privado de saúde ficou preservado para os setores ricos da sociedade. O ministro Carrillo não só não se opunha ao seu desenvolvimento, como também acreditava que podia ser estimulado para facilitar a tarefa do Ministério de Saúde Pública, ocupando-se da assistência das classes mais altas. No entanto, essa “vontade” política não teve muito impacto: em 1958, o setor privado representava apenas 14,7% do total de recursos de atenção à saúde (Isuani & Mercer, 1988).

A SBC foi dissolvida em 1947 e substituída, a partir de 1948, pela Fundação Eva Perón, criada por decreto para ser dirigida pela esposa do Presidente, eclipsando o funcionamento do setor filantrópico-caritativo na assistência e na atenção à saúde dos setores populares. Entre várias outras ações, que incluíram a construção de escolas, moradias, cidades

⁴ Os planos quinquenais eram documentos de planejamento econômico estatal, previstos para um período de cinco anos. Ao longo das primeiras presidências de Juan Domingo Perón (1946-1955) houve dois planos quinquenais, o primeiro de 1947 a 1952, e o segundo que iria se estender até 1957, mas foi cancelado após o golpe de 1955.

⁵ A Constituição foi aprovada em 1949 e revogada em 1957 por um governo surgido de um golpe de Estado.

universitárias, asilos para idosos e complexos turísticos populares, a Fundação construiu quatro policlínicas modelo, três hospitais, clínicas de reabilitação para crianças e reumáticos e uma escola de enfermagem. Criou, também, o trem sanitário Eva Perón, que desenvolvia campanhas de saúde no interior do país (Golbert, 2010).

3.3 Degradação da saúde pública, consolidação das obras sociais e crescimento do setor privado

O período 1955-1976, após o golpe militar de Estado que derrubou o governo de Perón, foi caracterizado pela instabilidade política (sucessão de golpes de Estado, governos *de facto* e interregnos democráticos), com ciclos de desarticulação e recomposição das alianças sociais. O *peronismo* (movimento social e político seguidor de Perón) foi proscrito como organização política, mas continuou sendo a principal força eleitoral. O *locus* mais importante de expressão da força política proibida eram os sindicatos.

Durante o período, houve manutenção de uma política social inclusiva, cuja ancoragem principal eram os sindicatos de trabalhadores assalariados. Através deles, uma parte importante da população tinha acesso a benefícios previdenciários, de saúde e prestações familiares. Houve um processo de consolidação da política do trabalho do período anterior: regulação estatal do contrato de trabalho e de um sistema de seguros sociais fragmentado em corporações profissionais.

A política estatal buscou limitar a intervenção do setor público de saúde, particularmente no tocante à atenção médica. Esta mudança foi acompanhada pela expansão tanto das obras sociais, quanto do setor privado. Tentou-se a “restituição” da organização do sistema, procurando diminuir o papel central atingido pelo Ministério de Saúde Pública durante os governos de Perón. Em 1957 houve políticas de descentralização dos serviços, que incluíram a transferência de recursos assistenciais às províncias e municípios. A transferência “errática” de serviços converteu-se em uma prática habitual neste período, cujo ponto máximo foi atingido em 1979 a partir da descentralização de um importante número de hospitais aos níveis subnacionais (Isuani & Mercer, 1988). Rovere (2004, p. 3) aponta que “a sucessão de governos civis e militares gerou um pêndulo no qual os serviços nacionais eram transferidos às províncias pelos governos militares (...) [e re-transferidos] à esfera nacional pelos débeis governos democráticos que os seguiam”.

No período entre o golpe de Estado que derrubou a Perón (em 1955) e fins da década de 1970, o setor privado quase triplicou a quantidade de leitos hospitalares: passou de ter 16.903 em 1955, a 47.048 em 1980. Nos mesmos 25 anos, o setor público diminuiu o número de leitos sob seu controle: passou de 108.000 a 95.000 (Isuani & Mercer, 1988). A expansão do setor privado neste período está relacionada ao crescimento e à consolidação do subsistema de obras sociais, possíveis graças às políticas de incentivo do governo de Perón, e posteriormente, como consequência da sanção, em 1970, da primeira lei de obras sociais, que regulamentou sua existência e tornou obrigatória a afiliação para todos os trabalhadores formalmente assalariados.

Entre 1966 e 1973 houve um novo período ditatorial, que se diferenciou dos anteriores por seu propósito de "fundar uma nova institucionalidade, jogando para um futuro distante a transferência do governo, unicamente para quando houvesse sido 'refundado' o país social e economicamente" (Falappa & Andrenacci, 2009, p. 42). Nesses anos, o Estado aprofundou o controle e a regulação dos três componentes da seguridade social: aposentadorias, obras sociais e prestações familiares.

A lei 18.610, sancionada em 1970, foi a primeira norma legal destinada a ordenar e regular o funcionamento das obras sociais, e possibilitar sua expansão. A lei criou o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS), encarregado de coordenar e regular o sistema de seguros de saúde, que determinou a incorporação obrigatória de toda a população formalmente assalariada, generalizando a afiliação às obras sociais. A população coberta por estes seguros passou de 30% em 1970, a quase 80% em 1976 (Giovanella, 2013). A lei também estabeleceu que as obras sociais fossem financiadas com aportes obrigatórios de empregados e empregadores, e outorgou aos sindicatos o poder de administrar esses recursos (Golbert, 2010). Ficaram compreendidas as obras sociais da administração central, dos organismos estatais descentralizados, das empresas estatais, as de administração mista e as das associações profissionais de trabalhadores legalmente reconhecidas. Estas últimas seriam conduzidas pelo sindicato correspondente. Ficaram excluídas as obras sociais das províncias e municípios, e as das Forças Armadas e de segurança, que, no entanto, podiam aderir voluntariamente. As obras sociais atingidas pela lei deviam destinar seus recursos em forma prioritária à atenção médica.

A lei 18.610 criou também o Fundo Solidário de Redistribuição (FSR), destinado a equilibrar a desigual distribuição de recursos entre obras sociais. O apoio do Fundo deveria ser dirigido àquelas entidades com dificuldades financeiras para oferecer as prestações mínimas que a própria lei estabelecia. O Fundo seria financiado com 10% dos aportes e

contribuições destinados ao financiamento das obras sociais e 60% dos recursos de outra natureza recebidos por estas (Belmartino, 2005).

Em 1971, foi criado o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionados (INSSJyP), uma obra social estatal dirigida aos idosos, que liberou a maioria das obras sociais sindicais da obrigação de assistir aos aposentados do seu ramo de atividade.

A maior institucionalização das obras sociais foi um estímulo ao desenvolvimento do setor privado, na medida em que os recursos dos segurados eram, na maioria das obras sociais, canalizados à contratação de serviços de profissionais e estabelecimentos privados (Isuani & Mercer, 1988). A partir da década de 1970 produziu-se também a consolidação do subsistema de seguros privados de saúde, majoritariamente associados a clínicas e equipes médicas. Alguns hospitais de comunidades de imigrantes implantaram planos privados de atenção médica (Giovanella, 2013).

Assim, neste período ficou consolidado um modelo de proteção à saúde de seguro social ou *bismarckiano* caracterizado pela desigualdade, pois os serviços de saúde das obras sociais correspondiam aos recursos de que dispunham, que eram variáveis segundo a quantidade de segurados e o valor médio do salário de cada categoria profissional (Golbert, 2010).

Para Belmartino (2005), a lei 18.610 foi uma forma de institucionalizar os vínculos pré-existentes entre as entidades representativas dos profissionais da saúde e as obras sociais. A intervenção estatal nesses vínculos, que procurava estabelecer um marco normativo para as relações entre financiadores e prestadores, enfrentou questionamentos e resistências. Finalmente, as possibilidades de regulação e controle estatal resultaram fortemente limitadas pelos acordos estabelecidos entre as corporações representativas dos financiadores (sindicatos) e dos prestadores (associações dos profissionais).

Diferente do Brasil, onde no mesmo período o governo ditatorial de 1964 aprofundou o controle e a regulação da seguridade social – através da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – como uma estratégia para tirar poder dos trabalhadores, na Argentina a sanção da lei 18.610 em 1970 e a institucionalização do regime de obras sociais foi uma concessão do governo militar aos sindicatos, em um contexto de alta conflitividade social. Para Bravo (2006, p. 6) no caso brasileiro a unificação “se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores”. Na Argentina, pelo contrário, a lei 18.610 de Obras Sociais significou a

consolidação do poder sindical sobre esse regime de seguros de saúde e pode ser entendida como uma medida que buscava reduzir a tensão social, diante da proliferação de protestos sociais em todo o país, dentre os quais o mais destacado havia sido o *Cordobazo*, no mês de maio de 1969⁶.

Em 1973 retornou a democracia, com a eleição do Presidente Héctor Cámpora, que após cinquenta dias de mandato renunciou e chamou novas eleições para dar lugar ao líder exilado Juan Domingo Perón, que acabara de regressar ao país depois de quase duas décadas de proibição do seu partido político. No seu curto governo (morreria oito meses após ter sido eleito, em julho de 1974), Perón tentou um “pacto social” entre sindicatos, empresários e o Estado para decidir preços e salários. Os sindicatos recuperaram, através de uma série de leis, o poder perdido sobre o sistema de relações laborais.

O Secretário de Saúde de Perón, Domingo Liotta, foi autor de um projeto de unificação e generalização a toda a população do sistema de proteção à saúde exclusivo dos trabalhadores formais, que foi aprovado e convertido em lei em 1974, criando o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). Da mesma forma que o falido projeto de Ramón Carrillo, Liotta procurava outorgar ao Estado um papel central na regulação, financiamento e coordenação do sistema de saúde, incluindo na proposta a integração dos subsistemas, a descentralização operativa das funções, a gratuidade dos serviços e a participação nos processos decisórios de todos os setores envolvidos. Com forte oposição de dirigentes sindicais e profissionais da saúde, a lei conseguiu ser implementada apenas em quatro províncias até 1977 (Veronelli & Correch, 2004b), quando foi desativada pelo governo da última ditadura cívico-militar argentina (1976-1983).

A diferença da lei 18.610 de Obras Sociais, o SNIS outorgava ao Estado responsabilidade na efetivação do direito à saúde, enunciando que lhe competia “atuar como financiador e garante econômico na direção de um Sistema que será único e igualitário” (Ministério de Bem-Estar Social, 1974, p. 49 *apud* Isuani & Mercer, 1988, p. 10). O SNIS funcionaria através da assinatura de convênios com uma amplo leque de atores e organizações, como províncias, universidades e o setor privado. No seu Conselho Federal poderiam participar as autoridades nacionais e provinciais, assim como representantes das universidades, dos trabalhadores, dos empresários, dos funcionários do SNIS e das

⁶ O *Cordobazo* foi uma manifestação de trabalhadores ocorrida na cidade de Córdoba em 29 de maio de 1969, liderada pelo sindicato automotor (SMATA) e apoiada por estudantes universitários. O objetivo explícito era se opor à eliminação do chamado “sábado inglês”, vigente no país como direito dos trabalhadores desde 1932, embora no fundo fosse um protesto contra o autoritarismo e o cerceamento das liberdades civis e políticas (Golbert, 2010).

organizações privadas conveniadas. O Conselho Federal seria encarregado da direção “conforme os delineamentos da política nacional” de saúde, da criação das áreas programáticas e da supervisão e avaliação do Sistema. Outra importante inovação do SNIS era o estabelecimento da Carreira Sanitária Nacional, “destinada a formar e incorporar os recursos humanos em saúde que o SNIS requeria” (Isuani & Mercer, 1988, p. 11).

O projeto do governo militar que se impôs autoritariamente em março de 1976 pretendeu “reorganizar” o país em todas as ordens: econômica, política e social. O objetivo era refundar o modelo de acumulação capitalista: regredi-lo a épocas pretéritas nas quais a Argentina integrava-se aos mercados econômicos mundiais como produtora de matéria primas derivadas da atividade agropecuária. Assim, respondia-se tanto aos interesses das elites econômicas locais, quanto a sua visão acerca do lugar que a economia nacional devia ocupar na divisão internacional do trabalho. Na perspectiva de Falappa e Andrenacci (2009, p. 44), a ditadura de 1976 (que se autointitulou de “Processo de Reorganização Nacional”) teve o objetivo de “disciplinar todos os atores do país para refundar a economia argentina sobre suas bases clássicas, desarmando seletivamente os componentes do Estado tutelar”. Ocorreram importantes mudanças na situação dos trabalhadores a partir da assunção deste novo modelo de acumulação de capital, baseado no abandono do processo de industrialização por substituição de importações em vigência desde a década de 1930, seguido do início de outro ciclo que procurava inserir o país no mercado internacional através da exportação de matérias primas. Houve queda imediata e abrupta de salários (Golbert, 2010), aumento do desemprego, produto da desindustrialização, junto com precarização e diferenciação das condições de inserção laboral entre os trabalhadores. A consequência direta deste processo foi a expulsão massiva de cidadãos do sistema de seguridade social e o aumento da pobreza e da indigência. Em 1981, a proporção de pessoas com obra social tinha caído 60% (Golbert, 2010). Por outra parte, a profunda crise econômica que afetou o país reforçou a deterioração dos serviços públicos (Isuani & Mercer, 1988).

Através do Decreto-lei 21.883, o governo militar dispôs a descentralização de hospitais. Em outubro de 1978 foram transferidos estabelecimentos nacionais aos governos provinciais e da então Prefeitura da cidade de Buenos Aires sem a correspondente transferência de recursos para financiar o seu funcionamento.

Em 1980 foi sancionada uma nova lei de Obras Sociais, a 22.269, para substituir a 18.610 de 1970. A norma procurava tirar o poder dos sindicatos, ampliar a fiscalização das obras sociais e fortalecer o setor privado de prestação de atenção médica. A lei determinava que as obras sociais fossem desvinculadas dos sindicatos, estabelecendo conselhos de

administração para governá-las, formados por representantes do Estado, dos beneficiários e dos empresários contribuintes. Os sindicatos ficaram impedidos de prestar serviços médicos. Alguns dos artigos buscavam estimular o desenvolvimento de mecanismos de mercado: era permitido ao segurado escolher um prestador diferente à obra social da sua categoria profissional, bem como se estabelecia que as obras sociais atuariam apenas como financiadoras de serviços, sendo vedada a possibilidade de desenvolvimento de infraestrutura própria (Isuani & Mercer, 1988).

O Quadro 3 sintetiza o desenvolvimento e a consolidação do sistema de saúde segmentado e fragmentado na Argentina até a década de 1980: a institucionalização dos três subsistemas (público, privado e de obras sociais), cada um deles com uma modalidade diferenciada de afiliação, financiamento e prestação de serviços, estruturados para brindar serviços de atenção médica a distintos setores da população, e com um baixo nível de integração e coordenação entre si:

Quadro 3 – Trajetória histórica dos três subsistemas de saúde na Argentina

Período	Subsistema Público	Subsistema de Obras Sociais	Subsistema Privado
1810-1945 Dispersão Institucional	1823 – Sociedade de Beneficência da Capital (SBC). Financiada principalmente pelo Estado. Administrava importantes estabelecimentos de saúde. Dirigia suas ações aos “pobres, míseros e proletários”. 1880 – Departamento Nacional de Higiene, dependente do Ministério do Interior. Realizava intervenções de higiene pública e controle de doenças. Ponto de partida das políticas sanitárias estatais. 1890 – Assistência Pública (cidade de Buenos Aires). Dedicada à atenção médica dos mais pobres.	Aparecimento das primeiras organizações de autoproteção dos trabalhadores. Primeiros esquemas de seguros sociais. Alguns sindicatos começaram a prover serviços de saúde, origem das futuras obras sociais (seguros sociais de atenção médica).	Existiam profissionais que atendiam em forma particular. Estabelecimentos filantrópico-caritativos.
1945-1955 Hierarquização da saúde pública e expansão dos seguros sociais	1946 – Criação da Secretaria de Saúde Pública, transformada em Ministério em 1949. Importante crescimento do setor público de saúde. Ao final do período, a	Aumento do número de trabalhadores afiliados aos sindicatos, que permitiu o acesso massivo aos benefícios que estes brindavam. Expansão do modelo de seguro social para a	Baixa representatividade no total de recursos de atenção à saúde. Utilizado diretamente pelo segmento mais rico da sociedade, e indiretamente (através do financiamento dos

	<p>estrutura hospitalaria do país era predominantemente pública.</p> <p>1948 – Criação da Fundação Eva Perón, substituindo à SBC. Eclipsou o funcionamento do setor filantrópico-caritativo na assistência e na atenção à saúde dos setores populares.</p>	<p>atenção à saúde (obras sociais).</p> <p>Forte apoio estatal à incorporação de serviços de saúde na estrutura sindical.</p>	<p>seguros) por um setor dos trabalhadores assalariados.</p>
<p>1955-1983</p> <p>Degradação da saúde pública, consolidação das obras sociais e crescimento do setor público</p>	<p>A política estatal buscou limitar a intervenção do setor público de saúde, particularmente no tocante à atenção médica.</p> <p>Ciclos de descentralização e re-centralização de estabelecimentos públicos.</p> <p>Diminuição de recursos físicos.</p>	<p>1970 – Sanção da lei 18.610, primeira norma legal destinada a ordenar e regular o funcionamento das obras sociais, que determinou a incorporação obrigatória de toda a população formalmente assalariada, possibilitando a expansão do subsistema.</p> <p>1980 - Sanção da lei 22.269, destinada a substituir à 18.610.</p>	<p>Expansão do setor privado, relacionado com o crescimento e a consolidação do subsistema de obras sociais.</p>

Fonte: elaboração própria, várias fontes.

À continuação, o Capítulo 4 tratará das características do sistema de saúde na década de 1980, como parte do contexto de criação do projeto de Seguro Nacional de Saúde, cuja proposta e posterior fracasso são objeto de estudo desta tese.

4 O SEGURO NACIONAL DE SAÚDE: TENTATIVA FALIDA DE REDUÇÃO DA SEGMENTAÇÃO E A FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ARGENTINO

O presente capítulo tem o objetivo de aprofundar a análise sobre a última tentativa de reforma estrutural do sistema de saúde na Argentina, que procurou reduzir a segmentação e a fragmentação institucionalizadas na organização da proteção à saúde no país.

Começa descrevendo a situação social, política e econômica da Argentina nos inícios da década de 1980 e a situação de saúde no país em particular. Apresenta alguns indicadores dos subsistemas de saúde e dos recursos disponíveis, e as duas principais normas que regulamentavam o subsetor de Obras Sociais, que era o que, de fato, se pretendia reformar.

Segue retratando a política social do governo do presidente Raúl Alfonsín, na qual se inscrevia a proposta de criação do Seguro Nacional de Saúde, que nesta seção é analisado em profundidade. Continua descrevendo a trajetória institucional que converteu o projeto original de Seguro nas duas leis que atualmente regulamentam as características e o funcionamento do regime de Obras Sociais.

O capítulo finaliza com resenhas sobre os principais atores envolvidos no processo de transformação do projeto governamental de Seguro nas leis 23.660 e 23.661, de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde, respectivamente.

4.1 Situação social, política e econômica da Argentina na década de 1980

A derrota militar das Ilhas Malvinas havia empurrado a ditadura civil-militar começada em 1976 ao fim, significando sua queda definitiva (Vilosio, 2016). O primeiro presidente do retorno à democracia, após sete anos de governos autoritários¹, foi Raúl

¹ Na verdade, sete anos havia sido a duração da última ditadura, de 1976 a 1983. Antes disso, e durante quase vinte anos, entre 1955 e 1973, houve ditaduras seguidas de governos pseudo democráticos, pois nas eleições era proibido participar o Partido Justicialista, mais conhecido como *peronista*, que era a força política majoritária. Detalhando a cronologia, depois de dez anos no governo, Perón sofreu um golpe em 1955. Foi substituído por uma ditadura civil-militar que se autoproclamou “Revolução Libertadora”. Em seguida, entre 1958 e 1966, houve um período pseudo democrático, pois se bem havia eleições, o peronismo era proibido de participar nelas. Em 1966 houve um novo golpe de Estado, dessa vez chamado de “Revolução Argentina”, que se prolongou até 1973, ano em que houve eleições democráticas e o peronismo resultou vencedor, governando o país até a última ditadura, que começou no ano de 1976.

Alfonsín, pertencente à União Cívica Radical (UCR), que assumiu em 10 de dezembro de 1983.

Se bem se recuperava a democracia, o país estava devastado nos planos político, social e econômico. Os níveis de pobreza haviam aumentado dramaticamente, eram muitos os que haviam perdido o emprego e que, em consequência, haviam sido expulsos de um sistema de proteção social estruturado em torno do trabalho formal. A ditadura havia impulsionado um modelo econômico neoliberal, buscando modificar a matriz produtiva e distributiva na qual estava baseado o modelo de substituição de importações, vigente no país desde a década de 1930 (Golbert, 2010).

O governo democrático tentou imediatamente reverter o processo a partir de aumentos salariais, controle de preços e subsídios públicos, mas o primeiro plano econômico foi rapidamente suplantado pela força da crise. Tratava-se de uma crise global do capitalismo, que, aprofundando-se desde a década de 1970, impactava na América Latina nos inícios da década de 1980 como crise da dívida. Na versão argentina desta “década perdida”, as duas principais fontes de recursos fiscais (os impostos às exportações e os impostos indiretos cobrados aos cidadãos) esgotaram ou diluíram-se. Caíram os investimentos, houve fuga de capitais e a dívida externa, multiplicada durante a ditadura, continuou crescendo (Falappa & Andrenacci, 2009). Para Neri (*in* Mera, 1988), vivia-se a pior crise econômica do século.

Em 1984, o Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (INDEC) publicou o informe “A pobreza em Argentina”. Pela primeira vez o Estado produzia um estudo sistemático dos problemas sociais do país falando em “pobreza”, reconhecendo a importância de um fenômeno considerado novo no país, e mudando o foco tradicionalmente centrado na questão do trabalho, que tinha dominado até esse momento a produção estatística em relação aos problemas sociais. O informe analisava a situação social do país após a ditadura, com o objetivo de contribuir para a decisão acerca do destino que devia dar-se ao orçamento das políticas sociais. Assim, ocorreu o reconhecimento de um novo problema social, para além das tradicionais questões relacionadas ao mercado de trabalho e aos serviços universais: a pobreza e os pobres converteram-se em núcleo da nova questão social argentina (Vommaro & Daniel, 2013). A pobreza na região metropolitana de Buenos Aires era de 4,5% em 1974, havia ascendido a 8,4% em 1980 e voltado a duplicar até 1984 (Adamovsky, 2012). Assim, o primeiro governo depois da ditadura mais cruenta já vivida na Argentina tinha o duplo desafio de consolidar a democracia e resolver a crise econômica (Palomino, 1987).

No plano político, desde o surgimento do movimento peronista² e sua vertente partidária, o Partido Justicialista (PJ), era a primeira vez que a UCR, seu histórico rival, conseguia ganhar uma eleição sem a proscrição do primeiro³. O radicalismo havia alcançado 51,75% dos votos, contra 40,16% dos justicialistas (Vilosio, 2016). Mas apesar da derrota eleitoral, o peronismo ocupava espaços de poder: governava a metade das províncias e era maioria no Senado. Dirigentes sindicais participavam da condução do PJ e ocuparam vários dos cargos parlamentares obtidos pelo peronismo. Assim, os sindicatos eram um setor poderoso na oposição ao governo radical (Palomino, 1987).

Para Cortés e Kessler (2013), o axioma causal do alfonsinismo era a oposição entre ditadura e democracia: a primeira era a raiz comum de todos os males presentes e a segunda era a solução obrigada. A crise social não foi a exceção, tal como ficou demonstrado na célebre frase pronunciada por Alfonsín no discurso de assunção como presidente ante a assembleia legislativa: “com a democracia não apenas se vota, mas também se come, se educa e se cura” (Alfonsín, 1983).

Assim, o governo depositava todas as expectativas de transformação da dura realidade que herdou na vigência das instituições democráticas. No seu diagnóstico, a situação de fracasso que o país havia atingido devia-se à fragilidade da democracia e à persistência do autoritarismo em instituições chave para o seu funcionamento (Falappa & Andrenacci, 2009). Dois atores poderosos que o governo achava central democratizar eram os militares e os sindicatos. Já durante a campanha eleitoral, Alfonsín havia denunciado a existência de um pacto militar-sindical, “destinado a pressionar o futuro presidente para esquecer os excessos cometidos durante a repressão, sustentar a cúpula do Exército e evitar a intervenção do novo governo na reorganização das Forças Armadas” (Vilosio, 2016, p. 264).

Poucos dias após assumir a presidência, Alfonsín enviou um projeto ao Congresso com o objetivo de abolir a chamada lei de Auto-anistia⁴ que havia sido sancionada pelos militares antes do fim da ditadura. Imediatamente depois, ordenou, mediante um decreto, o processamento judicial das três juntas militares – formadas por representantes das três forças:

² Movimento social e político de massas, seguidor de Juan Domingo Perón (1895-1974), surgido em 17 de outubro de 1945 como reação popular diante do encarceramento de Perón, enquanto este era Secretário de Trabalho e Previdência Social do governo de Edelmiro Farrell (1944-1946) (Adamovsky, 2012).

³ O Partido Justicialista havia sido proibido de funcionar e de participar em eleições durante 18 anos, entre 1955 e 1973.

⁴ A lei 22.924 de Pacificação Nacional, mais conhecida como lei de Auto-anistia, havia sido sancionada pelos militares antes do fim do seu governo, com o objetivo de assegurar uma anistia sobre si mesmos diante da possibilidade de ser processados na justiça pelos crimes cometidos durante a ditadura. A abolição desta lei foi a primeira norma promulgada pelo governo de Alfonsín (El País, 29/12/1983).

Exército, Armada Argentina e Força Aérea – que haviam governado o país desde o golpe até a guerra de Malvinas.

Na semana seguinte, o presidente enviou ao Congresso um projeto de lei de normalização sindical, conhecido como Lei Mucci (pelo então Ministro de Trabalho, Antonio Mucci), que pretendia modificar os critérios de seleção de autoridades para introduzir mecanismos democráticos e aumentar a participação dos trabalhadores na tomada de decisões (Palomino, 1987): habilitar as minorias para fazer parte da condução, reduzir o tempo de duração dos mandatos dos dirigentes, permitir ao Poder Judiciário a fiscalização das eleições, implementar o voto direto, secreto e obrigatório, e limitar a utilização dos recursos (Vilosio, 2016). O projeto de lei teve apoio de setores sindicais minoritários, mas a maior parte dos sindicatos se opôs. A Confederação Geral do Trabalho (CGT), que nessa época estava dividida em duas centrais⁵, se unificou e resistiu ao projeto, que foi aprovado na Câmara, onde havia maioria radical, mas perdeu por um voto no Senado (Vilosio, 2016). Nesse sentido, a iniciativa do radicalismo implicou duas derrotas: o fim do projeto de democratização dos sindicatos e o fortalecimento de um dos seus principais adversários políticos a partir da sua unificação (Palomino, 1987).

No final das contas, a oposição mais férrea ao governo de Alfonsín não seria exercida pelo espaço “político” do peronismo, mas pelo setor sindical (Vilosio, 2016). O clima de enfrentamento com os sindicatos atravessou todo o mandato. A CGT, principal central sindical, promoveu treze greves gerais durante a presidência de Alfonsín.

4.2 Situação de saúde

4.2.1 Indicadores dos subsistemas

No ano de 1984 existiam 322 Obras Sociais⁶, a maioria (77,4%) pertencente ao regime nacional (estabelecido pelas leis 18.610 e 22.269) e o restante vinculado às províncias e

⁵ A maior central sindical do país estava dividida na CGT-Brasil (por estar situada na Rua Brasil, na cidade de Buenos Aires), setor da corporação que havia enfrentado à ditadura, e a CGT-Azopardo (sediada na Rua Azopardo), com uma atitude mais “dialoguista” com aquele governo autoritário.

⁶ Para Isuani e Mercer (1988), eram 337 Obras Sociais nos inícios de 1985.

municípios, ao Congresso Nacional, ao Poder Judicial e às Forças Armadas e de Segurança. No ano de 1984, 75% da população do país tinha cobertura de Obra Social: 57,5% mediante as Obras Sociais nacionais; 14% através das Obras Sociais das províncias e municípios, do Congresso Nacional e do Poder Judicial, e 3,5% por meio das Obras Sociais das Forças Armadas e de Segurança (Mera, 1988). Carecia desta proteção 25% da população, fosse por estar desempregada ou empregada informalmente, ou coberta por outros meios (seguro privado ou pagamento de bolso).

A Tabela 2 mostra o número de Obras Sociais do regime nacional e a população coberta, segundo tipo de entidade, no ano de 1984:

Tabela 2 – Quantidade de Obras Sociais do regime nacional (leis 18.610 e 22.269) e população coberta, segundo tipo de entidade (1984)

Tipo de Obra Social	Quantidade		População coberta (%)
	Número	Porcentagem	
Administração mista	12	4,1	51,3
Sindicais	199	68,5	37,2
Pessoal de direção	24	8,2	4,8
Estatais	16	5,5	4,3
Por convenio	31	10,6	1,4
Por adesão	3	1	0,6
Lei 21.746	5	1,7	0,3
De empresa	1	0,4	0,1
TOTAL	291	100	100

Fonte: Mera (1988)

As Obras Sociais de administração mista deviam seu nome ao fato de ser conduzidas de forma partilhada por beneficiários, empregados e o Estado. Dentre o conjunto das Obras Sociais nacionais, eram as que cobriam a maior proporção de beneficiários, mais da metade. Entre elas, destacavam-se o PAMI, com mais de três milhões de beneficiários, 18% da população coberta, e as Obras Sociais dos comerciários, dos empregados rurais, dos ferroviários, dos bancários e dos trabalhadores de seguros (Isuani & Mercer, 1988; Mera, 1988).

A maior quantidade de Obras Sociais, quase 70% das entidades pertencentes ao regime nacional, eram sindicais, ou seja, administradas pelos sindicatos correspondentes às respectivas categorias profissionais. Cobriam mais de um terço da população beneficiária

(Mera, 1988). Um pequeno conjunto possuía estrutura nacional e grande quantidade de filiados (metalúrgicos, mecânicos de transporte, trabalhadores da sanidade e da alimentação etc.); a maioria tinha uma quantidade de filiados menor ou caráter local (Jockey Club de Rosário, indústria da madeira em Córdoba, motoristas de ônibus de Mendoza, trabalhadores seringueiros de Santa Fé etc.) (Isuani & Mercer, 1988).

As Obras Sociais do pessoal de direção agrupavam a executivos e funcionários superiores de empresas com uma remuneração não inferior a cinco salários mínimos e empregados a cargo (Mera, 1988). Cobriam tanto a empresários quanto ao pessoal hierárquico de empresas de alimentação, automotriz, metalurgia etc. (Isuani & Mercer, 1988).

As Obras Sociais estatais eram as vinculadas a organismos públicos centralizados, como os ministérios e as secretarias de Estado, e a entidades públicas descentralizadas e empresas estatais, p. ex. de combustíveis, telecomunicações, correios etc. (Isuani & Mercer, 1988).

As Obras Sociais por convênio correspondiam àquelas onde a empresa privada havia acordado com o sindicato correspondente organizar e oferecer os serviços médicos, retendo as contribuições e aportes que normalmente haveria transferido à Obra Social sindical. Alguns exemplos eram as Obras Sociais das empresas Ford, Pirelli, Molinos Rio de la Plata, Dunlop Argentina, Cerámica San Lorenzo etc. (Isuani & Mercer, 1988; Mera, 1988).

As Obras Sociais aderidas eram as de alguns municípios que se incorporavam ao regime nacional. As da lei 21.746 eram Obras Sociais de empresas de capital misto, com participação estatal (Atanor, Forja Argentina, Papel Misionero, Petroquímica General Mosconi e Somisa), e a de empresa era unicamente a Obra Social do grupo Fiat Concord (Isuani & Mercer, 1988; Mera, 1988).

Isuani e Mercer (1988) destacavam o fenômeno da concentração da cobertura em poucas Obras Sociais: em dezembro de 1984, as vinte maiores Obras Sociais cobriam 80% da população beneficiária, sendo que destas apenas cinco protegiam 50%.

Os prestadores privados eram os principais contratantes de serviços assistenciais para os beneficiários de Obras Sociais. Para o total da população, o setor privado também era o maior provedor de consultas médicas e odontológicas. No ano de 1980 61,1% das consultas médicas da região metropolitana de Buenos Aires eram realizadas com prestadores privados, 20,2% em serviços próprios das Obras Sociais e apenas 15,9% nos hospitais públicos. Em relação aos mecanismos de financiamento das consultas médicas, também no ano de 1980, 45,6% era financiado mediante Obras Sociais, 14,4% pelo setor público, 8,5% através de seguros privados e 31,5% via pagamentos de bolso (Mera, 1988).

O setor privado abarcava profissionais particulares, sanatórios e clínicas, hospitais de coletividades (Espanhol, Italiano, Francês, Alemão) e aproximadamente 100 empresas de seguro privado, que no ano de 1980 alcançava 12% da população da região metropolitana de Buenos Aires (Isuani & Mercer, 1988).

4.2.1.1 Recursos para a atenção à saúde

Financeiros

No ano de 1980, a Argentina destinava entre 7,1% e 8,2% do PIB à saúde, segundo a fonte consultada. Na época, essa porcentagem era inferior à da França (9,3), Alemanha (9,2) e Canadá (8,2), mas superior que a da Grã Bretanha (6,2) e a do Brasil (3,9) (Mera, 1988). No mesmo ano, o gasto público em saúde era de aproximadamente 1,76% do PIB e o privado de 3,5% do PIB. Por outra parte, no ano de 1984, o gasto em saúde das Obras Sociais do regime nacional (leis 18.610 e 22.269) era de aproximadamente 3% do PIB (Isuani & Mercer, 1988).

Se dividido por subsistemas, 39,2% do gasto em saúde era responsabilidade das Obras Sociais, 38,1% do setor privado (inclui seguros privados e gastos de bolso) e 22,7% do subsistema público (Mera, 1988).

Físicos

No ano de 1980, havia 9.642 estabelecimentos de atenção médica. Desse total, dois terços ofereciam apenas serviços ambulatorios, enquanto o restante possuía internação, com uma disponibilidade de pouco mais de 150.000 leitos, configurando uma taxa de 5,4 leitos cada 1000 habitantes, menos que Canadá (9,2) e Cuba (6,1), e mais que o Brasil (3,7) na mesma época. Desses leitos, 63,2% pertenciam ao setor público, 31,4% ao setor privado e 5,4% a serviços próprios das Obras Sociais (Mera, 1988).

Do total de estabelecimentos do setor público destinados ao diagnóstico, consulta e internação, no ano de 1980 quase 71% pertencia às administrações provinciais, quase 19% aos municípios, 9% a outras dependências oficiais (p. ex. universidades e forças armadas) e menos de 1% dos estabelecimentos pertencia ao nível nacional (Isuani & Mercer, 1988).

No subsistema do seguro social, do total de 337 Obras Sociais nos inícios de 1985, apenas 50 possuíam estabelecimentos próprios, e destas, só 12 tinham dois terços dos estabelecimentos e 83% dos leitos de internação (Isuani & Mercer, 1988).

Humanos

Segundo estimativas do Ministério de Saúde e Ação Social e OPAS Argentina, no ano de 1983 havia 28,6 médicos por cada 10.000 habitantes, uma das taxas mais altas do mundo, maior do que a de Espanha (25,7), Canadá (19,6) e Cuba (19,1). No entanto, o aparente excesso ocultava a má distribuição territorial, havendo entre dez e vinte vezes mais médicos por habitante nos conglomerados urbanos que nas áreas rurais (p. ex., no ano de 1968, enquanto na cidade de Córdoba a taxa de médicos cada 10.000 habitantes era de 30,2, no interior da província de Tucumán era de 1,3) (Mera, 1988).

No ano de 1980, o subsistema público contava com quase 160 mil trabalhadores, dos quais pouco mais de 54 mil tinham formação superior. O setor provincial era o maior empregador (53%), seguido pelos municípios (25%), outras dependências oficiais (16%) e finalmente o nível nacional (6%) (Isuani & Mercer, 1988).

4.2.2 Institucionalidade do subsistema de Obras Sociais

4.2.2.1 Lei 18.610 de Obras Sociais (1970)

A sanção da lei 18.610, no ano de 1970 por um governo autoritário, havia significado a generalização do sistema de Obras Sociais para a totalidade da população formalmente assalariada. Apesar do ordenamento introduzido pela nova legislação, para Belmartino (2005) tratava-se, ainda, de um débil envolvimento do Estado na regulamentação do sistema, aspecto que pode ser interpretado como um indicador da institucionalização fragmentada da atenção à saúde.

A lei estruturou um regime de Obras Sociais organizado por categorias profissionais, com formas de condução heterogêneas e financiado mediante aportes e contribuições de trabalhadores assalariados e empregadores. Abarcava todos os tipos de Obras Sociais

existentes: da administração central do Estado, dos organismos estatais descentralizados, das empresas do Estado, paraestatais, de administração mista e das associações profissionais de trabalhadores com *personeria gremial* (reconhecidas como representativas da categoria). Ficavam excluídas as Obras Sociais provinciais, podendo aderir à lei voluntariamente.

As Obras Sociais eram obrigadas a destinar seus recursos em forma prioritária às prestações de saúde, podendo manter outros serviços. As associações profissionais de trabalhadores que ainda não ofereciam serviços de saúde passaram a estar obrigadas a fazê-lo, em forma direta ou mediante convênios.

Tinham direito a acessar esses serviços de saúde todos os trabalhadores assalariados e seu grupo familiar primário (cônjuge, filhos menores de 18 anos e filhas menores de 21). No caso de filhos com deficiência, não havia limite de idade. Podiam ser incluídos outros parentes do trabalhador, por exemplo, os pais, quando estiverem a cargo deste. No caso do falecimento do contribuinte, o grupo familiar beneficiário podia permanecer na Obra Social, mediante pagamento do aporte correspondente.

Para o financiamento das Obras Sociais foram estabelecidos: uma contribuição de 2% do salário a cargo do empregador; um aporte de 1% a cargo do trabalhador, que aumentava para 2% no caso da inclusão de familiares, e um aporte de 2% da aposentadoria para os trabalhadores aposentados que optassem por incorporar-se ao sistema.

A lei estabelecia que as Obras Sociais de associações profissionais fossem conduzidas pelos respectivos sindicatos, mas devendo manter independência administrativa, contável e financeira.

A norma criou o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS) como organismo dependente do Ministério de Bem-estar Social, para funcionar como autoridade de aplicação da lei, com jurisdição sobre as Obras Sociais compreendidas nela e outras que decidissem aderir ao sistema. A finalidade era promover, coordenar e integrar as atividades das Obras Sociais, bem como controlá-las nos aspectos técnicos, administrativos, financeiros e contáveis. Algumas atribuições do INOS eram: coordenar a ação das Obras Sociais com os planos estabelecidos por organismos nacionais, aprovar a instalação de prestadores próprios, promover a articulação das Obras Sociais e realizar o controle contável, médico e das outras prestações das Obras Sociais. O INOS iria ser conduzido e administrado por uma diretoria integrada por um presidente, cinco membros em representação do Estado, três representantes dos trabalhadores e dois do setor empresário.

A lei criou, também, o Fundo de Redistribuição, administrado pelo INOS e destinado a outorgar assistência financeira às Obras Sociais e contribuir ao crescimento ou melhora de sua

capacidade instalada. Os recursos do Fundo seriam provenientes de aportes e contribuições calculados sobre o décimo terceiro salário dos trabalhadores; de subsídios, subvenções, heranças, legados e doações, e das multas aplicadas pelo não cumprimento da lei.

As Obras Sociais compreendidas na lei deveriam inscrever-se no Registro Nacional de Obras Sociais.

4.2.2.2 Lei 22.269 de Obras Sociais (1980)

Criada para substituir a lei 18.610, que havia sido a primeira norma destinada a regular a estrutura e o funcionamento das Obras Sociais, implementada dez anos antes, a nova lei foi sancionada, também, em um contexto de ditadura civil-militar. Segundo Arce (2010), a lei 22.269 não foi regulamentada e não conseguiu substituir a 18.610. No entanto, Katz e Muñoz (1988) referiam-se à lei como a vigente na época, destacando que junto à 18.610 eram a base jurídico-legal sobre a qual se assentava o funcionamento do subsistema de Obras Sociais.

A lei 22.269 era mais extensa e detalhada que sua antecessora: dobrava a quantidade de artigos (73 contra 31). Reconhecia a importância das Obras Sociais, pois através destas os trabalhadores em relação de dependência, os aposentados e pensionistas e os beneficiários de prestações não contributivas, bem como os respectivos grupos familiares, recebiam atenção médica. No entanto, procurava desvinculá-las totalmente das entidades sindicais, outorgando-lhes individualidade jurídica, administrativa e financeira. Buscava, também, evitar que as Obras Sociais desenvolvessem estabelecimentos e prestações próprias, restringindo sua função a meras financiadoras de serviços contratados a prestadores privados.

Se bem considerava que o regime de Obras Sociais constituía uma resposta adequada à necessidade de financiar serviços médico-assistenciais, destacava que tal resposta devia ser enquadrada no marco de uma política nacional definida e submetida a organismos com capacidade de condução e controle. Os promotores da lei avaliavam que, no início do período ditatorial, o INOS não funcionava plenamente, havendo, portanto, carência de controles, e consideravam que não existia uma política nacional de saúde, com a consequente falta de normas precisas para o desempenho das Obras Sociais.

O diagnóstico estabelecido no texto da lei era de irregularidades e ineficiência. Afirmava que havia derivação de fundos das Obras Sociais para finalidades diferentes da

atenção à saúde e que era necessário assegurar a cada Obra Social uma condução adequada, que não estivesse submetida a “contingências alheias ao campo do social”.

Os beneficiários do sistema continuavam sendo, em forma obrigatória, os trabalhadores em relação de dependência e os respectivos grupos familiares primários (cônjuge, filhos e filhos deficientes de qualquer idade). Agregavam-se os aposentados e pensionistas e os destinatários de prestações não contributivas. Previa-se a incorporação dos autônomos. Ficavam excluídos do sistema previsto na lei: os trabalhadores e aposentados das forças armadas, da polícia federal e do serviço penitenciário, e os dependentes dos governos provinciais e municipais. A assistência médica desses trabalhadores e suas famílias seria responsabilidade das Obras Sociais correspondentes a cada categoria profissional e regulada por leis particulares para esses setores. No entanto, Obras Sociais não contempladas na lei podiam solicitar sua incorporação no regime por ela estabelecido.

À diferença da lei 18.610, o grupo familiar primário beneficiário do sistema previsto na lei incluía os filhos homens até os 21 anos quando estes fossem estudantes (a lei 18.610 incluía filhos até 18 anos e filhas até 21). A nova lei permitia que os trabalhadores continuassem sendo beneficiários do sistema ainda que fossem demitidos, suspensos ou licenciados, com ou sem a realização de aportes segundo o caso. Permitia também que a família permanecesse como beneficiária em caso de morte do trabalhador, mediante pagamento dos aportes correspondentes.

Uma diferença introduzida em relação à lei 18.610 era a possibilidade de optar pela não utilização dos serviços oferecidos pela Obra Social correspondente à categoria profissional. Para isso, o beneficiário deveria comprovar sua incorporação a outra entidade de prestações médicas, mas continuaria contribuindo à Obra Social que corresponderia com 10% do aporte pessoal previsto na lei.

A lei estabelecia a obrigatoriedade das Obras Sociais destinarem pelo menos 80% da renda bruta às prestações médicas (a lei anterior estabelecia que as Obras Sociais deviam destinar seus recursos em forma prioritária a prestações de saúde, mas não indicava em qual proporção). Por outra parte, 90% dos recursos do Fundo de Redistribuição deviam ser destinados pelo INOS à prestação de serviços médicos.

