

ANALISE COMPARATIVA ENTRE OS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ARGENTINA

Ignacio José Godinho Delgado¹
Ana Cléa Souza dos Santos²
Maedison de Souza³

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo apresentar os resultados parciais da pesquisa intitulada “Bem Estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica”. O estudo pretende analisar as relações entre a indústria farmacêutica e o sistema de saúde, em países selecionados, com foco no impacto produzido pelas alterações no ambiente regulatório internacional, a partir da instituição do TRIPS. Neste trabalho são expostos os resultados do levantamento sobre os sistemas de saúde do Brasil e da Argentina em perspectiva comparada.

Palavras-chave: Sistemas de saúde. Proteção social. Brasil. Argentina

1. INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta os resultados parciais da pesquisa coordenada pelo professor Ignacio José Godinho Delgado, intitulada “Bem Estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica”. O projeto tem como objetivo geral investigar as relações entre Sistemas de Saúde e a Indústria Farmacêutica no contexto que se abre com a fixação, em 1994, do marco regulatório internacional TRIPS (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*), que estabeleceu regras mais rígidas sobre propriedade intelectual. A pesquisa investiga os casos do Brasil, Argentina e Inglaterra. Identificar os formatos dos sistemas de saúde desses países é primordial para compreender as relações que estabelecem com a indústria farmacêutica. Neste artigo, nos atemos apenas aos casos de Brasil e Argentina, esboçando uma análise comparativa entre os sistemas de saúde dos dois países.

1 Professor orientador do Departamento de História da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Bolsista do Programa PIBIC/CNPq/UFJF.
3 Bolsista do Programa BIC/UFJF.

2. METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa tem envolvido o levantamento das características dos sistemas de saúde dos países selecionados, enfatizando as mudanças nos mecanismos de financiamento, gestão e acesso definidos desde a década de 1980 até hoje, assim como a busca de informações sobre o setor farmacêutico dos três países. Também tem buscado identificar os temas da agenda da política de saúde de cada país, desde a década de 1980 até hoje, a fim de verificar os temas que afetam cada um dos atores sociais relacionados à operação do sistema de saúde, em especial os assuntos que interessam a indústria farmacêutica. O posicionamento do setor farmacêutico tem sido pesquisado a partir de documentos das associações representativas da indústria farmacêutica. Para o Brasil tem destaque a Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (ABIFINA) e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA), para a Argentina a *Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos* (CILFA) e a *Cámara Argentina de Especialidades Medicinales* (CAEMe). As informações sobre os sistemas de saúde foram buscadas nas fontes disponibilizadas pelas agências governamentais responsáveis pela direção dos sistemas nacionais de saúde e pela Organização Mundial da Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Numa perspectiva sintética de diferentes formulações, os sistemas de proteção social podem ser classificados como universais, corporativos e liberais (Esping-Anderson, 1990; Rimlinger, 1977; Titmus, 1958). Nos primeiros, predomina o acesso pleno dos cidadãos aos diferentes benefícios e serviços, custeados por impostos gerais. Nos segundos, tem destaque a presença de mecanismos ocupacionais na definição do acesso, com o custeio realizado através de contribuições compulsórias de trabalhadores e empresários. Por fim, nos sistemas liberais, têm destaque os *testes de meios* para o acesso da população mais carente ao sistema público, custeado por impostos, ao lado de significativa oferta privada de diversos serviços. Na caracterização dos sistemas de saúde, os mecanismos de acesso e a propriedade dos “fatores médicos de produção” têm sido considerados como elementos centrais (Albuquerque & Cassiolato, 2000). Num extremo, aparecem os casos em que prevalece a rede hospitalar pública, custeada por impostos, com garantia de acesso universal ao atendimento. Noutro, prevalece a medicina liberal e os seguros privados, com predomínio da rede hospitalar privada. Numa posição intermediária, aparecem sistemas em que o acesso aos serviços de saúde efetua-se através de seguros de perfil predominantemente ocupacional, combinados à presença, maior ou menor, da propriedade privada dos fatores de produção.