Em relação aos recursos das Obras Sociais chamados “de outra natureza” (distintos dos aportes e contribuições)⁷, 60% deviam ser destinadas ao Fundo de Redistribuição.

⁷ Os chamados recursos de outra natureza (distinta dos provenientes de aportes e contribuições) eram em geral fixados por leis especiais, como a do Instituto de serviços Sociais Bancários, que estabelecia uma retenção de 2% dos interesses e comissões recebidos pelos bancos e uma similar para os seguros, que determinava uma

Os recursos do sistema, bem como o patrimônio das Obras Sociais, consideravam-se de natureza pública.

A lei conservava o INOS como autoridade de aplicação e órgão de condução do regime, mas modificava a composição da diretoria (na lei 18.610 estabeleciam-se onze integrantes: um presidente, cinco representantes do Estado, três do setor laboral e dois do setor empresário; na lei 22.269 estabeleciam-se sete diretores: um representante do Ministério de Bem-estar Social, dois da Secretaria de Estado de Seguridade Social, dois da Secretaria de Estado de Saúde Pública, um representante dos beneficiários e um representante dos empregadores contribuintes). Considerava-se que a norma anterior, a lei 18.610, estabelecia com imprecisão e insuficiência as atribuições do INOS. Os membros da diretoria do INOS não poderiam desempenhar funções de nenhuma natureza nas Obras Sociais compreendidas na lei, nem em sindicatos. Criava-se também um Conselho Consultivo, cuja função seria de assessoria, e que estaria conformado por representantes de todas as Obras Sociais compreendidas na lei, com total independência dos sindicatos de trabalhadores.

Em relação à estrutura jurídica das Obras Sociais, a lei dispunha a individualidade jurídica, administrativa e financeira, ficando totalmente desvinculadas dos sindicatos. A lei buscava evitar a “confusão” entre Obra Social e sindicato. A denominação, o “nome” das Obras Sociais, não poderia incluir referência a qualquer sindicato.

O governo das Obras Sociais seria exercido por um Conselho de Administração conformado por um representante do Estado, três dos empregadores e três dos trabalhadores. Um dos requisitos para integrar tais conselhos, ademais de ser maior de idade e não ter antecedentes penais, era não desempenhar cargos nem funções em sindicatos em forma simultânea.

A lei restringia a atuação das Obras Sociais, estabelecendo funções unicamente de financiamento e vedando o desenvolvimento de estabelecimentos e prestações próprias. As Obras Sociais deveriam, inclusive, reduzir a infraestrutura já existente.

Criava-se o Registro de Prestadores, administrado pelo INOS. As prestações médicas outorgadas pelos prestadores consideravam-se serviços públicos de assistência social.

A lei estabelecia a reorganização das Obras Sociais. O INOS teria a atribuição de redefinir o tamanho e o âmbito de atuação das Obras Sociais, bem como a distribuição de beneficiários e recursos. No setor privado, as Obras Sociais seriam agrupadas segundo

contribuição de 1% sobre os prêmios de seguros, exceto as dos seguros de vida. Não todas as Obras Sociais tinham acesso a recursos de outra natureza (Mera, 1988).

critérios territoriais e de categoria profissional até atingir um tamanho mínimo estabelecido. No setor público, seria respeitada a divisão por ministério, organismo ou empresa estatal. Os diretores de empresas privadas poderiam manter sua Obra Social diferenciada ou agrupar-se com outras Obras Sociais de trabalhadores com funções hierárquicas, buscando atingir o tamanho mínimo já comentado.

Em relação aos bens dos sindicatos destinados à prestação de serviços médicos, se tivessem sido adquiridos com recursos da lei 18.610, deviam ser transferidos à Obra Social sem nenhum tipo de compensação financeira. No caso desses bens terem sido adquiridos com recursos do sindicato, podia ser acordada a transferência mediante pagamento, ou conservados pelo sindicato para oferecer serviços médicos, com estrutura jurídica independente do sindicato e mediante inscrição no Registro de Prestadores.

Os sindicatos eram proibidos de oferecer serviços médicos, mas podiam outorgar outras prestações de caráter social, como turismo, financiadas exclusivamente com recursos próprios.

Para o financiamento do sistema previam-se contribuições dos empregadores equivalentes a 4,5% dos salários; aportes dos trabalhadores de 3%, mais 1% por cada familiar incluído, e aportes de aposentados, pensionistas e beneficiários de prestações não contributivas segundo o estabelecido pela lei 19.032 (do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, mais conhecido como PAMI). Observa-se que, em relação à lei 18.610, aumentaram as porcentagens de aportes e contribuições, embora o fizesse em maior medida os aportes dos trabalhadores.

A lei estabelecia que os recursos do Fundo de Redistribuição fossem: 10% da renda das Obras Sociais proveniente de aportes e contribuições, 60% da renda das Obras Sociais originada em recursos de outra natureza (distinta dos aportes e contribuições), multas aplicadas pelo não cumprimento da lei, rendimentos financeiros, subsídios, heranças e doações. Os recursos do Fundo seriam destinados pelo INOS a: o financiamento das prestações básicas das Obras Sociais deficitárias, a criação de infraestrutura das Obras Sociais e o financiamento de planos e programas de caráter social vinculados às prestações das Obras Sociais. Como mínimo 90% dos recursos do Fundo deviam ser utilizados para finalidades relacionadas à prestação de serviços médicos.

O Quadro 4 sintetiza as principais diferenças entre as leis 18.610 e 22.269:

Quadro 4 – Diferenças entre as leis 18.610 e 22.269

	Lei 18.610 (1970)	Lei 22.269 (1980)
Estatuto legal das Obras Sociais	Abarcava todos os tipos de Obras Sociais existentes, dentre elas, as sindicais.	Procurava desvincular as Obras Sociais das entidades sindicais, outorgando-lhes individualidade jurídica, administrativa e financeira.
Administração das Obras Sociais	Estabelecia que as Obras Sociais de associações profissionais fossem conduzidas pelos respectivos sindicatos, mas devendo manter independência administrativa, contável e financeira.	O governo das Obras Sociais seria exercido por um Conselho de Administração conformado por um representante do Estado, três dos empregadores e três dos trabalhadores. Um dos requisitos para integrar tais conselhos, ademais de ser maior de idade e não ter antecedentes penais, era não desempenhar cargos nem funções em sindicatos em forma simultânea.
Estabelecimentos e prestadores próprios das Obras Sociais	Sem especificações.	Buscava evitar que as Obras Sociais desenvolvessem estabelecimentos e prestações próprias, restringindo sua função a meras financiadoras de serviços contratados a prestadores privados.
Beneficiários	Trabalhadores em relação de dependência e os respectivos grupos familiares primários (cônjuge, filhos e filhos deficientes de qualquer idade).	Agregavam-se os aposentados e pensionistas e os destinatários de prestações não contributivas. Previasse a incorporação dos autônomos. Ficavam excluídos do sistema previsto na lei: os trabalhadores e aposentados das forças armadas, da polícia federal e do serviço penitenciário, e os dependentes dos governos provinciais e municipais.
Possibilidade de escolha de Obra Social	Cada trabalhador teria a cobertura e aportaria parte do seu salário na Obra Social correspondente a sua categoria profissional. Não existia possibilidade de escolha.	Introduzia a possibilidade de optar pela não utilização dos serviços oferecidos pela Obra Social correspondente à categoria profissional. Para isso, o beneficiário deveria comprovar sua incorporação a outra entidade de prestações médicas, mas continuaria contribuindo à Obra Social que corresponderia com 10% do aporte pessoal previsto na lei.
Financiamento do subsistema	<ul style="list-style-type: none"> a) Contribuições de 2% dos salários a cargo do empregador; b) Aportes de 1% a cargo do trabalhador, que aumentava para 2% no caso da inclusão de familiares, e c) Aportes de 2% da aposentadoria para os trabalhadores aposentados que optassem por incorporar-se ao sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Contribuições de 4,5% dos salários a cargo do empregador; b) Aportes de 3% a cargo do trabalhador, mais 1% por cada familiar incluído. c) Aportes de aposentados e beneficiários de prestações não contributivas segundo o estabelecido pela lei 19.032 (do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, mais conhecido como PAMI).
Recursos das Obras Sociais destinados a assistência a saúde	Estabelecia que as Obras Sociais deviam destinar seus recursos em forma prioritária a prestações de saúde, mas não indicava em qual proporção.	Estabelecia a obrigatoriedade das Obras Sociais destinarem pelo menos 80% da renda bruta às prestações médicas.
Fundo de Redistribuição	<p>Destinado a outorgar assistência financeira às Obras Sociais e a contribuir ao crescimento ou melhora de sua capacidade instalada.</p> <p>Os recursos do Fundo seriam provenientes de aportes e</p>	<p>Destinados ao financiamento das prestações básicas das Obras Sociais deficitárias, à criação de infraestrutura e ao financiamento de planos e programas de caráter social vinculados às prestações das Obras Sociais.</p> <p>Os recursos do Fundo seriam: 10% da renda das Obras Sociais proveniente de aportes e contribuições,</p>

	contribuições calculados sobre o décimo terceiro salário dos trabalhadores; de subsídios, subvenções, heranças, legados e doações, e das multas aplicadas pelo não cumprimento da lei.	60% da renda das Obras Sociais originada em recursos de outra natureza (distinta dos aportes e contribuições), multas aplicadas pelo não cumprimento da lei, rendimentos financeiros, subsídios, heranças e doações Destacava que 90% dos recursos do Fundo deveriam ser destinados pelo INOS à prestação de serviços médicos.
Condução do INOS	O INOS seria conduzido e administrado por uma diretoria integrada por onze integrantes: a) Um presidente; b) Cinco membros em representação do Estado; c) Três representantes dos trabalhadores; d) Dois do setor empresário.	Prevista sete diretores: a) Um representante do Ministério de Bem-estar Social; b) Dois da Secretaria de Estado de Seguridade Social, c) Dois da Secretaria de Estado de Saúde Pública; d) Um representante dos beneficiários; e) Um representante dos empregadores contribuintes.
Membros da diretoria	Sem especificações.	Os membros da diretoria do INOS não poderiam desempenhar funções de nenhuma natureza nas Obras Sociais compreendidas na lei, nem em sindicatos.
Reorganização das Obras Sociais	Não prevista.	O INOS teria a atribuição de redefinir o tamanho e o âmbito de atuação das Obras Sociais, bem como a distribuição de beneficiários e recursos.
Conselho Consultivo	Não previsto.	Criava um Conselho Consultivo, cuja função seria de assessoria, conformado por representantes de todas as Obras Sociais compreendidas na lei, com total independência dos sindicatos de trabalhadores.

Fonte: elaboração própria, com base em Argentina (1970; 1980)

4.3 A política social do governo de Alfonsín

Como foi comentado no começo deste capítulo, o governo do retorno à democracia encontrou o país devastado nos planos político, social e econômico. Os níveis de pobreza haviam aumentado dramaticamente, eram muitos os que haviam perdido o emprego e que, em consequência, haviam sido expulsos de um sistema de proteção social estruturado em torno do trabalho formal (Golbert, 2010). A questão da pobreza adquiriu grande importância, era um problema que exigia pronta superação, sobretudo em um contexto de recuperação democrática e confiança na capacidade das instituições para assegurar o bem-estar da população.

Através do Ministério de Saúde e Ação Social, que praticamente centralizava a política social do governo de Alfonsín, o ministro Aldo Neri buscou implementar estratégias para melhorar as condições de vida dos setores populares. Assim, uma das primeiras medidas foi a criação do Programa Alimentar Nacional (PAN), uma política de distribuição de alimentos de

amplitude inédita (Vommaro & Daniel, 2013) destinada às famílias pobres de todo o território nacional, que previa, além da assistência alimentar, ações dirigidas à educação para a saúde, controle de crescimento das crianças, compras comunitárias, desenvolvimento de hortas, saneamento básico e provisão de água potável (Golbert, 2010).

Outra política importante impulsionada desde o Ministério foi o Fundo de Assistência em Medicamentos (FAM), que estabelecia a provisão de uma lista de medicamentos básicos através dos hospitais públicos. Era uma tentativa de regular o mercado de medicamentos, sobretudo os preços, e de garantir o acesso às pessoas sem cobertura de Obra Social nem capacidade de pagamento (Neri, 2008).

Em relação à política de saúde, já na plataforma eleitoral de 1983 a UCR, partido político do vencedor, tinha se comprometido, entre outras coisas, a: recuperar a responsabilidade estatal na condução de uma política social unificada e participativa; promover a reforma e aumento da qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital público; manter ao trabalhador desempregado e sua família como beneficiários da Obra Social correspondente mediante aportes e contribuições estatais; fortalecer as Obras Sociais, sob a condução de representantes dos sindicatos e do Estado, através da compensação das desigualdades existentes entre elas (UCR, 1983).

Segundo as definições de um dos entrevistados, já na época de campanha, Aldo Neri havia apresentado a ideia de um seguro nacional de saúde em um congresso realizado no ano de 1983, no Teatro San Martín da cidade de Buenos Aires. Para Neri,

A estratégia governamental a partir desse momento [de redemocratização] apontou a atingir um objetivo essencial: integrar o tema da reforma dos serviços de saúde a uma discussão política mais ampla, sobre o modelo de sociedade participativa e solidária a construir, tirando assim a saúde do gueto marginal dos assuntos falsamente acéticos e tecnocráticos, e procurando evitar a mera luta de interesses setoriais, incorporando-os e moderando-os em uma proposta superadora que servisse para o bem comum do povo (Neri in Mera, 1988, p. 15).

Por outra parte, no seu discurso de posse na Assembleia Legislativa, o presidente Raúl Alfonsín havia expressado que, no campo da saúde, democracia tinha dois significados: equidade nas possibilidades de acesso a serviços de qualidade e participação popular e dos diversos atores envolvidos no desenvolvimento das atividades. Havia ressaltado que a superação das desigualdades e discriminações exigia unidade na condução política do sistema de saúde, como condição necessária, embora não suficiente, para orientar as ações do Estado, das Obras Sociais e do setor privado na procura de objetivos comuns. O presidente afirmou

que seu governo iria promover a modernização dos hospitais públicos para favorecer a paulatina integração funcional com as Obras Sociais (Alfonsín, 1983).

Naquele discurso, o Presidente expressou:

Não queremos uma atenção da saúde para pobres e outra para os setores favorecidos. Devemos, portanto, aprofundar o exercício da solidariedade nacional (...). Uma decidida participação do Estado junto aos trabalhadores na gestão das Obras Sociais enquadrará sua ação em uma política nacional de saúde unificada e coerente (...). Toda esta ação será desenvolvida como um parte de um sistema nacional de saúde, destinado a cobrir as necessidades de toda a população, que será estruturado e implementado através das leis que vossa honorabilidade analisará e sancionará oportunamente. (Alfonsín, 1983)

Segundo Mera (1988), a situação de saúde que encontrou o governo constitucional à hora de assumir suas funções era caracterizada por dificuldades na organização do sistema, herdadas de políticas sanitárias anteriores, e pelo aguçamento dos problemas sociais provocado pela política econômica do governo militar. O diagnóstico naquele momento indicava que existiam recursos materiais e humanos suficientes no sistema de atenção médica, que, no entanto, precisavam de liderança estatal e unidade na condução. Nesse sentido, uma das primeiras medidas foi a transferência do INOS para o âmbito da Secretaria de Saúde, pertencente ao Ministério de Saúde e Ação Social, conseguindo que “pela primeira vez na história política argentina, os dois ramos principais da saúde [Obras Sociais e saúde pública] se juntaram sob uma mesma dependência direta” (Mera, 1988, p. 71).

Para intervir no problema da dispersão do setor, Mera (1988), que fazia parte da equipe do ministro Neri e foi interventor do INOS durante seu mandato, comenta que as opções eram três: (a) organizar o sistema com eixo no hospital público; (b) aproveitar o regime de atenção médica relativamente homogêneo conseguido pelos prestadores, ou (c) continuar a dinâmica das Obras Sociais já estabelecida. Foi escolhida a alternativa do seguro social médico, por vários motivos. Em primeiro lugar, na época “o substancial da atenção médica das pessoas passava pela cobertura assistencial das Obras Sociais” (Mera, 1988, p. 73). Por outra parte, seguindo a experiência internacional, os seguros sociais médicos eram o subsetor mais dinâmico na atenção à saúde. Finalmente, avaliava-se como estratégico se apoiar nas instituições tradicionais para conseguir mudanças perduráveis, considerando, inclusive, o arraigo que as Obras Sociais tinham na população. A estratégia foi a de articular os componentes do sistema em um seguro nacional de saúde, que estendesse o regime de Obras Sociais ao conjunto da população.

O ministro Neri havia conformado uma equipe, da qual, como foi dito, Jorge Mera fazia parte. Segundo este, uma das primeiras demandas recebidas pela equipe foi a elaboração de um projeto de lei para substituir a legislação vigente, sobretudo a lei 22.269. Entre fins de 1983 e meados de 1984, o grupo trabalhou em uma legislação para as Obras Sociais, embora os objetivos do Ministério no campo da saúde excedessem esse tema. Conceitualmente, o projeto se apoiava em um livro de Aldo Neri chamado *Política Social y Salud*, no “Documento sobre política de saúde” do Movimento de Renovação e Câmbio da UCR⁸ e nas atividades da equipe de saúde da Democracia Cristã, que Mera integrava. Em agosto de 1984, a equipe produziu uma primeira versão do texto do projeto de lei, onde as Obras Sociais já eram incluídas como parte de um seguro nacional de saúde. Paralelamente, no início de setembro de 1984, Neri apresentou sua proposta para o setor saúde na 3ª Reunião Ordinária do Conselho Federal de Saúde (COFESA)⁹, realizada na cidade de Tucumán (Mera, 1988).

No COFESA, foi formada uma comissão para discutir a proposta de Neri, integrada, entre outros representantes das províncias, por Rodolfo Rodríguez, de Córdoba (no futuro próximo, Rodríguez seria presidente do INOS, substituindo a Mera, e negociaria com um setor do sindicalismo modificações ao projeto de seguro de Neri). A comissão elaborou um documento, do qual foram derivadas as “Coincidências sobre Política de Saúde”, mais tarde aprovadas pelo COFESA por unanimidade, em 14 de dezembro de 1984. As Coincidências haviam sido consensuadas por representantes de governos provinciais de distintas bandeiras políticas: justicialista, radical, partidos locais (Mera, 1988).

Quase um mês antes, em 19 de novembro de 1984, o Ministério de Saúde e Ação Social havia apresentado as “Bases para uma Legislação sobre Seguro Nacional de Saúde” na Subcomissão de Saúde e Seguridad Social da então chamada Mesa de Concertação¹⁰. Na Subcomissão participavam representantes de todos os setores interessados: dos trabalhadores organizados, das empresas (empregadores) e dos prestadores privados de saúde. As posições e demandas dos diferentes grupos foram consideradas para elaborar o projeto de lei, exceto aqueles pontos nos que se opunham abertamente à política do governo (Mera, 1988).

⁸ Agrupação interna da UCR, de tendência socialdemocrata, liderada por Alfonsín.

⁹ O Conselho Federal de Saúde (COFESA) é um órgão de coordenação de políticas de saúde formado pelos ministros de saúde dos governos provinciais e presidido pelo ministro de saúde nacional. Foi criado através da lei 22.373 no ano de 1981.

¹⁰ A Mesa de Concertação era um espaço de negociação de grupos de interesse, convocado pelo governo em maio de 1984. Para este último, era uma forma de forçar aos atores econômicos a se disciplinar entre eles, deixando de lado demandas setoriais em favor de soluções globais (Ducatenzeiler, 1990).

Mera (1988) destaca que as “Coincidências...” haviam sido aprovadas por unanimidade por representantes de governos provinciais de distintos partidos políticos, e que as “Bases...” haviam sido apresentadas para todos os setores interessados, provavelmente querendo demonstrar que o projeto de Seguro Nacional de Saúde não havia sido pensado “a portas fechadas”, mas discutido democraticamente, não faltando consenso para sua proposta e implementação. Segundo as definições de Neri na apresentação do Seguro que faria no Congresso em 1985, o projeto era o resultado de um longo período de consultas realizadas com representantes do campo empresário, sindical e profissional. Haviam sido cotejadas posições, ideias e interesses, e o Seguro era apresentado como produto desse consenso¹¹. Entretanto, um dos entrevistados aponta que em uma reunião do COFESA ocorrida entre 1984 e 1985 (provavelmente aquela mencionada por Mera (1988), onde Neri havia apresentado sua proposta para o setor saúde), a totalidade da bancada de ministros das províncias governadas pelo peronismo abandonou a plenária, esvaziando-a e demonstrando que o Ministério de Saúde nacional “não governava”, não tinha legitimidade nesse cenário.

4.4 O projeto de Seguro Nacional de Saúde

O projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde (SNS) foi enviado ao Congresso em 11 de setembro de 1985. As mensagens de apresentação de Alfonsín e Neri foram transmitidas nacionalmente por rádio e TV (Mera, 1988). No dia seguinte, os dois principais jornais de Buenos Aires noticiaram os anúncios do governo, como mostram as Figuras 1, 2, 3, 4 e 5.

O jornal *Clarín* destacou a novidade com uma manchete na capa (Figura 1). Publicou no interior referências às mensagens do Presidente e do Ministro de Saúde e Ação Social e o texto completo do projeto de Seguro (Figuras 2, 3 e 4). Cabe salientar as disposições do projeto escolhidas para titular as matérias: “O projeto do Poder Executivo elimina o INOS e propicia um fundo de redistribuição” e “Não se transferem bens sindicais”, que eram diferenças em relação, sobretudo, à normativa que seria revogada (lei 22.269).

¹¹ A ideia de que o projeto era produto do consenso é, pelo menos, polêmica. Neri desenvolveu o SNS junto com colegas da Escola de Saúde Pública da Universidade e Buenos Aires (Arce, 2010; Vilosio, 2016), com quem manteve reuniões já desde a década de 1970, segundo palavras do próprio Neri. O esboço do projeto foi preparado por Jorge Mera, apresentado em um seminário no ano de 1982, e publicado em uma revista em 1983, ou seja, entre um e dois anos antes de tal consenso. Por outra parte, segundo definições de um dos entrevistados, o esboço efetivamente foi preparado por Mera, e discutido por apenas cinco pessoas.

O jornal *La Nación* também anunciou a apresentação do SNS na capa (Figura 5), resenhando os pontos principais e ressaltando que o Seguro previa uma contribuição patronal mais elevada (de 7.5% do salário do empregado), ao tempo que eliminava os aportes dos trabalhadores. Além disso, salientava que o projeto era controvertido e que os dirigentes sindicais da CGT já haviam se manifestado contrários à iniciativa governamental.

Figura 1 – Enviaram ao Congresso o projeto de Obras Sociais



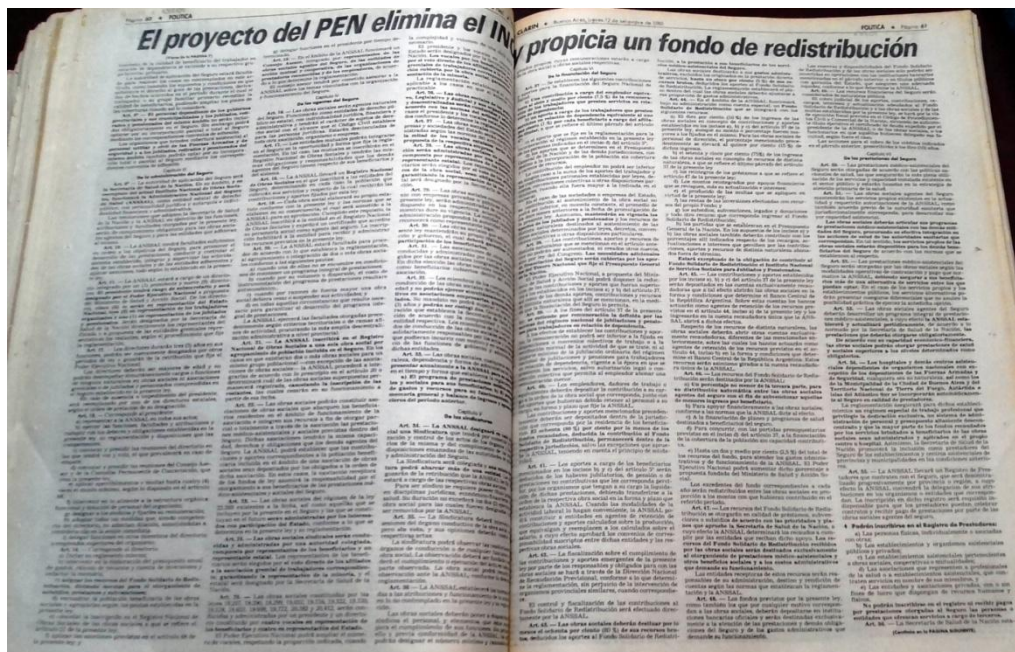
Fonte: CLARÍN, 12/09/1985, Capa

Figura 2 – Mensagens do Poder Executivo e projeto de SNS



Fonte: CLARÍN, 12/09/1985, p. 6-7

Figura 3 – O projeto do PE elimina o INOS e propicia um fundo de redistribuição (continuação do projeto de SNS)



Fonte: CLARÍN, 12/09/1985, p. 60-61

Figura 4 – Não se transferem bens sindicais (continuação do projeto de SNS)



Fonte: CLARÍN, 12/09/1985, p. 62

Figura 5 – O projeto do seguro de saúde



Fonte: LA NACIÓN, 12/09/1985, Capa

O SNS procurava articular os subsetores do sistema de saúde – público, privado e de Obras Sociais – para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Tratava-se de um projeto limitado à atenção médica, não legislando sobre outros aspectos relacionados à saúde, como a formação de recursos humanos, a política de medicamentos ou a vigilância epidemiológica (Mera, 1988).

À diferença do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), implementado na década de 1970, que procurava integrar o financiamento e as prestações em um sistema único estatal, o SNS pretendia a integração através da unificação financeira, conservando a oferta pluralista de serviços de atenção médica. Buscava também universalizar o acesso às Obras Sociais mediante aportes estatais destinados a cobrir a população sem emprego formal – portanto, não contribuinte – e sem capacidade de pagamento (Arce, 2010).

O Seguro significava uma reforma do regime de Obras Sociais, que passariam a ser independentes dos sindicatos e conduzidas democraticamente por autoridades eleitas pelos próprios trabalhadores. Estabelecia um modelo de gestão descentralizado através da transferência de responsabilidades às províncias. O Estado nacional iria regular e financiar o Seguro, ao tempo que serviços seriam prestados em estabelecimentos de todas as jurisdições e organizações aderidas ao Seguro (Vilosio, 2016).

O SNS foi uma iniciativa destinada, entre outras coisas, a concentrar poder de decisão na autoridade sanitária nacional. Tinha a intenção de recuperar para o Ministério de Saúde nacional a capacidade de conduzir o sistema de saúde, através da coordenação de todos os componentes em um serviço nacional, da integração dos três subsistemas em um único sistema (Arce, 2010).

Na mensagem de apresentação do projeto ao Congresso, o presidente Alfonsín¹² argumentou que a democracia não consistia apenas em igualdade perante a lei e possibilidade de exercer com liberdade os direitos, mas também a luta para que as “grosseiras carências sociais” não desnaturalizassem as virtudes do Estado de direito. Para conseguir as mudanças sociais necessárias, destacou que era imprescindível reformar aspectos das instituições que permitissem criar “rotinas democráticas”, racionalizar e modernizar o Estado, bem como fortalecer suas capacidades. O Estado democrático devia velar pela satisfação da “dignidade básica do homem”, com independência de sua condição social ou econômica. Nesse sentido, devia cuidar de que a saúde chegasse à totalidade da população. Já que o direito à saúde considerava-se “indissolúvelmente ligado à dignidade da pessoa humana”, o Estado precisava

¹² Disponível em Mera (1988, p. 124-126).

intervir, não para impedir a ação de algum grupo em particular, mas para permitir que o sistema de saúde fosse coordenado e outorgasse a melhor assistência possível. Os objetivos declarados eram estabelecer regras de jogo claras e assegurar saúde integral para todos os argentinos.

Após a mensagem do Presidente, foi a vez do ministro Neri¹³, quem destacou que a “proposta social global” perseguia dois objetivos: afiançar a justiça distributiva para melhorar o acesso da população aos bens e serviços básicos, e estimular formas concretas de participação para aumentar o protagonismo popular na construção da democracia. Sobre o sistema de saúde, ressaltou que padecia problemas cujas soluções haviam sido postergadas por muito tempo: hospitais e centros de saúde públicos deteriorados, um extenso setor privado assistencial e um grande conjunto de Obras Sociais de crescimento individual e disperso, que se bem haviam significado possibilidades de saúde para a “família trabalhadora”, eram ineficientes e vulneráveis às condições da economia por carecerem de um plano condutor. Destacou que a solução dos problemas não dependia simplesmente da introdução de mais recursos econômicos, mas de uma transformação progressiva que permitisse atingir “objetivos irrenunciáveis”. Disse que era uma dívida com o povo “a oportunidade de discutir, nas instituições abertas da democracia, a superação de legislações que foram engendradas – as principais – nos gabinetes fechados das ditaduras”.

O primeiro desses “objetivos irrenunciáveis” era a *universalidade*: o seguro precisava cobrir a totalidade da população, ou seja, incorporar aqueles que não trabalhavam em relação de dependência (autônomos e desempregados) nem estavam aposentados, e por esse motivo não eram cobertos pelo sistema de Obras Sociais.

O segundo era o *pluralismo*: para as prestações seriam utilizados os estabelecimentos públicos, privados e das Obras Sociais pela totalidade da população, em função das suas necessidades e não de barreiras jurisdicionais. Promovia-se a utilização racional dos recursos assistenciais disponíveis através da integração dos setores público, privado e de Obras Sociais. Dessa forma, seria possível atingir também o objetivo da equidade na distribuição dos benefícios sociais, não só no sentido de acesso igualitário, mas também de qualidade adequada e homogênea da atenção. O Ministro ressaltou também que era indispensável a reativação dos hospitais e centros de saúde públicos, sua modernização administrativa e técnica para transformá-los em prestadores integrados à rede geral do SNS.

¹³ Disponível em Mera (1988, p. 127-131).

O terceiro objetivo era o da *solidariedade*: o SNS estabelecia um fundo especial ao qual contribuiriam todas as Obras Sociais, cujos recursos seriam distribuídos solidariamente entre as mais débeis. O Estado também aportaria receitas para cobrir àqueles sem acesso ao sistema de Obras Sociais. Por outra parte, o projeto previa a eliminação dos aportes dos trabalhadores, transformando-os em contribuições patronais. Ou seja, o seguro passaria a ser financiado com recursos públicos e contribuições unicamente dos empregadores.

O quarto objetivo era o fortalecimento da *participação popular*: considerava-se que os principais canais de participação eram as Obras Sociais, que no projeto se constituíam em agentes naturais do SNS. Nesse sentido, o Seguro buscava se alinhar com a trajetória das instituições de saúde na Argentina, significava “o reconhecimento e uma afirmação do papel fundamental que [cumpriam] as Obras Sociais como organizações intermédias ao serviço do bem comum, e [implicava] sua projeção a uma etapa de aperfeiçoamento”. No entanto, e da mesma forma que na lei 22.269, considerava-se necessária a separação jurídico-institucional da Obra Social de qualquer outra entidade setorial, fosse empresa estatal, sindicato ou câmara empresarial, “para evitar as distorções produzidas por interesses diferentes aos próprios do serviço que a Obra Social deve oferecer”. O Estado seria o orientador, mas não o proprietário das Obras Sociais. O projeto afirmava a participação protagonista dos trabalhadores organizados na condução de suas Obras Sociais, estabelecendo que seriam os trabalhadores afiliados aos sindicatos quem, através de eleições diretas, escolheriam delegados para conduzir as obra sociais. Haveria mecanismos de cogestão envolvendo os trabalhadores, representantes estatais e do órgão superior de administração do seguro (que substituiria o INOS), para garantir que as ações das Obras Sociais se enquadrassem nas políticas nacionais de saúde.

O último objetivo era o do *federalismo*: as províncias adeririam ao seguro, assumindo a plena responsabilidade de sua administração.

Os “objetivos irrenunciáveis” desenvolvidos por Neri também foram publicados na mídia da época, como mostra a Figura 6:

Figura 6 – Cinco princípios para fundamentar um projeto



Fonte: LA NACIÓN, 12/09/1985, p. 6

4.4.1 O conteúdo do projeto de lei de Seguro Nacional de Saúde

4.4.1.1 Introdução

Na introdução do projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde (SNS) destacava-se que o marco fundamental de referência era uma perspectiva integradora do sistema de saúde, onde a autoridade pública fosse a condutora e as sociedades intermédias participassem na gestão direta das ações, segundo “o moderno conceito de uma democracia social”.

Considerava-se a saúde e a educação questões de interesse público fundamentais no caminho da democratização da sociedade. Por tal motivo, o Estado não podia se desentender de sua condução geral; de outra forma, ficariam entregues ao jogo de interesses setoriais.

O projeto ressaltava que o setor saúde havia se desenvolvido historicamente sem um plano regulador que determinasse objetivos comuns para a variedade de recursos e serviços assistenciais. As políticas haviam alcançado metas parciais que não procuraram ordenar o sistema como uma totalidade. Além disso, esse crescimento espontâneo tinha determinado a separação entre a atividade privada e o setor público. Por sua vez, o rápido desenvolvimento dos seguros sociais havia criado um novo setor no campo da saúde: o das Obras Sociais. O

conjunto das Obras Sociais já constituía um incompleto, mas verdadeiro, seguro nacional de saúde, a cujo aperfeiçoamento dirigia-se o projeto.

Se bem o saldo da existência das Obras Sociais considerava-se positivo, reconheciam-se distorções surgidas de características estruturais do sistema, de vícios da gestão e da “influencia de circunstancias críticas na vida política e econômica do país”. Ainda que diversos instrumentos legais procurassem introduzir critérios de racionalidade no sistema, as Obras Sociais haviam se multiplicado de forma dispersa e individualista, seguindo o padrão de desenvolvimento do setor saúde na Argentina. Essa tendência havia produzido iniquidades entre os benefícios disponíveis para os diferentes grupos de trabalhadores segundo categoria profissional. Havia contribuído, também, para a canalização dos recursos ao setor privado.

Para aperfeiçoar o cumprimento dos seus objetivos e garantir equidade, solidariedade e participação, se propunha, então, a integração funcional, a articulação das ações de saúde das Obras Sociais, dos serviços públicos e dos prestadores privados em um Seguro Nacional de Saúde de cobertura universal, estrutura participativa e administração descentralizada. A integração funcional seria uma espécie de terceira etapa evolutiva do sistema, que já havia transitado um primeiro momento voluntarista, acelerado a partir da década de 1940, e uma segunda etapa de extensão da obrigatoriedade da afiliação e do financiamento contributivo das Obras Sociais, iniciada com a sanção da lei 18.610 no ano de 1970.

O projeto de SNS se baseava em uma série de princípios, análogos aos “objetivos irrenunciáveis” expressados pelo Ministro Neri na sua apresentação do projeto ao Congresso. O primeiro princípio era o da *cobertura universal da população*. A lei 18.610 havia estabelecido como beneficiários do sistema de Obras Sociais aos trabalhadores em relação de dependência e seu grupo familiar primário. Depois, a lei 19.032 havia ampliado a cobertura para aposentados e pensionistas. Por último, a lei 22.269 havia incluído os trabalhadores autônomos. O projeto de SNS incorporava as pessoas que careciam de cobertura médica por estarem desempregadas ou trabalhando sem carteira assinada, o que prática significava expandir os benefícios dos seguros sociais médicos à totalidade da população.

O segundo princípio afirmado pelo projeto era a *solidariedade*. Em primeiro lugar, cada Obra Social agente do SNS promovia a solidariedade grupal dos membros compreendidos por ela. Um segundo nível de solidariedade era representado pelo Fundo Solidário de Redistribuição (FSR)¹⁴, formado por aportes de todas as Obras Sociais e onde quem mais recursos dispunha – as Obras Sociais do pessoal de direção – mais contribuía. Por

¹⁴ Só a partir deste projeto passou a ser chamado de “solidário”, nas leis 18.610 e 22.269 se chamava apenas Fundo de Redistribuição. Na seção “disposições transitórias” diz que o FSR foi criado pelo projeto de Seguro.

outra parte, previa-se que uma parte dos recursos do FSR fosse distribuída entre as Obras Sociais em função inversa à média salarial dos seus filiados. Assim, as Obras Sociais com menos recursos, em decorrência dos salários menores da categoria de trabalhadores cobertos, receberia mais do fundo comum. Finalmente, havia um elemento de solidariedade envolvendo a totalidade da população, a partir dos recursos do Estado nacional que o SNS estabelecia como componentes do financiamento para estender a cobertura aos desprotegidos.

O terceiro princípio era o *pluralismo*, reconhecendo a complexidade e diversidade de entidades de assistência à saúde. O projeto considerava que o caminho em direção à articulação dos recursos e os serviços não era a unificação forçada, senão a manutenção da estrutura múltipla de Obras Sociais, mas com um Estado condutor e uma rede de prestadores que incluiria os estabelecimentos públicos, os privados, os das Obras Sociais e os das associações de profissionais da saúde.

O quarto princípio no qual se fundamentava o projeto era a *participação*. O projeto estendia a todas as Obras Sociais agentes do SNS o caráter de entidades de direito público não estatal que já possuíam “vários dos grandes institutos de serviços sociais” na Argentina. A saúde, por ser uma questão prioritária e de interesse público, precisava de um ativo papel do setor estatal; no entanto, promovia-se a participação das pessoas e das associações intermédias na sua gestão direta. No caso da autoridade de aplicação da lei, a Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL), o projeto previa que a diretoria fosse conformada por representantes dos trabalhadores organizados e dos aposentados, para além do Estado.

O quinto e último princípio que informava o regime de SNS proposto era o *federalismo*. Até então, as atribuições para a condução do sistema de Obras Sociais haviam estado em mãos de organismos do governo nacional. O projeto propunha transferir às autoridades provinciais as funções de administração do SNS nas respectivas jurisdições, e previa a adesão ao seguro das Obras Sociais provinciais. Avaliava-se que o sistema havia sido fortemente centralizado nos seus mecanismos de administração e financiamento, e promovia-se a descentralização através da assunção de maiores responsabilidades por parte das administrações provinciais e da desconcentração da gestão das Obras Sociais nacionais.

A ANSSAL, dependente da Secretaria de Saúde, buscava garantir o grau máximo de articulação do Seguro com os recursos e serviços dos setores público e privado. Os caminhos para atingir essa articulação seriam dois: o primeiro, a homogeneização de critérios e procedimentos para a prestação de serviços médicos da totalidade das entidades do SNS; o segundo, a plena utilização da capacidade assistencial do país, pública e privada.

Para uma utilização eficaz dos recursos financeiros, o projeto achava necessário assegurar condições de operação eficientes em cada Obra Social. Por isso, previam-se alternativas de agrupamento por categoria profissional ou critérios territoriais (similar ao estabelecido pela lei 22.269), e mecanismos rigorosos de controle e fiscalização da utilização dos recursos para garantir transparência.

Em relação aos bens próprios das Obras Sociais, que a lei 22.269 pretendia confiscar dos sindicatos e associações profissionais, o projeto de SNS propunha o contrário: determinava que, ainda que as Obras Sociais e os sindicatos passassem a ter administrações separadas, os bens próprios destes últimos podiam continuar fazendo parte do seu patrimônio. De forma inversa, previa que os recursos desse tipo que fossem propriedade de empresas estatais, seriam transferidos às respectivas Obras Sociais.

A introdução do projeto de lei finalizava destacando que a criação de um SNS, que mediante a adesão progressiva das Obras Sociais provinciais cobrisse todo o território e toda a população argentina, constituía o “passo natural que [correspondia nessa] etapa evolutiva do sistema de saúde”. Ressaltava também que tanto os princípios que sustentavam o projeto, bem como os critérios gerais de organização e funcionamento, haviam sido aprovados por unanimidade pelas autoridades de saúde de todas as províncias na Reunião Extraordinária do Conselho Federal de Saúde (COFESA), em dezembro de 1984 (manifestos no documento “Coincidências sobre Políticas de Saúde”). Concluía-se afirmando que o SNS era o caminho para a plena garantia do direito à saúde e para o alcance de uma atenção sem discriminação social, econômica ou cultural, acabando com a existência de “uma medicina para ricos e outra para pobres”.

O Quadro 5 sintetiza as definições dos princípios do Seguro segundo a apresentação do ministro Neri ao Congresso e a introdução do projeto de lei:

Quadro 5 – Princípios do Seguro Nacional de Saúde

Princípios	Definição
Universalidade	O projeto de SNS procurava incorporar ao subsistema de Obras Sociais às pessoas que careciam de cobertura médica por estarem desempregadas ou trabalhando sem carteira assinada. Na prática, significava expandir os benefícios dos seguros sociais médicos à totalidade da população.
Pluralismo	Reconhecendo a complexidade e diversidade de entidades de assistência à saúde, o projeto previa a utilização de uma rede de prestadores que incluiria os estabelecimentos públicos, os privados, os das Obras Sociais e os das associações de profissionais da saúde. Essa medida contemplava reativação dos hospitais e centros de saúde públicos, sua modernização administrativa e técnica para transformá-los em prestadores integrados à rede

	geral do SNS.
Solidariedade	<p>O SNS buscava promover a solidariedade em vários sentidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada Obra Social agente do SNS era baseada na solidariedade grupal dos membros compreendidos por ela; • Através do Fundo Solidário de Redistribuição, constituído a partir de aportes de todas as Obras Sociais, procurava-se a distribuição solidária de recursos em função inversa à média salarial dos seus filiados, para fortalecer as Obras Sociais mais “pobres” e equilibrar as diferenças; • Previa-se a eliminação dos aportes dos trabalhadores, transformando-os em contribuições patronais. Desta maneira, o Seguro passaria a ser financiado com recursos públicos e contribuições unicamente dos empregadores; • Finalmente, havia um elemento de solidariedade envolvendo a totalidade da população, a partir dos recursos do Estado nacional que o SNS estabelecia como componentes do financiamento para estender a cobertura aos desprotegidos.
Participação	<p>O projeto afirmava a participação protagonista dos trabalhadores organizados na condução de suas Obras Sociais, através de representantes designados mediante eleições diretas. Considerava-se necessária a separação jurídico-institucional da Obra Social de qualquer outra entidade setorial, seja empresa estatal, sindicato ou câmara empresarial.</p> <p>Haveria mecanismos de co-gestão envolvendo os trabalhadores, representantes estatais e do órgão superior de administração do seguro (ANSSAL), para garantir que as ações das Obras Sociais se enquadrassem nas políticas nacionais de saúde.</p> <p>No caso da autoridade de aplicação da lei, a ANSSAL (Administração Nacional do Seguro de Saúde), o projeto previa que a diretoria fosse conformada por representantes dos trabalhadores organizados e dos aposentados, para além do Estado.</p>
Federalismo	<p>Até então, as atribuições para a condução do sistema de Obras Sociais haviam estado em mãos de organismos do governo nacional. O projeto propunha transferir responsabilidades às autoridades provinciais, promovendo a administração do SNS nas respectivas jurisdições e a adesão ao seguro das Obras Sociais provinciais.</p> <p>Avaliava-se que o sistema havia sido fortemente centralizado nos seus mecanismos de administração e financiamento, e procurava-se a descentralização através da desconcentração da gestão das Obras Sociais nacionais.</p>

Fonte: elaboração própria, com base na mensagem de Aldo Neri (in Mera, 1988) e Argentina (1985).

4.4.1.2 O conjunto de artigos

O conjunto de artigos do projeto de lei do SNS era levemente maior que a lei que pretendia revogar (89 artigos ao todo, 16 a mais do que sua antecessora). Fora as mudanças que estabelecia, que serão comentadas nas próximas seções, o formato e grande parte dos artigos pareciam bastante com a lei 22.269, sancionada pelo governo autoritário da última ditadura civil-militar. Tanto a lei como o projeto de Seguro buscavam restringir o poder dos sindicatos na administração das Obras Sociais. Enquanto a lei fazia isso com muita mais ênfase, o projeto de Seguro era um pouco mais conciliador.

O projeto propunha o SNS com caráter de seguro social obrigatório, procurando garantir o direito à saúde para todos os habitantes do país sem distinção social, econômica, cultural ou geográfica. Era orientado por uma concepção integradora do setor saúde, onde a autoridade pública fosse condutora geral do sistema e as associações intermédias participassem na gestão direta das ações, “em consonância com os ditados de uma democracia social moderna”.

O objetivo fundamental do Seguro era outorgar prestações médico-assistenciais igualitárias, integrais e humanizadas, eliminando toda forma de discriminação, com base em um critério de justiça distributiva. Os benefícios seriam oferecidos através das Obras Sociais nacionais e de outras entidades que aderissem ao sistema, por exemplo, as Obras Sociais provinciais. Todas seriam consideradas agentes do Seguro.

O Seguro adequaria suas ações às políticas determinadas pelo Ministério de Saúde e Ação Social. As políticas estariam dirigidas a articular os serviços de saúde das Obras Sociais, dos estabelecimentos públicos e dos prestadores privados “em um sistema de cobertura universal, estrutura pluralista e participativa e administração descentralizada que [respondesse] à organização federal do país”. As políticas estariam orientadas também a assegurar controle e fiscalização por parte da comunidade e a fortalecer os mecanismos de solidariedade.

A Secretaria de Saúde da Nação promoveria a descentralização progressiva do Seguro nas jurisdições provinciais. As funções, atribuições e faculdades que a lei outorgava à Secretaria de Saúde e à ANSSAL poderiam ser delegadas nas províncias mediante convênios.

Beneficiários

Seriam obrigatoriamente incluídos como beneficiários titulares:

- a) Os trabalhadores em relação de dependência do setor privado e do público nacional (poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e os organismos autárquicos e descentralizados);
- b) Aposentados e pensionistas nacionais;
- c) Beneficiários de prestações não contributivas nacionais;
- d) Trabalhadores autônomos;
- e) Pessoas sem cobertura médica por carecer de tarefas remuneradas (desempregados ou sem carteira assinada) ou benefícios previdenciários.

Seriam incluídos também os grupos familiares primários dos beneficiários titulares (cônjuge, filhos e filhos deficientes de qualquer idade).

Observam-se três diferenças em relação à lei 22.269:

- a) Também integravam o grupo familiar primário pessoas que convivessem com o beneficiário titular e recebessem trato familiar;
- b) O projeto de SNS incluía no grupo familiar primário filhos solteiros em geral (homens e mulheres) até os 21 anos, ou até os 25 se fossem estudantes universitários ou de nível superior (a lei 22.269 incluía filhos solteiros homens até 18 anos, ou até 21 se fossem estudantes, e filhas até 21 anos);
- c) Incluía os filhos do cônjuge do beneficiário titular e outros menores a cargo.

Os trabalhadores e aposentados dependentes dos governos provinciais e municipais e das Forças Armadas e de Segurança não seriam incluídos obrigatoriamente no Seguro. A incorporação total ou parcial seria optativa e estabelecida mediante os correspondentes convênios de adesão.

Administração do Seguro

A autoridade de aplicação do Seguro seria a Secretaria de Saúde da Nação, em cujo âmbito, e substituindo o INOS, funcionaria a Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL) como entidade estatal de direito público, com personalidade jurídica e autarquia e individualidade financeira e administrativa. As resoluções da Secretaria de Saúde e da ANSSAL seriam de cumprimento obrigatório para as Obras Sociais agentes do Seguro e as entidades aderentes.

A ANSSAL seria conduzida por uma diretoria integrada por dez membros (três integrantes a mais que a diretoria do INOS estabelecida pela lei 22.269)¹⁵:

- a) Um presidente designado pelo Poder Executivo;
- b) Cinco diretores em representação do Estado Nacional;

¹⁵ Na lei 18.610 estabeleciam-se onze integrantes: um presidente, cinco representantes do Estado, três do setor laboral e dois do setor empresário. Na lei 22.269 estabeleciam-se sete diretores: um representante do Ministério de Bem-estar Social, dois da Secretaria de Estado de Seguridade Social, dois da Secretaria de Estado de Saúde Pública, um representante dos beneficiários e um representante dos empregadores contribuintes.

- c) Três em representação dos trabalhadores organizados;
- d) Um em representação dos aposentados e pensionistas.

Da mesma forma que a lei 22.269, o projeto de Seguro proibia que os diretores participassem simultaneamente em cargos ou funções de nenhuma natureza em Obras Sociais, associações de trabalhadores ou de aposentados compreendidas no Seguro. Uma diferença em relação às leis 18.610 e 22.269 é que na diretoria da autoridade de aplicação, a ANSSAL, não haveria representantes dos empregadores.

De forma parecida à lei 22.269, o projeto estabelecia o funcionamento de um Conselho Assessor¹⁶, cuja função seria assessorar à ANSSAL em temas vinculados com a organização e funcionamento do Seguro, e que estaria integrado por representantes das Obras Sociais agentes do Seguro, das mútuas, das entidades de ação cooperativa, das organizações de prestadores e dos empregadores.

Agentes do Seguro

As Obras Sociais seriam agentes naturais do SNS. Funcionariam como entidades de direito público não estatal, com individualidade jurídica, financeira e administrativa. Ficariam desvinculadas de qualquer associação, organismo ou empresa. Outras mútuas poderiam integrar-se ao Seguro mediante inscrição no Registro Nacional de Obras Sociais, administrado pela ANSSAL. A inscrição das Obras Sociais e outras entidades no Registro Nacional de Obras Sociais as habilitava a receber e administrar os recursos previstos no projeto de lei. Cada Obra Social elaboraria seu próprio estatuto, que deveria registrar-se na ANSSAL para sua aprovação. A ANSSAL poderia agrupar ou integrar dois ou mais Obras Sociais para garantir a oferta de um programa integral de prestações em várias circunstâncias: quando as Obras Sociais não tiverem condições de mantê-lo, quando o custo do programa de prestações resultasse antieconômico, ou no caso de que a Obra Social fosse interromper suas atividades. A ANSSAL exerceria essa faculdade segundo critérios territoriais ou de categoria profissional, procurando a descentralização administrativa nos níveis provinciais. As Obras Sociais seriam administradas por representantes dos beneficiários, com participação do Estado.

¹⁶ Na lei 22.269 era Conselho Consultivo, integrado por dois representantes por cada Obra Social, com total independência dos sindicatos.

As Obras Sociais seriam conduzidas e administradas pelos beneficiários, com participação estatal. Manteriam seu próprio regime de administração e governo:

- a) As Obras Sociais de *organismos públicos*, empresas estatais e Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário seriam conduzidas e administradas por um presidente, quatro representantes dos beneficiários e quatro em representação do Estado. O presidente e os representantes do Estado seriam indicados pela Secretaria de Saúde da Nação. Os representantes dos beneficiários seriam eleitos através do voto direto dos filiados aos sindicatos correspondentes à população coberta por cada Obra Social;
- b) As Obras Sociais *sindicais* seriam conduzidas e administradas por uma autoridade colegiada composta por representantes dos beneficiários e um representante estatal indicado pela Secretaria de Saúde da Nação. Os representantes dos beneficiários seriam eleitos mediante voto direto dos filiados ao sindicato correspondente;
- c) No caso das Obras Sociais do *peçoal de direção*, seriam também administradas por uma autoridade colegiada composta por representantes dos beneficiários e um representante estatal indicado pela Secretaria de Saúde da Nação. Os representantes dos beneficiários seriam eleitos mediante o voto dos filiados titulares da Obra Social.

Da mesma forma que a lei 22.269, o projeto de Seguro estabelecia que os membros das autoridades colegiadas de condução das Obras Sociais não poderiam exercer simultaneamente cargos diretivos em associações empresárias, sindicais ou de aposentados.

As Obras Sociais deveriam apresentar anualmente à ANSSAL para sua aprovação: o programa de prestações médicas e sociais para seus beneficiários, o orçamento de gastos e recursos, e o balanço de receitas e despesas financeiras do período anterior.

Sindicaturas

Da mesma forma que a lei 22.269, o projeto de Seguro estabelecia Sindicaturas nas Obras Sociais, cuja função seria fiscalizar as ações e controlar o cumprimento das normas e disposições da Secretaria de Saúde e da ANSSAL.

Financiamento

O SNS seria financiado através de:

- a) Contribuições dos empregadores equivalentes a 7,5% do salário dos trabalhadores;
- b) Aportes dos trabalhadores em relação de dependência equivalentes a 1% por cada beneficiário a cargo do filiado titular;
- c) Aportes de valor não determinado no caso dos trabalhadores autônomos (o valor se estabeleceria na regulamentação da lei);
- d) Aportes estatais para a incorporação da população sem cobertura e sem capacidade de pagamento.

Manteriam sua vigência os recursos de outra natureza destinados ao financiamento das Obras Sociais. Os recursos adicionais necessários seriam cobertos por aportes estatais.

As Obras Sociais deveriam destinar pelo menos 80% dos recursos brutos, deduzidos os aportes ao Fundo Solidário de Redistribuição (FSR), à prestação de serviços médicos para seus beneficiários. Para gastos administrativos, poderiam destinar como máximo 5% dos recursos brutos, deduzidos os aportes ao FSR.

O FSR funcionaria no âmbito da ANSSAL e seria integrado pelos seguintes recursos:

- a) 10% da renda das Obras Sociais correspondente a aportes e contribuições;
- b) 15% da renda correspondente a aportes e contribuições no caso das Obras Sociais de direção;
- c) 75% da renda das Obras Sociais correspondente a recursos de outra natureza (na lei 22.269 era de 60%);
- d) Reintegros de empréstimos realizados pelo FSR às Obras Sociais;
- e) Multas pelo não cumprimento da lei;
- f) Rentabilidade dos investimentos realizados pelo FSR;
- g) Subsídios, subvenções, legados e doações;
- h) Recursos públicos estabelecidos no Orçamento Geral da Nação.

O PAMI seria eximido de contribuir ao FSR.

Os recursos do FSR seriam destinados pela ANSSAL:

- a) Uma porcentagem não menor à terça parte para a distribuição automática entre as Obras Sociais agentes do Seguro, com a finalidade de subvencionar aquelas com menor renda por beneficiário;
- b) Para apoiar financeiramente às Obras Sociais;
- c) Ao financiamento de programas de saúde destinados aos beneficiários do Seguro;
- d) Para financiar a cobertura da população sem capacidade contributiva;
- e) Até 2,5% do total de recursos para gastos administrativos e de funcionamento do Fundo.

Os excedentes do FSR seriam redistribuídos entre as Obras Sociais em função da sua contribuição ao Fundo.

Prestações

As prestações do Seguro seriam outorgadas conforme as políticas nacionais de saúde, que procurariam assegurar a mais plena utilização dos serviços e a capacidade instalada existente no setor público e estariam baseadas na estratégia de atenção primária de saúde.

As Obras Sociais agentes do Seguro poderiam manter os serviços próprios (à diferença do estabelecido pela lei 22.269), mas precisariam solicitar autorização para desenvolver maior capacidade assistencial.

As Obras Sociais deveriam articular seus programas de prestações médicas com as outras entidades do Seguro. Nesse sentido, os serviços próprios das Obras Sociais estariam disponíveis para todos os beneficiários. Os hospitais e outros estabelecimentos dependentes de organismos nacionais (exceto os dependentes das Forças Armadas e de Segurança) se incorporariam automaticamente ao Seguro como prestadores.

A regulamentação asseguraria para tais estabelecimentos um regime especial de trabalho que privilegiasse a dedicação exclusiva, um sistema de administração orçamentária e de recursos humanos desconcentrado e que a maior parte dos fundos arrecadados pelos serviços oferecidos a beneficiários de Obras Sociais fosse administrada pelo próprio estabelecimento. A Secretaria de Saúde da Nação promoveria a incorporação como prestadores do Seguro dos hospitais e centros de saúde provinciais e municipais.

A ANSSAL coordenaria um Registro de Prestadores que iriam contratar com o Seguro, que seria descentralizado progressivamente nas províncias ou regiões. A inscrição no

Registro seria indispensável para que os prestadores pudessem assinar contratos com as Obras Sociais agentes do Seguro. Poderiam inscrever-se no Registro de Prestadores:

- a) Pessoas físicas, individualmente ou associadas com outras;
- b) Estabelecimentos e organismos assistenciais públicos e privados;
- c) Estabelecimentos assistências pertencentes às Obras Sociais;
- d) Associações representativas de profissionais da saúde;
- e) Entidades e associações privadas, com ou sem fins de lucro.

No âmbito da ANSSAL funcionaria uma Comissão Permanente de Concertação, integrada por representantes dos prestadores e dos beneficiários, com o objetivo de participar na elaboração das normas e procedimentos da prestação de serviços, incluídas as modalidades e valores retributivos (a lei 22.269 já estabelecia mecanismos de concertação; o projeto de Seguro formalizava uma Comissão Permanente).

A Secretaria de Saúde poderia estabelecer listas de fármacos que seriam utilizados no âmbito do seguro, de implementação obrigatória para todas as entidades (possibilidade já estabelecida na lei 22.269).

Participação das províncias

As províncias poderiam administrar o Seguro nas suas jurisdições, mediante convênios de adesão estabelecidos com a Secretaria de Saúde da Nação. A adesão das províncias demandaria a articulação dos seus programas com os estabelecidos pela autoridade de aplicação e o cumprimento das normas técnicas e administrativas do Seguro.

A adesão ao SNS implicaria para as províncias:

- a) Incorporar no seu âmbito aos trabalhadores autônomos do regime nacional com residência permanente na jurisdição e aos pertencentes aos regimes do âmbito provincial;
- b) Incorporar às pessoas sem cobertura médica, para o qual receberiam apoio financeiro estatal através do FSR;
- c) Administrar o Registro de Prestadores da província;
- d) Estabelecer e coordenar dentro do seu âmbito uma subcomissão da Comissão Permanente de Concertação, com representantes das Obras Sociais e dos prestadores organizados;
- e) Subministrar a informação requerida pela ANSSAL;

- f) Garantir a plena inserção dos estabelecimentos públicos provinciais na rede de prestadores do Seguro.

Disposições transitórias

Os bens pertencentes à Administração Central do Estado, organismos descentralizados, empresas e sociedades do Estado, paraestatais ou de administração mista relacionados com a prestação dos serviços médicos do Seguro seriam transferidos à Obra Social correspondente. Ao contrário, e diferentemente do estabelecido pela lei 22.269, os bens das Obras Sociais pertencentes a sindicatos continuariam sob o domínio da respectiva associação profissional.

O Quadro 6 sintetiza os componentes do SNS:

Quadro 6 – Componentes do Seguro Nacional de Saúde

Cobertura	<p>Seriam obrigatoriamente incluídos como beneficiários titulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Os trabalhadores em relação de dependência do setor privado e do público nacional (poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e os organismos autárquicos e descentralizados); b) Aposentados e pensionistas nacionais; c) Beneficiários de prestações não contributivas nacionais; d) Trabalhadores autônomos; e) Pessoas sem cobertura médica por carecer de tarefas remuneradas (desempregados ou sem carteira assinada) ou benefícios previdenciários.
	<p>Seriam incluídos também os grupos familiares primários dos beneficiários titulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cônjuge; b) Filhos solteiros em geral (homens e mulheres) até os 21 anos, ou até os 25 se fossem estudantes universitários ou de nível superior c) Filhos deficientes de qualquer idade; d) Filhos do cônjuge do beneficiário titular e outros menores a cargo; e) Pessoas que convivessem com o beneficiário titular e recebessem trato familiar.
	<p>Os trabalhadores e aposentados dependentes dos governos provinciais e municipais e das Forças Armadas e de Segurança não seriam incluídos obrigatoriamente no Seguro. A incorporação total ou parcial seria optativa.</p>
Recursos	<p>O SNS seria financiado através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Contribuições dos empregadores equivalentes a 7,5% do salário dos trabalhadores; b) Aportes dos trabalhadores em relação de dependência equivalentes a 1% por cada beneficiário a cargo do filiado titular; c) Aportes de valor não determinado no caso dos trabalhadores autônomos (o valor se estabeleceria na regulamentação da lei); d) Aportes estatais para a incorporação da população sem cobertura e sem capacidade de pagamento.
	<p>Manteriam sua vigência os recursos de outra natureza destinados ao financiamento das Obras Sociais. Os recursos adicionais necessários seriam cobertos por aportes estatais.</p>
	<p>O Fundo Solidário de Redistribuição (FSR) seria integrado por:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> a) 10% da renda das Obras Sociais correspondente a aportes e contribuições; b) 15% da renda correspondente a aportes e contribuições no caso das Obras Sociais de direção; c) 75% da renda das Obras Sociais correspondente a recursos de outra natureza (na lei 22.269 era de 60%); d) Reintegros de empréstimos realizados pelo FSR às Obras Sociais; e) Multas pelo não cumprimento da lei; f) Rentabilidade dos investimentos realizados pelo FSR; g) Subsídios, subvenções, legados e doações; h) Recursos públicos estabelecidos no Orçamento Geral da Nação.
	O PAMI seria eximido de contribuir ao FSR.
	<p>Os recursos do FSR seriam destinados pela ANSSAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Uma porcentagem não menor à terceira parte para a distribuição automática entre as Obras Sociais agentes do Seguro, com a finalidade de subvencionar aquelas com menor renda por beneficiário; b) Para apoiar financeiramente às Obras Sociais; c) Ao financiamento de programas de saúde destinados aos beneficiários do Seguro; d) Para financiar a cobertura da população sem capacidade contributiva; e) Até 2,5% do total de recursos para gastos administrativos e de funcionamento do Fundo.
	Os excedentes do FSR seriam redistribuídos entre as Obras Sociais em função da sua contribuição ao Fundo.
Organizações	O Seguro adequaria suas ações às políticas determinadas pelo Ministério de Saúde e Ação Social. As políticas estariam dirigidas a articular os serviços de saúde das Obras Sociais, dos estabelecimentos públicos e dos prestadores privados, a assegurar controle e fiscalização por parte da comunidade e a fortalecer os mecanismos de solidariedade.
	As prestações do Seguro seriam outorgadas conforme as políticas nacionais de saúde, que procurariam assegurar a mais plena utilização dos serviços e a capacidade instalada existente no setor público e estariam baseadas na estratégia de atenção primária de saúde.
	As Obras Sociais seriam agentes naturais do SNS. Funcionariam como entidades de direito público não estatal, com individualidade jurídica, financeira e administrativa. Ficariam desvinculadas de qualquer associação, organismo ou empresa.
	Os benefícios do Seguro seriam oferecidos através das Obras Sociais nacionais e de outras entidades que aderissem ao sistema, por exemplo, as Obras Sociais provinciais. Todas seriam consideradas agentes do Seguro.
	As Obras Sociais deveriam articular seus programas de prestações médicas com as outras entidades do Seguro. Os serviços próprios das Obras Sociais estariam disponíveis para todos os beneficiários.
	Os hospitais e outros estabelecimentos dependentes de organismos nacionais (exceto os dependentes das Forças Armadas e de Segurança) se incorporariam automaticamente ao Seguro como prestadores.
	A Secretaria de Saúde da Nação promoveria a incorporação como prestadores do Seguro dos hospitais e centros de saúde provinciais e municipais.
	As Obras Sociais agentes do Seguro poderiam manter os serviços próprios (à diferença do estabelecido pela lei 22.269), mas precisariam solicitar autorização para desenvolver maior capacidade assistencial.
	As Obras Sociais seriam conduzidas e administradas pelos beneficiários, com participação estatal. Da mesma forma que a lei 22.269, o projeto de Seguro estabelecia que os membros das autoridades colegiadas de condução das Obras Sociais não poderiam exercer simultaneamente cargos diretivos em associações empresárias, sindicais ou de aposentados.
	A autoridade de aplicação do Seguro seria a Secretaria de Saúde da Nação, em cujo

	<p>âmbito funcionaria a Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL) como entidade estatal de direito público, com personalidade jurídica e autarquia e individualidade financeira e administrativa. As resoluções da Secretaria de Saúde e da ANSSAL seriam de cumprimento obrigatório para as Obras Sociais agentes do Seguro e as entidades aderentes.</p>
	<p>Da mesma forma que na lei 22.269, proibia-se que os diretores da ANSSAL participassem simultaneamente em cargos ou funções de nenhuma natureza em Obras Sociais, associações de trabalhadores ou de aposentados compreendidas no Seguro.</p>
	<p>As províncias poderiam administrar o Seguro nas suas jurisdições, mediante convênios de adesão estabelecidos com a Secretaria de Saúde da Nação. A adesão das províncias demandaria a articulação dos seus programas com os estabelecidos pela autoridade de aplicação e o cumprimento das normas técnicas e administrativas do Seguro.</p>
	<p>O projeto de Seguro estabelecia Sindicaturas nas Obras Sociais, cuja função seria fiscalizar as ações e controlar o cumprimento das normas e disposições da Secretaria de Saúde e da ANSSAL.</p>
	<p>No âmbito da ANSSAL funcionaria uma Comissão Permanente de Concertação, integrada por representantes dos prestadores e dos beneficiários, com o objetivo de participar na elaboração das normas e procedimentos da prestação de serviços, incluídas as modalidades e valores retributivos.</p>

Fonte: elaboração própria, com base em Argentina (1985).

Um resumo das disposições mais importantes do projeto de SNS também foi veiculado pela mídia da época (Figura 7). A Figura 8 mostra propaganda oficial do governo, que ressaltava que, caso a pessoa adoecesse, “o remédio não seria pior do que a enfermidade”: prescindiria de trâmites burocráticos mediante a posse de uma única carteirinha com validade nacional; estaria coberta através de um sistema integral, ordenado e equitativo que asseguraria a continuidade dos serviços; poderia ser atendida por prestadores públicos, privados ou das Obras Sociais, e não aportaria mais ao financiamento do sistema, pela eliminação do 3% de desconto sobre a folha salarial.

Figura 7 – As disposições mais importantes do projeto de lei do SNS

Las disposiciones más importantes del proyecto de ley del seguro de salud

Las siguientes son las principales disposiciones del proyecto de ley sobre seguro nacional de salud, que el Poder Ejecutivo envía al Congreso:

- El seguro nacional de salud tendrá carácter de seguro social obligatorio, para procurar el goce del derecho de salud a todos los habitantes del país.
- La autoridad pública tendrá a su cargo la conducción general del sistema.
- El objetivo fundamental del seguro será proveer prestaciones médico-asistenciales igualitarias, dentro del mejor nivel de calidad posible, sin formas de discriminación, sobre la base de un criterio de justicia distributiva.
- Los beneficios del seguro serán otorgados a través de las obras sociales estatales, de otras jurisdicciones, y las que se adhieran al sistema, todas las cuales serán consideradas como agencias del seguro.
- El seguro adherirá sus acciones a los planes que se dicten o instruyeren por conducto del Ministerio de Salud y Acción Social.
- La Secretaría de Salud de la Nación promoverá la descentralización progresiva del seguro en las provincias, la Municipalidad de Buenos Aires y el territorio nacional de la Tierra del Fuego.
- Quiénes obligatoriamente incluyan en el seguro los trabajadores en relación de dependencia tanto del sector privado como del público, los jubilados y pensionados nacionales, los beneficiarios de prestaciones de contribuciones nacionales, los trabajadores extranjeros, las personas que se encuentren en cobertura médico-asistencial por convenio de seguros conmemorados, los grupos familiares primarios de todos esos beneficiarios, y las personas que convivan con el afiliado titular y vivan de su sostenimiento familiar.
- El personal dependiente de los gobiernos provinciales y sus municipalidades y jubilados se serán incluidos obligatoriamente en el seguro, pero podrán incorporarse total o parcialmente mediante convenios de adhesión.

Administración del seguro

- La autoridad de aplicación del seguro será la Secretaría de Salud de la Nación, y en su ámbito funcionará la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSAL) como entidad estatal de derecho público, en reemplazo del actual Instituto Nacional de Obras Sociales.
- La administración estará a cargo de un directorio, integrado por un presidente y nueve directores. El presidente será designado por el Poder Ejecutivo, y de los directores cinco representarán al Estado, tres a los trabajadores y uno a los jubilados.
- Las obras sociales serán agencias autónomas del seguro, como entidades de derecho público no estatal, con independencia jurídica, administrativa y financiera. Las entidades estatales podrán integrarse en el sistema.
- La ANSAL llevará un registro nacional de obras sociales y determinará la población que cubrirá los servicios de cada una de ellas.
- Cada obra social elaborará su estatuto, que deberá ser aprobado por la ANSAL.
- La ANSAL podrá disponer el agrupamiento o integración de dos o más obras sociales cuando sea necesario para garantizar el desarrollo de prestaciones.
- Las obras sociales del régimen de la ley 23.289 hoy existentes, las que se concityen en el futuro o las que se incluyan en el sistema serán administradas por los interesados con intervención del Estado. Las obras sociales estatales también tendrán un representante estatal.
- Las obras sociales deberán presentar anualmente a la ANSAL su programa de prestaciones, el presupuesto para su funcionamiento y la memoria y balance del período anterior.
- La ANSAL designará en cada obra social una sindicatura, que controlará los actos de gestión y funcionamiento, llevada con voz y sin voto en las sesiones de los organismos de conducción, y suspenderá la ejecución de actos que sean observados.

Financiación

- El seguro de salud se financiará con una contribución del empleador, equivalente al 7,5 % de la remuneración de los trabajadores en relación de dependencia, y el aporte de los trabajadores en relación de dependencia equivalente al 1 % por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, y los que se determinen en los estatutos de las obras sociales.

En los hospitales de la Nación o provinciales con destino a la incorporación de la población carente de recursos y sin cobertura:

- Estas contribuciones solo podrán ser aumentadas por ley del Congreso.
- La fiscalización del cumplimiento de aportes se hará a través de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional.
- En la ANSAL funcionará un fondo solidario de redistribución, del que saldrán sumas para su funcionamiento y para subvencionar a las obras sociales de menores ingresos.

Otras disposiciones

- Los hospitales nacionales, de la Municipalidad de Buenos Aires y de la Tierra del Fuego se sumarán automáticamente al sistema.
- Las obras sociales deberán asegurar a sus beneficiarios más de una alternativa de servicios entre las que aquellos puedan optar.
- La ANSAL llevará un registro de prestaciones, que deberán respetar las normas y valores que rijan para las contrataciones con el seguro, y cuyos servicios se considerarán servicio público de asistencia social.
- La Secretaría de Salud de la Nación podrá intervenir obras sociales por tiempos determinados.
- Se pensará con prisión de un mes a seis años a quienes, dentro de los 15 días de haber sido formalmente intimados, no depositen aportes retentados al personal comprendido en el seguro de salud.
- Las provincias podrán administrar el seguro dentro de sus jurisdicciones mediante convenios de adhesión con la Secretaría de Salud de la Nación.
- Los representantes de los trabajadores en las obras sociales sindicalizadas, deberán obligarse en comicios estatales de los que se realicen para designar autoridades de organizaciones gremiales.

Apoyo a obras sociales deficitarias

Mientras el Instituto Nacional de Obras Sociales adelanta sus resoluciones sobre los que el Estado ayudará en subsidio

Desarrollados por periodistas, el senador Orlando Benes y el diputado Lorenzo Pepe, anticiparon que los parlamentarios de ese sector se encontrarán al

Fonte: LA NACIÓN, 13/09/1985, p. 4

Figura 8 – Propaganda oficial sobre o projeto de SNS



CUALQUIERA SEA LA OBRA SOCIAL A QUE PERTENEZCA EL SEGURO NACIONAL DE SALUD LE OFRECE IGUALDAD DE POSIBILIDADES

SEGURO NACIONAL DE SALUD
Para que en Salud todos tengan más y todos reciban menos.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACION



CUANDO ALBERTO PEREZ SE ENFERMA, EL REMEDIO PUEDE SER PEOR QUE LA ENFERMEDAD

SEGURO NACIONAL DE SALUD
Para que en Salud todos tengan más y todos reciban menos.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACION



AHORA CUANDO ALBERTO PEREZ SE ENFERME EL REMEDIO NO SERA PEOR QUE LA ENFERMEDAD

SEGURO NACIONAL DE SALUD
Para que en Salud todos tengan más y todos reciban menos.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACION

Fonte: CLARÍN, 17/09/1985, p. 31; CLARÍN, 22/09/1985, p. 33; CLARÍN, 29/09/1985, p. 37; LA NACIÓN, 22/09/1985, seção 3°, p. 5; LA NACIÓN, 29/09/1985, seção 2°, p. 9.

O quadro 7 sintetiza possíveis pontos de conflito entre o estabelecido pelo Seguro e os grupos de interesse envolvidos na atenção à saúde:

Quadro 7 – Possíveis pontos de conflito com grupos de interesse

Sindicatos	As Obras Sociais ficariam desvinculadas de qualquer associação, organismo ou empresa.
	As Obras Sociais seriam conduzidas e administradas pelos beneficiários, com participação estatal. Os membros dos colegiados de condução das Obras Sociais não poderiam exercer simultaneamente cargos de direção em sindicatos, associações empresárias ou de aposentados
	O projeto de Seguro proibia que os diretores da ANSSAL participassem simultaneamente em cargos ou funções de nenhuma natureza em Obras Sociais, associações de trabalhadores ou de aposentados compreendidas no Seguro.
Empregadores	À diferença do estabelecido pelas leis 18.610 e 22.269, na diretoria da autoridade de aplicação, a ANSSAL, não haveria representantes dos empregadores.
	Os empregadores não participariam da diretoria da ANSSAL, mas fariam parte do Conselho Assessor, era uma espécie de degradação da representação.
	O projeto do Seguro aumentou as contribuições dos empregadores, que passaram a ser 7,5% do salário dos trabalhadores, ao tempo que eliminou os aportes dos trabalhadores (exceto no caso dos beneficiários adicionais do grupo familiar primário, que demandariam aportes equivalentes a 1% do salário por cada beneficiário).
	O seguro diferenciava a porcentagem de recursos que as Obras Sociais deveriam aportar ao FSR, estabelecendo uma proporção maior para as Obras Sociais do pessoal de direção (15%, diferente do 10% das outras Obras Sociais).
Corporação profissional	Os hospitais e outros estabelecimentos dependentes de organismos nacionais (exceto os dependentes das Forças Armadas e de Segurança) se incorporariam automaticamente ao Seguro como prestadores. A regulamentação asseguraria para tais estabelecimentos um regime especial de trabalho que privilegiasse a dedicação exclusiva dos profissionais.

Fonte: elaboração própria, com base em Argentina (1985).

Retomando duas categorias fundamentais desta tese, a proposta do SNS era, de fato, uma tentativa de reduzir a segmentação e a fragmentação do sistema de saúde na Argentina. Em palavras do Ministro Neri (*in* Mera, 1988, p. 15), o Seguro era

uma política orientada a reformar a organização institucional e o financiamento da saúde, promovendo uma integração, racionalização e abertura a toda a população dos recursos assistenciais argentinos, universalizando a incorporação de todos a um regime de cobertura similar e solidário, garantindo uma participação popular efetiva na gestão, e induzindo uma descentralização de responsabilidades nas províncias, que [contribuiu] à quebra de um centralismo que, desde longa data, [corroia] e [paralisava] as instituições argentinas.

O Quadro 8 destaca em que sentido o SNS procurava reduzir os níveis de segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino. Se bem na época o Poder Executivo não conceitualizava dessa forma as características do sistema que pretendia reformar, os objetivos

mostram que buscava enfrentar problemas que hoje são associados às noções de segmentação e fragmentação. Em outras palavras, os conceitos ainda não existiam, mas a organização estratificada e desarticulada sim.

Quadro 8 – Proposta de redução da segmentação e fragmentação do SNS

Segmentação	O projeto propunha o SNS com caráter de seguro social obrigatório, procurando garantir o direito à saúde para todos os habitantes do país sem distinção social, econômica, cultural ou geográfica.
	Buscava universalizar a cobertura do subsistema de Obras Sociais, ou seja, permitir que todas as pessoas tivessem acesso à proteção financeira de uma Obra Social.
	O seguro pretendia alcançar à totalidade da população, incorporando àqueles que não trabalhavam em relação de dependência (autônomos e desempregados) nem estavam aposentados, e por esse motivo não eram cobertos pelo sistema de Obras Sociais.
Fragmentação	Era orientado por uma concepção integradora do setor saúde, onde a autoridade pública fosse condutora geral do sistema e as associações intermédias participassem na gestão direta das ações.
	Procurava articular os subsistemas do sistema de saúde: público, privado e de Obras Sociais. Promovia-se a utilização racional dos recursos assistenciais disponíveis através da integração dos três setores.
	Propunha a integração funcional, a articulação das ações de saúde das Obras Sociais, dos serviços públicos e dos prestadores privados em um Seguro Nacional de Saúde. Os serviços seriam prestados em estabelecimentos dos três subsistemas e de todas as jurisdições e organizações aderidas ao Seguro.
	A ANSSAL buscava garantir o grau máximo de articulação do Seguro com os recursos e serviços dos setores público e privado. Os caminhos para atingir essa articulação seriam dois: primeiro, a homogeneização de critérios e procedimentos para a prestação de serviços médicos da totalidade das entidades do SNS; e segundo, a plena utilização da capacidade assistencial do país.
	Tinha a intenção de recuperar para o Ministério de Saúde nacional a capacidade de conduzir o sistema de saúde, através da coordenação de todos os componentes em um serviço nacional.

Fonte: elaboração própria, várias fontes.

4.5 Do Seguro Nacional de Saúde às leis 23.660 e 23.661

O projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde (SNS) havia sido apresentado no Congresso em setembro de 1985 pelo então Ministro de Saúde e Ação Social, Aldo Neri, mas nunca chegou a ser objeto de deliberação por parte do Poder Legislativo. Dois anos depois, foi retomado em um cenário diferente.

Neri havia saído do cargo em abril de 1986, sendo substituído por Conrado Storani¹⁷. No campo sindical, que era um dos grupos de interesse mais diretamente afetados pelas mudanças propostas pelo SNS, havia ganhado poder um setor conciliador, identificado como “Grupo dos 15”¹⁸, que havia sido “premiado” com a nomeação de um sindicalista peronista como Ministro de Trabalho, Carlos Alderete, no mês de março de 1987, quase um ano depois da saída de Neri do Ministério de Saúde e Ação Social. Houve negociações entre este grupo de sindicalistas – que tinha um projeto alternativo chamado de “Azul e Branco”¹⁹ – e um representante do Poder Executivo – Rodolfo Rodríguez, presidente do INOS e posteriormente Secretario de Saúde – cujo resultado foi o desdobramento do SNS em dois projetos de lei complementares – de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde – que retomavam o essencial da antiga lei 18.610 (Arce, 2010).

Para Vilosio (2016), a negociação entre o Poder Executivo e o “Grupo dos 15” foi uma discussão entre cúpulas, ausente da agenda pública. Mera (1988, p. 76) argumenta que se tratou de

uma negociação global, não gerada dentro do âmbito da saúde, mas nas altas esferas do governo, [que] provocou um entendimento com um importante grupo de dirigentes sindicais conhecido como “os 15”, que se estendeu não apenas à área política e econômica, mas também ao setor saúde e de Obras Sociais.

Os projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde foram enviados ao Congresso em 4 de junho de 1987. O primeiro era uma reedição das normas precedentes sobre o assunto (leis 18.610 e 22.269), que incorporava elementos do projeto de SNS original. Por outra parte, o projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde seguia o formato do projeto de Neri, mas com significativas modificações cuja análise serve de indicador para estimar os interesses do Executivo e dos sindicatos na negociação.

Talvez a diferença mais importante entre o projeto original de SNS e os projetos de lei posteriores seja justamente o desdobramento do primeiro em duas normas, procurando manter uma lei própria para as Obras Sociais e incorporando outra, alternativa e complementar, para

¹⁷ Na seção 4.7, sobre os atores, é resenhada essa substituição. Conrado Storani pertencia a um setor mais “conciliador” do governo de Alfonsín em relação ao tipo de vínculo que devia ser mantido com o sindicalismo.

¹⁸ Ver resenha sobre as correntes políticas do sindicalismo peronista na seção 4.7.2.1.

¹⁹ Segundo definições de um dos entrevistados, o fracasso do projeto de Seguro foi um golpe político muito forte para o governo em geral, e para Neri em particular. Houve uma oposição férrea da CGT através do projeto chamado de Azul e Branco, que também foi apresentado no Congresso para bloquear o tratamento do Seguro Nacional de Saúde.

incluir a população sem cobertura, perpetuando, dessa forma, a segmentação do sistema. O sindicalismo defendia, assim, a conservação da institucionalidade histórica e do seu patrimônio, rejeitando uma mudança estrutural e tentando preservar uma situação mais benéfica para seus interesses.

Após seu tratamento na Câmara e no Senado, os projetos foram aprovados pelos deputados em 29 de dezembro de 1988, apenas seis meses antes do fim do governo do Presidente Alfonsín. As leis finalmente sancionadas introduziram poucas modificações na organização do subsistema de Obras Sociais que havia sido institucionalizado a partir da lei 18.610, significando um triunfo para o setor sindical. A lei do Seguro, especificamente, foi parcialmente implementada, servindo unicamente como marco geral institucional do subsistema, com poucas consequências na prática. Como “resíduo” do projeto original de Neri, foi criada apenas a Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL) como autoridade de aplicação destinada a substituir o antigo Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS).

O Quadro 9 mostra a cronologia das leis e projetos de lei dirigidos a regulamentar ou reformar o subsistema de Obras Sociais:

Quadro 9 – Linha do tempo das leis e projetos de lei

1970	1980	1985	1987		1988	
Lei 18.610	Lei 22.269	Projeto de lei do SNS	Projeto de lei de Obras Sociais	Projeto de lei de SNS	Lei 23.660 de Obras Sociais	Lei 23.661 do SNS
Sancionada por um governo autoritário, no marco de uma ditadura civil-militar (1966-1973)	Sancionada por um governo autoritário, no marco de uma ditadura civil-militar (1976-1983)	Apresentado na Câmara por Aldo Neri, primeiro Ministro de Saúde e Ação Social do Presidente Raúl Alfonsín	Projeto original de SNS desdobrado em dois projetos e (re)apresentado na Câmara por Conrado Storani, segundo Ministro de Saúde e Ação Social do Presidente Raúl Alfonsín		Aprovadas pela Câmara durante os últimos meses da presidência de Raúl Alfonsín	
			“Filtro” dos sindicatos		“Filtro” do Parlamento	

Fonte: elaboração própria.

4.5.1 Projeto de lei de Obras Sociais

Na mensagem introdutória, o presidente Alfonsín e o ministro Conrado Storani apresentavam um projeto de lei de Obras Sociais que procurasse “[afiançar] o papel das entidades intermediárias na gestão social, no marco conceitual de uma verdadeira democracia participativa” (no projeto original de SNS falava-se em “democracia social”). O projeto buscava a regulação da atividade das Obras Sociais, respeitando a sua natureza heterogênea.

Intentava-se avançar para um conceito mais amplo de solidariedade nacional estabelecendo a integração das Obras Sociais como agentes naturais do Seguro Nacional de Saúde, no marco das políticas gerais de saúde que a Nação definisse como prioritárias, resgatando o conceito de solidariedade grupal que estava nas origens das Obras Sociais.

Em nome da integração funcional dos esforços dos atores sociais, reincorporavam-se os aportes dos trabalhadores ao financiamento das Obras Sociais e levava-se a 6% a contribuição dos empregadores (reduzindo 1,5% em relação ao projeto anterior de SNS), “trasladando ao conjunto social [um] aumento da capacidade financeira que [redundaria] na possibilidade de maiores e melhores prestações”.

Previa-se a administração das Obras Sociais por seus beneficiários, com participação do Estado. À diferença do projeto de SNS original, não incluía o impedimento para os membros dos colegiados de condução das Obras Sociais de participar simultaneamente em cargos de direção em sindicatos, associações empresárias ou de aposentados.

Criava-se a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS) como autoridade de aplicação da lei, no âmbito da Secretaria de Coordenação e Ação Social, para regular o funcionamento das Obras Sociais. Na verdade, cada projeto de lei previa a criação da sua própria autoridade de aplicação: o de Obras Sociais criava a DINOS, e o do SNS a ANSSAL.

Ressaltava-se que o projeto se inscrevia no marco de uma política de “concertação e integração dos setores sociais, através da busca dos denominadores comuns de solidariedade e participação”.

O conjunto de artigos do projeto começava igual aos da lei 18.610, estabelecendo a natureza das entidades compreendidas: todos os tipos de Obras Sociais, fossem sindicais, de administração mista, dos três Poderes, de empresas e sociedades estatais, do pessoal de direção ou por convênio com empresas privadas ou públicas. Eliminava a exigência estabelecida no projeto original do Seguro que obrigava a desvincular as Obras Sociais de qualquer associação, organismo ou empresa.

Seguia destacando que as Obras Sociais deveriam destinar seus recursos de forma prioritária a prestações de saúde, podendo oferecer outras prestações sociais. Tentando articular com o projeto de Seguro, ressaltava que, no tocante às prestações de saúde, as Obras Sociais formariam parte do Sistema Nacional do Seguro de Saúde (nova denominação), como agentes naturais deste e sujeitas às suas normativas e regulamentações.

À continuação, incorporava uma parte do projeto de lei de SNS de Neri, obrigando as Obras Sociais a apresentarem anualmente uma série de documentações à ANSSAL: programa de prestações médicas para os beneficiários; orçamento de gastos e recursos para o funcionamento e a execução do programa de prestações; balanço de receitas e despesas financeiras do período anterior, e cópia autenticada de todos os contratos de prestação de serviços assinados no mesmo período.

Da mesma forma que todos seus antecedentes (leis 18.610 e 22.269 e projeto de SNS), o projeto de lei estabelecia a obrigatoriedade das Obras Sociais destinarem pelo menos 80% da renda bruta, deduzidos os aportes ao Fundo Solidário de Redistribuição, à prestação de serviços médicos para seus beneficiários (a lei 18.610 não indicava em qual proporção).

Novamente tentando articular com o projeto de lei paralelo de Seguro, estabelecia que as Obras Sociais, como agentes do Seguro de Saúde, deveriam inscrever-se no registro que funcionaria no âmbito da ANSSAL. As resoluções adotadas pela Secretaria de Saúde e pela ANSSAL seriam de cumprimento obrigatório para as Obras Sociais.

Da mesma forma que a lei 22.269, os beneficiários titulares seriam os trabalhadores em relação de dependência, dos âmbitos público e privado; os aposentados e os pensionistas nacionais, e os beneficiários de prestações não contributivas nacionais. Também seriam incluídos os grupos familiares primários dos beneficiários titulares (com a mesma composição ampliada do projeto de SNS) e as pessoas que convivessem com o beneficiário titular e recebessem trato familiar (também já considerados no projeto de SNS). Da mesma forma que a lei 22.269 e que o projeto de SNS, previa-se um aporte adicional por cada beneficiário incluído (o aporte seria maior, de 1,5%) (no caso do projeto original de Seguro, o aporte não era adicional, era o único tipo de aporte previsto para o trabalhador). Em forma quase idêntica à lei 22.269 e ao projeto de SNS, estabeleciam-se as condições de subsistência do caráter de beneficiário dos trabalhadores em relação de dependência em caso de extinção do contrato de trabalho, interrupção do trabalho por enfermidade ou acidente, suspensão, licenciação por razões particulares do trabalhador, trabalho por temporada (sazonal), serviço militar obrigatório, situação de *excedência* (licença por maternidade adicional, que excedia o período habitual concedido, não remunerada). Também estabeleciam-se as condições de subsistência do

caráter de beneficiário do grupo familiar primário em caso de morte do trabalhador em relação de dependência ao titular dos benefícios.