Os sistemas de saúde do Brasil e da Argentina surgiram com configurações similares, de acesso definido por perfil ocupacional e custeio garantido por contribuições compulsórias de empregadores e empregados (Delgado, 2001; Menicucci, 2007; Piola & Cavalcanti, 2006; *Obras Sociales*, S.D.) Os institutos de previdência social brasileiros, criados na década de 1930, e os de obras sociais argentinas, impulsionadas a partir da criação da *Comision de Servicio Social* na década de 1940, asseguravam aos seus associados o atendimento à saúde segundo critérios diferenciados, conforme a categoria profissional que representavam.

No caso brasileiro, contudo, uma série de mudanças foi definindo a construção de um sistema público e universal, franqueado a todos os cidadãos, embora segmentos de renda média e alta preferiram a utilização da medicina liberal e dos planos de saúde para o acesso à rede hospitalar privada, cujo peso é superior à sua congênera argentina. Vale registrar a instituição da Lei Orgânica da Previdência Social

(LOPS) em 1960, que uniformizou benefícios e serviços no âmbito dos diferentes institutos de previdência brasileiros; a criação do INPS em 1966, que unificou administrativamente o sistema, e a Constituição de 1988, que instaurou o acesso universal aos serviços públicos de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos termos da Carta de 1988, recursos advindos de outras fontes seriam agregados às contribuições de trabalhadores e empresários para o custeio da *seguridade social*, proclamada como uma ordenação a agrupar saúde, previdência social e assistência num mesmo arranjo institucional. Todavia, não foi efetivamente criada uma agência unificada para a gestão da Seguridade Social. Assim, na área de saúde, a condução do sistema permaneceu sob a direção do Ministério da Saúde, criado em 1953, formalmente secundado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelas Conferências de Saúde. O Ministério da Saúde, por seu turno, atribui aos Estados e municípios a gestão dos recursos e da rede de serviços, segundo critérios de credenciamento definidos nacionalmente. Na Carta de 1988, os serviços prestados pela rede hospitalar privada foram definidos como componentes da *saúde suplementar*. Entretanto, uma vez que os hospitais públicos representam uma parcela minoritária na oferta de leitos no conjunto do sistema, o SUS vale-se permanentemente da contratação de serviços fornecidos pela rede privada.

As dificuldades fiscais da previdência social, as restrições orçamentárias derivadas das políticas macroeconômicas levadas a efeito pelos diferentes governos brasileiros desde 1990 e a ambiguidade na definição das fontes de custeio erodiram a perspectiva de um orçamento unificado da seguridade social, além de favorecer a operação cada vez mais segmentada da saúde pública e da saúde suplementar (Ugá & Marques, 2005; Bahia, 2005; Menicucci, 2007). A criação da Agência Nacional de Saúde em 1998 consagra a dissociação entre os dois sistemas, ao erigir uma arena regulatória distinta do Conselho Nacional de Saúde, até então a instância unificada de deliberação em torno da agenda do sistema de saúde brasileiro (Menicucci, 2007). Por seu turno, o custeio do sistema público apresentou trajetória marcada pela incerteza. A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1997 definiu uma fonte de recursos específica para a área, distinta do que deveria ser o orçamento da seguridade social e, em 2000, a Emenda Constitucional nº 29 definiu que 10% dos tributos federais e 12% dos tributos estaduais deveriam ser destinados à saúde. A CPMF, contudo, foi extinta em 2008 e a Emenda Constitucional nº 29 ainda não foi regulamentada.

Não obstante as dificuldades apontadas acima, a criação do SUS operou positivamente na melhoria das condições de saúde da população brasileira. Ampliou-se consideravelmente a atenção primária à saúde e universalizou-se o acesso à atenção secundária e terciária, embora permaneçam gargalos em sua operação, por força do predomínio da oferta privada de leitos e exames laboratoriais, acarretando, com frequência, disputas judiciais envolvendo o SUS e os hospitais particulares. Por seu turno, o sistema público tem garantido o acesso gratuito a medicamentos e a tratamentos mais complexos, estes com disposição positiva da rede privada, uma vez que na atenção quaternária o SUS remunera os hospitais com valores elevados. Em boa medida, os resultados da operação do sistema de saúde brasileiro aparecem na melhoria de diversos indicadores nos últimos anos.