Cada Obra Social elaboraria seu próprio estatuto, que deveria registrar na DINOS (já previsto no projeto de lei do SNS, só que o estatuto deveria ser apresentado na ANSSAL para aprovação).

À diferença do estabelecido no projeto de SNS, as Obras Sociais sindicais seriam conduzidas e administradas por uma autoridade colegiada cujos membros seriam eleitos pelo sindicato (no projeto de SNS, a autoridade colegiada seria composta por representantes dos beneficiários e um representante estatal indicado pela Secretaria de Saúde da Nação; os representantes dos beneficiários seriam eleitos mediante voto direto dos filiados ao sindicato correspondente). À diferença da lei 22.269, não existiria incompatibilidade no exercício de cargos eletivos entre as Obras Sociais e os sindicatos correspondentes.

As Obras Sociais dos Três Poderes e seus organismos autárquicos e descentralizados e as das empresas e sociedades do Estado seriam conduzidas e administradas por um presidente proposto pela Secretaria de Estado de Saúde da Nação, quatro integrantes em representação do Estado propostos pelo respectivo Poder, organismo ou empresa e quatro em representação dos beneficiários propostos pelo sindicato correspondente.

As Obras Sociais do pessoal de direção seriam administradas por uma autoridade colegiada de até cinco membros em representação dos beneficiários. À diferença do projeto de SNS, não se previa representação estatal na autoridade colegiada. Em conclusão, não haveria representação estatal nas Obras Sociais sindicais nem do pessoal de direção, diferentemente do estabelecido pelo projeto de SNS.

Entre os requisitos dos membros das autoridades colegiadas de condução e administração das Obras Sociais não havia impedimentos em relação ao exercício simultâneo de cargos diretivos em associações empresárias, sindicais ou de aposentados, à diferença da lei 22.269 e do projeto de SNS.

As Obras Sociais seriam financiadas mediante:

- a) Contribuições dos empregadores equivalentes a 6% do salário dos trabalhadores (1,5% a menos que no projeto de SNS; 1,5% a mais que na lei 22.269; 4% a mais que na lei 18.610);
- b) Aportes dos trabalhadores em relação de dependência equivalentes a 3% do salário (igual que na lei 22.269; 2% a mais que na lei 18.610);
- c) Aportes dos trabalhadores em relação de dependência equivalentes a 1,5% do salário por cada beneficiário a cargo do titular (0,5% a mais que no

projeto de SNS e na lei 22.269; na 18.610 era 1% por um ou mais beneficiários adicionais);

d) Aportes dos aposentados e pensionistas.

Os empregadores deveriam depositar os aportes e contribuições da seguinte forma: 90% da soma dos aportes e contribuições para a Obra Social correspondente (85% no caso das Obras Sociais do pessoal de direção); 10% para a ANSSAL (15% no caso das Obras Sociais do pessoal de direção); 45% dos recursos de distinta natureza para a Obra Social correspondente; 55% dos recursos de distinta natureza para a ANSSAL.

As Obras Sociais poderiam destinar até 8% da sua renda bruta a gastos administrativos, deduzidos os aportes ao Fundo Solidário de Redistribuição criado pela lei do Sistema Nacional do Seguro de Saúde.

Como autoridade de aplicação, o projeto de lei previa a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS) no âmbito do Ministério de Saúde e Ação Social, Secretaria de Coordenação e Ação Social. A finalidade da DINOS seria promover, coordenar e integrar as atividades das Obras Sociais em todos aqueles assuntos que não se encontrassem obrigadas pela lei do Sistema Nacional do Seguro de Saúde (ou seja, as Obras Sociais teriam obrigações enquanto Obras Sociais e enquanto agentes do Seguro). Atuaria também como organismo de controle dos aspectos administrativos e contábeis das Obras Sociais. Entre outras atribuições, a DINOS teria um registro de Obras Sociais onde deveriam inscrever-se todas as entidades desse tipo.

Da mesma forma que no projeto de SNS, estabelecia-se que os bens pertencentes à administração central do Estado, organismos descentralizados, empresas e sociedades do Estado, paraestatais ou de administração mista relacionados com a prestação dos serviços médicos do Seguro seriam transferidos à Obra Social correspondente. Por outra parte, e diferentemente do estabelecido pela lei 22.269, os bens das Obras Sociais pertencentes a sindicatos continuariam sob o domínio da respectiva associação profissional.

O Quadro 10 sintetiza as diferenças e similitudes do projeto de lei de Obras Sociais com seus antecedentes, as leis 18.610 e 22.269 de Obras Sociais e o projeto original de SNS:

Quadro 10 – Relação do projeto de lei de Obras Sociais com seus antecedentes

Lei 18.610	Lei 22.269	Projeto original de SNS	Projeto de lei de Obras Sociais
<p>Abarcava todos os tipos de Obras Sociais existentes: da administração central do Estado, organismos descentralizados, empresas do Estado, paraestatais, de administração mista e de associações profissionais de trabalhadores.</p>	<p>Procurava desvincular as Obras Sociais das entidades sindicais, outorgando-lhes individualidade jurídica, administrativa e financeira.</p>	<p>As Obras Sociais funcionariam como entidades de direito público não estatal, com individualidade jurídica, financeira e administrativa. Ficariam desvinculadas de qualquer associação, organismo ou empresa.</p>	<p>Começava igual que a lei 18.610, estabelecendo o tipo de entidades compreendidas: Obras Sociais sindicais, de administração mista, dos três Poderes, de empresas e sociedades estatais, do pessoal de direção ou por convênio com empresas privadas ou públicas.</p> <p>Contemplava a existência de Obras Sociais sindicais, eliminando a exigência de desvinculá-las de qualquer associação, organismo ou empresa.</p>
		<p>As Obras Sociais seriam agentes naturais do SNS.</p> <p>O Seguro adequaria suas ações às políticas determinadas pelo Ministério de Saúde e Ação Social.</p>	<p>Tentando articular com o projeto de Seguro paralelo, ressaltava que no tocante às prestações de saúde, as Obras Sociais formariam parte do SNS, como agentes naturais deste e sujeitas às suas normativas e regulamentações.</p>
<p>O subsistema de Obras Sociais financiava-se a partir de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Contribuições de 2% dos salários a cargo do empregador; Aportes de 1% a cargo do trabalhador, que aumentava para 2% no caso da inclusão de familiares; Aportes de 2% da aposentadoria para os trabalhadores aposentados que optassem por incorporar-se ao sistema. 	<p>O subsistema de Obras Sociais financiava-se a partir de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Contribuições de 4,5% dos salários a cargo do empregador; Aportes de 3% a cargo do trabalhador, mais 1% por cada familiar incluído. Aportes de aposentados e beneficiários de prestações não contributivas segundo o estabelecido pela lei 19.032 (do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, mais conhecido como PAMI). 	<p>O projeto do Seguro aumentava as contribuições dos empregadores, que passaram a ser 7,5% do salário dos trabalhadores, ao tempo que eliminava os aportes dos trabalhadores (exceto no caso dos beneficiários adicionais do grupo familiar primário, que demandariam aportes equivalentes a 1% do salário por cada beneficiário).</p>	<p>Reincorporava os aportes dos trabalhadores ao financiamento das Obras Sociais, que seriam de 3% do salário.</p> <p>As contribuições dos empregadores reduziam-se a 6% do salário dos trabalhadores.</p>
<p>O aporte do trabalhador era de 1% do salário, e aumentava para 2% no caso da</p>	<p>O aporte era de 3%, mais 1% por cada familiar incluído.</p>	<p>O único aporte do trabalhador previsto era consequência da inclusão de familiares, equivalente a 1% por cada familiar</p>	<p>Da mesma forma que a lei 22.269 e que o projeto de SNS (neste último caso o aporte não era adicional, mas o único tipo de aporte</p>

inclusão de familiares.		incluído.	previsto para o trabalhador), previa-se um aporte adicional por cada familiar incluído, que seria maior que nos antecedentes, equivalente a 1,5%.
Os beneficiários eram os trabalhadores em relação de dependência e os respectivos grupos familiares primários (cônjuge, filhos homens até 18 anos, filhas até 21 e filhos deficientes de qualquer idade).	<p>Agregavam-se os aposentados e pensionistas e os destinatários de prestações não contributivas. Previa-se a incorporação dos autônomos.</p> <p>Permitia a inclusão dos filhos homens até os 21 anos quando fossem estudantes.</p> <p>Ficavam excluídos do sistema previsto na lei: os trabalhadores e aposentados das forças armadas, da polícia federal e do serviço penitenciário, e os dependentes dos governos provinciais e municipais.</p>	<p>Agregava os trabalhadores autônomos e as pessoas sem cobertura médica por carecer de tarefas remuneradas (desempregados ou sem carteira assinada) ou benefícios previdenciários.</p> <p>Ampliava a composição do grupo familiar com direito à cobertura: alargava a idade dos filhos (até os 21 anos, ou até os 25 se fossem estudantes universitários ou de nível superior); incluía os filhos do cônjuge do beneficiário titular e outros menores a cargo, e as pessoas que convivessem com o beneficiário titular e recebessem trato familiar.</p> <p>Os trabalhadores e aposentados dependentes dos governos provinciais e municipais e das Forças Armadas e de Segurança não seriam incluídos obrigatoriamente no Seguro. A incorporação total ou parcial seria optativa.</p>	<p>Da mesma forma que a lei 22.269, os beneficiários titulares seriam os trabalhadores em relação de dependência, dos âmbitos público e privado; os aposentados e os pensionistas nacionais, e os beneficiários de prestações não contributivas nacionais.</p> <p>O grupo familiar com direito a cobertura tinha a mesma composição ampliada do projeto de SNS.</p>
	<p>A lei permitia que os trabalhadores continuassem sendo beneficiários do sistema ainda que fossem demitidos, suspensos ou licenciados, com o sem a realização de aportes segundo o caso.</p> <p>Também permitia que a família permanecesse como beneficiária em caso de morte do trabalhador, mediante pagamento dos aportes correspondentes.</p>	Manteve as características e condições de subsistência do caráter de beneficiário dos trabalhadores e seu grupo familiar.	<p>Em forma quase idêntica à lei 22.269 e ao projeto de SNS, estabelecia as condições de subsistência do caráter de beneficiário dos trabalhadores em relação de dependência em caso de extinção do contrato de trabalho, interrupção do trabalho por enfermidade ou acidente, suspensão, licença por razões particulares do trabalhador, trabalho por temporada (sazonal), serviço militar obrigatório, situação de <i>excedência</i> (licença por maternidade adicional, não remunerada).</p> <p>Também estabelecia as condições de subsistência do</p>

			caráter de beneficiário do grupo familiar primário em caso de morte do trabalhador em relação de dependência titular dos benefícios.
Estabelecia que as Obras Sociais deviam destinar seus recursos em forma prioritária a prestações de saúde, mas não indicava em qual proporção.	Estabelecia a obrigatoriedade das Obras Sociais destinarem pelo menos 80% da renda bruta às prestações médicas.	Mantinha a obrigatoriedade das Obras Sociais destinarem pelo menos 80% dos recursos brutos, deduzidos os aportes ao Fundo Solidário de Redistribuição, à prestação de serviços médicos para seus beneficiários.	Da mesma forma que todos seus antecedentes, o projeto de lei estabelecia a obrigatoriedade das Obras Sociais destinarem pelo menos 80% da renda bruta, deduzidos os aportes ao Fundo Solidário de Redistribuição, à prestação de serviços médicos para seus beneficiários.
Estabelecia que as Obras Sociais de associações profissionais fossem conduzidas pelos respectivos sindicatos, mas devendo manter independência administrativa, contábil e financeira.	O governo das Obras Sociais seria exercido por um Conselho de Administração conformado por um representante do Estado, três dos empregadores e três dos trabalhadores. Um dos requisitos para integrar tais conselhos, ademais de ser maior de idade e não ter antecedentes penais, era não desempenhar cargos nem funções em sindicatos em forma simultânea.	As Obras Sociais seriam conduzidas e administradas pelos beneficiários, com participação estatal. Os representantes dos beneficiários seriam eleitos mediante voto direto dos filiados ao sindicato correspondente. Da mesma forma que a lei 22.269, o projeto de Seguro estabelecia que os membros das autoridades colegiadas de condução das Obras Sociais não poderiam exercer simultaneamente cargos diretivos em associações empresárias, sindicais ou de aposentados.	Previa a administração das Obras Sociais por seus beneficiários, com participação do Estado (exceto no caso das Obras Sociais sindicais e as do pessoal de direção, nas quais não haveria representação estatal, à diferença do estabelecido pela lei 22.269 e pelo projeto de SNS). Os membros das autoridades colegiadas representantes dos beneficiários seriam eleitos pelo sindicato. À diferença da lei 22.269 e do projeto de SNS original, não incluía a o impedimento para os membros dos colegiados de condução das Obras Sociais de participar simultaneamente em cargos de direção em sindicatos, associações empresárias ou de aposentados. Não existia incompatibilidade no exercício de cargos eletivos entre as Obras Sociais e os sindicatos correspondentes.
A norma criou o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS) para funcionar como autoridade de aplicação da lei.	Manteve o INOS como autoridade de aplicação.	Seria criada a Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL) para substituir o INOS.	Criava a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS) como autoridade de aplicação da lei para regular o funcionamento das Obras Sociais. Na verdade, cada projeto de lei previa a criação da sua própria autoridade de aplicação: a de Obras Sociais criava a DINOS, e a

			do SNS mantinha a ANSSAL.
		Estabelecia a obrigatoriedade das Obras Sociais apresentarem anualmente à ANSSAL para sua aprovação: o programa de prestações médicas e sociais para seus beneficiários, o orçamento de gastos e recursos, e o balanço de receitas e despesas financeiras do período anterior.	Incorporava uma parte do projeto de lei de SNS, obrigando às Obras Sociais a apresentarem anualmente uma série de documentações à ANSSAL. Para além das já estabelecidas, agregava cópia autenticada de todos os contratos de prestação de serviços assinados no período anterior.
		Para receber e administrar os recursos previstos no projeto de lei, as Obras Sociais deveriam inscrever-se no Registro Nacional de Obras Sociais, administrado pela ANSSAL.	Tentando articular com o projeto de lei paralelo de Seguro, estabelecia que as Obras Sociais, como agentes do Seguro de Saúde, deveriam inscrever-se no registro que funcionaria no âmbito da ANSSAL.
		Cada Obra Social elaboraria seu próprio estatuto, que deveria apresentar na ANSSAL para sua aprovação.	Cada Obra Social elaboraria seu próprio estatuto, que deveria registrar na DINOS.
	Os bens dos sindicatos destinados à prestação de serviços médicos que tivessem sido adquiridos com recursos da lei 18.610, deveriam ser transferidos à Obra Social sem nenhum tipo de compensação financeira. No caso desses bens tivessem sido adquiridos com recursos do sindicato, poderia ser acordada a transferência mediante pagamento, ou conservados pelo sindicato para oferecer serviços médicos, com estrutura jurídica independente do sindicato e mediante inscrição no Registro de Prestadores.	Estabelecia que os bens pertencentes à administração central do Estado, organismos descentralizados, empresas e sociedades do Estado, paraestatais ou de administração mista relacionados com a prestação dos serviços médicos do Seguro seriam transferidos à Obra Social correspondente. As Obras Sociais agentes do Seguro poderiam manter os serviços próprios (à diferencia do estabelecido pela lei 22.269), mas precisariam solicitar autorização para desenvolver maior capacidade assistencial.	Da mesma forma que no projeto de SNS, estabeleceu que os bens pertencentes à administração central do Estado, organismos descentralizados, empresas e sociedades do Estado, paraestatais ou de administração mista relacionados com a prestação dos serviços médicos do Seguro seriam transferidos à Obra Social correspondente. Por outra parte, e diferentemente do estabelecido pela lei 22.269, os bens das Obras Sociais pertencentes a sindicatos continuariam sob o domínio da respectiva associação profissional.

Fonte: elaboração própria, com base em Argentina (1970; 1980; 1985; 1987a)

A partir da análise do Quadro 10, é possível identificar vários pontos favoráveis aos sindicatos no projeto de lei de Obras Sociais, estabelecidos após a negociação do Poder Executivo com o grupo de sindicalistas chamado de “Grupo dos 15”:

- a) Em primeiro lugar, e como foi dito mais acima, o principal triunfo dos sindicatos foi conseguir manter uma lei própria para as Obras Sociais; o projeto estabeleceu, inclusive, duas autoridades de aplicação diferenciadas para cada uma das normativas derivadas do projeto de Seguro original de Neri;
- b) O projeto de lei eliminava a exigência de desvincular as Obras Sociais dos sindicatos;
- c) Não haveria mais impedimento para os membros dos colegiados de condução das Obras Sociais de participar simultaneamente em cargos de direção em sindicatos; não existiria incompatibilidade no exercício de cargos eletivos entre as Obras Sociais e os sindicatos correspondentes;
- d) Os sindicatos escolheriam os membros representantes dos beneficiários das autoridades colegiadas;
- e) A porcentagem total do salário destinada ao financiamento das Obras Sociais era a maior da história das normas que haviam regulado o setor, e maior também que a estabelecida no projeto de SNS, atingindo um total de 9% entre aportes dos trabalhadores e contribuições dos empregadores; além disso, o aporte previsto para a inclusão dos beneficiários do grupo familiar também era o mais elevado desde a primeira lei;
- f) Os bens das Obras Sociais pertencentes a sindicatos continuariam sob o domínio da respectiva associação profissional;
- g) O estatuto da Obra Social deveria ser apenas apresentado à autoridade de aplicação (a DINOS), não precisava da aprovação desta última.

4.5.2 Projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde: diferenças em relação ao original

No Anexo A se podem consultar todas as diferenças entre o projeto original de SNS e o finalmente apresentado para ser debatido nas Câmaras legislativas, mediando entre eles a negociação do Poder Executivo com os sindicalistas nucleados no “Grupo dos 15”.

Segue uma lista das principais modificações, organizadas em quatro categorias: modificações favoráveis aos sindicatos, modificações que beneficiavam o Poder Executivo, modificações relacionadas ao desdobramento do projeto original em dois e outras modificações interessantes.

4.5.2.1 Modificações favoráveis aos sindicatos (ou desfavoráveis para o Poder Executivo)

- a) O projeto de lei eliminava o atributo “obrigatório” toda vez que se referia à implementação do Seguro (p. ex. Art. 3º no original e no projeto de lei);
- b) Na versão original do SNS, “as resoluções adotadas pela Secretaria de Saúde da Nação e a ANSSAL (...) [seriam] de cumprimento obrigatório para as Obras Sociais agentes do Seguro e para as entidades aderentes.” (Art. 9º). No projeto de lei se eliminava o caráter obrigatório das disposições da Secretaria de Saúde da Nação e da ANSSAL (Art. 8º);

Beneficiários

- c) O projeto original introduzia a lista de sujeitos beneficiários enunciando que “[seriam] obrigatoriamente incluídos no Seguro, como beneficiários titulares das Obras Sociais: (...)” (Art. 5º). O projeto de lei eliminava o caráter obrigatório da inclusão, e os beneficiários do Seguro já não eram incluídos como beneficiários titulares das Obras Sociais (Art. 5º). Isto talvez haja sido uma condição dos sindicatos, no sentido de permitir a inclusão de todos os tipos de beneficiários no mesmo sistema, mas mantendo a diferenciação entre quem tinha cobertura de Obra Social e quem não tinha;
- d) No projeto original, os beneficiários do Seguro seriam:

(a) Os trabalhadores em relação de dependência, tanto no âmbito público como no privado; (b) os aposentados e pensionistas nacionais; (c) os beneficiários de prestações não contributivas nacionais; (d) os trabalhadores autônomos; (e) as pessoas com residência permanente no país sem cobertura médica por não desempenhar tarefas remuneradas ou não receber benefícios previdenciários. (Art. 5º).

O projeto de lei mantinha os beneficiários, mas os organizava de outra forma, possivelmente com a mesma intencionalidade estimada no item anterior: manter a diferenciação entre os incluídos no sistema, discriminando entre aqueles com cobertura das Obras Sociais e aqueles sem cobertura. Assim, o projeto de lei incluía no Seguro: (a) os beneficiários compreendidos na lei de Obras Sociais (trabalhadores em relação de dependência dos âmbitos público e privado, os aposentados e pensionistas nacionais e os beneficiários de prestações não contributivas); os trabalhadores autônomos; as pessoas com residência permanente no país sem cobertura médica por não desempenhar tarefas remuneradas ou não receber benefícios previdenciários (Art. 5º);

Administração do Seguro

- e) Na versão original do Seguro, “a autoridade de aplicação do Seguro [seria] a Secretaria de Saúde da Nação. No seu âmbito, e substituindo o [então] Instituto Nacional de Obras Sociais [funcionaria] a Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL) (...)” (Art. 9º). Na nova versão de projeto de lei (Art. 7º), a ANSSAL não substituiria nem se fusionaria com outra autoridade, complementaria sua ação e sua existência com a autoridade de aplicação estabelecida pela lei de Obras Sociais, a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS) (Art. 25º do projeto de lei de Obras Sociais). O Art. 26º do projeto de lei de Obras Sociais dizia que a DINOS teria como finalidade “promover, coordenar e integrar as atividades das Obras Sociais em tudo aquilo que não estivessem obrigadas pela Lei do Sistema Nacional do Seguro de Saúde”. É um elemento que pode ser interpretado como evidencia do interesse dos sindicatos em ter uma dupla institucionalidade, complementada, mas separada, uma associada às Obras Sociais e outra distinta para o Seguro;
- f) Originalmente, a ANSSAL teria “faculdades suficientes (...) para promover o desenvolvimento das prestações, conduzir e controlar o sistema estabelecido, integrar e supervisionar as atividades das Obras Sociais e das entidades aderentes, e aplicar sanções (...)” (Art. 10). Na versão negociada com os sindicatos, “a ANSSAL [teria] a competência (...) no relativo aos objetivos do Seguro, da promoção e integração do desenvolvimento das prestações de saúde e a condução e supervisão do sistema

estabelecido.” (Art. 9º). A ANSSAL perdia as atribuições para supervisionar as atividades das Obras Sociais e aplicar sanções;

- g) Antes da negociação com os sindicatos, os diretores da ANSSAL não poderiam desempenhar simultaneamente cargos ou funções de nenhuma natureza nem nas Obras Sociais, nem nas associações gremiais compreendidas no Seguro (Art. 12º). Na nova versão do projeto, os diretores deviam apenas ser maiores de idade e não ter inibições civis ou penais (Art. 11º). Nada dizia em relação ao desempenho simultâneo de cargos ou funções dos diretores em Obras Sociais ou sindicatos;
- h) Em relação às atribuições da diretoria da ANSSAL, a versão original do SNS estabelecia que lhe correspondia: (a) ditar o regulamento interno da ANSSAL; (b) intervir na elaboração do orçamento anual de gastos, cálculo de recursos e conta de inversões; (c) determinar o destino dos recursos do Fundo Solidário de Redistribuição; (d) aplicar as sanções previstas no projeto de lei; (e) enquadrar a população beneficiária nas Obras Sociais e agrupá-las segundo as pautas estabelecidas na lei; (f) cancelar a inscrição no Registro Nacional de Obras Sociais das Obras Sociais às quais se referia o artigo 21 da lei:

Art. 21º. A ANSSAL inscreverá no Registro Nacional de Obras Sociais a uma única Obra Social por grupo populacional incluída no Seguro. Nos casos em que existissem duas ou mais Obras Sociais para um mesmo grupo populacional (...) a ANSSAL as integrará (...) ou determinará qual das Obras Sociais superpostas permanecerá registrada, cancelando a inscrição das restantes, que cessarão no seu funcionamento a partir dessa data.

A nova versão do projeto de SNS eliminava as últimas duas atribuições da diretoria, porque eram faculdades que a ANSSAL havia perdido após a negociação com os sindicatos: a possibilidade de inscrever uma única Obra Social por grupo populacional no Registro Nacional de Obras Sociais, podendo integrar ou superpor Obras Sociais nos casos em que existissem duas ou mais Obras Sociais para um mesmo grupo populacional, e de enquadrar e reagrupar a população beneficiária das Obras Sociais.

Por outra parte, a nova versão do projeto agregava algumas funções para a Diretoria da ANSSAL: (a) intervir na elaboração e atualização dos instrumentos utilizados para a regulação dos prestadores; (b) ditar as normas que regulem as distintas modalidades nas relações contratuais entre os agentes do Seguro e os prestadores; (c) autorizar inscrições e cancelamentos no Registro Nacional de Agentes do Seguro; (d)

aprovar a estrutura orgânica funcional da ANSSAL; (e) Designar, promover, remover e suspender o pessoal da instituição (Art. 13º);

Agentes do Seguro

- i) O Art. 16º do projeto original de SNS precisava que as Obras Sociais seriam agentes naturais do Seguro, funcionariam “como entidades de direito público não estatal, com individualidade jurídica, financeira e administrativa, [com] caráter de sujeitos de direito social”, e deveriam estar desvinculadas de toda associação, organismo ou empresa. A nova versão do projeto não precisava caracterizar juridicamente às Obras Sociais porque para isso existia um projeto de lei próprio das Obras Sociais, apresentado em forma paralela e complementar. No seu Art. 15º sintetizava dizendo que as Obras Sociais compreendidas na Lei de Obras Sociais seriam agentes naturais do Seguro. Além disso, eliminava o requisito da desvinculação das Obras Sociais de qualquer organismo, empresa ou associação, por exemplo, dos sindicatos. Esta é uma diferença fundamental entre os dois projetos, que responde claramente a um interesse dos sindicatos, que pretendiam reter o controle das Obras Sociais;
- j) Originalmente, a ANSSAL teria um Registro Nacional de Obras Sociais no qual inscreveria as entidades do Seguro, determinando em cada caso a população coberta, em relação à qual receberiam as contribuições e aportes (Art. 18º). No novo projeto, a ANSSAL passaria a ter um Registro Nacional de Agentes do Seguro, no qual seriam inscritas as Obras Sociais compreendidas no projeto de lei paralelo, as associações de Obras Sociais e toda outra entidade que aderisse ao sistema. No entanto, a ANSSAL não teria mais atribuições para determinar a população coberta por cada Obra Social (Art. 17º);
- k) Segundo o Art. 19º do projeto original de Seguro, cada Obra Social devia elaborar seu próprio estatuto, que seria submetido à ANSSAL para sua aprovação. Cumprido esse requisito, a ANSSAL inscreveria a entidade no Registro Nacional de Obras Sociais e expediria um certificado acreditando a entidade como agente do Seguro e habilitando-a para receber e administrar recursos. Na versão do projeto negociada com os sindicatos era eliminado o requisito da elaboração e aprovação pela ANSSAL dos estatutos das Obras Sociais para a inscrição no Registro Nacional de Agentes do Seguro (Art. 17º);

- l) Originalmente, a ANSSAL poderia agrupar ou integrar duas ou mais Obras Sociais diante de algumas circunstâncias (incapacidade de manter um programa integral de prestações, custos antieconômicos, suspensão de atividades etc.) (Art. 20º). Esta possibilidade foi eliminada na versão posterior de SNS. Se bem estava no capítulo sobre os agentes do Seguro, esta atribuição da ANSSAL não foi incluída no projeto de lei próprio das Obras Sociais, apresentado em forma paralela e complementar ao segundo projeto de Seguro;
- m) No projeto de seguro de Neri, a ANSSAL inscreveria no Registro Nacional de Obras Sociais a uma única Obra Social por grupo populacional incluída no Seguro. Nos casos em que existissem duas ou mais Obras Sociais para um mesmo grupo populacional, a ANSSAL as integraria ou determinaria qual das Obras Sociais superpostas permaneceria registrada, cancelando a inscrição das restantes (Art. 21º). Essa faculdade da ANSSAL também foi eliminada na versão posterior de SNS. Se bem estava no capítulo sobre os agentes do Seguro, esta atribuição também não foi incluída no projeto de lei próprio das Obras Sociais;
- n) No projeto de Neri, as Obras Sociais seriam conduzidas e administradas pelos beneficiários, com participação estatal. Manteriam seu próprio regime de administração e governo. Os membros dos colegiados de condução das Obras Sociais não poderiam exercer simultaneamente cargos de direção em sindicatos, associações empresárias ou de aposentados (Art. 23º a 32º). Na versão de SNS negociada com os sindicatos, esse conjunto de artigos é eliminado. Parte deles foi incluída no projeto de lei de Obras Sociais, exceto o impedimento para os membros dos colegiados de condução das Obras Sociais de participar simultaneamente em cargos de direção em sindicatos, associações empresárias ou de aposentados. Esta é mais uma conquista do sindicalismo no acordo;

Sindicaturas

- o) O projeto original de Seguro estabelecia as Sindicaturas, cuja função seria controlar e fiscalizar os atos dos órgãos e funcionários das Obras Sociais e o cumprimento das normas e disposições ditadas pelas autoridades de aplicação e administração do Seguro (Art. 34º). A retribuição dos síndicos seria determinada pela ANSSAL, mas estaria a cargo das respectivas Obras Sociais. Para se desempenhar como síndico, seria preciso

possuir título profissional em disciplinas jurídicas, econômico-financeiras ou da saúde. O mandato não poderia exceder os dois exercícios na Obra Social ou Obras Sociais para as quais haviam sido designados (Art. 34º). Na nova versão do projeto, a retribuição dos síndicos passava a estar a cargo da ANSSAL, o que pode ser interpretado como uma conquista dos sindicatos na negociação com o Estado, um aspecto no qual Storani e/ou Rodríguez tiveram que ceder. Por outra parte, não havia requisitos para ser síndico, e os mandatos iriam ser rotativos, com um máximo de quatro anos de funções em um mesmo agente o seguro (Art. 19º);

p) Segundo o Art. 35º do projeto original,

A Sindicatura [poderia] observar as resoluções dos órgãos de condução ou de qualquer funcionário da Obra Social. A observação [deveria] ser fundamentada e [suspenderia] o cumprimento ou execução do ato em todo ou na parte observada. A Obra Social [poderia] recorrer a observação diante da ANSSAL (...).

A segunda versão do projeto de Seguro invertia a responsabilidade em favor da Sindicatura, pois estabelecia que “as resoluções dos órgãos de condução ou de qualquer funcionário do agente do seguro [deveriam] ser notificadas à Sindicatura dentro dos cinco dias úteis de produzidas” (Art. 20º). A Sindicatura devia se expedir em igual prazo, e no caso de efetuar observações, as mesmas deveriam ser fundamentadas e poderiam ser recorridas pelo agente do seguro diante da ANSSAL. À diferença do projeto original, o processo não implicaria a suspensão da resolução questionada (Art. 20º). Parece ser uma diferença introduzida em favor dos sindicatos.

Caso a observação da Sindicatura fosse recorrida, a diretoria da ANSSAL deveria resolver a questão no prazo de dez dias úteis a partir do recebimento das atuações, notificando o agente do seguro sobre a decisão adotada. Vencido o prazo mencionado e não mediando resolução expressa, o ato observado ficaria firme (Art. 20º). Isto pode ser interpretado como uma diferença em favor dos sindicatos, pois destacava que se a diretoria da ANSSAL não respondesse no prazo, a questão observada não precisaria ser alterada;

q) No projeto de Neri, “a Sindicatura [deveria] intervir nas sessões do órgão de condução da Obra Social, com voz, mas sem voto, e suas opiniões [deveriam] constar nas respectivas atas” (Art. 35º). Na versão negociada com os sindicatos, a Sindicatura apenas poderia

assistir às sessões do órgão de condução do Seguro. Isto pode ser interpretado como uma conquista dos sindicatos na negociação com o Executivo, um aspecto no qual Storani e/ou Rodríguez tiveram que ceder;

r) A versão original do Seguro estabelecia que:

As Obras Sociais [deveriam] colocar a disposição dos síndicos o pessoal e elementos que estes requeiram para o cumprimento das suas funções. (...) Os síndicos [poderiam] designar o número mínimo razoável de empregados próprios, cujas remunerações [estariam] a cargo da Obra Social ou Obras Sociais respectivas (Art. 36°).

O projeto de lei posterior eliminava essas disposições, fato que pode ser interpretado como uma demanda dos sindicatos, pois desobrigava às Obras Sociais de colocar a disposição dos síndicos qualquer coisa solicitada por estes e de remunerar os empregados próprios da Sindicatura;

Financiamento

s) O projeto original de SNS estabelecia que os recursos do Fundo Solidário de Redistribuição (FSR) proviriam de: (a) 10% das receitas das Obras Sociais provenientes de aportes e contribuições, 15% no caso das Obras Sociais do pessoal de direção; (b) 75% das receitas das Obras Sociais provenientes de recursos de distinta natureza; (c) reintegro de empréstimos; (d) multas pelo não cumprimento da lei; (e) rendimentos de investimentos realizados com recursos do Fundo; (d) subsídios, subvenções, legados e doações; (e) Recursos estabelecidos no Orçamento Geral da Nação (Art. 44°). No mesmo artigo destacava que o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas estaria excetuado da obrigação de contribuir ao Fundo. O projeto negociado com os sindicatos modificava a porcentagem dos recursos de distinta natureza que as Obras Sociais deviam destinar ao financiamento do FSR, que passava de 75% para 55% (Art. 22°). Isso pode ser interpretado como um ganho para o sindicalismo na negociação. Por outra parte, a nova versão do projeto agregava outras fontes de financiamento: (a) 5% das receitas do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas; (b) aportes das Obras Sociais provinciais ou de outra natureza que adiram ao Sistema Nacional do Seguro de Saúde; (c) Os saldos do antigo Fundo de Redistribuição, criado

pela lei 22.269 (Art. 22º). É possível observar uma diferença importante entre as duas versões do projeto: na nova edição passavam a aportar os aposentados e pensionistas;

- t) No projeto de SNS original, os recursos do FSR seriam destinados pela ANSSAL: (a) uma porcentagem não menor à terceira parte para sua distribuição automática entre as Obras Sociais agentes do seguro, com a finalidade de subvencionar àquelas com menor renda por beneficiário; (b) para apoiar financeiramente às Obras Sociais; (c) para o financiamento de programas sanitários; (d) para participar do financiamento da cobertura da população sem capacidade contributiva; (e) até um 2,5% do total de recursos do FSR para gastos administrativos e de funcionamento da ANSSAL (Art. 46º). A nova versão eliminava a contribuição do FSR ao financiamento da cobertura da população sem capacidade contributiva e modificava a porcentagem máxima permitida para destinar aos gastos administrativos e de funcionamento da ANSSAL, que passava de 2,5% a 8%, mais que triplicava (Art. 24º);

Prestações

- u) Segundo o projeto original, e estabelecendo uma diferença com a lei 22.269, as Obras Sociais poderiam manter os serviços de saúde próprios, mas deveriam solicitar autorização à ANSSAL, bem como à autoridade sanitária correspondente, para desenvolver maior capacidade assistencial (Art. 51º). Na versão negociada com os sindicatos, para desenvolver maior capacidade instalada, os agentes do Seguro deviam apenas adequar-se às normativas da ANSSAL e da Secretaria de Saúde da Nação (Art. 26º), nada dizia sobre o pedido de autorização, era suficiente com se adequar às normas. Parece um elemento a mais que demonstra a perda de autoridade da ANSSAL e o avanço do poder sindical;
- v) No Art. 51º do projeto original de SNS estabelecia-se que “as Obras Sociais [deveriam] articular seus programas de prestações médico-assistenciais com as outras entidades do Seguro (...). Nesse sentido, os serviços próprios das Obras Sociais [estariam] disponíveis para os outros beneficiários do Seguro, conforme as normas que se estabeleçam”. O projeto novo continuava disponibilizando os serviços próprios das Obras Sociais para outros beneficiários do Seguro, mas destacava que seria conforme as normas gerais e as particulares dos respectivos convênios (Art. 26º), ou seja, subordinava a disponibilidade,

e em definitiva, a articulação das entidades do Seguro, a normas privadas (contratuais) estabelecidas entre as partes;

- w) No projeto original de Seguro era estabelecida uma Comissão Permanente de Concertação no âmbito da ANSSAL, com o objetivo de participar na elaboração das normas e procedimentos da prestação de serviços. Estaria integrada por representantes dos prestadores e dos beneficiários (Art. 60º). Na nova versão do projeto, a Comissão seria presidida por um diretor da ANSSAL e integrada por cinco representantes dos agentes do seguro e cinco representantes das entidades representativas majoritárias dos prestadores (Art. 35º). As Obras Sociais passaram a formar parte da Comissão, ocupando o lugar dos beneficiários, transformando-se em representantes destes;

Jurisdição, Infrações e Penalidades

- x) O Art. 65º do projeto original estabelecia que

A Secretaria de Saúde da Nação [poderia] intervir uma Obra Social por tempo determinado quando houvesse ações ou omissões que (...) [impedissem] ou [alterassem] seu funcionamento. Tal medida [implicaria] a caducidade do mandato do órgão de condução, cujas faculdades, atribuições e deveres [seriam] exercidos pelo Interventor. A medida [poderia] ser recorrida no prazo de dez dias úteis depois de notificada (...).

No projeto negociado com os sindicatos, já não estava prevista a caducidade do mandato do órgão de condução, nem a substituição deste por um interventor em caso de intervenção. Agregava-se apenas que a ANSSAL deveria dispor mecanismos para dar continuidade às prestações de saúde (Art. 40º).

4.5.2.2 Modificações favoráveis ao Poder Executivo (ou desfavoráveis para os sindicatos)

- a) O Art. 33º do projeto original de SNS estabelecia que as Obras Sociais deveriam apresentar anualmente à ANSSAL para sua aprovação: (a) o programa de prestações médicas e sociais para seus beneficiários; (b) o orçamento de gastos e recursos para seu funcionamento, e (c) a memória geral e balanço de receitas e despesas financeiras do período anterior. A nova versão do projeto de lei tirou as prestações sociais do programa

que as Obras Sociais deveriam apresentar anualmente à ANSSAL, e agregou cópia legalizada de todos os contratos de prestações assinadas no período anterior. Isto pode ser interpretado como uma condição do Estado na negociação com os sindicatos, um aspecto no qual o “Grupo dos 15” teve que ceder;

b) Segundo o Art. 35º do projeto original,

A Sindicatura [poderia] observar as resoluções dos órgãos de condução ou de qualquer funcionário da Obra Social. A observação [deveria] ser fundamentada e [suspenderia] o cumprimento ou execução do ato em todo ou na parte observada. A Obra Social [poderia] recorrer a observação diante da ANSSAL (...).

A segunda versão do projeto de Seguro invertia a responsabilidade em favor da Sindicatura, pois estabelecia que “as resoluções dos órgãos de condução ou de qualquer funcionário do agente do seguro [deveriam] ser notificadas à Sindicatura dentro dos cinco dias úteis de produzidas” (Art. 20º). Pode ser interpretado como resposta a uma demanda do Executivo na negociação com os sindicatos, a legislação fica um pouco mais exigente neste ponto.

4.5.2.3 Modificações relacionadas ao desdobramento do projeto original de SNS em dois

a) Havia disposições no projeto original de Seguro que, na nova versão de projeto de lei, foram transferidas ao projeto complementar de Obras Sociais e apresentado em forma paralela. Por exemplo:

- Os outros beneficiários incluídos no Seguro (grupo familiar primário e pessoas que convivessem com o beneficiário titular e recebessem trato familiar [Art. 6º do original]) foram transferidos ao projeto de lei de Obras Sociais (Art. 9º), onde haviam estado originalmente nas leis de Obras Sociais precedentes, 18.610 e 22.269. Nesta nova versão do projeto de SNS, o grupo familiar primário e as pessoas que convivessem com o beneficiário titular e recebessem trato familiar estavam sendo considerados no inciso (a) do Art. 5º como beneficiários compreendidos na lei de Obras Sociais (ver logo acima no ponto [d]).

- As condições de subsistência do caráter de beneficiário no caso dos trabalhadores em relação de dependência (Art. 7º do projeto original). Foram transferidas ao Art. 10º do projeto de lei de Obras Sociais;

- b) Do Art. 37º ao 43º, o projeto de Neri estabelecia todas as características e os procedimentos dos aportes e contribuições através dos quais se financiaria o Seguro. Depois da negociação dos sindicatos e do desdobramento do projeto em dois, o detalhe dos aportes e contribuições foi transferido ao projeto de lei de Obras Sociais. A nova versão do projeto de Seguro resumia estabelecendo que os recursos para o financiamento das prestações garantidas pelo Sistema Nacional do Seguro de Saúde se integrariam por: (a) como mínimo 80% das receitas dos agentes do seguro; (b) aportes do orçamento geral da Nação e as outras jurisdições, destinados à incorporação da população sem cobertura e carente de recursos; (c) aportes do *Tesoro* Nacional segundo as necessidades de financiamento adicionais; (d) Receitas do Fundo Solidário de Redistribuição (Art. 21º);
- c) O Art. 66º do projeto de Neri dispunha que “seria reprimido com prisão de um mês a seis anos o [empregador] que, no prazo de quinze dias depois de ser intimado formalmente, não [houvesse depositado] aportes retidos do pessoal compreendido no Seguro (...)”. No Art. 41º da nova versão previa-se sanção apenas pelo não cumprimento dos aportes destinados ao FSR, e não pela não realização dos aportes em geral.

4.5.2.4 Outras mudanças interessantes

- a) No projeto original de Aldo Neri, a ANSSAL estaria a cargo de uma diretoria integrada por um presidente e nove diretores. O presidente seria designado pelo Poder Executivo nacional. Os diretores seriam: cinco em representação do Estado nacional, três em representação dos trabalhadores organizados e um em representação dos aposentados e pensionistas (estes quatro últimos propostos pelas entidades gremiais representativas) (Art. 11º). Na nova versão do projeto, agregava-se representação patronal e mais um diretor em representação do Estado nacional. Além disso, os diretores representantes dos trabalhadores representariam aos trabalhadores organizados na CGT (Art. 10º). Era uma modificação benéfica para os empregadores e para a CGT;

- b) O projeto original de Seguro criava um Conselho Assessor no âmbito da ANSSAL, com a função de assessorá-la nos temas vinculados com a organização e o funcionamento do Seguro, integrado por representantes das Obras Sociais agentes do Seguro – e de outras entidades de ação mutua e cooperativa –, das organizações de prestadores reconhecidas e dos empregadores (Art. 15º). A nova versão do projeto não incluiu representação dos empregadores no Conselho Assessor (Art. 14º). No entanto, é possível pensar que a representação patronal saiu do Conselho Assessor da ANSSAL para participar da Diretoria, ou seja, foi promovida.

Por outra parte, toda vez que o novo projeto se refere às “Obras Sociais agentes do Seguro” da versão de SNS anterior, as chama apenas de “agentes do Seguro”. Esta substituição dos termos se repete em outras partes do projeto de lei. Inclusive o Registro Nacional de Obras Sociais estabelecido no projeto original, onde as entidades mutuais poderiam se inscrever para integrar o Seguro (Art. 17º), foi substituído na versão nova do projeto pelo Registro Nacional de Agentes do seguro (Art. 16º).

A nova versão do projeto agrega uma função propositiva ao Conselho Assessor – não apenas assessora – e destaca que seus integrantes não serão remunerados por seu trabalho;

- c) Originalmente, as Obras Sociais agentes do Seguro deveriam outorgar em forma obrigatória um programa integral de prestações médicas estabelecido e atualizado periodicamente pela ANSSAL (Art. 53º). Na nova versão do projeto, as Obras Sociais deveriam assegurar, também, a cobertura de medicamentos essenciais requeridos pelas prestações (Art. 28º);
- d) No projeto de Neri, “os hospitais e outros centros assistenciais dependentes de organismos nacionais, com exceção dos dependentes das Forças Armadas e de Segurança (...) se [incorporariam] automaticamente ao Seguro como prestadores” (Art. 54º). A regulamentação estabeleceria um regime especial de administração e trabalho profissional para estes hospitais e centros assistenciais, que privilegiava a dedicação exclusiva e a autogestão. Na versão de projeto de lei negociada com os sindicatos, a disposição era eliminada;

- e) Na versão original do projeto de SNS, a adesão ao SNS implicaria para as províncias, entre outras obrigações, replicar nos hospitais e centros de saúde públicos de cada jurisdição o regime especial de administração e trabalho profissional previsto para os estabelecimentos dependentes de organismos nacionais, referido no Art. 54º, no ponto anterior desta lista (Art. 74º). Na versão posterior essa disposição era eliminada, como também havia sido omitido o Art. 54º, que previa a implementação do regime nos estabelecimentos dependentes de organismos nacionais;
- f) No projeto original, a lei iria reger a partir da data de sua promulgação, sendo que até o ditado da regulamentação, a ANSSAL passaria a ter as faculdades e atribuições que eram do Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS) (Art. 87º). No novo projeto de lei dizia o contrário: a partir da promulgação da lei o INOS ficaria no comando, com as funções e atribuições que depois da regulamentação seriam da ANSSAL (Art. 51º).