Na Argentina, tal como no Brasil, o sistema público de saúde convive com um importante setor privado, com a presença de hospitais particulares e planos de saúde (medicina pré-paga). Todavia, permanecem com peso expressivo nos sistema de saúde as obras sociais, nacionais e provinciais, gerenciadas pelos sindicatos, que em sua maior parte contratam serviços ao setor privado (tab.I.). As obras sociais dão continuidade às experiências mutualistas presentes no país até a década de 1940, sendo formalmente integradas ao sistema de saúde em 1944 (*Obras Sociales*, S.D). Na década de 1950 e 1960 conhecem grande impulso, embora em 1960 fossem responsáveis pela cobertura de menos de 30% da população argentina.

Tab. I

<i>Cobertura em Saúde conforme natureza do prestador (%)</i>		
	Argentina	Brasil
Setor Público	38	74
Setor Privado	12	26
Obras Sociais	50	-
Total	100	100

Fonte: OPAS/OMS, 2006

Na Argentina não se processou a unificação administrativa das obras sociais, tal como ocorreu no Brasil com o INPS, apesar de esforços nesta direção terem sido verificados durante os governos militares na década de 1980. Tampouco foi instituído um sistema público de acesso universal, embora a criação do *Instituto Nacional de Obras Sociales* (INOS) e do *Fondo de Redistribucion*, em 1970, tenham logrado elevar a cobertura no atendimento à saúde a mais de 70% da população, sem, contudo, eliminar as desigualdades derivadas dos recursos diferenciados de que dispõem as diversas obras sociais (Piola & Cavalcanti, 2006). O atendimento no setor público, custeado por impostos, é uma atribuição precípua das províncias, conquanto o governo central esteja presente com as delegacias e superintendências do *Ministerio de La Salud*, criado em 1949, além de outros organismos descentralizados e do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, cujo orçamento foi incorporado ao orçamento nacional. O setor privado integra-se ao sistema através dos seguros médicos individuais, assim como do gerenciamento ou prestação de serviços complementares oferecidos por algumas obras sociais.

Além das dificuldades financeiras das obras sociais, o grande dilema do sistema de saúde na Argentina tem sido sua reduzida capacidade de coordenação (Maceira, 2003; Maceira & Cintia y Olaviaga, 2010). Na ausência de um sistema efetivamente unificado, diversas iniciativas têm sido tomadas para conferir certa homogeneidade ao atendimento, além do *Fondo de Redistribucion*, apontado acima. Pode-se nomear, dentre outros, o *Programa Medico Obligatorio* e o programa *Remediar*, de 2002. O primeiro estabelece um patamar mínimo para o atendimento conferido pelas obras sociais, enquanto o segundo objetiva garantir a provisão básica de medicamentos para a população mais carente (Argentina, S.D.; BDO, 2008). De todo modo, a Argentina, em que pese a deterioração geral das condições sociais desde o final da década de 1990, especialmente após a crise de 2001, apresenta indicadores de saúde superiores à maior parte dos países latino-americanos.

No que toca à relação do sistema de saúde com a indústria farmacêutica, as agências mais importantes nos dois países são a Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) e a *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica* (ANMAT). A primeira é responsável pela avaliação, autorização e registro dos medicamentos lançados no mercado brasileiro, mas tem atribuições muito mais amplas que suas congêneres em outros países. Ela é responsável, também, pela fiscalização da rede de distribuição e venda de medicamentos e participa do controle de preços destes, uma vez que dirige a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, organismo interministerial criado em 2004 para definição de normas relativas à fixação dos preços dos medicamentos. Além disto, desde 1999, participa do processo de registro de patentes, atribuição precípua do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI). O dispositivo que regula esta última atribuição é a “licença prévia”, regulada pela Medida Provisória nº 2.006/1999 e, posteriormente, pela Lei nº 10.196, de 2001, que criam a exigência de autorização preliminar da ANVISA às patentes de produtos relacionados à área de saúde que buscam registro no INPI.