O Quadro 11 sintetiza as modificações favoráveis aos sindicatos e ao Poder Executivo introduzidas no projeto de lei de Seguro Nacional de Saúde após a negociação. É possível observar que o resultado do acordo foi assimétrico, os sindicatos conseguiram preservar seus interesses em muita maior medida que o Poder Executivo:

Quadro 11 – Modificações do projeto de lei de SNS em relação ao original

Modificações favoráveis aos sindicatos (ou desfavoráveis para o Poder Executivo)	
Eliminava o caráter obrigatório da implementação do Seguro e das disposições da Secretaria de Saúde da Nação e da ANSSAL.	
Objetivo de manter dupla institucionalidade	Os beneficiários do Seguro não eram incluídos como beneficiários titulares das Obras Sociais.
	Diferenciava os beneficiários com cobertura de Obras Sociais daqueles sem cobertura.
	A ANSSAL, como autoridade de aplicação do Seguro, complementaria sua existência e suas ações com a autoridade de aplicação estabelecida pela lei de Obras Sociais, a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS).
	Transferia um conjunto de artigos referidos a condução e administração das Obras Sociais ao projeto de lei próprio das Obras Sociais, exceto o impedimento para os membros dos colegiados de condução de participar simultaneamente em cargos de direção em sindicatos, associações empresárias ou de aposentados, que era definitivamente eliminado.
Debilitamento da autoridade de aplicação	A ANSSAL perdia as atribuições para supervisionar as atividades das Obras Sociais e aplicar sanções.
	A ANSSAL perdia as faculdades de integrar ou superpor Obras Sociais nos casos em que existissem duas ou mais Obras Sociais para um mesmo grupo populacional, e de enquadrar e reagrupar a população beneficiária das Obras Sociais.
	A ANSSAL também perdia a faculdade de agrupar ou integrar duas ou mais Obras Sociais

	diante de outras circunstâncias, como incapacidade de manter um programa integral de prestações, custos antieconômicos, suspensão de atividades etc.
	A ANSSAL não teria mais atribuições para determinar a população coberta por cada Obra Social.
	Eliminava o requisito da aprovação pela ANSSAL dos estatutos das Obras Sociais para a inscrição no Registro Nacional de Agentes do Seguro.
	A ANSSAL passava a ser responsável pela retribuição econômica dos síndicos.
	Para desenvolver maior capacidade instalada, os agentes do Seguro não precisavam pedir autorização à ANSSAL nem à autoridade sanitária correspondente, deviam apenas adequar-se às suas normativas.
	Caso ocorresse a intervenção de uma Obra Social por parte da Secretaria de Saúde da Nação, em razão de ações ou omissões que impedissem ou alterassem seu funcionamento, já não estava prevista a caducidade do mandato do órgão de condução, nem a substituição deste por um interventor.
Sindicalismo marcando presença depois de duas tentativas de exclusão do regime de Obras Sociais	Não proibia o desempenho simultâneo de cargos ou funções dos diretores da ANSSAL em Obras Sociais ou sindicatos.
	Eliminava o requisito da desvinculação das Obras Sociais de qualquer organismo, empresa ou associação, por exemplo, dos sindicatos.
	As Obras Sociais passaram a formar parte da Comissão Permanente de Concertação, ocupando o lugar dos beneficiários, transformando-se em representantes destes.
Caso a Sindicatura fizesse observações acerca das resoluções do órgão de condução ou de qualquer funcionário do agente do seguro, o processo, à diferença do projeto original, não implicaria a suspensão da resolução questionada.	
As observações da Sindicatura poderiam ser recorridas pelo agente do seguro diante da ANSSAL, cuja diretoria devia resolver a questão no prazo de dez dias. Se a diretoria da ANSSAL não respondesse no prazo, a questão observada não precisaria ser alterada.	
A Sindicatura apenas poderia assistir às sessões do órgão de condução do Seguro, não teria voz nem voto.	
As Obras Sociais não eram mais obrigadas a colocar a disposição dos síndicos as coisas solicitadas por estes, nem a remunerar os empregados próprios da Sindicatura.	
Se reduzia a porcentagem dos recursos de distinta natureza que as Obras Sociais deviam destinar ao financiamento do Fundo Solidário de Redistribuição: passava de 75% para 55%.	
Disponibilizava os serviços próprios das Obras Sociais para outros beneficiários do Seguro, mas conforme as normas gerais e as particulares dos respectivos convênios. Ou seja, subordinava a disponibilidade dos serviços, e em definitiva, a articulação das entidades do Seguro, a normas privadas (contratuais) estabelecidas entre as partes.	
Modificações favoráveis ao Poder Executivo (ou desfavoráveis para os sindicatos)	
Para além das documentações que as Obras Sociais deveriam apresentar anualmente à ANSSAL já estabelecidas no projeto original do Seguro, agregava cópia legalizada de todos os contratos de prestações assinadas no período anterior.	
Estabelecia que as resoluções dos órgãos de condução ou de qualquer funcionário do agente do seguro deveriam ser notificadas à Sindicatura, já não era a Sindicatura a que poderia observar as resoluções dos órgãos de condução ou de qualquer funcionário da Obra Social. Se invertia a responsabilidade em favor da Sindicatura.	

Fonte: elaboração própria, com base em Argentina (1985; 1987b)

4.6 Os resultados: as leis 23.660 e 23.661

Os projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde, gerados a partir da negociação entre o Poder Executivo e o núcleo de sindicalistas conhecido como “Grupo dos 15”, foram apresentados na Câmara em 4 de junho de 1987. O tratamento nesse recinto aconteceu no mês seguinte, em 2, 16 e 22 de julho, resultando aprovados com modificações. A instância seguinte do debate foi no Senado um ano depois, em 18, 24 e 25 de agosto de 1988, onde também foram aprovados com modificações. A aprovação definitiva pela Câmara ocorreu na véspera do fim do ano, em 28 e 29 de dezembro de 1988.

Nas listas que seguem, será possível observar que as alterações realizadas pelos legisladores nos projetos de lei foram poucas, o filtro (poder de veto) do Parlamento evidentemente não foi muito relevante, limitou-se a institucionalizar as modificações realizadas na negociação entre o Poder Executivo e os sindicatos.

4.6.1 A lei 23.660 de Obras Sociais

Segue uma lista das diferenças entre o projeto de lei de Obras Sociais e a lei 23.660 (ver quadro em Anexo B), introduzidas após o debate no Parlamento:

- a) O Art. 1º do projeto de lei de Obras Sociais estabelecia que estariam compreendidas na lei: (a) as Obras Sociais sindicais; (b) as Obras Sociais e institutos de administração mista criados por lei; (c) as Obras Sociais dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e seus organismos autárquicos e descentralizados; (d) as Obras Sociais de empresas e sociedades do Estado; (e) as Obras Sociais do pessoal de direção; (f) as Obras Sociais constituídas por convenio com empresas privadas ou públicas; (g) toda outra nova entidade que tivesse como fim o estabelecido pela lei. A lei finalmente sancionada não incluiu a Obra Social do Poder Legislativo e agregou explicitamente as Obras Sociais das universidades nacionais. Também incluiu as do pessoal civil e militar das Forças Armadas, de Segurança, Polícia Federal e Serviço Penitenciário, mediante adesão nos termos do previsto na lei. Esta incorporação é totalmente nova, inclusive a lei 22.269

(sancionada por um governo militar) excluía explicitamente os trabalhadores das forças armadas e de segurança do sistema de Obras Sociais;

- b) O projeto de lei determinava que:

As Obras Sociais [dos três Poderes, de empresas e sociedades do Estado] [funcionariam] como entidades de direito público não estatal, com individualidade jurídica, financeira e administrativa e [teriam] o caráter de sujeito de direito (...); as Obras Sociais [sindicais, do pessoal de direção e constituídas por convenio com empresas privadas ou públicas] [funcionariam] com individualidade administrativa, contável e financeira e [teriam] caráter de sujeito de direito (...) (Art. 2º).

A lei manteve a individualidade jurídica, financeira e administrativa das Obras Sociais do setor público, e a individualidade administrativa, contável e financeira das Obras Sociais do pessoal de direção e das constituídas por convenio com empresas públicas ou privadas. Mas à diferença do projeto, a lei não mencionou, não disse uma palavra, sobre as Obras Sociais sindicais, nem incluiu disposições para as das Forças Armadas e de Segurança (Art. 2º);

- c) O projeto de lei obrigava às Obras Sociais a destinar seus recursos em forma prioritária a prestações de saúde. No entanto, indicava que poderiam oferecer outras prestações sociais (Art. 3º). A lei estabeleceu que as Obras Sociais “deveriam” oferecer essas outras prestações sociais (Art. 3º);
- d) A lei manteve o mínimo de 80% das receitas das Obras Sociais, deduzidos os aportes ao FSR, que devia ser destinado à prestação de serviços de atenção à saúde (Art. 5º). No artigo se agregou que:

As Obras Sociais que arrecadarem centralizadamente deverão remitir mensalmente 70% do arrecadado em cada jurisdição para atender as necessidades de saúde dos seus beneficiários residentes na mesma jurisdição. Assim mesmo, assegurarão nos seus estatutos mecanismos de redistribuição regional solidária que assegure o acesso dos seus beneficiários aos serviços de saúde sem discriminações de nenhum tipo (Art. 5º);

- e) Marcando uma diferença com a lei 22.269 e com o projeto original de SNS, o projeto de lei de Obras Sociais consensuado entre o Poder Executivo e os sindicatos estabelecia que as Obras Sociais sindicais seriam conduzidas e administradas por uma autoridade colegiada, cujos membros seriam designados pelo sindicato (Art. 12º). A lei, por sua vez,

reafirmou o poder sindical no sistema de Obras Sociais, agregando nesse mesmo artigo que “as Obras Sociais sindicais são patrimônio dos trabalhadores que as compõem” (Art. 12º);

- f) Segundo o Art. 19º do projeto de lei, os empregadores, na sua função de agentes de retenção de aportes e contribuições, deveriam depositar estes recursos da seguinte forma: (a) 90% para a Obra Social correspondente; 85% no caso das Obras Sociais do pessoal de direção; (b) 10% para a ANSSAL; 15% no caso das Obras Sociais do pessoal de direção; (c) 45% dos recursos de distinta natureza para a Obra Social correspondente; (d) 55% dos recursos de distinta natureza para a ANSSAL. Na lei sancionada modificaram-se as porcentagens dos recursos de distinta natureza (que não são aportes nem contribuições) dirigidos às Obras Sociais e à ANSSAL: tornaram-se 50% e 50%, os empregadores deveriam depositar os recursos de distinta natureza na mesma proporção para a Obra Social correspondente e a ANSSAL.

4.6.2 A lei 23.661 do Seguro Nacional de Saúde

Segue uma lista das diferenças entre o projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde e a lei 23.661 (ver quadro em Anexo A), introduzidas após o debate no Parlamento:

- a) No projeto de lei, os beneficiários incluídos no Seguro seriam: (a) os beneficiários compreendidos na lei de Obras Sociais [trabalhadores em relação de dependência dos âmbitos público e privado, os aposentados e pensionistas nacionais e os beneficiários de prestações não contributivas]; (b) os trabalhadores autônomos; (c) as pessoas com residência permanente no país sem cobertura médica por não desempenhar tarefas remuneradas ou não receber benefícios previdenciários (Art. 5º). Os trabalhadores dependentes dos governos provinciais e municipais e das forças armadas e de segurança, assim como os aposentados e pensionistas do mesmo âmbito, não seriam incluídos obrigatoriamente no Seguro. Poderiam optar por sua incorporação total ou parcial mediante convênios de adesão (Art. 6º). A diferença do projeto, a lei, no inciso (b), destacou que a inclusão dos trabalhadores autônomos seria feita com as condições, modalidades e aportes determinados pela regulamentação e o respectivo regime legal

complementário no referente à inclusão de produtores agropecuários. Ou seja, a lei considerou as particularidades dos regimes legais dos produtores agropecuários, caso estes fossem incluídos como autônomos no Seguro (Art. 5º). Por outra parte, dentro do grupo de trabalhadores que poderiam optar pela incorporação total ou parcial no Seguro mediante convênios de adesão, incluiu os trabalhadores do Poder Legislativo (Art. 6º);

- b) No projeto de lei, a ANSSAL estaria a cargo de uma diretoria conformada por um presidente e onze diretores. O presidente teria cargo de Subsecretario e seria nomeado pelo Poder Executivo nacional. Os diretores seriam: seis em representação do Estado nacional, três em representação dos trabalhadores organizados na Confederação Geral do Trabalho (CGT), um representando os aposentados e pensionistas e um representando os empregadores (Art. 10º). A lei modificou a composição e o numero de membros da ANSSAL, que passou a estar a cargo de uma diretoria conformada por um presidente e treze diretores (na lei diz 14, mas os números não fecham). Segundo a lei, o presidente teria cargo de Subsecretario e seria nomeado pelo Poder Executivo nacional. Os diretores seriam: sete em representação do Estado nacional, quatro em representação dos trabalhadores organizados na Confederação Geral do Trabalho (CGT), um representando os empregadores e um em representação do Conselho Federal de Saúde (COFESA) (Art. 10º). A lei acabou agregando: um membro a mais em representação do Estado nacional, um membro a mais em representação dos trabalhadores organizados na Confederação Geral do Trabalho (CGT), e um membro novo em representação do Conselho Federal de Saúde (COFESA). Por outra parte, tirou o representante dos aposentados e pensionistas;
- c) No projeto de lei estabelecia-se que os diretores da ANSSAL seriam designados pela Secretaria de Saúde da Nação, “em forma direta os representantes do Estado, e os restantes mediante indicação das entidades gremiais representativas e das organizações que nucleiam os outros setores” (Art. 10º). A lei, à diferença do projeto, especificou que, no caso dos representantes dos trabalhadores, seria a CGT quem os indicaria para serem diretores da ANSSAL. Nesta oportunidade, o ator da indicação é menos difuso que “entidades gremiais representativas” (Art. 10º);
- d) No Art. 14º do projeto de lei de SNS estabelecia-se o Conselho Assessor, que funcionaria no âmbito da ANSSAL e seria integrado por representantes dos agentes do Seguro e das entidades representativas majoritárias dos prestadores (Art. 14º). A lei estabeleceu que o

Conselho poderia também ser integrado por representantes de outros setores interessados, não representados na diretoria da ANSSAL (Art. 14º);

- e) No projeto de lei, os recursos para o financiamento das prestações garantidas pelo Sistema Nacional do Seguro de Saúde se integrariam por: (a) como mínimo 80% das receitas dos agentes do seguro; (b) aportes do orçamento geral da Nação e as outras jurisdições, destinados à incorporação da população sem cobertura e carente de recursos; (c) aportes do *Tesoro* Nacional segundo as necessidades de financiamento adicionais; (f) Receitas do Fundo Solidário de Redistribuição (Art. 21º). A lei determinou que:

O Sistema Nacional do Seguro de Saúde, para garantir as prestações (...) da presente lei, contará com:

- a) A cobertura de prestações que as Obras Sociais têm que oferecer aos seus beneficiários, à qual destinarão como mínimo 80% dos seus recursos brutos (...);
 b) Os aportes que se determinem no Orçamento Geral da Nação, discriminados por jurisdição aderida, (...), com destino à incorporação da população sem cobertura e carente de recursos. Para isso, (...), será criada no âmbito da Secretaria de Saúde, (...) uma conta especial através da que serão recepcionadas as contribuições do *Tesoro Nacional* com destino ao Fundo Solidário de Redistribuição, como contrapartida do que as jurisdições aderidas aportem em igual sentido nos seus respectivos âmbitos, (...). A base de cálculo que deverá considerar-se na elaboração do Orçamento Geral da Nação para contribuir com recursos na conta anteriormente indicada, será equivalente a 50% da média da receita por aportes e contribuições que recebessem as Obras Sociais por cada beneficiário (...), multiplicada pela população sem cobertura e carente de recursos (...). O outro 50%, que corresponde aportar às jurisdições aderidas, se considerará cumprido a partir dos investimentos nos seus próprios orçamentos de saúde para a atenção dos carentes dos seus respectivos âmbitos. (...) (Art. 21º).

Na lei não se fala mais em “recursos para o financiamento”, a norma estabelece que o sistema contará com recursos não unicamente financeiros (agrega a cobertura das Obras Sociais como recurso). O inciso (b), sobre os aportes do orçamento geral da Nação, é muito mais detalhado nos seus procedimentos, especificando os mecanismos da contribuição e a forma de cálculo desses aportes. Por outra parte, compromete às administrações provinciais no financiamento do Sistema Nacional de Saúde;

- f) O projeto de lei estabelecia que:

Os recursos do Fundo Solidário de Redistribuição se outorgarão como empréstimos, subvenções e subsídios e serão destinados pela ANSSAL:

- a) Para sua distribuição automática entre os agentes do seguro em uma porcentagem não menor à terceira parte, com a finalidade de subvencionar àquelas com menores receitas, com o propósito de igualar níveis de cobertura obrigatória (...);
 - b) Para apoiar financeiramente aos agentes do seguro (...);
 - c) Para o financiamento de planos e programas de saúde destinados aos beneficiários do Seguro;
 - d) Para atender os gastos administrativos e de financiamento da ANSSAL com um limite de até 8% do total dos recursos do Fundo. O Poder Executivo nacional poderá aumentar tal porcentagem diante de propostas fundamentadas do Ministério de Saúde e Ação Social;
- Os excedentes do Fundo correspondentes a cada exercício serão distribuídos entre os agentes do seguro, em proporção [à contribuição], exclusivamente para serem aplicados a prestações de saúde. (Art. 24º)

A lei introduziu algumas modificações:

Os recursos do Fundo Solidário de Redistribuição serão destinados pela ANSSAL:

- a) [Os aportes do *Tesoro Nacional*, determinados no Orçamento Geral da Nação,] para apoiar financeiramente às jurisdições aderidas, com destino à incorporação das pessoas sem cobertura e carentes de recursos (...);
- b) Os outros recursos:
 - Para atender os gastos administrativos e de funcionamento da ANSSAL com um limite de até 5% que poderá ser elevado até 6% mediante decreto do Poder Executivo (...);
 - Para sua distribuição automática entre os agentes em uma porcentagem não menor a 70%, com a finalidade de subsidiar àquelas com menor renda média por beneficiário obrigado, com o propósito de igualar níveis de cobertura obrigatória (...);
 - Para apoiar financeiramente aos agentes do seguro, em forma de empréstimos, subvenções e subsídios (...);
 - Para o financiamento de planos e programas de saúde destinados aos beneficiários do Seguro;
 - Os excedentes do Fundo correspondentes a cada exercício serão distribuídos entre os agentes do seguro, em proporção [à contribuição], exclusivamente para serem aplicados a prestações de saúde. (Art. 24º)

A lei discriminou entre os aportes do *Tesoro Nacional* e os outros recursos do FSR (10% das receitas das Obras Sociais provenientes de aportes e contribuições – 15% no caso das Obras Sociais do pessoal de direção; 55% das receitas das Obras Sociais provenientes de recursos de distinta natureza; reintegro de empréstimos; multas pelo não cumprimento da lei; rendimentos de investimentos realizados com recursos do Fundo; subsídios, subvenções, legados e doações; 5% das receitas do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas; saldos do antigo Fundo de Redistribuição, criado pela lei 22.269 [Art. 22º]). Os primeiros seriam unicamente para

apoiar financeiramente às províncias na inclusão das pessoas “sem cobertura e carentes de recursos”. Os outros recursos seriam destinados às funções já estabelecidas no projeto de lei (distribuição entre os agentes do seguro; empréstimos, subvenções e subsídios para as Obras Sociais; financiamento de planos e programas de saúde destinados aos beneficiários do Seguro; gastos administrativos e de financiamento da ANSSAL).

A lei dobrou a porcentagem mínima do FSR que seria distribuída automaticamente entre os agentes do Seguro: foi de 33% para 70%. Por outra parte, a lei diminuiu o limite máximo de recursos do FSR que a ANSSAL poderia destinar aos gastos administrativos e de financiamento próprios, que passou de 8% a 5% (no projeto original de SNS, o limite de recursos do FSR que poderiam ser utilizados para gastos administrativos da ANSSAL era 2,5%; depois da negociação com os sindicatos, o limite foi para 8%).

- g) O projeto de lei estabelecia que “as prestações do Seguro [seriam] outorgadas conforme as políticas nacionais de saúde (...) e [estariam] baseadas na estratégia de atenção primária da saúde” (Art. 25º). A lei agregou a “descentralização operativa” como fundamento das prestações, “promovendo a livre escolha dos prestadores de parte dos beneficiários” (Art. 25º);
- h) O projeto de lei do Seguro determinava que “os agentes do seguro [deveriam] desenvolver um programa de prestações de saúde, para o qual a ANSSAL [estabeleceria] e [atualizaria] periodicamente (...) as prestações que [deveriam] outorgar-se obrigatoriamente” (Art. 28º). A lei manteve a disposição, mas introduziu um item de atenção/cuidado específico para pessoas com deficiência: “(...) as prestações que [deveriam] outorgar-se obrigatoriamente, dentre as quais [deveriam] incluir-se todas as requeridas para a reabilitação de pessoas com deficiência” (Art. 28º);
- i) Segundo o projeto de lei, a Comissão Permanente de Concertação seria presidida por um diretor da ANSSAL, cinco representantes dos agentes do seguro e cinco representantes das entidades representativas majoritárias dos prestadores (Art. 35º). À diferença do projeto, a lei não especificou a quantidade de representantes dos agentes do seguro e dos prestadores que integraria a Comissão. Disse apenas que tanto o número quanto a proporção seria determinada pela diretoria da ANSSAL (Art. 35º);

- j) O projeto de lei dispunha que “caso a Secretaria de Saúde da Nação [estabelecesse] lista de fármacos, a ANSSAL [deveria] aplicá-la em forma obrigatória para todos os agentes do seguro” (Art. 36º). A lei transferiu a responsabilidade pelo ditado da lista de fármacos da Secretaria de Saúde para Ministério e nada mencionou sobre a obrigatoriedade de aplicá-la. Em relação ao projeto, a lei flexibilizou a disposição.

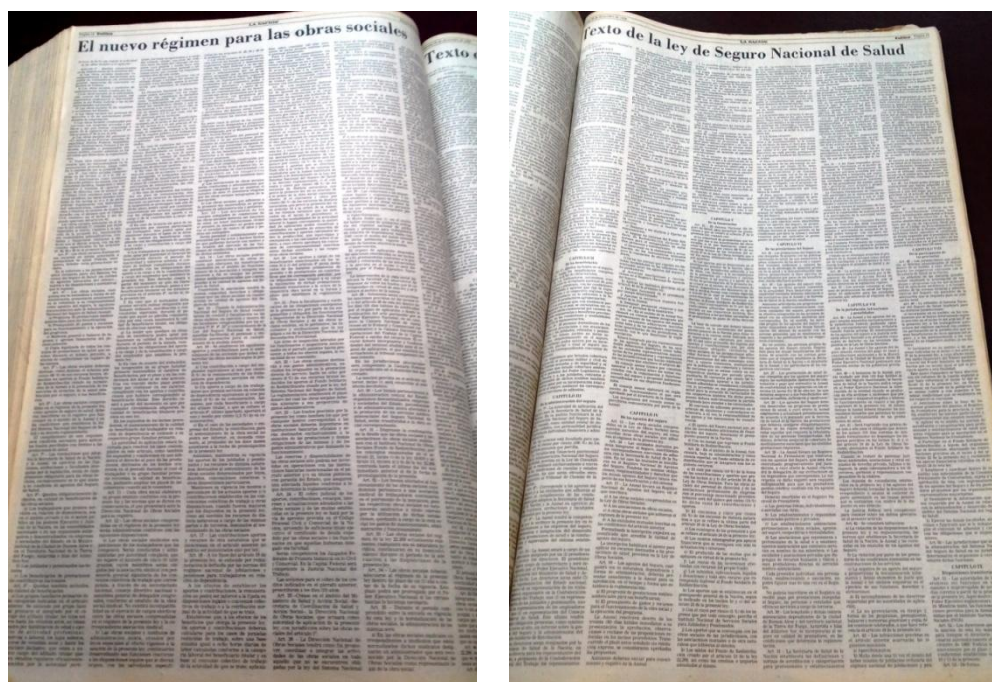
Os principais jornais de Buenos Aires informaram sobre a aprovação das leis 23.660 e 23.661, de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde, respectivamente. Em *Clarín* foi a manchete do dia seguinte (Figura 9). *La Nación* publicou os textos completos das duas normas sancionadas (Figura 10).

Figura 9 – Aprovaram as leis de Obras Sociais e do seguro de saúde



Fonte: CLARÍN, 30/12/1988, Capa

Figura 10 – Leis de Obras Sociais e do Seguro de Saúde aprovadas



Fonte: LA NACIÓN, 30/12/1988, p. 18-19

4.7 Os atores

4.7.1 O Poder Executivo

O presidente Raúl Alfonsín, pertencente à União Cívica Radical (UCR), assumiu com a responsabilidade de redemocratizar o país após sete anos de ditadura civil-militar. A democracia era apresentada como a solução para todos os problemas, tanto os de índole política quanto os de natureza econômica. Entre as corporações que faziam parte da Argentina autoritária, segundo o diagnóstico do Poder Executivo, estavam os sindicatos (Falappa & Andrenacci, 2009).

Possivelmente estimulado pelo triunfo eleitoral, o novo governo escolheu o campo sindical como um dos primeiros onde iria desenvolver sua vontade reformista. Imbuído da concepção de que para consolidar a democracia devia combater o sistema de poder corporativo que havia predominado durante décadas no país, o governo se propôs como primeira tarefa transformar o ator sindical (Palomino, 1987, p. 177).

Uma das primeiras medidas do governo foi o envio ao Congresso um projeto de lei de reordenamento sindical, conhecido como Lei Mucci (pelo então Ministro de Trabalho, Antonio Mucci, sindicalista opositor ao peronismo²⁰) que pretendia introduzir importantes mudanças nos mecanismos eleitorais internos dos sindicatos para torná-los mais democráticos e aumentar a participação dos trabalhadores na tomada de decisões (Vilosio, 2016). Os sindicalistas exerceram intensa oposição ao projeto, que foi aprovado na Câmara, onde o radicalismo tinha maioria absoluta, mas perdeu por um voto no Senado (Palomino, 1987).

Em abril de 1984, após a derrota do projeto no Parlamento, Mucci se afastou do Ministério de Trabalho, sendo substituído por Juan Manuel Casella, mais aberto ao diálogo do que seu antecessor (Belmartino, 2005), quem permaneceu no cargo por apenas seis meses. Foi sucedido por Hugo Barrionuevo, também sindicalista, mas enfrentado com o setor peronista tradicional da corporação.

O governo radical enfrentou a oposição e as medidas de força dos sindicatos durante todo seu mandato. Com a esperança de obter algum grau de estabilidade, após a saída de Barrionuevo nomeou como Ministro de Trabalho a Carlos Alderete, líder sindical pertencente ao chamado “Grupo dos 15”, corrente do sindicalismo peronista menos opositora ao governo e que escolhia o Estado como âmbito privilegiado de inserção (Palomino, 1987). Alderete foi Ministro de Trabalho entre março e setembro de 1987.

Com o antecedente de um primeiro intento frustrado de estabelecer novas regras de jogo entre o Estado e os sindicatos, expressado no fracasso da Lei Mucci, o governo apresentou, em setembro de 1985, o projeto de Seguro Nacional de Saúde (SNS) (Findling & Tamargo, 1991). O que o governo da ditadura civil-militar havia tentado de forma autoritária (desvincular as Obras Sociais dos sindicatos), através da sanção da lei 22.269, o Ministro de Saúde e Ação Social de Alfonsín, Aldo Neri, buscou pela via democrática. A intencionalidade de fundo parecia ser a mesma, o projeto de lei do SNS tinha vários pontos em comum com a lei 22.269.

No prólogo do livro de Mera (1988), Neri argumentava:

Os problemas do sistema de serviços de saúde costumam constituir um campo mal compreendido e marginal na atenção política da sociedade. (...) Um dos resultados deste amplo desinteresse e ignorância social é que o sistema de serviços de saúde, na sua organização e funcionamento, está muito mais influenciado pelos interesses dos grupos corporativos vinculados a ele, que pelas necessidades majoritárias da população. (Neri *in* Mera, 1998, p. 13)

²⁰ Mucci era sindicalista, opositor ao peronismo, e um dos fundadores do Movimento Nacional de Renovação Sindical, que buscava apartar a classe dirigente tradicional dos sindicatos mediante a democratização das eleições de autoridades e a inclusão das minorias na direção.

Ao interior do partido governante existiam diferenças em relação à postura que devia tomar-se diante da oposição sindical, havendo um grupo mais negociador e outro que defendia o enfrentamento, ao qual pertencia Neri (Vilosio, 2016). Segundo um dos entrevistados, no gabinete de ministros de Alfonsín havia “pombos” e “falcões”. Os “pombos” representavam o grupo que, nas negociações, buscava saídas mais conciliadoras, enquanto os “falcões” optavam pelo embate. Ainda segundo o entrevistado, Neri se definia como do grupo dos “falcões”.

Neri havia participado na comissão redatora do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS)²¹, implementado na década de 1970, e desenvolveu o SNS junto com colegas da Escola de Saúde Pública da Universidade e Buenos Aires (Arce, 2010; Vilosio, 2016)²², com quem manteve reuniões já desde a década de 1970, segundo palavras do próprio Neri. O esboço do projeto foi preparado por Jorge Mera, apresentado no Seminário intitulado “*El Seguro Nacional de Salud en la Argentina*” (Buenos Aires, 11/11/1982) e publicado na revista *Medicina y Sociedad* (v. 6, n. 3, 1983).

Através do projeto de Seguro, Neri e sua equipe defendiam uma forma institucional mais afim à intervenção estatal que às corporações sindical e médica. A proposta era de um sistema que conservara o princípio de solidariedade grupal das Obras Sociais, com serviços contratados no setor privado ou oferecidos em estabelecimentos próprios, e a regulamentação e controle estatal da administração, contratação e prestação de serviços. O Estado seria responsável também pela incorporação da população sem cobertura e baixos recursos, dependente do setor público. O objetivo seria a universalidade da cobertura e a igualdade do acesso para a totalidade da população. Subsistiria a divisão entre prestadores públicos e privados, e as diferentes formas de remuneração dos serviços profissionais (Belmartino, 2005).

Pouco mais de seis meses após a apresentação do projeto de SNS no Congresso, e não havendo recebido tratamento, Neri abandonou o cargo de Ministro de Saúde e Ação Social²³, sendo sucedido por Conrado Storani, pertencente ao grupo do governo mais conciliador em

²¹ Se bem um dos entrevistados assegura que Aldo Neri era opositor ao projeto de SNIS. O próprio Neri disse que participou da comissão redatora, mas que aprendeu que a ideia do SNIS era desajustada para o momento do país, principalmente pelo grande desenvolvimento atingido pelo setor privado graças à sanção da lei 18.610, de Obras Sociais, em 1970.

²² Neri havia sido diretor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Buenos Aires.

²³ Segundo declarações do próprio Neri, a saída do Ministério foi um acordo com Alfonsín. Neri não aceitou a divisão do projeto de Seguro em duas normas, achava que concedendo aos sindicatos não se ganhava nada, que o governo foi temeroso. Porém, segundo um dos entrevistados, foi Alfonsín que pediu a Neri a demissão.

relação aos sindicatos. Durante seu mandato se produziram as negociações que introduziram modificações no projeto de Seguro de Neri. Após a reapresentação deste desdobrado em dois projetos de lei, Storani saiu do Ministério, em setembro de 1987.

Tanto a Lei Mucci quanto o projeto de SNS podem ser interpretados como tentativas do governo radical para debilitar o setor institucional mais sólido do peronismo naquela época, que exercia a oposição mais enfática ao governo: os sindicatos. Através do Ministério de Trabalho tentou-se a reforma organizacional e a mudança de autoridades; mediante Ministério de Saúde e Ação Social procurou-se despojar aos sindicatos de uma das suas principais fontes de poder político e econômico: as Obras Sociais. Possivelmente tentando despejar suspeitas, Carlos Canitrot, Secretário de Saúde na época, afirmava que “o projeto de lei [do SNS] não [era] contra ninguém nem [pretendia] tirar a participação dos trabalhadores na condução das Obras Sociais, mas [propunha] outras formas de fazê-lo” (Figura 11). O próprio Alfonsín havia argumentado no mesmo sentido na mensagem de apresentação do projeto na Câmara, dizendo que o Estado precisava intervir, não para impedir a ação de algum grupo em particular, mas para permitir que o sistema de saúde fosse coordenado e outorgasse a melhor assistência possível.

A negociação e o acordo sobre as modificações que seriam feitas ao projeto de SNS original, e a insistência na sua apresentação no Congresso, desdobrado em dois projetos de lei, foi possível graças à presença simultânea no gabinete de ministros de Carlos Alderete, sindicalista peronista militante do “Grupo dos 15”, e de Conrado Storani, mais aberto à negociação que Neri. Segundo a opinião de um dos entrevistados, a chave da aprovação do projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde passou pela designação de um peronista no Ministério de Trabalho, que viabilizou, junto com os deputados vindos do mundo da CGT, a sanção da lei. Outro dos entrevistados concorda com essa visão, afirmando que o acordo foi “abençoado” por Alderete, pertencente à ala negociadora do sindicalismo na época. O jornal *Clarín*, por outra parte, referia-se ao projeto de lei de Obras Sociais como produto de um acordo entre “o governo e o grupo sindical de ‘os 15’ durante a gestão ministerial de Carlos Alderete” (*Clarín*, 27/12/1988, p. 9; ver em Figura 25). A proposta e aprovação das leis de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde podem ser interpretadas como um sucesso da vertente conciliadora do governo a respeito da relação entre o Estado e os sindicatos.

No discurso de apresentação dos projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde na Câmara, em 1987, o Ministro Storani expressava:

Assim concebermos o projeto primitivo do Seguro Nacional de Saúde, que esteve em sede legislativa durante dois anos, desde 1985 até que, quando assumi o

Ministério de Saúde e Ação Social da Nação, em reunião formal com a CGT, invitada por mim à sede do Ministério, e encabeçada por seu secretário geral, Sr. Saúl Ubaldini, acordamos faz oito meses tentar desenvolver um projeto de lei – que se transformou em dois (...) – que contemplasse a totalidade do sistema e impulsionasse a harmonização de todos os recursos existentes e o melhor uso dos dinheiros e do gasto em saúde. (...)

Foi assim que o projeto original do Executivo e o da CGT foram compatibilizados. (...)

Finalmente, o capítulo IV do primitivo projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde, referido às Obras Sociais, foi desmembrado por um argumento da CGT que nós entendemos (Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 1987, p. 2757).

Figura 11 – A lei não é contra ninguém



Fonte: LA NACIÓN, 12/09/1985, p. 29

4.7.2 O sindicalismo

O sindicalismo era uma das principais forças opositoras ao governo de Alfonsín (Palomino, 1987). Era um ator social com capacidade de impor suas demandas na agenda do Estado (Belmartino, 2005). Como mostra a comparação entre a versão original de SNS de Neri e a finalmente apresentada por Conrado Storani – desdobrada em dois projetos – na Câmara no ano de 1987, o sindicalismo foi o principal ator de veto do projeto de Seguro Nacional de Saúde.

Um elemento presente na ideologia e na prática do sindicalismo peronista é o suposto, partilhado por dirigentes e bases, de que a função do sindicato vai além da negociação de salários. Existe uma preocupação pelo componente social da relação de trabalho (Belmartino, 2005). As Obras Sociais são estruturas de grande importância para os sindicatos, são fonte de recursos econômicos e de poder perante as bases. A desvinculação da Obra Social significava uma enorme perda para estas organizações de trabalhadores.

Na época da proposta do Seguro, os sindicatos participavam na condução e administração da maior parte das Obras Sociais. No ano de 1984, 68,5% das Obras Sociais do regime nacional eram sindicais (Mera, 1988). O dado é um indicador de que os sindicatos eram atores principais do setor da saúde naquele momento, qualquer modificação na lógica de funcionamento do sistema iria impactar nos seus interesses.

À diferença do projeto original do SNS do Executivo, o sindicalismo defendia uma forma institucional menos afim à intervenção estatal e com mais confiança na gestão das organizações intermediárias. A proposta, inscrita em uma corrente do pensamento sanitaria auto-identificada como pluralista, defendia o sistema de Obras Sociais, com estabelecimentos próprios ou contratação de serviços no setor privado, e o Estado mediando o acordo de preços e as formas de contratação. A população coberta continuaria sendo aquela com inserção formal no mercado de trabalho, enquanto o Estado se ocuparia da assistência aos pobres e das ações de prevenção, saneamento básico e atenção às doenças crônicas incapacitantes (Belmartino, 2005).

No marco da proposta de criação do Seguro, o conflito principal que enfrentava os sindicatos e o Poder Executivo referia-se à condução das Obras Sociais. Os sindicatos consideravam o projeto do SNS como uma tentativa de estatização do seu patrimônio e reclamavam ao governo pelo autoritarismo de ter elaborado um projeto sem consultar aos atores com interesses no setor (Findling & Tamargo, 1991).

No dia anterior do envio do SNS ao Congresso, em setembro de 1985, o secretário geral da Confederação Geral do Trabalho (CGT), Saúl Ubaldini, afirmava que “o plano de luta da central operária poderia experimentar uma aceleração devido ao iminente envio do projeto oficial de Obras Sociais ao Parlamento”. Os sindicalistas avaliavam o projeto como “uma tentativa de subtrair os fundos das Obras Sociais sindicais para financiar as deterioradas prestações públicas” (Figura 12) e como “parte de uma campanha proselitista (...) que se [aproximava] mais à lei 22.269 da ditadura que à 18.610, que havia outorgado vigência [aos sindicatos] para atuar nas Obras Sociais” (Figura 14).

Dois dias após o anúncio do presidente Alfonsín e do ministro Neri, a CGT acusou o governo de “pretender usurpar definitivamente [as] Obras Sociais” (Figura 13). Em um comunicado a propósito do Dia do Sindicato, publicado poucos dias depois do envio do projeto ao Congresso, a Federação de Associações e Trabalhadores da Sanidade Argentina (FATSA) denunciava que o Estado pretendia “tirar as Obras Sociais dos seus legítimos donos” e que “não havia dúvida de que o propósito [era] destruir o sistema de Obras Sociais, que nas mãos sindicais [havia] funcionado adequadamente, e que só [sofria] catástrofes quando [era] dirigido por funcionários oficiais ou delegados governamentais” (Figura 15).

Figura 12 – Severa advertência da CGT

The image shows a newspaper clipping with a prominent headline: "Severa advertencia de la C.G.T." under the sub-header "OBRAS SOCIALES AL PARLAMENTO". The text is a multi-column article. The rightmost column contains a bolded section: "1as. JORNADAS TECNICAS DE ESCORIAS SIDERURGICAS" followed by the dates "17 - 18 y 19 de SETIEMBRE de 1985". Below this is a logo for "IAS" and "es". The text continues with "INVESTIGADORES, ESPECIALISTAS E INTERESADOS DE LAS DISTINTAS FACETAS DEL QUEHACER INDUSTRIAL DEL PAIS SE REUNIRAN PARA INTERCAMBIAR EXPERIENCIAS, CONOCIMIENTOS E INFORMACION PARA OBTENER LAS MAS ADECUADAS RESPUESTAS A LA CORRECTA UTILIZACION Y APROVECHAMIENTO DE LAS ESCORIAS SIDERURGICAS." At the bottom, contact information for SOMISA is provided: "Informarse en: SOMISA - División Relaciones Publicas - Av. Belgrano 737 (1092) BUENOS AIRES - Tel. 34-5531-9 (internos 343 - 347)". The organizing body is listed as "Organiza: SOMISA" and the sponsors as "Auspician: IAS - INTI - UNT".

Fonte: CLARÍN, 11/09/1985, p. 13

Figura 13 – O novo projeto de Obras Sociais. Reação da CGT



Fonte: CLARÍN, 13/09/1985, p. 13

Figura 14 – Entrevista com Saúl Ubaldini, secretario geral da CGT



Fonte: CLARÍN, 15/09/1985, p. 18-19

Figura 15 – Comunicado da Federação de Associações de Trabalhadores da Sanidade Argentina (FATSA)



Fonte: CLARÍN, 20/09/1985, p. 39

O certo é que, no caminho entre a formulação original do projeto e seu tratamento no Parlamento, já desdobrado em dois projetos de lei, o SNS passou de ser uma política favorável ao governo – pela perspectiva de perda de poder dos sindicatos, entre outras coisas – a ser interessante justamente para estes últimos, pois era uma forma de manutenção da institucionalidade histórica, que os beneficiava. Finalmente, na véspera de sua aprovação na Câmara, era a própria cúpula sindical que exigia o tratamento dos projetos, principalmente o de Obras Sociais, e denunciava tentativas de dilação por parte do governo, como pode ser constatado através dos documentos jornalísticos da época.

Em uma plenária de secretários gerais da CGT, ocorrida em 9 de dezembro de 1988, os sindicalistas reclamavam “a aprovação parlamentar do projeto de lei de Obras Sociais” (Figura 19) e denunciavam “uma possível manobra eleitoral dos deputados radicais para impedir [sua sanção definitiva] antes das eleições do ano [seguinte]” (Figuras 16 e 17):

Ubal dini, [secretário geral da CGT] declarou que o chefe da bancada oficialista (César Jaroslavsky) [havia] prometido uma resolução sobre a lei de Obras Sociais antes de 20 de dezembro, mas advertiu que a CGT [disporia] as medidas que [achasse] necessárias se esse pacto [era] descumprido. (...) Por sua parte, o secretário gremial da CGT, José Pedraza, denunciou uma injustificada manobra de caráter político do oficialismo que [impedia] uma definição sobre a lei de Obras Sociais e o seguro nacional de saúde (Figura 18).

O pacto aludido por Ubaldini, que implicava o tratamento dos projetos de lei dentro do período de sessões ordinárias da Câmara, foi finalmente descumprido. A central sindical demandou a urgente sanção dos projetos em sessões especiais, e através do secretário de ação social da CGT, Pedro Goyeneche, “afirmou que a maioria das Obras Sociais [estavam] falidas e que [reclamariam] com ênfase que o governo [cumprisse] com sua promessa de tratar os projetos de lei de Obras Sociais e do seguro nacional de saúde” (Figura 21).

Em declarações à imprensa, o secretário geral da CGT também denunciou que “o sistema de Obras Sociais [iria] à falência e [responsabilizou] ao governo por haver travado o tratamento parlamentar da lei que [normalizaria] estas organizações”. O conselho diretivo da CGT iria se reunir para avaliar a possibilidade de uma mobilização em direção ao Congresso como medida de protesto (Figura 20).

Em 28 de dezembro, primeiro dia da sessão final de tratamento dos projetos de lei, Ubaldini, acompanhado de outros integrantes do conselho diretivo da central sindical, esteve presente no Congresso “com o objetivo de pressionar as autoridades das diferentes bancadas de deputados para que a Câmara [desse] tratamento final e [aprovasse] a lei de Obras Sociais que, junto com a do seguro nacional de saúde, se [encontrava] travada” (Figura 22).

Figura 16 – Obras Sociais: a CGT denunciaria uma manobra eleitoral da UCR



Fonte: LA NACIÓN, 09/12/1988, p. 4

Figura 17 – A CGT luta pela aprovação de uma lei



Fonte: CLARÍN, 09/12/1988, p. 9

Figura 18 – CGT: nova reclamação pelas Obras Sociais



Fonte: CLARÍN, 10/12/1988, p. 4

Figura 19 – A CGT reclamou pelas Obras Sociais e pelo salário mínimo



Fonte: LA NACIÓN, 10/12/1988, p. 4

Figura 20 – Ubaldini: o Governo deve ser tão flexível com os trabalhadores como com os militares



Fonte: LA NACIÓN, 21/12/1988, p. 10

Figura 21 – Reclamo da CGT por dois projetos de lei



Fonte: LA NACIÓN, 22/12/1988, p. 28

Figura 22 – Ubaldini no Congresso. Incerteza sobre Obras Sociais



Fonte: CLARÍN, 29/12/1988, p. 5

4.7.2.1 Breve resenha sobre as correntes políticas do sindicalismo peronista

Como descreve Palomino (1987), a divisão entre as correntes do sindicalismo peronista estava definida pelas estruturas políticas e gremiais escolhidas como âmbito privilegiado de inserção, desde as quais competiam pela condução do conjunto do movimento sindical. Esses âmbitos de inserção eram o Estado, o Partido Justicialista (PJ), a Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) e o núcleo chamado de "62 Organizações":

- a) O Estado era o âmbito privilegiado de inserção do “Grupo dos 15”, ao qual pertencia Carlos Alderete, Ministro de Trabalho na época de modificação e reapresentação do projeto original SNS no Congresso. Reunia um grupo de sindicalistas de diferentes origens e trajetórias, que consideravam que o PJ não oferecia perspectivas de ação e aceitavam o espaço e os privilégios concedidos pelo governo. Era a corrente sindical menos opositora ao governo radical;
- b) O PJ era o âmbito privilegiado de inserção do Movimento Sindical Peronista Renovador, também conhecido como “Grupo dos 25”, ao qual pertenciam vários dos deputados de origem sindical do peronismo renovador. Esta corrente procurava orientar a ação sindical desde a ação partidária, o que determinava exercer no plano sindical o mesmo papel de oposição que o peronismo renovador exercia frente ao governo no plano político;
- c) A CGT era o âmbito de ação privilegiado da corrente “ubaldinista” (por Saúl Ubaldini, secretario geral da CGT). Reconheciam uma liderança pessoal para além de orientações específicas. Tendiam a preservar a autonomia da CGT e do seu secretario geral diante do Estado e do PJ;
- d) As 62 Organizações, tradicionalmente o “braço político” do sindicalismo peronista, eram o âmbito de inserção da velha ortodoxia sindical. Esta corrente procurava unificar a ação sindical em todos os outros âmbitos: Estado, PJ e CGT.

4.7.3 O Poder Legislativo

Na seção 4.6 deste capítulo foi possível observar que as modificações realizadas pelos legisladores nos projetos de lei de Obras Sociais e SNS apresentados por Storani foram poucas, o filtro (poder de veto) do Congresso não foi muito decisivo, limitou-se a institucionalizar as alterações realizadas na negociação com os sindicatos.

Para Findling e Tamargo (1991), os projetos não foram discutidos em profundidade no Parlamento, resultaram aprovados praticamente sem discussão. Houve apenas exposições das opiniões em relação às questões principais, talvez assumindo que a negociação prévia entre o

governo e os sindicatos era condicionante de sua aprovação, não deixando muita margem para a dissidência.

Em uma das sessões do primeiro tratamento dos projetos na Câmara, por exemplo, o deputado Luis Alberto Cáceres, da UCR, e presidente da Comissão de Assistência Social e Saúde Pública (uma das que havia discutido os projetos antes do tratamento pelo conjunto dos deputados), argumentou:

Em duas intervenções expôs que este projeto de lei [...] é no fundo um acordo entre o movimento operário organizado e a área de saúde do Poder Executivo. Considerando esta circunstância, de que este problema tem sido analisado em quatro comissões e de que há um ditame de maioria, e ainda que contemplemos a razoabilidade de alguns aportes que possam ser feitos, *esta comissão se opõe a qualquer tipo de modificação.* (...)

Considerando o que expressei anteriormente a respeito do delicado equilíbrio conseguido na discussão entre a CGT e o setor específico do Poder Executivo, e considerando que equilíbrio e acordo significam que cada uma das partes cedeu para conseguir algo pelo bem do conjunto... [é interrompido] (...)

Cada um dos pontos destes projetos forma parte do que tem sido acordado. Por isso esta comissão entende que *qualquer grão de areia, pedra ou paralelepípedo que se queira agregar em algum lado desse delicado equilíbrio, pode quebrá-lo* (Câmara de Diputados de la Nación Argentina, 1987, p. 2780-2782).

A Tabela 3 mostra a composição partidária do Congresso nas sessões de tratamento dos projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde, na Câmara e no Senado. A versão completa, com detalhe de todos os partidos políticos participantes do Parlamento em 1987 e 1988 e o número de legisladores por partido, pode ser consultada no Anexo C.

Tabela 3 – Porcentagem de legisladores por partido político na Câmara e no Senado, anos 1987 e 1988

Partido Político	Composição partidária da Câmara em 2, 16 e 22/07/1987	Composição partidária do Senado em 18, 24 e 25/08/1988	Composição partidária da Câmara em 28 e 29/12/1988
<i>Unión Cívica Radical</i> (UCR)	50	38	44,14
<i>Partido Justicialista</i> (PJ)	28	46	17,18
<i>Frente Justicialista de Liberación</i> (Frejuli)	8	-	7,81
<i>Frente Renovador</i> (FR)	4,23	-	12,1
<i>Unión del Centro Democrático</i> (UCEDE)	1,15	-	2,73
<i>Partido Intransigente</i> (PI)	2,3	-	2,34
Outros	6,32	16	13,7

Fonte: elaboração própria, com base em Câmara de Diputados de la Nación Argentina (1987; 1988).

A partir dos dados da Tabela 3, é possível entender a aprovação dos projetos nas três oportunidades em que foram debatidos. O partido governante (UCR) e o opositor mais importante (PJ), juntos, eram maioria em todas as conjunturas. A UCR era naturalmente a favor dos projetos; afinal, eram iniciativas do Poder Executivo, ainda que desnaturalizadas. Por outra parte, o Partido Justicialista defendia os interesses do sindicalismo peronista, que haviam sido amplamente contemplados após as negociações a respeito do projeto de Seguro original.

Um exemplo desta defesa foi dado por Lorenzo Pepe, deputado do PJ, em declarações à imprensa no dia seguinte do envio do projeto original de Seguro Nacional de Saúde ao Congresso. O legislador advertiu “que o projeto [pretendia] tirar as Obras Sociais dos seus legítimos donos; a bancada peronista não [seria] cúmplice desse roubo e [haveria] uma rejeição similar à da lei de reorganização sindical” (*Clarín*, 13/09/1985, p. 13; ver em Figura 13).

Na mesma conjuntura, o deputado justicialista Roberto García “considerava que o Estado [tentava] se apropriar do fruto do esforço dos trabalhadores e [atribuía] a uma obsessão o interesse dos radicais pelo tema”. Por outra parte, o senador peronista Oraldo Britos e o deputado Lorenzo Pepe, “anteciparam que os parlamentares desse setor se [oporião] ao projeto enviado pelo Poder Executivo e [votariam] contra” (Figura 23).

Outro exemplo da defesa exercida pelo peronismo aos interesses dos sindicatos pode ser encontrado na véspera do último tratamento dos projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde na Câmara. O jornal *Clarín* informava que

o peronismo [tentaria] alcançar a aprovação na Câmara do projeto de Obras Sociais, para o qual os deputados [havião] sido convocados para uma sessão especial. No entanto, a iniciativa peronista [era] objetada pelo radicalismo, razão pela qual se esperava o fracasso da sessão por falta de quorum. O projeto de lei, acordado oportunamente pelo governo com o grupo sindical de ‘os 15’ durante a gestão ministerial do sindicalista Carlo Alderete, [tinha] meia sanção do Senado e [contava] com o apoio da CGT e no ministro [de Saúde e Ação Social] Ricardo Barrios Arrechea. O vice-presidente da bancada justicialista da Câmara, Julio Corzo, [havia antecipado] que o peronismo [estaria] presente para votar o projeto de Obras Sociais em resposta a um compromisso adquirido com o titular da CGT, Saúl Ubaldini (Figura 25).

De qualquer forma, até último momento o governo defendia a importância de aprovar o Seguro Nacional de Saúde, como mostra a Figura 24. Em propaganda oficial apenas dez dias antes do último tratamento na Câmara, o Ministério de Saúde e Ação Social da Nação afirmava:

Ninguém vai negar a importância da lei de Obras Sociais, destinada a normalizar e supervisionar a assistência que estas devem oferecer a seus 22 milhões de filiados. Os sindicatos se preocupam pela sanção desta lei e é correto que o façam. Mas a lei central para o setor da saúde, que possibilita a passagem de um sistema de saúde disperso, custoso e de baixa eficácia, a outro participativo, democrático e eficiente, é a lei do Seguro Nacional de Saúde.

A lei de Obras Sociais é apenas uma ferramenta desta histórica lei.

Com o Seguro Nacional de Saúde são os 30 milhões de argentinos os que receberão uma cobertura médica completa, podendo utilizar qualquer centro assistencial do país, seja privado, sindical ou estatal. O governo democrático se preocupa *pela saúde de todos os argentinos*. (...)

Figura 23 – Apoio às Obras Sociais deficitárias



Fonte: LA NACIÓN, 13/09/1985, p. 4

Figura 24 – Vamos hablar claro sobre a saúde

**CON LA
DEMOCRACIA
SE CURA**

DE SALUD HABLEMOS CLARO

Nadie va a negar la importancia de la ley de obras sociales, destinada a normalizar y supervisar la asistencia que éstas deben dar a sus 22 millones de afiliados. Los organismos gremiales se preocupan por la sanción de esta ley y es correcto que lo hagan. Pero la ley central para el área de salud, que marca el paso de un sistema de salud disperso, costoso y de baja eficacia, a uno participativo, democrático y eficiente, es la ley del Seguro Nacional de Salud. La ley de obras sociales es sólo una herramienta de esta histórica ley. Con el Seguro Nacional de Salud son los 30 millones de argentinos los que recibirán una cobertura médica completa, pudiendo acudir a cualquier centro asistencial del país, sea éste privado, gremial o estatal. El gobierno democrático se preocupa por la salud de todos los argentinos. Por eso, cuando se habla de salud es necesario hablar claro. El Seguro Nacional de Salud es la ley que cambiará la cara de la salud del país.

Ministerio de la Gente

SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION

Fonte: CLARÍN, 19/12/1988, p. 29; LA NACIÓN, 19/12/1988, p. 15

Figura 25 – Lutam por tratar Obras Sociais

Pugnan tratar obras sociales

El peronismo intentará hoy alcanzar en Diputados la aprobación del proyecto de obras sociales, para lo cual la Cámara ha sido convocada a sesión especial a partir de las 10.

La iniciativa peronista, no obstante, es objetada por el radicalismo, por lo que se aguarda el fracaso de la sesión por falta de quórum.

El proyecto de ley acordado oportunamente por el Gobierno con el "grupo sindical de los 15" durante la gestión ministerial del gremialista Carlos Abderve tiene media sanción del Senado y cuenta con el aval de la CUT y del ministro Ricardo Barrios Arcecho.

El vicepresidente del bloque justicialista de Diputados, Julio Curzo anticipó que el peronismo "batirá al recinto para votar obras sociales en respuesta a un compromiso adquirido con el titular de la CUT, Saúl Ubaldini".

✦ **Corzo**

"Hay que terminar con las intervenciones en las obras sociales", sentenció Curzo al fundamentar la postura peronista. Retardó que el justicialismo insistirá en su pedido de interpelación a los ministros del Interior y Defensa, Enrique Nosiglia y José Horacio Jaumarena, respectivamente, a fin de que informen sobre la reciente crisis militar.

VOLANTES

FACTURAS 2000 ✦ 749	10.000 ✦ 199
TABLETAS 1000 ✦ 229	Solista presupuesto
SAN LUIS 2403 - TE 962-1377	
Envíen al interior	

A FABRICANTES DE INDUMENTARIA, CALZADO DEPORTIVO Y ACCESORIOS JUVENILES FEMENINOS Y DE ARTICULOS PARA PLAYA

Excelente oportunidad para comercializar sus productos en:

VENTA DIRECTA AL PUBLICO EN EL 1er CENTRO COMERCIAL DE VILLA GESELL

En espacios múltiples de 20 a 60 m² con potencial del fabricante interesado de enviar una o más personas de su confianza. Excepcional ubicación. Av. 3 (Peatonal) entre 105 y 106 en 200 m² cubiertos, gran sección sobre pasadizo donde se realizan 6 desfiles de modistos diarios, iluminación decorada, sistema de audio y televisión. Equipo de filmación, empagotamiento y reproducción de video al ingreso del centro con productos de los fabricantes. Espacios al frente para talleres con logotipo de su marca. Equipo de promoción para desfiles programados en balnearios, discoteques de 1er nivel y en la Villa. Tráfico 2000 o sin equipaje para desfiles de modistos subsecuente en 2000 y PHUZZA.

Caja computarizada y protección integral. Absoluta seriedad moral y patrimonial. Responsable: Dr. EDUARDO R. QUINTEROS, Presidente de QUINET S.A. Llamar al 88-1764 para actuaciones y servicios de 9 a 13 y de 14.30 a 18 hs.

Fonte: CLARÍN, 27/12/1988, p. 9

4.7.4 Os profissionais de saúde e suas organizações

Junto com os sindicatos e as empresas de atenção médica, as associações de profissionais configuraram um eixo de alianças em oposição ao projeto de Seguro do Poder Executivo, por considerar afetados seus interesses corporativos (Filgueira Lima, 2012 *apud* Vilosio, 2016; Findling & Tamargo, 1991).

As Obras Sociais impulsionavam a demanda por serviços privados de saúde, o que na prática significava a derivação de um enorme fluxo de recursos para este setor. Os profissionais particulares eram os principais oferentes de serviços para os beneficiários de Obras Sociais. Nesse sentido, existia uma confluência de interesses entre os sindicatos e as associações de profissionais de saúde, que para Belmartino (2005) se tratava de um *pacto corporativo*, e que Alonso (2000), mais acertadamente, chama de *aliança setorial defensiva*. Para este autor, a tendência foi o desenvolvimento de uma trama de interesses convergentes entre as Obras Sociais e os prestadores privados, que em determinadas conjunturas se articulava politicamente para se defender das tentativas de centralização estatal. A ideia de pacto corporativo, de outro lado, “pressupõe um caráter explícito, um alto grau de institucionalização e a intervenção estável do Estado como garante e supremo articulador” (Alonso, 2000, p. 68), coisa que de fato não acontecia.

As associações de profissionais da saúde reclamavam o caráter autoritário e estatizante do projeto. Denunciavam a falta de participação na sua elaboração dos atores com interesse no setor saúde. Defendiam um modelo liberal caracterizado pela regulação dos honorários por parte do próprio profissional e a desvalorização do trabalho assalariado (Findling & Tamargo, 1991)

A corporação médica tinha interesse no controle do mercado de trabalho com as Obras Sociais. Entre as décadas de 1960 e 1980, havia dominado em praticamente todos os aspectos regulatórios da organização dos serviços de saúde: as normas gerais elaboradas pelo Estado para atender às necessidades de saúde da população, a organização dos serviços, a formação dos profissionais de saúde, as formas de contratação, as condições de trabalho e remuneração (Belmartino, 2005).

As associações profissionais pressionavam para obter melhores condições salariais e intervir na regulação dos preços das prestações. Além disso, reclamavam maior participação na definição e na condução das políticas de saúde (Findling & Tamargo, 1991). Defendiam as liberdades médicas: liberdade de escolha do profissional por parte do paciente, liberdade de

prescrição, remuneração por ato médico (por consulta) (Belmartino, 2005). Resistiam qualquer relação de dependência, fosse das Obras Sociais ou das empresas médicas. Tinham interesse no crescimento do setor privado e enxergavam o hospital público em função dos interesses dos médicos: prestígio capacitação e derivação de pacientes para a esfera privada (Mera, 1988).

4.7.5 As associações de empresas

Para Findling e Tamargo (1991), as empresas de atenção médica eram o terceiro ator componente do eixo de alianças em oposição ao Seguro Nacional de Saúde, junto com os sindicatos e as associações de profissionais, por considerar afetados seus interesses corporativos. A Confederação das Clínicas, Sanatórios e Hospitais Privados (CONFELISA) teve uma atitude de negociação com o governo, à diferença de outras organizações empresariais. Buscou formar parte apenas do Conselho Assessor da ANSSAL, sem ambição de cargos diretivos. Defendia a ação da iniciativa privada no setor saúde e o princípio de livre eleição dos profissionais por parte da população. Era a favor da continuidade da organização estabelecida: um seguro social obrigatório, administrado pelos próprios interessados, com preferência pelas prestações privadas, e com um Estado encarregado de coordenar o existente com a finalidade de melhorá-lo.

Diferentemente, as associações de seguros privados de saúde (Câmara de Instituições Médico-Assistenciais da República Argentina – CIMARA e Associação de Empresas de Medicina Pré-paga – ADEMP) se opuseram enfaticamente, considerando o projeto estatista, socializante e contrário ao livre funcionamento do mercado e ao princípio de livre eleição dos beneficiários (Findling & Tamargo, 1991).

Por último, organizações empresariais alheias ao setor saúde questionavam o fato dos empregadores serem os únicos contribuintes ao financiamento do Seguro, com 7,5% dos salários dos empregados, enquanto os trabalhadores eram eximidos da obrigação de aportar. No dia seguinte do envio ao Congresso do projeto de Seguro, a iniciativa governamental foi objetada por duas entidades empresarias: o Conselho Argentino da Indústria e a União de Entidades Comerciais Argentinas (Figura 13). Por outra parte, o presidente da Coordenadora de Atividades Mercantis Empresarias (CAME), organização que reunia câmaras de comércio, “apontou que o projeto do poder Executivo sobre Obras Sociais e seguro de saúde significa

um avanço do setor estatal e contem um componente demagógico ao estabelecer aportes unicamente da parte empresarial” (Figura 26).

Figura 26 – Crítica mercantil ao seguro de saúde



Fonte: LA NACIÓN, 16/09/1985, p. 10

CONCLUSÕES

O objetivo principal desta tese foi analisar quais fatores impediram transitar de um sistema de saúde de tipo *bismarckiano* ou de seguros sociais compulsórios, altamente segmentado e fragmentado, a um modelo mais universal e com um grau maior de intervenção estatal no setor, na Argentina, na segunda metade da década de 1980. Nessa ocasião, o governo propôs uma reforma estrutural do sistema de saúde, mediante a criação de um Seguro Nacional que, por diversos motivos que serão aqui analisados, não conseguiu implementar.

Em um primeiro momento foram investigadas as consequências da organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde argentino com o objetivo de justificar a necessidade da crítica a sua organização institucional e mostrar alguns pontos de pauta importantes em uma agenda de reforma sanitária no país. Os resultados da pesquisa mostraram uma variedade de efeitos negativos para a cobertura, o acesso, o financiamento, os resultados e a qualidade dos serviços, decorrentes da organização estratificada e desarticulada do sistema. Os resultados evidenciaram também que vários dos problemas podem ser resolvidos não necessariamente através da introdução de mais recursos ou do aumento do gasto, mas a partir da reorganização institucional do sistema, e apontaram para a relevância da questão em uma agenda de reforma sanitária no país.

Seguidamente, foi apresentada a trajetória histórica da institucionalização do sistema de saúde argentino, para entender o caminho percorrido até alcançar uma configuração caracterizada por graus extremos de segmentação e fragmentação.

Por último, foi examinado o projeto de Seguro Nacional de Saúde (SNS) impulsionado pelo governo da redemocratização como tentativa de redução dessas características, e analisado o processo entre o envio da proposta ao Congresso e sua transformação nas duas leis que atualmente regem o subsistema de obras sociais e que, contrariamente aos objetivos originais do Seguro, não modificaram em nada a organização institucional do sistema de saúde que se pretendia reformar.

O projeto de SNS procurava reduzir a segmentação através da universalização da cobertura do subsistema de obras sociais, incorporando àqueles que por trabalhar sem carteira assinada ou estar desempregados não tinham direito à proteção financeira oferecida por esse tipo de seguro social médico. O objetivo era garantir o direito à saúde para todos os habitantes do país, sem distinção social, econômica, cultural ou geográfica.

Por outra parte, a fragmentação seria diminuída mediante a articulação dos três subsistemas de atenção à saúde (público, privado e de obras sociais), a integração dos recursos destes setores para promover sua utilização racional e a recuperação para a autoridade sanitária nacional da capacidade de conduzir o sistema de saúde, pois em última instância, a questão da fragmentação é uma discussão sobre capacidades estatais de intervir no ordenamento dos processos e na articulação dos atores envolvidos nesses processos.

O fator que aparece a simples vista para explicar o fracasso do SNS é a pressão exercida pelo ator social que seria o mais afetado pela reforma proposta: os sindicatos. O poder sindical foi o principal ponto de veto do projeto, em um contexto de crise econômica e instabilidade política pós-ditadura. Os sindicatos eram uma das principais forças opositoras ao governo radical (Palomino, 1987) e eram também um ator social com capacidade de impor suas demandas na agenda do Estado (Belmartino, 2005). Tinham poder de veto por sua capacidade de mobilização da classe trabalhadora e de desestabilização do governo, que era o que o presidente Alfonsín justamente tentava evitar no contexto do retorno de uma democracia ainda frágil.

No desenvolvimento da pesquisa foi explorado também o papel das ideias e dos interesses da corporação médica como variável explicativa do fracasso do Seguro. No entanto, para além da referência de Filgueira Lima (2012) em Vilosio (2016) e do artigo de Findling e Tamargo (1991), que destacam que as associações de profissionais da medicina configuraram um eixo de alianças em oposição ao projeto do Poder Executivo, junto com os sindicatos e as empresas de atenção médica, por considerar afetados seus interesses corporativos, e das pesquisas de Belmartino (2005) e Alonso (2000), que frisam a existência de um *pacto corporativo* ou uma *aliança setorial defensiva* entre as corporações médica e sindical, não foi achada literatura adicional nem outros elementos na pesquisa documental ou nas entrevistas para reconstruir as formas concretas em que essa oposição das associações médicas teria se produzido. Desde já, essa lacuna não significa que a interferência não tenha acontecido, ficando como questão a ser desenvolvida em uma agenda futura de pesquisa.

Um segundo fator que parece ter obstaculizado a tentativa de redução da segmentação e fragmentação do sistema foi uma espécie de erro de cálculo do governo, pois enfrentava simultaneamente duas corporações com alto poder de pressão: os sindicatos e os empresários (ou empregadores). O governo carecia dos recursos materiais, organizativos e políticos para negociar com os atores cujas práticas pretendia afetar. Exigia o abandono de interesses particulares sem ter nada para oferecer em troca. Na opinião de um dos entrevistados, o governo acumulou frentes de conflito.

Para Arce (2010), a história posterior ao projeto de SNS demonstrou que não existia nem a decisão política nem os recursos necessários para arcar com a incorporação de aproximadamente dez milhões de novos beneficiários que seriam incluídos ao sistema (não contribuintes e sem capacidade de pagamento), caso o Seguro fosse implementado. “O projeto tinha mais expectativas técnicas que factibilidade política real” (Arce, 2010, p. 217). Na avaliação de Vilosio (2016), foi um erro grave de avaliação política em termos estratégicos. Segundo as definições de um dos entrevistados, é preciso diferenciar a oportunidade política das características técnicas da proposta:

Eu concordo quase que absolutamente com o projeto. Exceto por detalhes muito pequenos, diria que os fundamentos da lei e a lógica de diminuição da fragmentação e a segmentação que era proposta me parecem totalmente lógicas. Acho que a oportunidade política não foi corretamente medida, infelizmente, e que isso foi o que fez o projeto fracassar. Talvez houvesse sido necessária uma negociação maior com o setor sindical, avançar em etapas antes de propor uma lei tão terminante como esta.

Em relação especificamente aos sindicatos, o Executivo já vinha golpeado desde o fracasso da Lei Mucci (projeto de lei de normalização sindical e introdução de mecanismos democráticos) que, da mesma forma que o projeto de SNS, procurava intervir na estrutura organizativa destas associações de trabalhadores. Para outro entrevistado, os problemas começaram na “forma estratégica” em que o governo pensou e tentou implementar o Seguro. Em primeiro lugar, porque o Seguro estava vinculado a uma política inicialmente priorizada e logo fracassada, referindo-se à Lei Mucci. Em segundo lugar, porque esse seguro foi impulsionado por uma força política que “historicamente teve problemas para articular alianças com atores sociais”, aludindo à União Cívica Radical (UCR).

Outro fator que possivelmente afetou as chances de sucesso do SNS foi que o foco da disputa nunca se tratou sobre saúde, a discussão sempre passou por outras questões. Nesse sentido, um dos entrevistados aponta que qualquer tentativa “mais ou menos séria” de mudança no setor saúde sempre se discute em uma mesa que não é a da reforma sanitária.

Durante a campanha e nas mensagens de apresentação do projeto ao Congresso, o ministro Neri e o presidente Alfonsín ressaltaram que os objetivos da reforma necessária eram, entre outros, saúde integral para a totalidade da população; equidade nas possibilidades de acesso a serviços de qualidade; um sistema de saúde coordenado; unidade na condução política; formas concretas de participação popular, e até a modernização dos hospitais públicos. No entanto, ao que parece, a verdadeira intenção do governo era reconfigurar as relações entre Estado e sindicatos, disciplinar estes últimos a partir da subtração de uma das

suas principais fontes de recursos econômicos e políticos: as obras sociais. A tentativa de aprovação da Lei Mucci parece ter sido uma ação no mesmo sentido, uma investida do governo radical para debilitar o setor institucional mais sólido do peronismo naquela época, e que exercia a oposição mais enfática.

Um quarto fator que impediu transitar de um sistema de saúde de tipo *bismarckiano* e altamente segmentado e fragmentado, a outro mais universal e com um grau maior de intervenção estatal no setor parece estar relacionado com o conceito de *path dependence*.

No campo das políticas sociais, historicamente na Argentina prevaleceram esquemas protetivos contributivos e vinculados ao mercado formal de trabalho. Assim como em outros Estados de Bem-estar latino-americanos, o sistema de proteção social argentino se afastou de padrões de serviços universais e equitativos, ao mesmo tempo em que sustentou privilégios corporativos dirigidos a trabalhadores formais. As instituições de bem-estar constituíram-se como parte de um “pacto social” entre Estado, empresas privadas e sindicatos (Laurell, 1998). Nesse sentido, existe o legado de uma forma de fazer política própria do Estado de Bem-estar corporativo.

Para Belmartino (2005) as características do sistema político argentino influenciaram o processo de institucionalização do sistema de obras sociais:

As relações estabelecidas entre corporações e organismos tecno-burocráticos portadores de uma proposta de organização para sua área específica, proposta que supõe uma particular distribuição de recursos e a promoção de determinados interesses, dificilmente transcendem ao espaço público. (...) No nosso país, essa dinâmica se vincula com as características mais gerais que assumiu o sistema político. Os longos interregnos autoritários, o descrédito e a paralisia da instituição parlamentar, contribuem ao fortalecimento de uma lógica de vinculação direta entre as agências do Executivo e os grupos organizados ao interior da sociedade civil. Para as organizações corporativas, esse tipo de vínculos torna mais eficaz a negociação dos seus interesses que o esforço de compatibilizar suas demandas por intermédio do sistema representativo” (Belmartino, 2005, p. 164).

Dessa forma foi desenhada a “nova” legislação de obras sociais e o SNS, sem transcender ao espaço público nem passar por instancias legislativas, mas a partir de negociações entre grupos organizados ao interior da sociedade civil (neste caso, sindicalistas) e o Poder Executivo. Para Vilosio (2016), a negociação foi uma discussão entre cúpulas, ausente da agenda pública.

Belmartino (2005) aponta que a categoria de Estado de Compromisso, de Francisco Weffort, oposta à de Estado de Bem-estar, serve para caracterizar as políticas sociais do Estado argentino: debilidade estatal, regime escassamente institucionalizado, sistema político dominado por poderes corporativos, pouca capacidade das autoridades para consolidar uma

hegemonia estável. A cidadania que se constitui neste tipo de regime também é instável e fragmentada, não há direitos universais, mas privilégios dos grupos com capacidade de pressão ou possibilidades de acesso aos processos de tomada de decisões.

A aprovação das leis 23.660 e 23.661 (ambas de 1988) significou a reprodução de uma herança histórica de debilidade institucional na regulamentação do sistema de saúde, uma expressão da incapacidade do Estado argentino para estabelecer regras de jogo. Esse débil envolvimento do Estado na regulamentação do sistema já estava presente na lei 18.610, apesar do ordenamento que estabeleceu (Belmartino, 2005). Por outra parte, se bem o SNS acabou sendo aprovado junto à lei de Obras Sociais, “não deverá pensar-se que uma lei ou decreto são suficientes expressões de cambio político ou institucional nos países latino-americanos” (Hernández Álvarez, 2004, p. 22). De fato, a lei do Seguro foi parcialmente implementada, servindo unicamente como marco geral institucional do subsistema, com poucas consequências na prática.

Ainda em relação ao conceito de *path dependence* como fator que obstaculizou a reforma, havia um interesse dos sindicatos e da corporação médica em manter a institucionalidade histórica, que os beneficiava. O desdobramento do projeto original de SNS em duas normas, uma própria para as obras sociais e outra alternativa e complementar para incluir a população sem cobertura, foi uma forma de perpetuar a segmentação do sistema, rejeitar uma mudança estrutural e preservar uma situação mais favorável para seus interesses. As leis finalmente sancionadas introduziram poucas modificações na organização do subsistema de obras sociais que havia sido institucionalizado a partir da lei 18.610 e significaram, de fato, uma reprodução de suas disposições.

Já na conjuntura de criação da lei 18.610, a Confederação Geral do Trabalho (CGT) e as corporações profissionais tinham um interesse comum: defendiam a perduração do sistema de obras sociais tal como havia se desenvolvido, de forma espontânea, ao longo de duas a três décadas. Essas corporações rejeitavam por considerar estatizante qualquer tentativa de superar a fragmentação, a superposição de recursos, a irracionalidade da administração e a desigualdade no acesso às prestações médicas (Belmartino, 2005).

Com relação aos aportes das pesquisas antecedentes, Immergut (1992; 1996) explica o resultado das tentativas de alargamento da intervenção governamental em saúde na França, na Suíça e na Suécia a partir dos condicionamentos criados pelas instituições, destacando que argumentos centrados apenas nos atores ou nas possibilidades de pressão de grupos de interesse não são suficientes para explicar a estabilidade ou a mudança das políticas. Contudo, exceto pela questão da herança institucional analisada mais acima, a capacidade de pressão

dos atores, especialmente dos sindicatos, da corporação médica e das associações de empresários, parece ter sido uma das variáveis mais importantes para explicar os resultados do caso de tentativa de reforma analisado nesta tese. A instância legislativa limitou-se a convalidar a negociação prévia entre o Poder Executivo e os grupos de interesse.

Por outro lado, Hacker (1998), no seu estudo sobre o desenvolvimento das políticas de saúde em Inglaterra, Canadá e os Estados Unidos, coincide com Immergut (1992; 1996) na importância concedida aos incentivos e constrangimentos criados pelas instituições como variáveis explicativas dos resultados, mas enfatiza a relevância da dimensão histórica, ou seja, a trajetória (a sequência temporal) e o legado das políticas. Com relação à sequência histórica, o autor aponta três tipos de políticas importantes de serem consideradas para avaliar as chances de “triunfo” de uma reforma sanitária de caráter universalista: o grau de desenvolvimento prévio atingido pelos seguros de saúde, o perfil dos beneficiários dos programas públicos, e as preferências do poder público em relação à disjuntiva entre reforçar a sofisticação tecnológica da medicina ou aumentar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Seguindo a teoria de Hacker (1998), é possível pensar que o fracasso do SNS se deveu ao alto grau de desenvolvimento prévio atingido pelos seguros de saúde – cobriam 75% da população no ano de 1984 (Mera, 1988) – e o perfil dos beneficiários dos programas públicos – apenas uma parte dos 25% restantes, compostos por trabalhadores sem carteira assinada ou desempregados, sem capacidade de pagamento, e provavelmente, em decorrência dessas características, sem capacidade de pressão.

Esboçar uma comparação com o caso brasileiro, onde a reforma estrutural no sistema de saúde para reduzir a segmentação e a fragmentação e aumentar a intervenção estatal foi possível, permite identificar novos fatores que obstaculizaram esse processo na Argentina, na mesma época¹. Na introdução foi ressaltado que esse era o objetivo original desta tese.

Para começar, na Argentina não houve um movimento sanitário promotor da reforma, o SNS foi uma proposta “vinda de cima”, acusada de inconsculta pelos principais atores com interesses no setor. Se bem Mera (1988) tenta demonstrar que o projeto foi produto de um consenso, o certo é que foi elaborado por um grupo reduzido de pessoas, especialistas nucleados na equipe de saúde do governo de Alfonsín. Segundo declarações dos entrevistados, Neri desenvolveu o SNS junto com colegas da Escola de Saúde Pública da Universidade de Buenos Aires, com quem mantinha reuniões já desde a década de 1970. O

¹ Agradeço os comentários de Guillermo Alonso.

esboço do projeto foi preparado por Jorge Mera e discutido por apenas cinco pessoas antes de ser apresentado.

Além disso, segundo as definições de um dos entrevistados, o campo da saúde pública na Argentina não tinha uma ideologia que pudesse se dizer contrária à ditadura, como tinha lugar no Brasil, onde o movimento da reforma sanitária surgiu com a bandeira da democratização do acesso aos serviços de saúde:

A Escola de Saúde Pública [à qual estava vinculado Neri – havia sido diretor – e a equipe que elaborou o projeto de SNS] é um projeto antiperonista, (...) não contrasta com os governos militares. Desde meu ponto de vista, o fato de que essa saúde pública fosse tão antiperonista e autoritária é o que tirava a autoridade de Neri e da saúde pública para se mostrar contrários à ditadura, não tinham credenciais. Ouvi dizer na Escola de Saúde Pública que a época mais brilhante da saúde pública argentina foi a época de Onganía [presidente durante o período de ditadura civil-militar entre 1966 e 1973], para a saúde pública tecnocrática esse período foi como a era de ouro. Isso curiosamente dito desde uma Escola de Saúde Pública da Universidade de Buenos Aires, que havia sido brutalmente reprimida por Onganía na *La Noche de los Bastones Largos*². Ou seja, era meio paradoxal.

Outra diferença em relação ao caso brasileiro é que nesse país, previamente à tentativa de reforma, o subsistema de seguros sociais, ou a assistência médica previdenciária, já estava aglutinado em um instituto público – desde 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), devindo em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1977 – fazendo com que a transição para a unificação com o subsistema público fosse menos traumática que o que teria sido na Argentina, onde na mesma época existiam mais de trezentas obras sociais inconexas, grande parte delas dependentes de organizações da sociedade civil.

Olhando através da lente da teoria dos fluxos múltiplos de John Kingdom, é possível pensar que o governo de Alfonsín encontrou uma janela de oportunidades fechada para implementar a reforma que pretendia.

O projeto de SNS original era parte da agenda governamental de Alfonsín, a questão da organização do sistema de saúde era problematizada desde a campanha presidencial. Já na plataforma eleitoral de 1983 a União Cívica Radical (UCR) havia se comprometido, entre outras coisas, a recuperar a responsabilidade estatal na condução do sistema; a promover a reforma e aumento da qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital público; a manter ao trabalhador desempregado e sua família como beneficiários da obra social correspondente

² *La Noche de los Bastones Largos* (a noite dos cassetetes longos) faz referência a uma brutal repressão exercida pela polícia durante a ditadura civil-militar ocorrida entre 1966 e 1973, dirigida a um grupo de professores e estudantes da UBA que ocupavam as instalações universitárias como forma de se manifestar contra a intervenção promovida pelo governo autoritário.

mediante aportes e contribuições estatais; a fortalecer as obras sociais através da compensação das desigualdades existentes entre elas (UCR, 1983).

Para um dos entrevistados, o projeto de reforma do sistema de saúde fazia parte das equipes de sanitaristas dos dois partidos hegemônicos antes das eleições de 1983. Para outro, houve “continuidade no pensamento”, pois Neri havia participado na elaboração do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), implementado na década de 1970, e teria aproveitado para retomar a ideia quando teve a oportunidade de ser ministro. Além disso, a proposta de Neri não haveria sido exclusivamente técnica, teria perseguido também objetivos de natureza política, tendentes a modificar relações de força. Para um terceiro entrevistado, o fator que impulsionou a necessidade de reforma foi a pressão de vários setores do radicalismo que sempre haviam tido um enfrentamento com a burocracia sindical. Como foi dito mais acima, a verdadeira intenção do governo parece haver sido o disciplinamento dos sindicatos, o debilitamento do setor institucional mais sólido do peronismo naquela época, e que exercia a oposição mais enérgica ao governo.

As alternativas para promover a resolução da questão problematizada foram aportadas pelo próprio Poder Executivo, a través da proposta de criação do SNS, e pelo setor sindical, mediante o projeto chamado de “Azul e Branco”, se bem que os partidos políticos e a Confederação Médica da República Argentina (COMRA) também haviam apresentado suas ideias para o setor saúde em vários números da revista *Cuadernos Médico Sociales*³. Da negociação entre o Poder Executivo e os sindicatos, e da fusão dos seus projetos surgiram as alternativas que seriam efetivamente consideradas como solução para o problema: os projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde.

A proposta original do SNS não encontrou “solo fértil” para prosperar, o contexto político e a correlação de forças não era favorável apesar do clima nacional supostamente propício – pela conjuntura da democratização – e da mudança de governo, que teria facilitado a entrada de novas demandas na agenda decisória. A barreira do fluxo político foi dada pela pressão de forças políticas organizadas, grupos de interesse que tinham bastante a perder caso a reforma do sistema de saúde fosse promovida.

O projeto de SNS só passou a ser parte da agenda decisória e encontrou a janela de oportunidade aberta quando foi reformulado e dividido em dois projetos de lei, como consequência da negociação entre o setor sindical nucleado no “Grupo dos 15” e uma versão

³ O número 17, de julho de 1981, continha o artigo de COMRA; o número 24, de junho de 1983, o da União Cívica Radical (UCR); o número 25, de setembro de 1983, incluiu o do Partido Justicialista (PJ), e o número 26, de dezembro de 1983, publicou os posicionamentos do Partido Intransigente (PI), do Partido Comunista (PC) e da Democracia Cristã (DC).

do Ministério de Saúde mais conciliadora. O acordo foi viabilizado pela presença de um sindicalista integrante daquele grupo no Ministério de Trabalho. A partir desse momento os projetos passaram a ser de interesse dos sindicatos, porque em vez de reformar, permitiam a manutenção da institucionalidade histórica, que os beneficiava.

Alguns entrevistados têm uma visão algo mais “ingênua” das condições que possibilitaram a entrada do SNS na agenda decisória. Um deles opina que foi porque era um projeto do governo, não apenas de um ministro. Outro entrevistado, na mesma linha, considera que foi um dos projetos mais importantes do governo de Alfonsín. Para um terceiro entrevistado, a insistência no tratamento do SNS teve a ver com o peso que tinha Neri dentro do radicalismo, havia acompanhado a Alfonsín durante toda a campanha e era apoiado por uma parte importante dos sanitaristas prestigiosos na época.

O certo é que, como aponta Rovere (2004, p. 7), “desde o abandono do Seguro Nacional de Saúde em diante, nunca mais se discutiu o problema da universalidade do sistema de saúde na Argentina”. Talvez o exercício proposto nesta tese sirva como contribuição para quando essa tarefa seja retomada, e possibilite fazer avaliações menos ingênuas à hora de considerar a legitimidade que encontrará um projeto que propõe mudanças profundas em instituições consolidadas.

REFERÊNCIAS

ADAMOVSKY, E. **Historia de las clases populares en la Argentina**. Desde 1880 hasta 2003. Buenos Aires: Sudamericana, 2012.

AGUILO, J. C. **Políticas Sociales en Argentina**: de la Sociedad de Beneficencia a la focalización compulsiva. Texas Scholar Works. The University of Texas at Austin, 2005.

Disponível em:

<https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/4057/aguilo.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 30 jun. 2013.

ALFONSÍN, R. Discurso de Asunción como Presidente en la Asamblea Legislativa. 10 dic. 1983. Disponível em: <http://www.historiaydoctrinadelaucr.com/2011/02/discurso-de-asuncion-del-dr-raul.html>. Acesso em: 24 nov. 2017.

ALMEIDA, C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, LVC., NORONHA, JC., CARVALHO, AI. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 859-802.

ALMEIDA, LA; SILVA, AP; SILVA, MAR. Os múltiplos fluxos na formação da agenda climática em Palmas e a participação de redes transnacionais de governos locais. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**. São Carlos: UFSCar, v. 22, n. 2, p. 37-49, jul./dez. 2013. Disponível em:

<http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/viewFile/357/238>. Acesso em: 19 jun. 2018.

ALONSO, GV. **Política y seguridad social en la Argentina de los '90**. Madrid: Miño y Dávila Editores, 2000.

ALONSO, G.; DI COSTA, V. Más allá del principio contributivo: cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2011. **Revista Estudios Sociológicos**. México DF: El Colegio de México, v. XXXIII, n. 97, p. 31-62, ene./ abr. 2015. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/598/59844198002.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2018.

ARCE, HE. **El sistema de salud**: de dónde viene y hacia dónde va. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2010.

ARCE, HE. **Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del siglo XX**. Tesis de doctorado. Buenos Aires: Fundación Barceló, 2013. Disponível em:

<http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH6ecf.dir/Tesis%20Docto%20Arce%20Hugo%20Eduardo.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

ARGENTINA. Lei nº 18.610, de 23 de fevereiro de 1970. Dispõe sobre as normas de funcionamento das obras sociais.

ARGENTINA. Lei nº 22.269, de 30 de julho de 1980. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento das obras sociais. Disponível em:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/114909/norma.htm>.
 Acesso em: 14 set. 2014.

ARGENTINA. Lei nº 22.373, de 13 de janeiro de 1981. Dispõe sobre a criação do Conselho Federal de Saúde. Disponível em:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195911/norma.htm>.
 Acesso em: 14 out. 2018.

ARGENTINA. Lei nº 22.924, de 22 de setembro de 1983. Dispõe sobre as medidas políticas e normativas para a definitiva pacificação do país. Disponível em:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73271/norma.htm>. Acesso em: 14 out. 2018.

ARGENTINA. Mensagem 1746 e projeto de lei do Seguro Nacional de Saúde, de 11 de setembro de 1985. In: MERA, J. **Política de salud en la Argentina**. La construcción del Seguro Nacional de Salud. Buenos Aires: Hachette, 1988. p. 127-156.

ARGENTINA. Mensaje 853 y proyecto de ley de obras sociales (26-PE-87). Trámite Parlamentario nº 25. Buenos Aires: Cámara de Diputados de la Nación, p. 516-522, 4 jun. 1987a.

ARGENTINA. Mensaje 854 y proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud (27-PE-87). Trámite Parlamentario nº 25. Buenos Aires: Cámara de Diputados de la Nación, p. 522-530, 4 jun. 1987b.

ARGENTINA. Lei nº 23.660, de 5 de janeiro de 1989a. Dispõe sobre o regime de aplicação das obras sociais. Disponível em:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?jsessionid=668CD572150692BEAC81B42B046EE0E4?id=62>. Acesso em: 19 abr. 2014.