A ANMAT, por seu turno, é responsável apenas pela avaliação, autorização e registro dos medicamentos lançados na Argentina. O registro de patentes é feito no *Instituto Nacional de La Propiedad*

Industrial (INPI), a fiscalização da rede de distribuição é atribuição da *Dirección de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación* e o controle de preços de medicamentos cabe à *Secretaría de Comercio del Ministerio de Economía de la Nación*. De fato, entretanto, os preços dos medicamentos na Argentina não são objeto de controle regular.

4. CONCLUSÃO

Os sistemas de saúde do Brasil e da Argentina surgiram com configurações semelhantes, porém a trajetória histórica de cada um levou à formação de modelos diferenciados de atendimento a saúde, mas que ainda guardam algumas semelhanças entre si. A participação dos provedores privados ao lado do setor público aproxima o sistema de saúde brasileiro do argentino. Eles distinguem-se, contudo, no acesso (universal no Brasil, ocupacional na Argentina), na coordenação (acentuada no Brasil, reduzida na Argentina), na composição da oferta de serviços (no Brasil, não há um rede de seguros de perfil ocupacional) e na estrutura do gasto com saúde, embora, neste caso, haja uma tendência à relativa aproximação.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NATIONAL HEALTH SYSTEMS OF BRAZIL AND ARGENTINA

ABSTRACT

The following article intends to present partial results of the research named “Social Welfare, Health and Pharmaceutical Industry”. The study aims to analyze the relationships between the pharmaceutical industry and the health system, in selected countries, focusing on the impact produced by changes in the international regulatory environment, since the imposition of TRIPS. This paper sets out the results of the survey on the health systems of Brazil and Argentina in comparative perspective.

Keywords: Health systems. Social protection. Brazil. Argentina

5. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. e CASSIOLATO, J. E. **As especificidades do sistema de inovação no setor saúde:** uma resenha da literatura como introdução a uma discussão do caso brasileiro. São Paulo: FeSB, 2000.

BAHIA, L. **O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde:** tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S. EDLER, F. e SUAREZ, J. M. (org). Saúde e Democracia no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BDO – Becher y Asociados – Auditores Y Consultores (2008) **Laboratórios e industria farmacéutica.** Buenos Aires: BDO. Disponível em: http://www.bdoargentina.com/downloads/reporte_sectorial/BDO_Reporte_Sectorial_2.pdfAcesso em 07/02/2011.

DELGADO, I. G. Social Welfare, Health and Pharmaceutical Industry: preliminary notes for a comparative analysis between England, Brazil and Argentina. **International Development Working Paper Series**, v. 12-130, p. 1-42, 2012.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**, New Jersey, Princeton University Press. 1990.

MACEIRA, D. **Instituciones sanitarias em um país federal**: las obras sociales provinciales em contexto. In: Série Seminários Salud e Política Publica – Seminário 4. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2003.

MACEIRA, D.; CINTIA Y OLAVIAGA, S. **Coordenación e integracion**: el desafio del sistema de salud argentino. Documento de Trabajo. Nº 49. Buenos Aires: CIPPEC, 2010. Disponível em <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novidades/remediarbid04.pdf>. Acesso em 10/02/2011.

MENICUCCI, T. **Público e privado na política de assistência á saúde**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

OBRAS SOCIALES (S.D.) **El Surgimiento de las Obras Sociales**. Disponível em: <http://www.oscom.com.ar/www/home.htm>. Acesso: 10/02/2011.

PIOLA, F e CAVALCANTI, M. **Sistema de saúde da Argentina**: aspectos gerais, reformas e relações com o setor privado. In: BIASOTO JR, G; BARROS SILVA, P. & DAIN, S. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Série Técnica 13. Brasília: OPAS, ANS-MS, NEPP-UNICAMP, 2006.

RIMLINGER, G.V. **Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia**. New York: John Wiley and Sons, 1977.

TITMUS, R. **Essays on the Welfare State**. London: George Allen and Unwin Ltd, 1958.

UGÁ, M. A. D. e MARQUES, R. **O Financiamento do SUS**: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S. EDLER, F. e SUAREZ, J. M (org) Saúde e Democracia no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

WHO. **World Health Statistics 2010**. 2010.