ARGENTINA. Lei nº 23.661, de 5 de janeiro de 1989b. Dispõe sobre o Sistema Nacional do Seguro de Saúde. Disponível em:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=63>. Acesso em: 19 abr. 2014.

ARCE, H. **Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del siglo XX**. Buenos Aires: Fundación Barceló, 2013. Disponível em:
<http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH6ecf.dir/Tesis%20Doctorado%20Arce%20Hugo%20Eduardo.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ARCIDIÁCONO, P. *et al.* Programas sociales y protección social no contributiva en la post-convertibilidad argentina. **Revista de Instituciones, Ideas y Mercados**. Buenos Aires: Instituto Universitario ESEADE, n. 60, p. 57-86, may. 2014. Disponível em:
http://www.esade.edu.ar/files/riim/RIIM_60/riim60_arcidiacono_gamallo_straschnoy.pdf.
 Acesso em: 14 jan. 2018.

ARIOVICH, A.; CROJETHOVIC, M. Las Redes de Servicios de Salud en el Territorio Bonaerense. In: IX Jornadas de Sociología da UNLP, dic. 2016. La Plata. **Anais...** La Plata: UNLP, 2016. Disponível em:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9027/ev.9027.pdf. Acesso em: 7 jan. 2018.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E.M. (org.). **Avaliação de Políticas Sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998.

ARTAZA BARRIOS, O (Coord.). **Funciones Esenciales de Salud Pública**: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ernesto_Bascolo/publication/317169697_Funciones_esenciales_de_salud_publica_su_implementacion_en_Argentina_y_desafios_hacia_salud_universal/links/5928717e0f7e9b9979a361eb/Funciones-esenciales-de-salud-publica-su-implementacion-en-Argentina-y-desafios-hacia-salud-universal.pdf#page=11. Acesso em: 19 jan. 2018.

ASPIAZU, E. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. **Revista Trabajo y Sociedad**. Santiago del Estero: UNSE, n. 28, p. 11-35, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n28/n28a02.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

ATUN, R. *et al.* La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. **MEDICC Review**. V. 17, suplemento, p. S21-S39, 2015. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151j.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

BALLESTEROS, MS. Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la salud en Argentina. **Revista de Salud Pública**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, v. XIX, n. 3, p. 59-68, 2015a. Disponível em: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP15_3_08_art5.pdf. Acesso em: 17 jan. 2018.

BALLESTEROS, MS. **Evolución y localización geográfica de barreras financieras para el acceso a servicios de salud en el primer nivel de atención del sector público**. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2015b. Disponível em: [http://186.33.221.24/medicamentos/files/InformeFinalBarrerasFinancieras\(2\).pdf](http://186.33.221.24/medicamentos/files/InformeFinalBarrerasFinancieras(2).pdf). Acesso em: 19 jan. 2018.

BALLESTEROS, M. S. Impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo y en la seguridad social sobre la cobertura de salud de la población residente en zonas urbanas de Argentina entre 2003 y 2010. **Revista Trabajo y Sociedad**. Santiago del Estero: UNSE, n. 26, 2016a. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n26/n26a05.pdf>. Acesso em:

BALLESTEROS, MS. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, v. 15, n. 30, p. 234-250, 2016b. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a16.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2018.

BALLESTEROS, MS. El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. **Millcayac: Revista Digital de Ciencias Sociales**. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo, v. 4, n. 6, p. 169-174, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5898966>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BANG, C. Los profesionales de salud y salud mental en prácticas comunitarias: descubriendo una experiencia participativa de promoción de salud mental en red. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**. Medellín: Universidad de Antioquia, n. 35, suplemento 1, p. S134-S142, 2015. Disponível em:

<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewFile/19867/18481>.

Acesso em: 7 jan. 2018.

BAPTISTA, TWF; REZENDE, M. A idéia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, RA; BAPTISTA, TWF. **Caminhos para a Análise de Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 221-272.

BARBA SOLANO, CE. La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas tempranas, intermedias e de tercera generación en México y Chile. In: FIDEL, C.; VALENCIA LOMELÍ, E. (Coord.). **(Des)encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdades en América Latina**. Tomo I. Buenos Aires: CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; Centro de Desarrollo Territorial de la Universidad Nacional de Quilmes, 2012. p. 61-96. Disponível em:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30954571/DesEncuentrosEntreReformasSociales.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521510209&Signature=dfm3WkGIBZHBhoMetiFpHutC%2FCQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3D2012_Servicios_de_salud_universalismo_y.pdf#page=195. Acesso em: 7 fev. 2018.

BARCALA, A. Salud Mental y niñez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Articulaciones y tensiones entre las políticas públicas y la legislación vigente. In: CONDE, LL.; BARCALA, A. (Coord.). **Salud mental y niñez en la Argentina**: legislaciones, políticas y prácticas. Buenos Aires: Teseo, 2015. p. 107-131. Disponível em:

<http://conferenciasargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/Salud-Mental-y-Ni%C3%B1ez-en-la-Argentina.-Barcala-y-Luciani-Conde-1.pdf#page=107>. Acesso em: 19 jan. 2018.

BARILLAS, E. La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 1, n. 3, p. 246-249, 1997.

BARRENECHEA, R. **Programa de salud ocular y prevención de la ceguera**. Estudio de una intervención del Estado para la eliminación de la ceguera evitable por cataratas en el sector público de salud de la Argentina durante el año 2008. Rosario: UNR, 2013. Disponível em:

<http://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/8901/TESIS%20BARRENECHEA%20Mar%203%20ada%20del%20Rosario.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 22 fev. 2018.

BÁSCOLO, E.; BLEJER, G. Sistema Integrado de Salud en Argentina. s/d. Disponível em:

http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/09/Sistema-Integrado-de-Salud-en-Argentina_EB_GB.pdf. Acesso em: 7 jan. 2018.

BELLÓ, M.; BECERRIL-MONTEIKO, V. Sistema de salud en Argentina. **Salud Pública de México**. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 53, suplemento 2, p. s96-s108, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2017.

BELMARTINO, S. **La atención médica argentina en el siglo XX**: instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2005.

BERRA, S. et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington DC: OPS, v. 33, n. 1, p. 30-39, 2013. Disponible em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n1/30-39/es>. Acceso em: 17 mar. 2018.

BOLFSON, M. **¿Salud para todos?** La problemática priorización de recursos a propósito de la sanción de la Ley Nacional de Fertilización Asistida. Buenos Aires: UDESA, 2013. Disponible em: <http://repositorio.udes.edu.ar/jspui/bitstream/10908/2466/1/%5BP%5D%5BW%5D%20T.%20Ab.%20Melisa%20Bolfson.pdf>. Acceso em: 21 jan. 2018.

BOWEN, G. Document Analysis as a Qualitative Research Method. **Qualitative Research Journal**, v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009.

BRAVO, MI. Política de saúde no Brasil. In: MOTTA, AE. (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006.

BRONZO, C; REPETTO, F. (Org.). **Coordenação de Políticas Sociais**: Desafios para a Gestão Pública. Madrid: Eurososocial, 2015. Disponible em: http://sia.eurososocial-ii.eu/files/docs/1461684875-estudio_18_portugues_final.pdf#page=69. Acceso em: 29 jan. 2018.

CALABRIA, A.; ROTTENSCHWEILER, S. Los desafíos del sistema público de salud en Argentina de cara al futuro: cobertura y financiamiento. **MPRA**. Munich: Paper n. 65524, jul. 2015. Disponible em: https://mpra.ub.uni-muenchen.de/65524/1/MPRA_paper_65524.pdf. Acceso em: 17 jan. 2018.

CALLEJA, MS. Demanda de dietas especiales en las Escuelas Primarias Diurnas con Servicios Alimentarios de la Ciudad de Santo Tomé, durante el mes de Octubre del año 2015. Rosario: UNR, 2016. Disponible em: <http://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/9027/Tesis%20MGSSS%20-%20CALLEJA%2c%20MA.%20SOL.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acceso em: 9 mar. 2018.

CALMELS, J. *et al* (Ed.). **Experiencias en salud mental y derechos humanos**: aportes desde la política pública. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2015. Disponible em: http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/886/salud_mental.pdf?sequence=1. Acceso em: 12 jan. 2018.

CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA. **Diario de Sesiones**. Tomo 3, 1987.

CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA. **Diario de Sesiones**. Tomo 7, 1988.

CÁMARA DE SENADORES DE LA NACIÓN ARGENTINA. **Diario de Sesiones**. Tomo 4, 1988.

CANALE, S. *et al.* Indicadores de consumo y gastos en salud para evaluación de gestión de obras sociales provinciales. **Revista FABICIB**. Santa Fé: UNL, v. 18, p. 135-150, 2014a. Disponible em: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/ojs/index.php/FABICIB/article/viewFile/4851/7423>. Acceso em: 12 jan. 2018.

CANALE, S. *et al.* Gestión de costos en entidades intermedias representativas de sanatorios y clínicas. In: XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas, nov. 2014. Santa Fé. **Anais...** Santa Fé: UNL, 2014b. Disponible em: http://www.oossp.com.ar/archivos/pubs/Ponencia%20Gestion%20de%20costos%20entidades%20intermedias%20representativas%20de%20sanatorios%20y%20clinicas%20_2_.pdf. Acceso em: 9 jan. 2018.

CANALE, S. *et al.* Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica. **Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal**. Santa Fé: UNL, v. 16, n. 26, p. 225-250, 2016a. Disponible em: <http://www.redalyc.org/pdf/3375/337546668008.pdf>. Acceso em: 7 jan. 2018.

CANALE, S. *et al.* Indicadores de gestión para entidades financiadoras: el caso de las obras sociales provinciales. In: XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas, nov. 2016. Santa Fé. **Anais...** Santa Fé: UNL, 2016b. Disponible em: <https://fce.unl.edu.ar/jornadasdeinvestigacion/libro2016/4.pdf>. Acceso em: 17 jan. 2018.

CANALE, S. *et al.* Fragmentación de cobertura de servicios de salud. El caso de las Obras Sociales Provinciales. In: XXV Jornadas Internacionales y XXVI Jornadas Nacionales de Economía de la Salud, set. 2016. Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires: ISALUD, 2016c. Disponible em: <http://www.oossp.com.ar/archivos/pubs/fragmentac%20cob%20y%20osp%20aes%202016.pdf>. Acceso em: 10 jan. 2018.

CARDOZO, MR. **Organizaciones sociales y salud**: un análisis de prácticas y sentidos. La Plata: UNLP, 2015. Disponible em: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51518/Documento_completo.pdf?sequence=3. Acceso em: 8 mar. 2018.

CASTRILLO, MB. **Participación Comunitaria en Salud**: el caso de Berisso. La Plata: UNLP, 2013. Disponible em: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.843/te.843.pdf>. Acceso em: 14 jan. 2018.

CECCHINI, S. *et al.* (Ed.). **Instrumentos de protección social**. Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2015. Disponible em: https://guzlop-editoras.com/web_des/ineco/proteccionsoc/pld3022.pdf. Acceso em: 7 jan. 2018.

CECCHINI, S. Protección social con enfoque de derechos para la América Latina del siglo XXI. *Revista Opera*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, n. 18, p. 11-33, ene./jun. 2016. Disponible em: <http://www.redalyc.org/pdf/675/67546312003.pdf>. Acceso em: 9 jan. 2018.

CEPAL. **La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.** Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2006. Disponível em:

https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/5/39245/Proteccion_social_de_cara_al_futuro.pdf. Acesso em: 12 fev. 2018.

CETRÁNGOLO, O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. **Revista de Economía Política de Buenos Aires.** Buenos Aires: a. 8, v. 13, p. 145-183, 2014. Disponível em:

http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf. Acesso em: 19 jan. 2018.

CETRÁNGOLO, O. *et al.* La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. **MEDICC Review.** V. 17, suplemento, p. S68-S72, 2015. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151n.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2018.

CHIARA, M. (Comp.). **Gestión territorial integrada para el sector salud.** Los Polvorines: UNGS, 2015. Disponível em: [http://www.isags-unasul.org/uploads/biblioteca/2/bb\[292\]ling\[2\]anx\[937\].pdf](http://www.isags-unasul.org/uploads/biblioteca/2/bb[292]ling[2]anx[937].pdf). Acesso em: 19 jan. 2018.

CHIARA, M.; ARIOVICH, A. Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. **Cadernos Metrópole.** São Paulo: PUC, v. 15, n. 29, p. 99-122, jan./jun. 2013. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/4028/402837816005.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.

CID, C. *et al.* La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas. **Salud Pública de México.** Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 58, n. 5, p. 496-503, set./oct. 2016. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/pdf/spm/2016.v58n5/496-503/es>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CINGOLANI, D.; HERRADA, C. Efectos de las patologías crónicas en la seguridad social. In: XXIII Jornadas Nacionales y XXII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, 2013. Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires: Asociación de Economía de La Salud – AES, 2013, p. 70-75. Disponível em: <http://aesargentina.org/archivos/trabajos-jornadas2013-ISBN.pdf#page=65>. Acesso em: 3 fev. 2018.

CLARÍN (jornal impresso). Buenos Aires, Argentina. Edições de: 11 set. 1985; 12 set. 1985; 13 set. 1985; 15 set. 1985; 17 set. 1985; 20 set. 1985; 22 set. 1985; 29 set. 1985; 6 dez. 1988; 9 dez. 1988; 10 dez. 1988; 19 dez. 1988; 27 dez. 1988; 29 dez. 1988; 30 dez. 1988.

CONILL, EM; FAUSTO, MCR; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 10, supl. 1, s15-s27, 2010.

CORTÉS, R.; KESSLER, G. Políticas, ideas y expertos en la cuestión social de la Argentina democrática (1983-2012). **Revista de Índias.** Madrid: v. LXXIII, n. 257, p. 239-263, 2013. Disponível em:

http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/8729/CONICET_Digital_Nro.11088.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jan. 2018.

CRÍTICA DA ECONOMIA. Mauricio Macri perde controle da economia e trabalhadores decretam greve geral. 30 ago. 2018. Disponível em: <http://criticadaeconomia.com.br/mauricio-macri-perde-controle-da-economia-e-trabalhadores-decretam-greve-geral/>. Acesso em: 1 set. 2018.

DONATO, B. **La Historia Clínica Electrónica centrada en el paciente como componente fundamental para la gestión de un Sistema de Información de Salud**. Buenos Aires: UDESA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.udea.edu.ar/jspui/bitstream/10908/934/1/%5BP%5D%5BW%5D%20M.%20Ges.%20Donato.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

DRAIBE, S. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa**, NEPP, UNICAMP, Campinas, n. 8, 1993.

DUCATENZEILER, G. Social Concertation and Democracy in Argentina. In: ETHIER, D. (ed.). **Democratic Transition and Consolidation in Southern Europe, Latin America and Southeast Asia**. London: Macmillan, 1990. p. 235-249.

ECHEGOYEMBERRY, N.; CASTIGLIA, G. Sistema de salud argentino desde el enfoque de derechos humanos. 2017. Disponível em: http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/06/SISTEMAS-DE-SALUD-ARGENTINO_Castiglia_echegoyemberry_junio-2017.pdf. Acesso em: 22 jan. 2018.

EL PAÍS. El gobierno argentino deroga la ley de autoamnistía dictada por la anterior Junta Militar. 29 dez. 1983. Disponível em: https://elpais.com/diario/1983/12/29/internacional/441500412_850215.html. Acesso em: 14 out. 2018.

ENAPROSS. Encuesta de Protección y Seguridad Social. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2011. Disponível em: <http://www.trabajo.gov.ar/estadisticas/enapross/index.asp>. Acesso em: 3 jan. 2018.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, setembro de 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006. Acesso em: 30 ago. 2014.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do *welfare state* na nova ordem mundial. **Revista Lua Nova**, São paulo, n. 35, p. 73-204, 1995.

ESQUIVEL, V.; PEREYRA, F. Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. **Revista Trabajo y Sociedad**. Santiago del Estero: UNSE, n. 28, p. 55-82, 2017a. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n28/n28a04.pdf>. Acesso em:

ESQUIVEL, V.; PEREYRA, F. Trabajadoras y trabajadores del cuidado en Argentina. **Revista Trabajo y Sociedad**. Santiago del Estero: UNSE, n. 28, p. 5-10, 2017b. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n28/n28a01.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

EWIG, C. Reform and Electoral Competition: Convergence Towards Equity in Latin American Health Sector. **Comparative Political Studies**. V. 49, n. 2, p. 184-218, fev. 2016. Disponível em: <https://experts.umn.edu/en/publications/reform-and-electoral-competition-convergence-toward-equity-in-lat>. Acesso em: 8 jan. 2018.

FALAPPA, F.; ANDRENACCI, L. **La política social de la Argentina Democrática (1983-2008)**. Los Polvorines: UNGS; Buenos Aires: Biblioteca Nacional, 2009.

FARIA, C. A. P. Idéias, conhecimento e políticas públicas. Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.

FIDEL, C; VALENCIA LOMELÍ, E. (Coord.). **(Des)Encuentros entre reformas sociales, salud pobreza y desigualdad en América Latina**. Tomo I. Buenos Aires: CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2012.

FILGUEIRA, F. Modelos de desarrollo, matriz del Estado social y herramientas de las políticas sociales latinoamericanas. In: CECCHINI, S.; FILGUEIRA, F.; MARTÍNEZ, R.; ROSSEL, C. (Ed.). **Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización**. Santiago: CEPAL, 2015. p. 49-84.

FINDLING, L.; TAMARGO, MC. El Seguro Nacional de Salud, ¿una historia olvidada? **Cuadernos Médico Sociales**. N. 58, p. 55-69, dic. 1991.

FLEURY, S.; OUVÉREY, AM. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, LVC., NORONHA, JC., CARVALHO, AI. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 25-57.

FLEXOR, G.; LEITE, SP. **Análise de Políticas Públicas**: breves considerações teórico-metodológicas. Avaliando a gestão das políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos *policy-makers*. Relatório Final de Pesquisa, 2006.

FRENK, J. Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. **MEDICC Review**. V. 17, suplemento, p. S62-S72, 2015. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64563>. Acesso em: 10 fev. 2018.

FRANCO-GIRALDO, A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**. Medellín: Universidad de Antioquia, v. 32, n. 1, p. 95-107, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a11.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2018.

GIOVANELLA, L. **Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, ago. 2013.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Sistemas de Salud en Suramérica**: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS/UNASUR, 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 39, n. 105, p. 300-322, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341748002.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

GOLBERT, LS. **De la Sociedad de Beneficencia a los derechos sociales**. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2010.

GOMES TEMPORÃO, J.; FARIA, M. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**. Lima: Instituto Nacional de Salud, v. 31, n. 4, p. 740-746, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n4/a20v31n4.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GÓMEZ SABAÍNI, JC. *et al.* **La evasión contributiva en la protección social de salud y pensiones**. Un análisis para la Argentina, Colombia y el Perú. Santiago: ONU, 2014. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37017/S1420447_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 25 jan. 2018.

GOTLIEB, V.; YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n1/e00121114/es>. Acesso em: 17 fev. 2018.

GOTTEMS, LBD; PIRES, MRGM; CALMON, PCDP; ALVES, ED. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdom na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: FSP-APSP, v. 22, n. 2, p. 511-520, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a20.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

GÜEMES, MC. Políticas de bienestar y confianza social. El impacto de las reformas neoliberales en Argentina. In: LEANDRI, RG. *et al.* (Comp.). **Regulación social y regímenes de bienestar en América Latina**. Madrid: Ed. Polifeno, 2015. p. 425-454.

HACKER, J. The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy. **Studies in American Political Development**, n. 12, p. 57-130. Cambridge: Cambridge University Press, spring 1998.

HALL, P. The role of interests, institutions and ideas in the comparative political economy of industrialized nations. In: LICHBACH, MI.; ZUCKERMAN, AS. (ed.). **Comparative Politics: rationality, culture and structure**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997, p. 174-207.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neo-institucionalismo. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M. **La fragmentación de la salud en Argentina y Colombia**. Una comparación sociopolítica, 1880-1950. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.

IERACE, V. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Hacia una revalorización. **Epidemiología y Salud**. N. 1, p. 31-34, 2013. Disponível em: <http://www.region6.com.ar/adjuntos/sistema%20integrado%20de%20salud.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

IMMERGUT, E. **Health Politics – Interest and institutions in Western Europe**. New York: Cambridge University Press, 1992.

IMMERGUT, E. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n. 30, fev. 1996.

ISUANI, E.; MERCER, H. **La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina**: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1988. Disponível em: http://trabajosocial.proed.unc.edu.ar/pluginfile.php/25253/mod_folder/content/0/Fragmentacion_institucional_del_sector_salud_ISUANI_MERCER.pdf?forcedownload=1. Acesso em: 2 jun. 2017.

KATZ, J.; MUÑOZ, A. **Organización del sector salud**: puja distributiva y equidad. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; CEPAL, 1988.

KERSTENETZKY, CL. **O estado do bem-estar social na idade da razão**. A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LA NACIÓN (jornal impresso). Buenos Aires, Argentina. Edições de: 12 set. 1985; 13 set. 1985; 16 set. 1985; 22 set. 1985; 29 set. 1985; 6 dez. 1988; 9 dez. 1988; 10 dez. 1988; 19 dez. 1988; 21 dez. 1988; 22 dez. 1988; 30 dez. 1988.

L'HOPITAL, C. Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado. **Archivos de Medicina Familiar y General**. Federación Argentina de Medicina Familiar, v. 14, n. 1, p. 1-11, may. 2017. Disponível em: <http://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/27/18>. Acesso em: 5 mar. 2018.

LASPIUR, S. Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2016. Disponível em: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000715cnt-2017-06_mapec.pdf. Acesso em: 22 fev. 2018.

LAURELL, A. C. Para um novo Estado de Bem-Estar na América Latina. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 187-234, 1998.

LIFSCHITZ, E. *et al.* **Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias**. Lecciones aprendidas en países de Latinoamérica y Europa. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2017. Disponível em: http://www.fsg.com.ar/facebook/ediciones_pdf/AgenciasEvaluacionTecnologiasSanitarias.pdf. Acesso em: 22 fev. 2018.

LIMA, LD.; MACHADO, CV.; GERASSI, CD. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, RA.; BAPTISTA, TWF. **Caminhos para a Análise de Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 181-219.

LISTOVSKY, G. **Desarrollo de competencias para el fortalecimiento del trabajo en red en el sistema de salud dependiente de la CABA, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud**. Desafíos y oportunidades de la educación permanente en salud. Rosario: UNR, 2014. Disponible em: <http://m.rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/9388/CEI%20-%20MSP%20-%20Tesis%20Listovsky%2c%20Gabriel.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acceso em: 12 jan. 2018.

LOBATO, LVC.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120.

LONDOÑO, JL; FRENK, J. **Pluralismo Estructurado**: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Documento de Trabajo 353. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo – BID, 1997.

MACEIRA, D. (Coord.). **Evaluando una estrategia de intervención estatal**. La producción pública de medicamentos. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2010. Disponible em: http://v8000313.ferozo.com/wp-content/uploads/2014/07/FINAL_ACADEMICO_ECM_MACEIRA_2009final.pdf. Acceso em: 17 jan. 2018.

MACEIRA, D. **Cadena de Comercialización de Medicamentos**. Incentivos, Tendencias Globales y la Experiencia Argentina. Documento de Trabajo. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad – CEDES, 2015. Disponible em: http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2017/11/Doc_t128.pdf. Acceso em: 29 jan. 2018.

MACEIRA, D. *et al.* **Políticas Diferenciales en el Tratamiento de los Recursos Humanos en Salud en Argentina**: Estructura de Salarios, Incentivos Contractuales y Ambiente Laboral en el Subsistema Público. s/d. 2015. Disponible em: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/06/Maceira-et-al-RRHH-y-remuneraciones-medicos-salud-publica-argentina.pdf>. Acceso em: 25 jan. 2018.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MERA, JA. **Política de Salud en la Argentina**. La construcción del Seguro Nacional de Salud. Buenos Aires: Hachette, 1988.

MERITANO, J.; TSAVOUSSIAN, L.; CANELLA, RC.; SOLANA, C. Evaluación de la mortalidad neonatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según la residencia de la población y la pertenencia al subsistema de salud. **Archivos Argentinos de Pediatría**. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, v. 114, n. 5, p. 405-411, 2016. Disponible em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v114n5/v114n5a07.pdf>. Acceso em: 12 jan. 2018.

MESA LAGO, C. **Las reformas de salud en América Latina y el Caribe**: su impacto en los principios de seguridad social. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2005.

MESSINA, G. **Continuidades y discontinuidades en el régimen de bienestar argentino entre 2003 y 2013**. Documento de Trabajo. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad – CEDES, 2015. Disponible em: <http://www.economicas.uba.ar/wp-content/uploads/2016/02/CEPED-DT-20-Messina.pdf>. Acceso em: 7 jan. 2018.

MONTENEGRO, JL; ROMERO, WV. I. Las reformas de salud en América Latina. **Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento**. León: Universidad Nacional Autónoma de México, v. 2, n. 4, p. 151-162, ago. 2014. Disponible em: <http://www.redalyc.org/pdf/4576/457645126003.pdf>. Acceso em: 19 jan. 2018.

MORENO, JL. Pobreza y Políticas Sociales en Argentina, 1854-1955. **Voces en el Fénix**, Buenos Aires, año 4, n. 23, p. 7-13, abril 2013.

NERI, A. La salud en democracia. El desafío de la universalización. In: MACEIRA, D. (comp.). **Experiencias de gestión pública en salud: primer ciclo**. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2008. p. 13-22.

NIEMBRO, A. *et al.* La manifestación territorial de las desigualdades socioeconómicas en Argentina: del diagnóstico a las políticas públicas. **Revista Población y Sociedad**. Tucumán: Instituto Superior de Estudios Sociales, v. 23, n. 1, jun. 2016. Disponible em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-85622016000100003. Acceso em: 19 fev. 2018.

NORTH, D. **Institutions, institutional change and economic performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

NORTH, D. Institutions. **Journal of Economic Perspectives**, v. 5, n. 1, p. 97-112, winter 1991.

OFFE, C. **Partidos políticos y nuevos movimientos sociales**. Madrid: Sistema, 1992.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe sobre la salud en el mundo 2000**. Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud. Ginebra: OMS, 2000. Disponible em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1. Acceso em: 25 jan. 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Salud en las Américas 2007**. Volumen I – Regional. Washington DC: OPS, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington DC: OPS, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina**. Buenos Aires: OPS, 2017. Disponible em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acceso em: 29 jan. 2018.

ORTEGA, JE; ESPÓSITO, SM. La autonomía del derecho sanitario en la organización institucional de las provincias argentinas. **Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário**. Brasília: v. 6, n. 2, p. 159-179, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/373/455>. Acesso em: 12 jan. 2018.

OSORIO, AG; ÁLVAREZ, CV. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. **Revista Atención Primaria**. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, v. 45, n. 7, p. 384-392, 2013. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0212656713000413/1-s2.0-S0212656713000413-main.pdf?_tid=809e46fe-e48f-482e-86c3-dd375b467fbd&acdnat=1532307427_528df4d09fbd2946489b410a53d38023. Acesso em: 19 jan. 2018.

PADULA ANDERSON, MI *et al.* Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: v. 11, suplemento 1, p. 4-30, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1276/752>. Acesso em: 3 mar. 2018.

PAIM, JS.; TEIXEIRA, CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, Salvador, n. 40 (n. esp.), p. 73-78, 2006.

PALOMINO, H. Los sindicatos bajo el gobierno constitucional: de la confrontación a la alianza. In: NUN, J.; PORTANTIERO, JC. (Comp.). **Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina**. Buenos Aires: Puntosur, 1987.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). **Analysis of Health Sector Reforms**. Region of the Americas. Washington: PAHO/WHO, 2004.

PECHENY, M. Derechos humanos y sexualidad: Hacia la democratización de los vínculos afectivos en la Argentina. **Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales**. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, n. 3, p. 119-136, 2014. Disponível em: <https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/1054>. Acesso em: 14 jan. 2018.

PEREIRA, P. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREYRA, F.; MICHA, A. La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. **Revista Salud Colectiva**. Remedio de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, v. 12, n. 2, p. 221-238, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n2/221-238/es>. Acesso em: 9 jan. 2018.

PIERSON, P. **Politics in time: history, institutions and social analysis**. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PNUD. **El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros**. 1º edición. Buenos Aires: Programa de Naciones unidas para el Desarrollo – PNUD, 2011.

POLANYI, K. **La gran transformación**. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo. México: Fondo de Cultura Económica, 1992.

PONCE, M. La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Salud Colectiva**. Buenos Aires, v. 9, n. 2, p. 215-233, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n2/215-233/es>. Acesso em: 7 jan. 2018.

RÍOS FERREIRA, G. **Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur**. Mapeo de la APS en Argentina. Río de Janeiro: ISAGS/UNASUR, 2014. Disponível em: [http://www.isags-unasul.org/uploads/eventos/ev\[328\]ling\[2\]anx\[301\].pdf](http://www.isags-unasul.org/uploads/eventos/ev[328]ling[2]anx[301].pdf). Acesso em: 12 jan. 2018.

ROVERE, M. La salud en Argentina: Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. **Revista electrónica La Esquina del Sur**. May. 2004. Disponível em: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2014.

SIGLIANO, A. **Experiencia de una red de servicios de salud integrados**: la Asociación Mutual de Protección Familiar en Argentina. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2013. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28442/HSSArg2013_spa.pdf?sequence=1. Acesso em: 7 fev. 2018.

SKOCPOL, T.; AMENTA, E. States and Social Policies. **Annual Review of Sociology**, v. 12, p. 131-157, Aug. 1986. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.so.12.080186.001023>. Acesso em: 14 fev. 2018.

SOJO, A. **Protección social en América Latina**. La desigualdad en el banquillo. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2017. Disponível em: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1588.pdf. Acesso em: 16 jan. 2018.

SOUZA, J.; KANTORSKI, LP.; LUIS, MAV. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjAkKzy5ojeAhVDi5AKHQjDDBMQFjAEegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Ffrigs.ufba.br%2Findex.php%2Fenfermagem%2Farticle%2Fdownload%2F5252%2F4469&sg=AOvVaw3qUQ9oRKB9FdljhHb2AQOv>. Acesso em: 15 out. 2018.

STOLKINER, A. El sector salud en la Argentina: ¿qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y de la crisis de 2001? In: XV Conference of International Association of Health Policy and XXVIII Annual Meeting on Public Health Services Debate, sept. 2009. Toledo, España. **Anais...** Toledo: 2009. Disponível em: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_1/stolkiner_el_sector_salud_argentina.pdf. Acesso em: 24 jan. 2018.

STOLKINER, A. *et al.* Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 16, n. 6, p. 2807-2816, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/19.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: THELEN, K.; STEINMO, S.; LONGSTRETH, F. (org.). **Structuring Politics**: historical institutionalism in comparative analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p. 1-32.

TOBAR, F. *et al.* Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Documentos de Políticas Públicas/Análisis n. 108. Buenos Aires: CIPPEC, agosto de 2012. Disponível em: [http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012\[1\].pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012[1].pdf). Acesso em: 5 mai. 2017.

TOBAR, F. *et al.* (Coord). **Respuestas a las enfermedades catastróficas**. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2014.

TORRES, R. **Política sanitaria en el país de los argentinos**: reflexiones para el día después. Buenos Aires: ISALUD, 2015.

TOUCEDA, MA *et al.* **Salud, Epidemiología y Envejecimiento**. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata/Ministerio de Desarrollo Social, s/d. Disponível em: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-41.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

TRIPODORO, VA. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO© para la identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: UBA, 2016. Disponível em: http://dspace.uvic.cat/bitstream/handle/10854/4582/tesdoc_a2016_tripodoro_vilma_proyecto_necpal.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 fev. 2018.

UCR. Plataforma Electoral. 1983. Disponível em: <https://www.educ.ar/recursos/129117/plataforma-electoral-ucr-1983/fullscreen>. Acesso em: 19 nov. 2017.

VÁZQUEZ, A. Las políticas en materia de drogas en el contexto de la implementación de la ley nacional de salud mental. Anuario de Investigaciones. Buenos Aires: UBA, v. XXII, p. 309-316, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369147944032.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2018.

VERONELLI, JC; CORRECH, MV. **Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina**. Vol. 1 e 2. Buenos Aires: OPS/OMS, 2004.

VIANNA, MLTW. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, UCAM, IUPERJ, 2000.

VIANNA, MLTW. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. Rio de Janeiro: dezembro 2002. Disponível em <http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.

VILOSIO, JO. **Oportunidades perdidas**: notas sobre política y reforma sanitaria en Argentina. Buenos Aires: Delhospital Ediciones, 2016.

VOMMARO, G.; DANIEL, C. Cuántos son los pobres? Contribuciones a la historia de su definición estadística en la Argentina de los años ochenta. **Revista Voces en el Fénix**. Buenos Aires: año 4, n. 23, p. 24-31, abril 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Promotion Glossary**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

ANEXO A – Diferenças entre os projetos de lei de Seguro Nacional de Saúde e a lei 23.661

Capítulos	Projeto de SNS original, apresentado por Aldo Neri em 1985	Projeto de SNS apresentado por Conrado Storani em 1987	Lei 23.661 do SNS, sancionada em 1988
Mensagem introdutória	“(…) esse crescimento espontâneo determinou a separação neta entre a atividade privada e o desempenho do setor público. Da primeira o profissional obtinha o substancial da sua renda e no segundo depositava suas expectativas de satisfação técnica e científica.”	“(…) originou-se uma neta separação entre a medicina pública e a privada. A primeira conservando os rasgos do hospital de caridade destinado à proteção dos setores marginados e a segunda orientada por critérios de oferta e demanda e carente de planificação racional.”	
Âmbito de aplicação	O Seguro ofereceria outras prestações sociais, para além dos serviços de saúde (Art. 2º).	Eliminado.	
	“O Seguro adequará suas ações às políticas ditadas e instrumentadas através do Ministério de Saúde e Ação Social. Tais políticas (...) se orientarão também a assegurar um adequado controle e fiscalização por parte da comunidade e afiançar os laços e mecanismos de solidariedade nacional que dão fundamento ao desenvolvimento de um seguro social obrigatório.” (Art. 3º).	Elimina o carácter obrigatório do Seguro, nessa parte final fala no “desenvolvimento de um seguro de saúde” (Art. 3º).	
Beneficiários	“São obrigatoriamente incluídos no Seguro, como beneficiários titulares das obras sociais: (...)” (Art. 5º)	“São incluídos no Seguro: (...)” (Art. 5º) Elimina o carácter obrigatório da inclusão. Os beneficiários do Seguro não são incluídos como beneficiários titulares das obras sociais.	
	Os beneficiários incluídos no Seguro seriam: a) Os trabalhadores em relação de dependência, tanto no âmbito público como no privado; b) Os aposentados e pensionistas nacionais; c) Os beneficiários de prestações não contributivas nacionais; d) Os trabalhadores autônomos; e) As pessoas com residência permanente no país sem cobertura médica por não desempenhar tarefas remuneradas ou não receber benefícios	Os beneficiários incluídos no Seguro seriam: a) Os beneficiários compreendidos na lei de obras sociais [trabalhadores em relação de dependência dos âmbitos público e privado, os aposentados e pensionistas nacionais e os beneficiários de prestações não contributivas]; b) Os trabalhadores autônomos; c) As pessoas com residência permanente no país sem cobertura médica por não	No inciso (b) destaca que a inclusão dos trabalhadores autônomos será feita com as condições, modalidades e aportes determinados pela regulamentação e o respectivo regime legal complementar no referente à inclusão de produtores agropecuários. Considera as particularidades dos regimes legais dos produtores agropecuários, caso estes fossem incluídos como autônomos no Seguro (Art. 5º).

	previdenciários (Art. 5º).	desempenhar tarefas remuneradas ou não receber benefícios previdenciários (Art. 5º). Os trabalhadores dependentes dos governos provinciais e municipais e das forças armadas e de segurança, assim como os aposentados e pensionistas do mesmo âmbito, não seriam incluídos obrigatoriamente no Seguro. Poderiam optar por sua incorporação total ou parcial mediante convênios de adesão (Art. 6º).	Dentro do grupo de trabalhadores que podem optar pela incorporação total ou parcial no Seguro mediante convênios de adesão, foram incluídos os trabalhadores do Poder Legislativo (Art. 6º). Observar que na versão definitiva da lei de obras sociais, o sistema não compreende a obra social do poder legislativo. As leis estão coordenadas neste ponto.
	Outros beneficiários incluídos no Seguro: grupo familiar primário e pessoas que convivessem com o beneficiário titular e recebessem trato familiar (Art. 6º).	Eliminado. Foi transferido ao projeto de lei de obras sociais (Art. 9º), onde haviam estado originalmente nas leis de obras sociais precedentes, 18.610 e 22.269. Nesta nova versão do projeto de SNS, o grupo familiar primário e as pessoas que convivessem com o beneficiário titular e recebessem trato familiar estavam sendo considerados no inciso (a) do Art. 5º (ver logo acima) como beneficiários compreendidos na lei de obras sociais.	
	Condições de subsistência do caráter de beneficiário no caso dos trabalhadores em relação de dependência (Art. 7º).	Eliminado. É transferido ao projeto de lei de obras sociais (Art. 10º).	
Administração do Seguro	“A autoridade de aplicação do Seguro será a Secretaria de Saúde da Nação. No seu âmbito, e substituindo o atual Instituto Nacional de Obras Sociais funcionará a Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL) (...)” (Art. 9º)	“A autoridade de aplicação do Seguro será a Secretaria de Saúde da Nação. No seu âmbito, funcionará a Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL) (...)” (Art. 7º) A ANSSAL se complementaria com a autoridade de aplicação estabelecida pela lei de obras sociais, a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS) (Art. 25º do projeto de lei de Obras Sociais), não substituiria nem se integraria com outra autoridade de aplicação.	
		A ANSSAL estaria facultada para executar	

		100% das receitas (Art. 7º).	
	“As resoluções adotadas pela Secretaria de Saúde da Nação e a ANSSAL (...) serão de cumprimento obrigatório para as obras sociais agentes do Seguro e para as entidades aderentes.” (Art. 9º)	Elimina o caráter obrigatório das disposições da Secretaria de Saúde da Nação e da ANSSAL (Art. 8º).	
	“A ANSSAL terá faculdades suficientes (...) para promover o desenvolvimento das prestações, conduzir e controlar o sistema estabelecido, integrar e supervisionar as atividades das obras sociais e das entidades aderentes, e aplicar sanções (...)” (Art. 10)	“A ANSSAL terá a competência que lhe atribui a presente lei no relativo aos objetivos do Seguro, promoção e integração do desenvolvimento das prestações de saúde e a condução e supervisão do sistema estabelecido.” (Art. 9º) A ANSSAL perde as atribuições de supervisionar as atividades das obras sociais e das entidades aderentes, e de aplicar sanções.	
	A ANSSAL estaria a cargo de uma diretoria integrada por um presidente e nove diretores. O presidente seria designado pelo Poder Executivo nacional. Os diretores seriam: cinco em representação do Estado nacional, três em representação dos trabalhadores organizados e um em representação dos aposentados e pensionistas (estes quatro últimos propostos pelas entidades gremiais representativas) (Art. 11º).	A ANSSAL estaria a cargo de uma diretoria conformada por um presidente e onze diretores. O presidente teria cargo de Subsecretário e seria nomeado pelo Poder Executivo nacional. Os diretores seriam: seis em representação do Estado nacional, três em representação dos trabalhadores organizados na Confederação Geral do Trabalho (CGT), um representando os aposentados e pensionistas e um representando os empregadores (Art. 10º). Em relação ao projeto original de SNS, agregava representação patronal e mais um integrante do Estado nacional. Além disso, os representantes dos trabalhadores representariam os trabalhadores organizados na CGT.	A ANSSAL está a cargo de uma diretoria conformada por um presidente e treze diretores (na lei diz 14, mas os números não fecham). O presidente teria cargo de Subsecretário e seria nomeado pelo Poder Executivo nacional. Os diretores seriam: sete em representação do Estado nacional, quatro em representação dos trabalhadores organizados na Confederação Geral do Trabalho (CGT), um representando os empregadores e um em representação do Conselho Federal de Saúde (COFESA) (Art. 10º). Acabou agregando: um membro a mais em representação do Estado nacional, um membro a mais em representação dos trabalhadores organizados na Confederação Geral do Trabalho (CGT), e um membro novo em representação do Conselho Federal de Saúde (COFESA). Tirou o representante dos aposentados e pensionistas.

	“Art. 10º. (...) Os diretores serão designados pela Secretaria de Saúde da Nação, em forma direta os representantes do Estado, e os restantes mediante indicação das entidades gremiais representativas e das organizações que nucleiam os outros setores (...).”	“Art. 10º. (...) Os diretores serão designados pela Secretaria de Saúde da Nação, em forma direta os representantes do Estado, mediante indicação da Confederação Geral do Trabalho os representantes dos trabalhadores organizados, o representante do Conselho Federal de Saúde seria designado a proposta do próprio Conselho, e o restante mediante indicação das organizações que nucleiam os outros setores (...).” A principal diferença é que especifica que é a CGT que indica os representantes dos trabalhadores (menos difuso que “entidades gremiais representativas”). A indicação do COFESA é do mesmo teor que as indicações feitas pelas organizações que nucleiam os outros setores. Está destacada porque é nova.
	O mandato dos diretores seria de três anos (Art. 11º).	O mandato dos diretores passou para dois anos (Art. 11º).
Os diretores deviam ser maiores de idade e não poderiam desempenhar simultaneamente cargos ou funções de nenhuma natureza nem nas obras sociais, nem nas associações gremiais compreendidas no Seguro (Art. 12º).	Os diretores deviam ser maiores de idade e não poderiam ter inibições civis ou penais (Art. 11º). Nada dizia do desempenho simultâneo de cargos ou funções dos diretores em obras sociais ou sindicatos.	
	Atribuições do presidente da ANSSAL: agregava “(d) Invitar a participar, com voz, mas sem voto, a um representante dos setores interessados, não representados na diretoria, quando fossem tratados temas específicos de sua área de ação.” (Art. 12º).	
Atribuições do presidente da ANSSAL: entre outras, “(g) Designar os síndicos e estabelecer sua remuneração.” (Art. 13º)	Passava de ser uma atribuição do presidente a ser função da diretoria (Art. 14º).	
“Art. 14º. Corresponde à Diretoria [da ANSSAL]:	Eliminava: “(d) Enquadrar a população beneficiária nas obras sociais e agrupá-las	“Art. 13º. Corresponde à diretoria: (...); (j) Aprovar a estrutura orgânica funcional da

	<p>a) Ditar seu regulamento interno;</p> <p>b) Intervir na elaboração do orçamento anual de gastos, cálculo de recursos e conta de inversões e produzir a memória;</p> <p>c) Determinar o destino dos recursos do Fundo Solidário de Redistribuição, ditando normas para o outorgamento de subsídios, empréstimos e subvenções;</p> <p>d) Enquadrar a população beneficiária nas obras sociais e agrupá-las segundo as pautas estabelecidas na presente lei;</p> <p>e) Cancelar a inscrição no Registro Nacional de Obras Sociais das obras sociais às quais se refere o artigo 21 da presente lei (“Art. 21º. A ANSSAL inscreverá no Registro Nacional de Obras Sociais a uma única obra social por grupo populacional incluída no Seguro. Nos casos em que existissem duas ou mais obras sociais para um mesmo grupo populacional (...) a ANSSAL as integrará (...) ou determinará qual das obras sociais superpostas permanecerá registrada, cancelando a inscrição das restantes, que cessarão no seu funcionamento a partir dessa data.”);</p> <p>f) Aplicar as sanções previstas (...) na presente lei;</p> <p>g) Delegar funções no Presidente por tempo determinado.”</p>	<p>segundo as pautas estabelecidas na presente lei;</p> <p>(e) Cancelar a inscrição no Registro Nacional de Obras Sociais das obras sociais às quais se refere o artigo 21 da presente lei.” (Art. 14º). Eliminava duas atribuições que a ANSSAL não tinha mais nessa nova versão do projeto do Seguro negociada com os sindicatos.</p> <p>Agregava “(e) Intervir na elaboração e atualização dos instrumentos utilizados para a regulação dos prestadores; (f) Ditar as normas que regulem as distintas modalidades nas relações contratuais entre os agentes do Seguro e os prestadores; (g) Autorizar inscrições e cancelamentos no Registro Nacional de Agentes do Seguro; (...); (j) Aprovar a estrutura orgânica funcional da ANSSAL; (k) Designar, promover, remover e suspender o pessoal da instituição.” (Art. 13º).</p>	<p>ANSSAL, ditar o estatuto, quadro hierárquico e determinar a retribuição dos agentes da ANSSAL; (...).”</p>
	<p>“Art. 15º. No âmbito da ANSSAL funcionará um Conselho Assessor, integrado por representantes das obras sociais agentes do Seguro, das entidades de ação mutua e cooperativa e das organizações de prestadores reconhecidas e dos empregadores (...). O Conselho Assessor terá a função de assessorar à ANSSAL nos temas vinculados com a organização e o funcionamento do Seguro.”</p>	<p>“Art. 14. No âmbito da ANSSAL funcionará um Conselho Assessor integrado por representantes dos agentes do Seguro, das entidades aderentes inscritas como tais e das entidades representativas majoritárias dos prestadores (...). O Conselho Assessor terá a função de assessorar à ANSSAL nos temas vinculados com a organização e o funcionamento do Seguro e propor iniciativas enquadradas nos seus objetivos fundamentais. O Conselho Assessor elaborará seu regulamento</p>	<p>Ademais dos representantes dos agentes do seguro e das entidades dos prestadores, poderão integrar o Conselho Assessor representantes de outros setores interessados, não representados na diretoria da ANSSAL (Art. 14º).</p>

		<p>de funcionamento, que será aprovado pela diretoria da ANSSAL. Os integrantes do Conselho Assessor não receberão remuneração por parte da ANSSAL.”</p> <p>A nova versão não inclui representação dos empregadores no Conselho Assessor. É possível pensar que a representação patronal saiu do Conselho Assessor da ANSSAL para participar da Diretoria, ou seja, foi promovida.</p> <p>Por outra parte, toda vez que se refere às “obras sociais agentes do Seguro” da versão anterior, as chama apenas de “agentes do Seguro” (isso em toda a extensão do projeto, não apenas neste artigo).</p> <p>A nova versão do projeto agrega uma função propositiva ao Conselho Assessor – não apenas assessora – e destaca que seus integrantes não serão remunerados por seu trabalho.</p>	
Agentes do Seguro	<p>“Art. 16º. As obras sociais serão agentes naturais do Seguro, funcionarão como entidades de direito público não estatal, com individualidade jurídica, financeira e administrativa e terão o caráter de sujeitos de direito social (...). Estarão desvinculadas de toda associação, organismo ou empresa.”</p>	<p>“Art. 15º. As obras sociais compreendidas na Lei de Obras Sociais serão agentes naturais do Seguro, assim como outras obras sociais que adiram ao regime da presente lei.”</p> <p>A nova versão do projeto não precisa caracterizar juridicamente às obras sociais porque para isso existia um projeto de lei próprio das obras sociais, apresentado em forma paralela e complementar.</p> <p>Além disso, foi eliminado o requisito da desvinculação das obras sociais de qualquer organismo, empresa ou associação, por exemplo, sindicatos.</p>	
	<p>“Art. 17º. As entidades mutuais poderão se integrar no Seguro na oportunidade e forma que fixe a regulamentação. Em tal caso, as mutuas se inscreverão no Registro Nacional de Obras Sociais</p>	<p>“Art. 16º. As entidades mutuais poderão se integrar no Seguro na oportunidade e forma que fixe a regulamentação. Em tal caso, as mutuas se inscreverão no Registro Nacional de Agentes</p>	

(...).”	do Seguro (...).”	
“Art. 18º. A ANSSAL terá um Registro Nacional de Obras Sociais no qual inscreverá as entidades do Seguro determinando em cada caso a população que cobrirão seus serviços e em relação à qual receberão as contribuições e aportes fixados por esta lei.”	“Art. 17º. ANSSAL terá um Registro Nacional de Agentes do Seguro, no qual inscreverá: a) As obras sociais compreendidas na Lei de Obras Sociais; b) As associações de Obras Sociais; c) Outras obras sociais que adiram ao regime da presente lei; d) As entidades mutuais inscritas nas condições do artigo anterior. (...).”	
“Art. 19º. Cada obra social elaborará seu próprio estatuto conforme a presente lei e as normas que se elaborem em sua consequência, o qual será submetido à ANSSAL para sua aprovação. Cumprido esse requisito, a ANSSAL inscreverá a entidade no Registro Nacional de Obras Sociais e expedirá um certificado que acredite sua <i>personeria</i> social como agente do Seguro. A inscrição habilitará a entidade para receber e administrar os recursos previstos na presente lei.”	“Art. 17º. (...) Formalizada a inscrição expedirá um certificado que acredite a qualidade de agente do Seguro. A inscrição habilitará o agente para aplicar os recursos destinados às prestações de saúde previstos na Lei de Obras Sociais.” Eliminada a elaboração e aprovação do estatuto das obras sociais como requisito para a inscrição no Registro Nacional de Agentes do Seguro.	
A ANSSAL poderia agrupar ou integrar dois ou mais obras sociais diante de algumas circunstâncias (incapacidade de manter um programa integral de prestações, custos antieconômicos, suspensão de atividades etc.) (Art. 20º).	Eliminado. Se bem está no capítulo sobre os agentes do Seguro, esta atribuição da ANSSAL não foi incluída no projeto de lei próprio das obras sociais, apresentado em forma paralela e complementar a este projeto de Seguro.	
“Art. 21º. A ANSSAL inscreverá no Registro Nacional de Obras Sociais a uma única obra social por grupo populacional incluída no Seguro. Nos casos em que existissem duas ou mais obras sociais para um mesmo grupo populacional (...) a ANSSAL as integrará (...) ou determinará qual das obras sociais superpostas permanecerá registrada,	Eliminado. Também não incluído no projeto de lei próprio das obras sociais.	

	cancelando a inscrição das restantes, as quais cessarão no seu funcionamento a partir dessa data.”		
	Possibilidade das obras sociais se associarem para abarcar os beneficiários residentes nos seus âmbitos de funcionamento e integrar seus recursos (Art. 22º).	Eliminado. Também não incluído no projeto de lei próprio das obras sociais.	
	As obras sociais seriam conduzidas e administradas pelos beneficiários, com participação estatal. Manteriam seu próprio regime de administração e governo. Os membros dos colegiados de condução das obras sociais não poderiam exercer simultaneamente cargos de direção em sindicatos, associações empresárias ou de aposentados (Art. 23º a 32º).	Eliminados. Incluídos no projeto de lei de obras sociais, exceto o impedimento para os membros dos colegiados de condução das obras sociais de participar simultaneamente em cargos de direção em sindicatos, associações empresárias ou de aposentados.	
	“Art. 33º. As obra sociais (...) deverão apresentar anualmente à ANSSAL para sua aprovação (...): a) O programa de prestações médicas e sociais para seus beneficiários; b) O orçamento de gastos e recursos para seu funcionamento; c) A memória geral e balanço de receitas e despesas financeiras do período anterior.”	Tirou as prestações sociais do programa que as obras sociais deveriam apresentar anualmente à ANSSAL. Agregou cópia legalizada de todos os contratos de prestações assinadas no período anterior. Isto pode ser interpretado como uma condição do Estado na negociação dos sindicatos, um aspecto no qual o “Grupo dos 15” teve que ceder.	
Sindicaturas	“Art. 34º. (...) Os síndicos terão sua retribuição determinada pela ANSSAL, que estará a cargo das respectivas obras sociais. Para ser síndico se requiere possuir título profissional em disciplinas jurídicas, econômico-financeiras ou da saúde. Sua duração não excederá os dois exercícios na obra social ou obras sociais para as quais foram designados. (...)”. A função das sindicaturas era o controle e a fiscalização dos atos dos órgãos e funcionários das obras sociais e do cumprimento das normas e	A retribuição dos síndicos passava a estar a cargo da ANSSAL. Isto pode ser interpretado como uma conquista dos sindicatos na negociação com o Estado, um aspecto no qual Storani/Rodríguez teve que ceder. Não tinha mais requisitos para ser síndico. Sua atuação iria ser rotativa, com um máximo de quatro anos de funções em um mesmo agente	

	<p>disposições ditadas pelas autoridades de aplicação e administração do Seguro.</p> <p>Nos dois casos (neste projeto e no próximo) os síndicos seriam designados pela ANSSAL.</p>	<p>o seguro (Art. 19º).</p>	
	<p>“Art. 35º. (...) A Sindicatura poderá observar as resoluções dos órgãos de condução ou de qualquer funcionário da obra social. A observação deverá ser fundamentada e suspenderá o cumprimento ou execução do ato em todo ou na parte observada. A obra social poderá recorrer a observação diante da ANSSAL, conforme determinado pela regulamentação.”</p>	<p>“Art. 20º. As resoluções dos órgãos de condução ou de qualquer funcionário do agente do seguro deverão ser notificadas à sindicatura dentro dos cinco (5) dias úteis de produzidas. Esta, em igual prazo deverá se expedir e no caso de efetuar observações, as mesmas deverão ser fundamentadas e poderão ser recorridas ante a ANSSAL de acordo com o seguinte procedimento: (1) No prazo de (5) dias úteis subseqüentes à notificação da observação, o agente do Seguro elevará à ANSSAL a atuação observada e os fundamentos para sua insistência, sem que isso implique a suspensão da resolução questionada; (2) A diretoria da ANSSAL deverá resolver a questão no prazo de dez (10) dias úteis a partir do recebimento as atuações, notificando o agente sobre a decisão adotada (...). Vencido o prazo mencionado, e não mediando resolução expressa, o ato observado ficará firme.(...)”</p>	
	<p>“Art. 35º. A Sindicatura deverá intervir nas sessões do órgão de condução da obra social, com voz, mas sem voto, e suas opiniões deverão constar nas respectivas atas.”</p>	<p>A sindicatura não deveria, mas poderia assistir às sessões do órgão de condução do Seguro.</p> <p>Isto pode ser interpretado como uma conquista dos sindicatos na negociação com o Estado, um aspecto no qual Storani/Rodríguez teve que ceder.</p>	
	<p>“Art. 36º. As obras sociais deverão colocar a disposição dos síndicos o pessoal e elementos que estes requeiram para o cumprimento das suas funções. (...) Os síndicos poderão designar o</p>	<p>Eliminado.</p>	

	número mínimo razoável de empregados próprios, cujas remunerações estarão a cargo da obra social ou obras sociais respectivas.”		
Financiamento	Estabelecia todas as características e os procedimentos dos aportes e contribuições através dos quais se financiaria o Seguro (Art. 37º a 43º).	<p>O detalhe dos aportes e contribuições era desenvolvido no projeto de lei de obras sociais, paralelo e complementar ao projeto de seguro.</p> <p>Esta versão resumia estabelecendo que os recursos para o financiamento das prestações garantidas pelo Sistema Nacional do Seguro de Saúde se integrariam por:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Como mínimo 80% das receitas dos agentes do seguro; b) Aportes do orçamento geral da Nação e as outras jurisdições, destinados à incorporação da população sem cobertura e carente de recursos; c) Aportes do <i>Tesoro</i> Nacional segundo as necessidades de financiamento adicionais; d) Receitas do Fundo Solidário de Redistribuição (Art. 21º). 	<p>“Art. 21º. O Sistema Nacional do Seguro de Saúde, para garantir as prestações (...) da presente lei, contará com:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A cobertura de prestações que as obras sociais têm que oferecer aos seus beneficiários, à qual destinarão como mínimo 80% dos seus recursos brutos (...); b) Os aportes que se determinem no Orçamento Geral da Nação, discriminados por jurisdição aderida, (...), com destino à incorporação da população sem cobertura e carente de recursos. Para isso, (...), será criada no âmbito da Secretaria de Saúde, (...) uma conta especial através da que serão recepcionadas as contribuições do <i>Tesoro Nacional</i> com destino ao Fundo Solidário de Redistribuição, como contrapartida do que as jurisdições aderidas aportem em igual sentido nos seus respectivos âmbitos, (...). A base de cálculo que deverá considerar-se na elaboração do Orçamento Geral da Nação para contribuir com recursos na conta anteriormente indicada, será equivalente a 50% da média da receita por aportes e contribuições que recebessem as obras sociais por cada beneficiário (...), multiplicada pela população sem cobertura e carente de recursos (...). O outro 50%, que corresponde aportar às jurisdições aderidas, se considerará cumprido a partir dos investimentos nos seus próprios orçamentos de saúde para a atenção dos carentes dos seus respectivos âmbitos. (...).” <p>Redação ligeiramente diferente na primeira parte. Não se fala mais em “recursos para o</p>

			<p>financiamento”, agora diz que o sistema contará com recursos não unicamente financeiros (agrega a cobertura das obras sociais como recurso).</p> <p>O inciso (b), sobre os aportes do orçamento geral da Nação, é muito mais detalhado nos seus procedimentos, especificando os mecanismos da contribuição e a forma de cálculo desses aportes. Por outra parte, compromete às administrações provinciais no financiamento do Sistema Nacional de Saúde.</p>
	<p>Recursos do Fundo Solidário de Redistribuição, que funcionaria no âmbito da ANSSAL:</p> <p>a) 10% das receitas das obras sociais provenientes de aportes e contribuições; 15% no caso das obras sociais do pessoal de direção;</p> <p>b) 75% das receitas das obras sociais provenientes de recursos de distinta natureza;</p> <p>c) Reintegro de empréstimos;</p> <p>d) Multas pelo não cumprimento da lei;</p> <p>e) Rendimentos de investimentos realizados com recursos do Fundo;</p> <p>f) Subsídios, subvenções, legados e doações;</p> <p>g) Recursos estabelecidos no Orçamento Geral da Nação (Art. 44°).</p> <p>“Art. 44°. (...) Estará excetuado da obrigação de contribuir ao Fundo Solidário de Redistribuição o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas.”</p>	<p>Modificava a porcentagem dos recursos de distinta natureza destinada ao financiamento do Seguro, que passava para 55% (Art. 22°).</p> <p>Agregava outras fontes de financiamento:</p> <p>a) 5% das receitas do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas;</p> <p>b) Aportes das obras sociais provinciais ou de outra natureza que aderissem ao Sistema Nacional do Seguro de Saúde;</p> <p>c) Os saldos do antigo Fundo de Redistribuição, criado pela lei 22.269 (Art. 22°).</p> <p>Uma diferença importante é que na nova versão passavam a aportar os aposentados e pensionistas.</p>	
	<p>Características e condições dos depósitos de aportes e contribuições e de recursos de distinta natureza dirigidos ao financiamento do Seguro (Art. 45°).</p> <p>Os agentes de arrecadação seriam os bancos, que depois passariam os recursos para a ANSSAL</p>	<p>Eliminado.</p> <p>Especificava apenas as características e condições da arrecadação e fiscalização dos aportes, contribuições e recursos de distinta natureza destinados a financiar o FSR (Art. 23°).</p>	

	(Art. 45°).	O procedimento seria realizado pela ANSSAL diretamente, ou através da Direção Nacional de Arrecadação Previdenciária (Art. 23°).	
	<p>Os recursos do FSR seriam destinados pela ANSSAL:</p> <p>a) Uma porcentagem não menor à terceira parte para sua distribuição automática entre as obras sociais agentes do seguro, com a finalidade de subvencionar àquelas com menor renda por beneficiário;</p> <p>b) Para apoiar financeiramente às obras sociais;</p> <p>c) Ao financiamento de programas sanitários;</p> <p>d) Para participar do financiamento da cobertura da população sem capacidade contributiva;</p> <p>e) Até um 2,5% do total de recursos do FSR para gastos administrativos e de funcionamento da ANSSAL (Art. 46°).</p>	<p>“Art. 24°. Os recursos do Fundo Solidário de Redistribuição se outorgarão como empréstimos, subvenções e subsídios e serão destinados pela ANSSAL:</p> <p>a) Para sua distribuição automática entre os agentes do seguro em uma porcentagem não menor à terceira parte, com a finalidade de subvencionar àquelas com menores receitas, com o propósito de igualar níveis de cobertura obrigatória (...);</p> <p>b) Para apoiar financeiramente aos agentes do seguro (...);</p> <p>c) Para o financiamento de planos e programas de saúde destinados aos beneficiários do Seguro;</p> <p>d) Para atender os gastos administrativos e de financiamento da ANSSAL com um limite de até 8% do total dos recursos do Fundo. O Poder Executivo nacional poderá aumentar tal porcentagem diante de propostas fundamentadas do Ministério de Saúde e Ação Social;</p> <p>Os excedentes do Fundo correspondentes a cada exercício serão distribuídos entre os agentes do seguro, em proporção [à contribuição], exclusivamente para serem aplicados a prestações de saúde.”</p> <p>Esta nova versão do projeto de lei eliminava a contribuição do FSR ao financiamento da cobertura da população sem capacidade</p>	<p>“Art. 24°. Os recursos do Fundo Solidário de Redistribuição serão destinados pela ANSSAL:</p> <p>a) [Os aportes do <i>Tesoro Nacional</i>, determinados no Orçamento Geral da Nação,] para apoiar financeiramente às jurisdições aderidas, com destino à incorporação das pessoas sem cobertura e carentes de recursos (...);</p> <p>b) Os outros recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para atender os gastos administrativos e de funcionamento da ANSSAL com um limite de até 5% que poderá ser elevado até 6% mediante decreto do Poder Executivo (...); - Para sua distribuição automática entre os agentes em uma porcentagem não menor a 70%, com a finalidade de subsidiar àquelas com menor renda média por beneficiário obrigado, com o propósito de igualar níveis de cobertura obrigatória (...); - Para apoiar financeiramente aos agentes do seguro, em forma de empréstimos, subvenções e subsídios (...); - Para o financiamento de planos e programas de saúde destinados aos beneficiários do Seguro; - Os excedentes do Fundo correspondentes a cada exercício serão distribuídos entre os agentes do seguro, em proporção [à contribuição], exclusivamente para serem aplicados a prestações de saúde.”

		contributiva. Modificava a porcentagem máxima permitida para destinar aos gastos administrativos e de funcionamento da ANSSAL. Passava de 2,5% a 8%, mais que triplicava (Art. 24°).	
	“Art. 46°. (...) Os excedentes do Fundo correspondentes a cada ano serão distribuídos entre as obras sociais em proporção à contribuição do referido período.”	Especificava que os excedentes de cada exercício do Fundo seriam distribuídos entre os agentes do Seguro para serem utilizados exclusivamente para prestações de saúde (Art. 24°).	
	“Art. 47°. (...) Os recursos do Fundo Solidário de Redistribuição recebidos pelas obras sociais serão destinados exclusivamente ao outorgamento de prestações médico-assistenciais e outros benefícios sociais e aos custos administrativos que demande seu funcionamento.”	Eliminado.	
	“Art. 47°. (...) As entidades receptoras destes recursos [do FSR] serão responsáveis de sua administração, destino e rendição de contas segundo as normas estabelecidas pela regulamentação e pela ANSSAL.”	Eliminado.	
	Estabelecia que os fundos previstos no projeto de lei do Seguro, bem como os que por qualquer motivo correspondessem às obras sociais, deveriam ser depositados em instituições bancárias oficiais e seriam destinadas exclusivamente às prestações de saúde e outras obrigações do Seguro, e dos gastos administrativos que demandasse seu funcionamento (Art. 48°).	Eliminado.	
	“Art. 49°. Os recursos financeiros do Seguro serão considerados de natureza pública. A cobrança	“Art. 47°. A cobrança judicial de dívidas de aportes, contribuições, recargos e interesses	

	judicial de dívidas de aportes, contribuições, recargos e interesses com o Fundo Solidário de Redistribuição ou as obras sociais, e das multas estabelecidas pela presente lei, será feita por via de execução fiscal prevista no Código de Procedimentos Civil e Comercial da Nação, servindo de suficiente título executivo o comprovante de dívida expedido pelo presidente da ANSSAL ou das obras sociais (...).”	com o Fundo Solidário de Redistribuição e das multas estabelecidas pela presente lei, será feita por via de execução fiscal prevista no Código de Procedimentos Civil e Comercial da Nação, servindo de suficiente título executivo o comprovante de dívida expedido pelo presidente da ANSSAL (...).” Nesta versão, o artigo está incluído no capítulo “Da jurisdição, infrações e penalidades”. Dessa vez, refere-se apenas à cobrança de dívidas com o FSR.	
Prestações		“Art. 25º. As prestações do seguro serão outorgadas conforme as políticas nacionais de saúde (...) e estarão baseadas na estratégia de atenção primária da saúde.”	“Art. 25º. As prestações do seguro serão outorgadas conforme as políticas nacionais de saúde (...) e estarão baseadas na estratégia de atenção primária da saúde e descentralização operativa, promovendo a livre escolha dos prestadores de parte dos beneficiários (...).” A lei agrega um fundamento às prestações do seguro: além da estratégia de APS, inclui a descentralização operativa. Única referência à Atenção Primária à Saúde (APS).
	“Art. 51º. As obras sociais agentes do Seguro manterão os serviços próprios existentes na atualidade e solicitarão autorização à ANSSAL, bem como à autoridade sanitária correspondente, para desenvolver maior capacidade assistencial (...).”	Para desenvolver maior capacidade instalada, os agentes do Seguro deveriam adequar-se às normativas da ANSSAL e da Secretaria de Saúde da Nação (Art. 26º). Já não precisariam autorização, é suficiente com se adequar às normas.	
	“Art. 51º. (...) As obras sociais deverão articular seus programas de prestações médico-assistenciais com as outras entidades do Seguro (...). Nesse sentido, os serviços próprios das obras sociais estarão disponíveis para os outros beneficiários do	Os serviços próprios das obras sociais estariam disponíveis para os outros beneficiários do Seguro, conforme as normas gerais e as particulares dos respectivos convênios (Art. 26º).	

	Seguro, conforme as normas que se estabeleçam.”	Agregou normas particulares.	
	“Art. 52º. As prestações médico-assistenciais do Seguro serão outorgadas pelas obras sociais segundo as modalidades operativas de contratação e pagamento que normatize a ANSSAL, devendo assegurar aos beneficiários mais de uma alternativa de serviços para que possam optar. No caso dos serviços próprios e os estabelecimentos públicos, os serviços alternativos poderão apresentar co-seguros diferenciais que não anulem a possibilidade prática de exercer aquela opção.”	As prestações médico-assistenciais do Seguro continuariam sendo outorgadas segundo as normas da ANSSAL, mas deveriam assegurar aos beneficiários apenas serviços acessíveis, suficientes e oportunos (Art. 27º).	
		“Art. 28º. Os agentes do seguro deverão desenvolver um programa de prestações de saúde, para o qual a ANSSAL estabelecerá e atualizará periodicamente (...) as prestações que deverão outorgar-se obrigatoriamente (...)”	“Art. 28º. Os agentes do seguro deverão desenvolver um programa de prestações de saúde, para o qual a ANSSAL estabelecerá e atualizará periodicamente (...) as prestações que deverão outorgar-se obrigatoriamente, dentre as quais deverão incluir-se todas as requeridas para a reabilitação de pessoas com deficiência (...)” Inclusão de um item de atenção/cuidado específico para pessoas com deficiência.
	“Art. 53º. As obras sociais agentes do Seguro deverão desenvolver um programa integral de prestações médico-assistenciais. (...)”. A ANSSAL estabelecerá e atualizará periodicamente as prestações que deveriam outorgar-se em forma obrigatória.	As obras sociais deveriam assegurar, também, a cobertura de medicamentos essenciais requeridos pelas prestações (Art. 28º).	
	“Art. 54º. Os hospitais e outros centros assistenciais dependentes de organismos nacionais, com exceção dos dependentes das Forças Armadas e de Segurança (...) se incorporarão automaticamente ao Seguro como prestadores”. A regulamentação estabelecerá um regime especial de administração e trabalho profissional para estes hospitais e centros assistenciais, que privilegiava a dedicação	Eliminado.	

	exclusiva e a autogestão.		
	“Art. 55°. A ANSSAL terá um Registro de Prestadores que contratem com o Seguro (...). A inscrição no Registro será requisito indispensável para que os prestadores possam assinar contratos e receber pagamentos de prestações de parte das obras sociais agentes do Seguro. (...)”	A ANSSAL teria um Registro de Prestadores que contratasse com os agentes do seguro (Art. 29°). Já não se fala em Seguro como sistema, mas em agentes do seguro, ou seja, obras sociais individuais. A inscrição no Registro seria requisito indispensável para que os prestadores possam assinar contratos. Não diz mais nada sobre receber pagamentos de prestações de parte das obras sociais agentes do Seguro (Art. 29°)	
	Poderiam se inscrever no Registro de Prestadores: a) Pessoas físicas, individualmente ou associadas; b) Estabelecimentos públicos e privados; c) Estabelecimentos pertencentes às obras sociais; d) Associações de profissionais ou estabelecimentos; e) Entidades e associações privadas (Art. 55°).	Nesta versão, muda o verbo: os prestadores deveriam se inscrever no Registro (Art. 29°). Agregava que cada prestador individual, fosse pessoa física, estabelecimento ou associação, não poderia aparecer mais de uma vez no Registro (Art. 29°).	
	“Art. 58°. A prestação ao Seguro Nacional de Saúde de serviços médico-assistenciais de parte de profissionais e estabelecimentos de saúde (...) se considerará serviço público de assistência social”. A falta de prestação dos serviços da forma acordada se considerava infração e podia ser sancionada.	“Art. 33°. As prestações de saúde garantidas pela presente lei (...) se consideram serviço de assistência social de interesse público.” As prestações já não eram ao SNS. A interrupção das prestações acordadas se considerava infração, mas nada se dizia de sanções (Art. 33°).	
	Funcionaria uma Comissão Permanente de Concertação na ANSSAL com o objetivo de participar na elaboração das normas e procedimentos da prestação de serviços. Estaria integrada por representantes dos prestadores e dos beneficiários (Art. 60°).	A Comissão seria presidida por um diretor da ANSSAL, cinco representantes dos agentes do seguro e cinco representantes das entidades representativas majoritárias dos prestadores (Art. 35°). As obras sociais passaram a formar parte da	A lei não especifica a quantidade de representantes dos agentes do seguro e dos prestadores que integrará a Comissão Permanente de Concertação. Diz apenas que tanto o número quanto a proporção será determinada pela diretoria da ANSSAL (Art. 35°).

		Comissão, ocupando o lugar dos beneficiários.	
		A Comissão funcionaria como paritária periódica para atualizar os valores retributivos (Art. 35º).	
		“Art. 36º. Caso a Secretaria de Saúde da Nação estabeleça lista de fármacos, a ANSSAL deverá aplicá-la em forma obrigatória para todos os agentes do seguro.”	“Art. 36º. A política em matéria de medicamentos será implementada pelo Ministério de Saúde e Ação Social conforme as atribuições determinadas pela legislação vigente.” A responsabilidade pelo ditado da lista de fármacos agora é do Ministério. Não diz nada sobre a obrigatoriedade de aplicá-la. A norma flexibiliza em relação ao projeto.
Jurisdição, Infrações e Penalidades	“Art. 63º. A ANSSAL e as obras sociais estarão submetidas exclusivamente à jurisdição federal, podendo optar pela correspondente justiça ordinária quando fossem atoras.”	Agregava que “a submissão dos agentes do seguro à justiça ordinária estaria limitada a sua atuação como sujeito de direito nos termos dispostos na Lei de Obras Sociais” (Art. 38º).	
	“Art. 65º. A Secretaria de Saúde da Nação poderá intervir uma obra social por tempo determinado quando se produzam ações ou omissões que (...) impeçam ou alterem seu funcionamento. Tal medida implicará a caducidade do mandato do órgão de condução, cujas faculdades, atribuições e deveres serão exercidos pelo Interventor. A medida poderá ser recorrida no prazo de dez dias úteis depois de notificada (...).”	“Art. 40º. A instância da ANSSAL, prévio traslado por dez dias úteis ao agente de seguro questionado, a Secretaria de Saúde poderá requerer ao Poder Executivo Nacional a intervenção da entidade quando se produzam ações ou omissões que (...) impeçam ou alterem seu funcionamento em quanto às prescrições da presente lei. Ao mesmo tempo a ANSSAL deverá dispor os mecanismos que permitam a continuidade e normalização das prestações de saúde.” Caso ocorresse a intervenção, já não estava prevista a caducidade do mandato do órgão de condução, nem a substituição deste pelo Interventor. Agregava-se apenas que, caso ocorresse a intervenção, a ANSSAL deveria dispor mecanismos para dar continuidade às prestações	

		de saúde.	
	“Art. 66º. Será reprimido com prisão de um mês a seis anos o [empregador] que, no prazo de quinze dias depois de ser intimado formalmente, não depositasse aportes retidos do pessoal compreendido no Seguro previsto nesta lei. (...)”	“Art. 41º. Será reprimido com prisão de um mês a seis anos o [empregador] que, no prazo de quinze dias depois de ser intimado formalmente, não depositasse os aportes previstos nos incisos (b), (d) e (e) do artigo 19º da lei de Obras Sociais, destinados ao Fundo Solidário de Redistribuição. (...)” Nesta versão, previa-se sanção pelo não cumprimento dos aportes destinados ao FSR, e não pela não realização dos aportes em geral.	
	“Art. 66º. (...) As obras sociais poderão formular a denuncia correspondente ou assumir o caráter de parte <i>querellante</i> (acusadora) nas causas penais derivadas do disposto neste artículo.”	“Art. 41º. (...) Os órgão de arrecadação estabelecidos na presente lei e os agentes do seguro deverão formular a denuncia correspondente ou assumir o caráter de parte <i>querellante</i> (acusadora) nas causas penais derivadas do disposto neste artículo.” Agregou os órgãos de arrecadação como possíveis denunciante pelos depósitos não feitos por parte dos empregadores.	
	As sanções previstas para as infrações eram: a) Advertência; b) Multa. Esta sanção não poderia ser aplicada às obras sociais; sim aos membros dos órgãos de condução, gerentes, administradores ou àqueles que fossem responsáveis pela infração; c) Suspensão (Art. 68º).	No caso da multa, tirava a aclaração de que a sanção não caberia às obras sociais, mas os agentes responsáveis pela infração. Agregava, inclusive, que a multa se aplicaria por cada não cumprimento comprovado aos agentes do seguro (Art. 43).	
	O julgamento das infrações seria feito segundo procedimento estabelecido pela ANSSAL. A advertência poderia ser aplicada diretamente pela obra social (Art. 69º).	Eliminada a possibilidade das obras sociais aplicarem a advertência.	
Participação das províncias			Em geral, a lei utiliza a expressão “jurisdições”, evita falar em “províncias”.

		<p>“Art. 49º. A adesão ao Sistema Nacional do Seguro de Saúde implicará para as províncias:</p> <p>a) Incorporar no seu âmbito (...) aos trabalhadores autônomos do regime nacional com residência permanente na jurisdição e aos pertencentes a regimes do âmbito provincial, caso houvesse; (...).”</p>	<p>“Art. 49º. A adesão ao Sistema Nacional do Seguro de Saúde implicará para as províncias:</p> <p>a) Incorporar no seu âmbito (...) aos trabalhadores autônomos do regime nacional com residência permanente na jurisdição, que não sejam beneficiários de outros agentes do seguro, e aos pertencentes a regimes do âmbito provincial, caso houvesse; (...).”</p>
		<p>“Art. 49º. A adesão ao Sistema Nacional do Seguro de Saúde implicará para as províncias:</p> <p>(...)</p> <p>b) Incorporar no seu âmbito às pessoas [sem cobertura médica por carecer de tarefas remuneradas ou benefícios previdenciários], para o que receberão apoio financeiro do <i>Tesoro Nacional</i> através do Fundo Solidário de Redistribuição, em quantidade equivalente à aportada pela província para esta finalidade; (...).”</p>	<p>Agrega que “este apoio financeiro será efetuado com os recursos da conta especial [Art. 21º, inc. (b)], em forma mensal, em função da população que se estima cobrir” (Art. 49º).</p>
	<p>A adesão ao SNS implicaria para as províncias, entre outras obrigações, replicar nos hospitais e centros de saúde públicos de cada jurisdição o regime especial de administração e trabalho profissional previsto para os estabelecimentos públicos nacionais, referido no Art. 54º (Art. 74º).</p>	<p>Eliminada.</p> <p>O Art. 54º, que previa o regime para estabelecimentos públicos nacionais, também havia sido eliminado nesta versão do projeto de lei do seguro.</p>	
	<p>“Art. 75º. As províncias que assumam a administração do Seguro Nacional de Saúde na sua jurisdição determinarão o organismo responsável e assegurarão uma efetiva participação dos beneficiários na condução da obra social provincial.”</p>	<p>Eliminada a obrigação de assegurar a participação dos beneficiários na condução das obras sociais provinciais.</p>	
Disposições transitórias	<p>Sobre:</p> <p>a) Bens pertencentes a entidades, organismos,</p>	<p>Eliminados.</p>	

	<p>empresas e sociedades estatais vinculados à prestação de serviços médicos (seriam transferidos à obra social correspondente);</p> <p>b) Bens pertencentes a sindicatos que prestavam serviços para a obra social correspondente (continuariam sendo propriedade dos sindicatos);</p> <p>c) Saldo do Fundo de Redistribuição da lei 22.269 (passaria ao FSR);</p> <p>d) Adesão automática das obras sociais ao Seguro e prazo de adequação à lei;</p> <p>e) Adequação do funcionamento das obras sociais e eventual agrupamento por parte da ANSSAL;</p> <p>f) Modalidades de administração das obras sociais enquanto durasse a eleição dos representantes dos beneficiários que participariam no governo destas;</p> <p>g) Prazos de modificação de aportes e contribuições previstos nesta lei (Art. 76º a 86º).</p>		
	<p>“Art. 87º. Esta lei regerá a partir da data de sua promulgação. Até o ditado de sua regulamentação, a ANSSAL terá as atuais faculdades e atribuições do Instituto Nacional de Obras Sociais (...)”</p>	<p>“Art. 51º. A partir da data de promulgação da presente lei, as funções e atribuições previstas para a administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL) serão assumidas pelo Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS) até que a lei se regulamente e o novo organismo assumira suas funções.”</p> <p>Diz exatamente o contrario. Na versão anterior, a ANSSAL começaria a funcionar desde a promulgação com as faculdades e atribuições do INOS, até a regulamentação da lei. Na nova versão do projeto de lei, o INOS ficaria no comando, com as funções e atribuições da ANSSAL, até a regulamentação da lei.</p>	<p>“Art. 51º. As autoridades da ANSSAL assumirão suas funções no prazo máximo e improrrogável de noventa dias a partir da promulgação da seguinte lei (...). Até então, as funções e atribuições previstas para a ANSSAL serão assumidas pelo Instituto Nacional de Obras Sociais.”</p> <p>No projeto, a ANSSAL começaria funcionar só após a regulamentação da lei. Na lei, as autoridades da ANSSAL assumiriam suas funções no prazo de noventa dias. É um limite mais claro.</p>
	<p>Mandava a revogar várias leis, decretos e toda outra disposição que se opusesse à lei (Art. 88º).</p>	<p>Eliminado.</p>	

Fonte: elaboração própria, com base em Argentina (1985; 1987b; 1989b)

ANEXO B – Diferenças entre o projeto de lei de Obras Sociais e a lei 23.660

Projeto de lei de Obras Sociais apresentado por Conrado Storani em 1987	Lei 23.660 de Obras Sociais, sancionada em 1988
<p>“Art. 1º. Estão compreendidas nas disposições da presente lei:</p> <p>a) As obras sociais sindicais (...);</p> <p>b) As obras sociais e institutos de administração mista criados por lei;</p> <p>c) As obras sociais dos poderes executivo, legislativo e judiciário e seus organismos autárquicos e descentralizados;</p> <p>d) As obras sociais de empresas e sociedades do Estado;</p> <p>e) As obras sociais do pessoal de direção;</p> <p>f) As obras sociais constituídas por convenio com empresas privadas ou públicas;</p> <p>g) Toda outra nova entidade que tenha como fim o estabelecido pela presente lei.”</p>	<p>Na versão definitiva da lei, não está compreendida a obra social do poder legislativo.</p> <p>Agrega explicitamente as obras sociais das universidades nacionais.</p> <p>Também as do pessoal civil e militar das Forças Armadas, de segurança, Polícia Federal e Serviço Penitenciário, mediante adesão nos termos do previsto na lei.</p> <p>Isto é totalmente novo. Inclusive a lei 22.269 excluía explicitamente os trabalhadores das forças armadas e de segurança do sistema de obras sociais.</p>
<p>“Art. 2º. As obras sociais [dos três Poderes, de empresas e sociedades do Estado] funcionarão como entidades de direito público não estatal, com individualidade jurídica, financeira e administrativa e terão o caráter de sujeito de direito (...); as obras sociais [sindicais, do pessoal de direção e constituídas por convenio com empresas privadas ou públicas] funcionarão com individualidade administrativa, contável e financeira e terão caráter de sujeito de direito (...).”</p>	<p>A lei mantém a individualidade jurídica, financeira e administrativa das obras sociais do setor público, e a individualidade administrativa, contável e financeira das obras sociais do pessoal de direção e das constituídas por convenio com empresas públicas ou privadas. Mas à diferença do projeto, a lei não menciona, não diz nada, sobre as obras sociais sindicais, nem inclui disposições para as das forças armadas e de segurança (Art. 2º).</p>
<p>“Art. 3º. As obras sociais destinarão seus recursos em forma prioritária a prestações de saúde. Poderão, assim mesmo, oferecer outras prestações sociais. (...)”</p>	<p>As obras sociais agora “deverão” oferecer outras prestações sociais (Art. 3º).</p>
<p>“Art. 3º. (...). No referente às prestações de saúde [as obras sociais] formarão parte do Sistema Nacional do Seguro de Saúde, na qualidade de agentes naturais do Seguro (...).”</p>	<p>Mantém as obras sociais com caráter de agentes naturais do Seguro (Art. 3º).</p> <p>Primeira menção ao Sistema Nacional do Seguro de Saúde, sancionado paralelamente através da lei 23.661. Ao longo do texto há varias referencias à complementaridade das duas leis e às obras sociais como agentes do Seguro.</p> <p>Esta parte é nova em relação à lei 18.610.</p>
	<p>Mantém o mínimo de 80% das receitas das obras sociais, deduzidos os aportes ao FSR, que deve ser destinado à prestação de serviços de atenção à saúde (Art. 5º).</p>
	<p>Agrega que “as obras sociais que arrecadarem centralizadamente deverão remitir mensalmente 70% do arrecadado em cada jurisdição para atender as necessidades de saúde dos seus beneficiários residentes na mesma jurisdição. Assim mesmo, assegurarão nos seus estatutos mecanismos de redistribuição regional solidária que assegure o acesso dos seus beneficiários aos serviços de saúde sem discriminações de nenhum tipo” (Art. 5º).</p>

<p>“Art. 12º. As obras sociais compreendidas no regime da presente lei serão administradas conforme as seguintes disposições:</p> <p>a) As obras sociais sindicais serão conduzidas e administradas por autoridade colegiada, (...) cujos membros serão designados pelo sindicato (...).”</p>	<p>“Art. 12º. As obras sociais compreendidas no regime da presente lei serão administradas conforme as seguintes disposições:</p> <p>a) As obras sociais sindicais são patrimônio dos trabalhadores que as compõem. Serão conduzidas e administradas por autoridade colegiada, que não supere o número de cinco integrantes (...).”</p> <p>Reafirmação do poder sindical no sistema de obras sociais, depois de duas tentativas de desvinculação jurídica (lei 22.269 e projeto de lei do SNS).</p>
<p>Segundo o Art. 19º, os empregadores, na sua função de agentes de retenção, deveriam depositar os aportes e contribuições da seguinte forma:</p> <p>a) 90% para a obra social correspondente; 85% no caso das obras sociais do pessoal de direção;</p> <p>b) 10% para a ANSSAL; 15% no caso das obras sociais do pessoal de direção;</p> <p>c) 45% dos recursos de distinta natureza para a obra social correspondente;</p> <p>d) 55% dos recursos de distinta natureza para a ANSSAL.</p>	<p>Modificaram-se as porcentagens dos recursos de distinta natureza dirigidos às obras sociais e à ANSSAL: agora são 50% e 50%, <i>fifty & fifty</i>.</p>

Fonte: elaboração própria, com base em Argentina (1987a; 1989a)

ANEXO C – Composição partidária do Congresso nas sessões de tratamento dos projetos de lei de Obras Sociais e do Seguro Nacional de Saúde

Tabela 4 – Composição partidária da Câmara em 2, 16 e 22 de julho de 1987

Partido Político	UCR	PJ	Frejuli	FR	PI	UCEDE	MPN	PA-PL	MPJ	PDC	FR-PR	UCR-MPC	PB	PD	FR-PDC	PDP	PA	PRS	Frej.-MID	Total
Nº de Deputados	130	73	21	11	6	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	260

Fonte: elaboração própria, com base em Câmara de Diputados de la Nación Argentina (1987).

Tabela 5 – Composição partidária do Senado em 18, 24 e 25 de agosto de 1988

Partido Político	UCR	PJ	PB	MPN	PA	PL	MID	Total
Nº de Senadores	19	23	3	2	1	1	1	50

Fonte: elaboração própria, com base em Câmara de Diputados de la Nación Argentina (1988).

Tabela 6 – Composição partidária da Câmara em 28 e 29 de dezembro de 1988

P. Pol.	UCR	PJ	FR	Frejuli	UCEDE	PI	PA-PL	FR-PDC	FV	FJL	PDP	PRS	FJE	MPN	PB	PD	Frej.-MID	MPJ	FJ	UCR-MPJ	DPBB	FR-PR	UCR-MPC	US	UCR-SC	UCR-PSU	UCR-PF	FAP	PPR	Total
Nº de Dep.	113	44	31	20	7	6	4	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	256	

Fonte: elaboração própria, com base em Câmara de Diputados de la Nación Argentina (1988).

Quadro 12 – Partidos Políticos e alianças do Congresso, anos 1987 e 1988

DPBB	Defensa Provincial Bandera Blanca
FAP	Frente Acción Provinciana
FJ	Frente Justicialista
FJE	Frente Justicialista Entrerriano
FJL	Frente Justicialista de Liberación
FR	Frente Renovador
Frejuli	Frente Justicialista de Liberación
Frejuli-MID	Frejuli – Movimiento de Integración y Desarrollo
FR-PDC	FR – Partido Demócrata Cristiano
FR-PR	FR – Partido Renovador de la Provincia de Buenos Aires
FV	Frente de la Victoria
MID	Movimiento de Integración y Desarrollo
MPJ	Movimiento Popular Jujeño
MPN	Movimiento Popular Neuquino
PA	Partido Autonomista
PA-PL	PA – Partido Liberal
PB	Partido Bloquista

PD	Partido Demócrata
PDC	Partido Demócrata Cristiano
PDP	Partido Demócrata Progresista
PI	Partido Intransigente
PJ	Partido Justicialista
PL	Partido Liberal
PPR	Partido Provincial Rionegrino
PRS	Partido Renovador de Salta
UCEDE	Unión del Centro Democrático
UCR	Unión Cívica Radical
UCR-MPC	UCR – Movimiento Popular Catamarqueño
UCR-MPJ	UCR – Movimiento Popular Jujeño
UCR-PF	UCR – Partido Federal
UCR-PSU	UCR – Partido Socialista Unificado
UCR-SC	UCR – Solidaridad para el Cambio
US	Unidad Socialista

Fonte: elaboração própria, com base em Cámara de Diputados de la Nación Argentina (1987; 1988).